



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

TEMA:

**Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización
del miedo al abandono en el área de hospitalización UCIP.**

AUTORA:

Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia

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

TUTORA:

Psic. Cl. Ruiz Guerrón, Ginger Justine, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

5 de marzo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA



f. _____

Psic. Cl. Ruiz Guerrón, Ginger Justine, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

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

Guayaquil ,5 de marzo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo **Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización UCIP**, 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, 5 de marzo del 2026

AUTORA

f. _____
Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo **Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización UCIP**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 5 de marzo del año 2026

LA AUTORA

f. _____
Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización UCIP

AUTORA:

Verdú Nuñez del Arco Cecilia Anahí

INFORME ELABORADO POR:

TUTORA



Firmado electrónicamente por:
GINGER JUSTINE RUIZ GUERRON

f. _____
Psic. Cl. Ruiz Guerrón, Ginger Justine, Mgs.

Guayaquil, 5 de marzo del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, quien ha sido el cimiento de mi vida a lo largo de este camino. A mi mamá, mi mayor pilar durante todo este proceso. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba y por tu amor incondicional, a mi papá, que, aunque ya no esté físicamente conmigo, sigue siendo una fuente infinita de inspiración y fuerza. También quiero agradecer a mi hermana menor, Ana Luisa, por creer siempre en mí y emocionarse con cada paso que doy; sé que está orgullosa y eso llena mi corazón.

A mi tío Enrique Verdú, por confiar en mí y acompañarme como una verdadera figura paterna cuando más lo necesitaba. A mi tío José Luis Over, por acompañarme en los días largos de trabajo y estudio, y por enseñarme que una calificación no define mi valor ni mi futuro agradezco a mis abuelos, que viven en mi corazón y me impulsan con su amor.

A la psicóloga Diana Murillo, por orientarme y darme impulso cuando más lo necesitaba; A mi mejor amiga Andrea Posligua, por ser la primera persona a quien le confié este sueño, por escucharme en mis momentos más difíciles, por celebrar cada logro conmigo, gracias por ser mi persona. A mis amigas de prácticas, Aythana, Klerem y Camila, por el apoyo, el aprendizaje y los momentos compartidos que hicieron este recorrido muy significativo para mí, finalmente, me agradezco a mí misma por la perseverancia, por las largas noches y la valentía de no rendirme, gracias por nunca dejar de soñar despierta.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEDICATORIA

Esta tesis nace como un susurro para los niños que alguna vez se sintieron miedo al abandono, para quienes aprendieron a abrazar sus miedos en silencio y aun así siguieron imaginando mundos posibles. Que nunca olviden que hablar también es un acto de valentía, y que cada palabra pronunciada puede convertirse en un puente hacia la calma.

También quiero dedicarle esta investigación a mis pacientes que marcaron mi camino en las salas de hospitalización; a sus historias dichas en voz baja, a sus pausas, a sus miradas que buscan comprensión. En cada relato compartido que fue como el dolor encontró forma y donde la escucha se volvió un lugar seguro para cada paciente.

Esta investigación va dirigida también a la Anahí de la infancia, la niña que llenaba sus días con tinta e imaginación, que inventaba superhéroes para vencer sus propios miedos y para aquello que aún no sabía nombrar.

Para culminar, dedico a los adultos que alguna vez fueron niños, a quienes hallaron en los relatos su primera manera de entender el mundo, a quienes transformaron la fantasía en refugio y en el lenguaje para travesar sus temores. Porque, como sugiere Bettelheim, las historias que acompañan la infancia no son simples invenciones: son espejos simbólicos donde los miedos se vuelven comprensibles y donde la imaginación ofrece caminos para reconstruirse desde dentro. Que estas páginas sean, entonces, un pequeño lugar seguro; un recordatorio de que incluso en medio de la fragilidad siempre existe una historia a quien contar y que sea capaz de sostenernos.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

f. _____

PSIC. CLIN. MARIANA ESTACIO C, MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL ROSA IRENE GÓMEZ A, MGS
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. DANIELA ESTEFANIA MACKENZIE UGARTE
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
Planteamiento del problema.....	7
Pregunta general.....	11
Preguntas específicas.....	11
Objetivos.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Justificación.....	12
ANTECEDENTES.....	15
CAPÍTULO 1.....	24
1.1. Los miedos infantiles: una lectura psicoanalítica.....	25
1.1.1. Miedo y angustia desde las obras Freudianas.....	27
1.1.2. El miedo y la angustia desde la concepción lacaniana.....	30
1.2. “Me va a dejar”: El niño, la trama familiar y su miedo al abandono ...	33
CAPÍTULO 2.....	37
2.1. ¿Qué son los relatos infantiles?.....	38
2.1.1 Tipos de relatos infantiles contemporáneos: Una lectura clínica .	42
2.2. La función de los relatos infantiles: Fantasías, identificaciones y simbolizaciones.....	44
2.3. Una lectura psicoanalítica del relato como expresión del inconsciente.....	47
CAPITULO 3.....	51
3.1. El niño y la hospitalización.....	52
3.1.1. Miedos en UCIP: Los temores de un niño hospitalizado.....	56
3.2. Relato como vía de significación ante el “tengo miedo de quedarme aquí”, “no me dejen solo” en UCIP.....	60
3.3. La posición del analista y el miedo al abandono: ¿Cómo acompañar al niño en la construcción de sus relatos?.....	66
CAPÍTULO 4.....	70
4.1. Enfoque.....	70

4.2. Paradigma	71
4.3. Método	71
4.4. Técnicas de Recolección de datos.....	72
4.5. Instrumentos.....	73
4.6. Población.....	75
CAPÍTULO 5.....	77
Presentación y análisis de resultados.....	77
5.1. Presentación de resultados	77
5.2. Análisis de resultados.....	80
5.2.1. Categoría 1: Temores infantiles.....	80
5.2.2. Análisis de la categoría 1: Temores infantiles.....	82
5.2.3. Categoría 2: Relatos como vía de simbolización del miedo al abandono.....	83
5.2.4. Análisis de la categoría 2: Relatos como vía de simbolización del miedo al abandono	84
5.2.5. Categoría 3: Área de hospitalización UCIP.....	85
5.2.6. Análisis de la categoría 3: Área de hospitalización UCIP	86
CONCLUSIONES	87
REFERENCIAS	90
GLOSARIO	93
ANEXOS.....	95
Anexo 1. Transcripción de entrevistas	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de categorías y preguntas de entrevista	74
Tabla 2. Presentación de las categorías de las preguntas realizadas a actores clave	77

RESUMEN

Este trabajo se trata sobre el miedo al abandono en la infancia dentro del área de hospitalización de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). El objetivo del estudio consiste en analizar cómo los relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños en el área de hospitalización UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos subjetivos. La metodología del estudio fue cualitativa, con paradigma interpretativo y fenomenológico; se utilizó una entrevista semiestructurada dirigida a 5 informantes del área de Psicología Clínica. Los resultados se centraron en las tres categorías del estudio: temores infantiles, relatos como vía de simbolización y área de hospitalización UCIP; en la primera categoría se identificaron manifestaciones en los niños como ansiedad, preguntas repetidas, alteraciones del sueño y conductas de vigilancia ante la separación de los padres; en la segunda, se notó que el relato permitió ordenar las escenas, construir las secuencias y transformar las experiencias de ausencias en narraciones; en la tercera, se identificó que el ámbito hospitalario presenta características especiales como cambios de turno y restricción de acompañamiento del familiar, que influye de forma notable en la intensidad de temor del menor. En conclusión, se evidenció que el relato funciona como un recurso que proporciona continuidad subjetiva, así como constituye un medio de sostén y afrontamiento que favorece la gestión del miedo al abandono en las salas pediátricas hospitalarias.

Palabras claves: HOSPITALIZACIÓN; MIEDO; RELATO; PSICOLOGÍA INFANTIL; SALUD DEL NIÑO; UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

ABSTRACT

This study examines the fear of abandonment in childhood within the inpatient setting of a Pediatric Intensive Care Unit (PICU). The objective is to analyze how narratives facilitate the symbolization of the fear of abandonment in children in the PICU, using a qualitative exploration to understand its subjective effects. The study methodology was qualitative, with an interpretive and phenomenological paradigm; a semi-structured interview was conducted with five informants from the Clinical Psychology department. The results focused on the three categories of the study: childhood fears, narratives as a means of symbolization, and the PICU setting. In the first category, manifestations in children such as anxiety, repeated questions, sleep disturbances, and vigilant behaviors upon separation from their parents were identified. In the second, it was noted that narratives allowed children to organize scenes, construct sequences, and transform experiences of absence into narratives. In the third study, it was identified that the hospital setting presents special characteristics, such as shift changes and restrictions on family accompaniment, which significantly influence the intensity of the child's fear. In conclusion, it was shown that narrative functions as a resource that provides subjective continuity, as well as constituting a means of support and coping that facilitates the management of fear of abandonment in pediatric hospital wards.

Keywords: HOSPITALIZATION; FEAR; NARRATIVE; CHILD
PSYCHOLOGY; CHILD HEALTH; PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNITS.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la infancia puede comprenderse como un momento decisivo del desarrollo psíquico, en el cual el niño comienza a construirse como sujeto a partir de significantes que recibe del lenguaje del Otro. Ese Otro simbólico encarna en las figuras parentales, cultura y el discurso social en el niño. Es dentro de este entramado simbólico donde la palabra toca el cuerpo cargándolo de afectos y de significantes. Sin embargo, lo que se inscribe en el cuerpo no siempre puede ser simbolizado, por lo que el resto pertenece al orden de lo real, aquello que no se puede nombrar y representar.

Ante esta imposibilidad de decirlo todo, los relatos se presentan como un recurso fundamental que permiten al niño introducir vía lo imaginario a personajes de fantasía que cumplen una función de protección frente a ese real, en este caso, el miedo al abandono que el niño enfrenta, en el cual permite proyectar sus vivencias propias y ofrecer un espacio de elaboración subjetiva.

Además, las narrativas y los personajes contemporáneos funcionan en algunos escenarios de identificación, posibilitando que el niño proyecte sus angustias y, al mismo tiempo, encuentre vías de resignificación frente a sus propios temores. De los miedos que habitan en la infancia, uno de los más recurrentes es lo real del miedo al abandono. Este está profundamente enraizado en la necesidad de apego del Otro como portador de cierta garantía afectiva. Los niños que atraviesan experiencias reales o percibidas de pérdida, negligencia o distanciamiento afectivo, tienden a buscar figuras que puedan ofrecerles una estabilidad emocional que perciben ausente en su entorno inmediato.

Esto genera angustia en el entorno, lo que resulta ser complicado durante la infancia ya que, al elaborarlo o ponerlo en palabras, esa ausencia se manifiesta como una carencia afectiva sin nombre. El autor Bowlby (2014) indica que “La necesidad de proximidad de un niño hacia la figura de apego era vista como un equilibrio homeostático” (p. 11). Esto comprende que la

figura de apego constituye una función de “ancla emocional” que permite al niño procesar su entorno, los cambios que ocurren en este y así, poder mantenerse en su equilibrio interno.

Es así que, cuando esta figura se muestra ausente, el niño puede atravesar una sensación de pérdida que puede traducirse en angustia o incluso una inseguridad emocional. Según el estudio titulado “*Pensamientos y sentimientos contruidos por niños abandonados*” publicado por Bañol et al. (2024), se concluyó que la falta de acompañamiento afectivo hacia los niños provoca dificultades en la expresión de sus emociones y en la construcción de vínculos seguros, lo cual afecta su bienestar integral y percepción del cuidado. Así, se entiende que la ausencia de acompañamiento y de una comunicación comprensiva con las figuras de cuidado del niño, generan en él sentimientos de soledad, tristeza y vulnerabilidad frente a su entorno.

La narración permite que se desvanezca la angustia, obstruyendo la posibilidad de que se convierta o estalle en el cuerpo. En este sentido, la narración facilita el proceso de simbolización de la angustia. La fantasía se encuentra en ese mismo sentido cuando se observa el juego de los niños. En ese sentido, la fantasía permite el juego y la narración en el reordenamiento de la experiencia de un niño que ha sentido el abandono. El niño puede reordenar toda la experiencia en la que ha sentido el abandono y construir un sentido en la emoción que ha sentido, pues en la emoción existe el silencio.

Bajo estas circunstancias, el niño imagina y juega, los personajes imaginarios se convierten en referentes que simbolizan la integración de funciones, lugares, roles y personas. En este sentido, hablar de la identificación de los personajes fantasía, puede ser una estrategia de afrontamiento a nivel simbólico, ofreciendo al niño un espacio seguro donde puede explorar, y reconfigurar las cosas. No obstante, a pesar de que este mecanismo es potencialmente adaptativo, también conlleva muchas interrogantes sobre los márgenes y los efectos que este mecanismo puede tener en la capacidad del niño de formar vínculos sanos en la realidad.

De esta forma, cuando el relato deja de ser un espacio intermedio entre la realidad interna y externa, y se convierte en una forma de huir constantemente de su mundo, el niño corre el riesgo de fijar su angustia en lo imaginario, causando que el relato se presente como una defensa rígida y no en un instrumento de simbolización. Por esto, es necesario repensar la función de los relatos no sólo como una herramienta de elaboración, sino también como un lugar donde se crea la tensión entre lo imaginario y lo simbólico. Es así que, desde el psicoanálisis, el relato tiene que permitir que el niño se enfrente a sus temores, y así no quedar prisionero de ellos.

De acuerdo con Bettelheim (1976) en su artículo "*Psicoanálisis de los cuentos de hadas*", menciona:

Los cuentos de hadas presentan a los niños, por el contrario, la realidad tal cual es. El amor mezclado con el odio, la angustia, el sufrimiento, el miedo a ser abandonado, la vejez, la muerte: el mundo en el que vivimos y que a menudo tratamos de ocultar a los niños ¡como si ellos no estuvieran en él! (p. 1)

Asimismo, el autor señala que los relatos son efectivos en la medida en que toman con seriedad las angustias del niño, y al mismo tiempo, le ofrece una salida posible. Por lo que, hay que reconocer que los cuentos no rechazan o niegan el miedo al abandono, la rivalidad o la pérdida, sino que, los representan de forma cruda y con la intención de garantizar que, al final, existe una transformación, el héroe sobrevive, la herida se cura, el amor reaparece; esto es lo que convierte al relato en esperanza, en un acto de simbolización y no de evasión.

Sin embargo, es importante recalcar que, cuando el niño no cuenta con una figura que lo sostenga, es decir, un Otro que escuche, nombre y acompañe, la fantasía puede volverse sustituto del vínculo y no de una mediación con él. Por lo cual, se entiende que los relatos representan espacios de mediación, pero su eficacia dependerá de su articulación con el lazo social. Por lo que, cuando los relatos son reconocidos, escuchados y compartidos, se abre la posibilidad de transformar el miedo, por ejemplo, el

miedo al abandono, en palabra; pero cuando este se vive en soledad, se reduce a un refugio cerrado donde la angustia no encuentra su fin. Así que, la función del relato en la infancia no queda simplemente en la de enseñar o entretener, sino en permitir al niño habitar el límite entre la fantasía y la realidad, entre la pérdida y la posibilidad de ser integrado nuevamente por el Otro y su palabra.

Ahora bien, en relación con los dominios y líneas de investigación de UCSG, este estudio se llevará a cabo bajo el dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad; esta se relaciona con la línea de investigación: "Cómo los relatos en la infancia son un recurso simbólico." En relación con el presente trabajo, se encuentran dos enfoques dirigidos a los relatos como recurso simbólico y la resignificación del miedo al abandono en el niño. Es importante recalcar que, este dominio habla del reconocimiento de la subjetividad como un proceso permanente de la construcción del sentido. Es así que, desde esta perspectiva, los relatos infantiles se sitúan como mediadores simbólicos en la producción de la subjetividad.

Este estudio parte de la idea de la narrativa del niño como un recurso de mediación entre el lenguaje, la emoción y la imagen, con la capacidad de nombrar los miedos sobre la separación y el abandono. En consecuencia, el estudio examina cómo dicha mediación organiza secuencias de significado para ayudar al niño a localizar la pérdida y desarrollar recursos simbólicos para su vida emocional. Por tanto, el estudio examina los contextos escolares y familiares donde la lectura y el diálogo colaboran la palabra del niño y sus efectos en la convivencia social y la autorregulación emocional. Por ello, la línea institucional "narrativas en la primera infancia como recurso simbólico" se materializa en el presente estudio como análisis de casos y el diseño de instrumentos para profesores y cuidadores.

Por todo esto, se entiende que los relatos permiten abordajes psíquicos y emocionales del niño en donde se involucran idioma, imaginación, emociones y conocimientos; lo que da paso a un proceso de simbolización que da sentido a su vivencia, más aún a aquellas que se nutren del miedo, del abandono y otros, del mismo modo, este ámbito, mezcla de articular el

proceso de construcción de identidad y subjetividad en relación al Otro, sea este, padre, maestro u otro, y cómo este influye en el proceso educativo del niño a través del lenguaje y la cultura. Así, el relato se convierte en un espacio donde se articula la educación, la comunicación y el arte.

Desde la perspectiva del Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025, la investigación se relaciona con el eje Social, y Objetivo 2: “Impulsar las capacidades de la ciudadanía con educación equitativa e inclusiva de calidad y promoviendo espacios de intercambio cultural” (p.12). En este caso, se relaciona con las distintas políticas y sus correspondientes estrategias de la Política 2.2: “Promover una educación de calidad con un enfoque innovador, competencial, inclusivo, resiliente y participativo, que potencia las habilidades cognitivas, socioemocionales, comunicativas, digitales y de la vida práctica; sin discriminación, y libre de toda forma de violencia y apoyados en procesos de evaluación integral para la mejora continua”.

Esta investigación se vincula a este objetivo y política, porque se centra en las habilidades socioemocionales y la comunicación sin violencia. En consecuencia, se prevén productos de entrega como análisis de lectura guiada en el ámbito académico y científico. En este aspecto, se espera que los resultados muestren avances en la participación en lectura, en el uso de vocabulario emocional por parte de los niños y en la mejora de la convivencia escolar. Finalmente, la discusión se propone relacionar estos insumos con la situación de las instituciones educativas de Guayaquil que atienden a la población infantil en situación de riesgo de separación de sus cuidadores.

Las estrategias se describen a continuación: a) Transitar de un enfoque centrado en el contenido, al desarrollo de una ciudadanía que sea competente a nivel local, global e intercultural, así como las correspondientes iniciativas de desarrollo profesional sostenible y contextualizado y de fortalecimiento de capacidades. b) El desarrollo de entornos educativos seguros, inclusivos, no discriminatorios y no violentos. c) La articulación de la formación en educación secundaria científico-humanística y técnica con la vocación productiva de los territorios y los proyectos de vida de los estudiantes. d) Mejorar el sistema de

nivelación para garantizar la retención de los estudiantes y prevenir la deserción en el sistema educativo (Plan de Desarrollo Nuevo Ecuador 2024, 2024, p. 86).

La investigación está relacionada con el cuarto objetivo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Educación de Calidad, que es garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. Particularmente con el objetivo 4.7 que establece: Asegurar que todos los aprendices adquieran las habilidades fundamentales y transferibles necesarias para promover el desarrollo sostenible, incluida la educación para el desarrollo sostenible y formas de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género y la educación para la paz y la no violencia, la ciudadanía global y la apreciación de la diversidad cultural y la cultura de la paz y del desarrollo sostenible (Naciones Unidas, 2023).

La metodología aplicada se desarrollará desde un enfoque cualitativo de carácter fenomenológico y paradigma interpretativo, centrandose en el análisis a profundidad. Dicho análisis se realizará a partir de experiencias y percepciones de profesionales de psicología clínica con experiencia en hospitalización pediátrica particularmente en contextos dirigidos a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) . La población de estudio estará conformada por entrevistas semiestructuradas en base al criterio de expertos, los cuales permiten analizar cómo los relatos funcionan como un recurso simbólico frente al miedo al abandono.

Planteamiento del problema

A lo largo de la historia, los relatos constituyen a un recurso fundamental para la transmisión de valores culturales y sociales, especialmente durante la infancia. Más allá de su función recreativa, los relatos permiten que los niños desarrollen su imaginación, comprendan su

entorno emocional y simbolizan experiencias complejas como el miedo (Bettelheim, 1976).

Los relatos forman parte de la actividad intelectual que involucra al sujeto y lo motiva a expresar contenidos afectivos. En ellos, el plano imaginario manifiesta imágenes que representan al niño y le permite elaborar su experiencia subjetiva. En la clínica psicoanalítica, Lacan considera que el mito cumple la función de articular el paso de lo imaginario a lo simbólico. Entre estos procesos se encuentran las fantasías infantiles y representaciones imaginarias que posibilitan la inserción del niño en el orden simbólico.

En el caso de la fobia de Hans, Lacan utiliza el mito como ejemplo del modo en que el relato permite construir sentido desde lo simbólico. Así, las narrativas y los personajes ficticios se convierten en figuras de significación que brindan identificación y contención emocional. De este modo, los niños crean historias y proyectan en ellas sus propias vivencias y emociones a través de la fantasía.

El paso de lo imaginario a lo simbólico no tiene mejor traducción que a través de esos detalles aparentemente contradictorios e inconcebibles. El niño se introduce de golpe en el sistema del significante, en el lenguaje. (Lacan, 1956-1957, p. 255)

El miedo es una emoción primaria que forma parte del desarrollo humano. Uno de los temores más remarcados en la infancia es el miedo al abandono, vinculado directamente con la necesidad de apego y protección. Freud (1926) en la obra denominada *Inhibición, síntoma y angustia*, lo describe como una experiencia originaria de desamparo ante la ausencia de la figura paterna. Si lo real irrumpe y ocupa el lugar de un lenguaje no articulado, en el cual la angustia no puede ser resignificada ni puesta en palabras. Este exceso de lo real, al no ser simbolizado, puede dejar huellas subjetivas que condicionen la construcción de vínculos posteriores (Lacadée, 2012). En este contexto, los relatos y los personajes ficticios funcionan como mediadores simbólicos que permiten al niño elaborar, resignificar o incluso sustituir la ausencia de sus figuras de apego.

Si bien todos los fenómenos pueden ser multiformes, en este caso, la multiformidad fascina, ya que las fantasías y los relatos pueden presentar múltiples formas, pero a la vez se presentan interrogantes sobre los límites que se pueden establecer: ¿qué sucede cuando el niño, en el relato, deposita la gestión de un miedo que se ha hecho real, tal como el miedo a ser abandonado? ¿Y hasta dónde está simbolización, en lugar de coadyuvar al duelo, podría obstaculizar el establecimiento de relaciones sociales?

Cuando se habla de los relatos contemporáneos, se siente la necesidad de considerar esos relatos como espacios simbólicos en donde se expresan las fantasías y los miedos de la niñez. Estudiar cómo los niños enfrentan el miedo al abandono a través de la simbolización en relatos, permitirá entender mejor los procesos de construcción subjetiva, y pensar en los efectos que los relatos tienen sobre la dimensión psicosocial y emocional del niño.

Este es un tema que ha cobrado mayor relevancia en los últimos tiempos, debido a que las transformaciones sociales, familiares y culturales, han modificado las distintas formas de la presencia y el acompañamiento del Otro en la niñez. En la investigación de Bañol et al. (2024) se señala que los niños que sufren el abandono, ya sea físico o emocional, tienden a necesitar ser escuchados y comprendidos, y en las historias, logran encontrar un medio simbólico para articular esa falta.

El problema se localiza en el abordaje a niñas y niños entre seis a once años atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, quienes manifiestan miedo al abandono en el contexto de hospitalización y separación de sus figuras de cuidado. El análisis se orienta a comprender cómo se articula este miedo en sus producciones discursivas, qué figuras emergen en sus relatos y de qué manera se organizan los significantes. En esta línea, la unidad de estudio se centra en el motivo del miedo al abandono y en las operaciones simbólicas que se ponen en juego en sus narraciones y expresiones.

Este temor suele presentarse en escenarios de inestabilidad vincular, particularmente cuando existen experiencias de pérdida, presencia

intermitente de cuidadores o rupturas familiares. Asimismo, puede manifestarse a través de ansiedad, somatizaciones, malestar corporal y dificultades en la construcción de lazos sociales con pares y adultos.

Por tanto, el proyecto sistematiza el miedo al abandono, fantasía, identificación y narración y ofrecerá orientaciones de uso a educadores y clínicos. En este sentido, se espera que sea un aporte metodológico que potencie la atención infantil en los servicios de salud y en los aulas de educación básica.

Por esto, si el Otro se ausenta, o si El Otro se encuentra en la incapacidad de ofrecer lazos seguros, el niño puede construir representaciones internas que traten de sustituir dicha ausencia, construyendo defensas que conllevan sentimientos de soledad y de desprotección. Los relatos pueden ser configurados como espacios de simbolización de la ausencia, donde el niño expresa con palabras lo innombrable, como el abandono, en forma de, lenguaje, imagen y emoción.

Se plantea que, los cuentos ofrecen al niño la posibilidad de enfrentar sus miedos, otorgándole herramientas simbólicas para transformar su angustia en esperanza. Sin embargo, si estos relatos no encuentran del acompañamiento en el entorno afectivo, su potencial puede reducirse y así, convertirse en un lugar cerrado en el cual el niño busca refugiarse, lo que refuerza el aislamiento emocional, en lugar de promover la apertura al vínculo.

Entonces, analizar cómo el niño simboliza el miedo al abandono mediante los relatos implica reconocer el papel que estos tienen sobre la formación de los sujetos, y ser capaces de elaborar sus emociones y dar significado a sus experiencias. Por lo que, este trabajo busca aportar a la comprensión de los relatos como formas de expresión y como instrumentos simbólicos de reparación psíquica y afectiva, ofreciéndole al niño un espacio para poder reinventarse frente al dolor de la pérdida y construir nuevas formas de vínculo hacia su mundo.

Es importante resaltar que, estudiar la función de los relatos en la simbolización del miedo al abandono implica también reflexionar sobre el lugar del Otro, del adulto, como mediador del proceso. Esto debido a que, a través del vínculo con el padre u otras figuras de apego, del diálogo y su escucha, es que el relato puede cobrar sentido y convertirse en una experiencia compartida que posibilita la elaboración emocional en el infante. De esta forma, el relato es una creación individual del niño y un acto intersubjetivo que busca restituir el lazo social y permite transformar en miedo en palabra, la ausencia en una presencia simbólica y la vulnerabilidad en una posibilidad de crecimiento.

Así, el problema que se resalta en este trabajo se centra en analizar de qué manera los relatos en la infancia, situados entre fantasía y temor, influyen en la simbolización del miedo al abandono, ya sea como medio de elaboración subjetiva o como escenario donde se pone en juego la posibilidad, y lograr construir una identidad conformada por la palabra, el afecto y la cultura. Por lo que se puede concluir que, el abordaje de este tema permitirá abrir un campo de reflexión sobre la responsabilidad educativa y social en el acompañamiento durante la infancia, comprendiendo que los relatos narran mundos imaginarios y configuran subjetividades, reescriben vínculos y posibilitan nuevas formas de que el niño viva su mundo emocional y simbólico.

Pregunta general

¿Cómo los relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños, en el área de hospitalización UCIP?

Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las manifestaciones del miedo al abandono en la infancia?
- ¿Qué funciones simbólicas cumplen los relatos en la infancia?
- ¿De qué manera se articula la relación entre los relatos y el miedo al abandono en los niños en el área de hospitalización UCIP?

Objetivos

Objetivo general

Analizar cómo los relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños en el área de hospitalización UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos subjetivos.

Objetivos específicos

- Identificar las manifestaciones del miedo al abandono en la infancia a partir de referencias bibliográficas.
- Explicar la función simbólica de los relatos en la elaboración del miedo al abandono por medio de revisión documentada.
- Relacionar la articulación entre los relatos y el miedo al abandono en los niños en el área de hospitalización UCIP, por medio de entrevistas semiestructuradas a expertos.

Justificación

Desde el psicoanálisis, se conoce que el niño se constituye como sujeto en relación con el lenguaje y el Otro, por lo que, la palabra, los símbolos y las narrativas que lo rodean, constituyen el tejido que le permite inscribirse en la cultura y darles significado a sus experiencias. Es así que, el niño se enfrenta a experiencias de pérdida, separación o abandono, si el relato aparece con una función estructurante que permite desplazar, representar y resignificar los afectos asociados a la angustia. De acuerdo a lo planteado por Freud (1926) en *"Inhibición, síntoma y angustia"*, el miedo al abandono surge como una vivencia de desamparo frente a la ausencia del objeto amado, por otro lado, Lacan expresa que sólo a través del lenguaje, es posible elaborar la sensación de vacío y reinscribirlo en el campo simbólico.

Ahora, en relación al autor Bettelheim (1976), se entiende que los relatos son recursos de entretenimiento y constituyen representaciones simbólicas que abordan los conflictos universales del ser humano, ya sea el miedo, la rivalidad o la pérdida. Por lo que, en ellos, el niño es capaz de

proyectar sus emociones y conflictos internos, encontrando en los personajes y situaciones ficticias una metáfora de su propio mundo afectivo. Así que, los cuentos ponen en visibilidad los temores más profundos en la infancia, ofrecen una forma de afrontarlos con un sentido de superación y esperanza. Es por ello que el relato podría considerarse una herramienta que permite que el niño asimile y entienda las vivencias que resultan complicadas y que escapan a su control y que le son frustrantes o emocionales, en términos de su desarrollo psíquico.

En este sentido, la relevancia de este estudio, en primer lugar, es ofrecer la posibilidad de visualizar la función simbólica del relato como un recurso que media en el proceso y la construcción de la subjetividad del niño, en particular, en el desarrollo del temor al abandono. Por lo tanto, este estudio se propone adentrarse en el relato desde lo psíquico y lo emocional, lo que permitiría comprender de qué manera a través de la fantasía el niño elabora su angustia, reordena su experiencia emocional y construye un relato interno que le ayuda a sostenerse ante la carencia.

Por otro lado, esta investigación contiene también una relevancia social y formativa, en el sentido en que ofrece una mirada hacia las infancias que viven situaciones de separación, negligencia o desamparo, afectando emocionalmente a los niños, reconociendo que los relatos pueden abrir caminos para acompañar estos procesos difíciles desde espacios educativos, familiares o terapéuticos; brindando al infante herramientas simbólicas que faciliten la expresión de su mundo interno. Mientras se narra, se comprende y se escucha el relato, se transforma en un proceso de intersubjetividad en el cual el niño puede ser visto y validado, lo que potencia su capacidad de vinculación y confianza en los demás.

Por lo tanto, en el caso del niño, el proceso de comprensión de sus emociones debe ser difícil para el adulto, en el sentido de que el miedo a la ausencia, a ser abandonado, no debe ser visto como un síntoma o una privación, sino como una vivencia que puede ser estructurante y que, si se la sostiene simbólicamente, puede abrir la posibilidad de un desarrollo en el niño que lo beneficie desde lo emocional.

Es así como, los relatos actúan como medios de resignificación y reparación que transforman la herida del abandono en una oportunidad de elaboración subjetiva. La justificación de este trabajo consta de articular la teoría psicoanalítica en conjunto con la función simbólica de los relatos, y su relevancia práctica al ofrecer una perspectiva que oriente a estrategias de acompañamiento emocional durante la infancia. Es necesario comprender cómo los niños simbolizan el miedo al abandono por medio de los relatos, lo que permitirá profundizar en el reconocimiento de la palabra, la imaginación y la narración, como caminos posibles que lleven a la reparación, la creación y la construcción de sentido en la vida psíquica del niño.

ANTECEDENTES

En el contexto ecuatoriano, diversas investigaciones han evidenciado el impacto del miedo al abandono y de los estilos de apego en el desarrollo infantil. Estudios realizados con población infantil en situación de vulnerabilidad señalan que esta condición incide de manera significativa en el desarrollo integral del niño y constituye una problemática relevante dentro del país (Álvarez-Infante et al., 2024). Desde la teoría del apego, se destaca la importancia del vínculo temprano y de las dinámicas familiares en la regulación emocional infantil, así como en la construcción de la seguridad e identificación afectiva (Quila Guishca, 2020; Villamarín Bernal, 2023).

Dentro del ámbito hospitalario, el miedo al abandono puede intensificarse debido a la separación temprana de las figuras de apego y a las modificaciones en la rutina cotidiana asociadas a los procesos protocolarios del hospital, lo que impacta directamente en la vivencia emocional del niño.

En articulación con estas perspectivas, investigaciones desarrolladas en el ámbito educativo ecuatoriano indican que la producción de relatos infantiles y el contacto con narrativas de ficción configuran un espacio privilegiado para la organización cognitiva y afectiva. A través de estos procesos, los niños realizan identificaciones simbólicas que les permiten construir significantes mediante el lenguaje y la interacción social (Burbano, 2022; Nelson, 1996; Rosemberg & Manrique, 2007).

En el contexto sudamericano, diversos estudios han profundizado el miedo al abandono y la construcción simbólica en la infancia desde enfoques clínicos y narrativos.

Ribeiro (2019), en su trabajo *Temer en la infancia*, presentado en el XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, indica que el temor infantil deja de ser un fenómeno pasajero y pasa a ser una dimensión constitutiva del desarrollo afectivo y social. En este sentido, el miedo al abandono se integra en la construcción de la identidad emocional de los niños y los conduce a buscar en personajes ficticios una fuente de seguridad y compañía.

Koval (2022), en su investigación "*Del personaje a la persona. Una contribución al estudio de la caracterización de personas reales*" (p. 1) en textos narrativos factuales explica que los personajes cumplen una función narrativa y simbólica que ayuda al sujeto a construir sentido en su experiencia personal. Bajo esta perspectiva, la idealización de un personaje en la infancia puede entenderse como una estrategia de compensación frente a vacíos emocionales, en la que los niños proyectan en los personajes ficticios atributos deseados como fortaleza, compañía y seguridad que muchas veces no encuentran en su entorno inmediato.

Los relatos en la infancia emergen como un fenómeno psicológico de extraordinaria complejidad y funcionalidad en el ámbito del desarrollo infantil ya que le permite al niño desarrollar. Esto se puede mostrar en los artículos compartidos por Igartúa (2008), este proceso trasciende los confines de una mera admiración superficial hacia figuras emblemáticas de la cultura popular y se consolida como un mecanismo dinámico y estructurante mediante el cual los niños organizan su percepción del mundo, procesan conflictos emocionales de profundo calado y forjan los cimientos de su identidad.

Como señala Sola (2013), en su artículo, *Repensar la identificación con personajes mediáticos de ficción*, este fenómeno es clave para entender la construcción de identidades, ya que a partir de esto se proyectan en la vida real. El miedo al abandono implica una idealización que cobra formas particularmente relevantes, pidiendo una reflexión analítica profunda. Esto nos muestra tanto las faltas en el cuidado que han recibido los niños como las

defensas complejas que elaboran para hacerse cargo de la angustia que la pérdida o el desamparo provocan.

El abandono emocional es el tema central en la publicación de IPSIA Psicología (2021), la gran herida de la infancia, donde el dolor que conlleva esta experiencia es descrito en profundidad al señalar que deja en el niño un sentimiento de desamparo, de inseguridad y de soledad. Los niños que atraviesan esta experiencia pueden recurrir a personajes ficticios como sustitutos emocionales capaces de mitigar la angustia de la ausencia afectiva.

Desde el ámbito internacional, el psicoanálisis y los estudios de medios han aportado marcos teóricos fundamentales para comprender la relación al miedo al abandono, idealización;

Lacadée (2012), en su texto *El niño lacaniano es el niño traumatizado*, afirma que el niño padece un hecho externo de abandono y queda marcado subjetivamente por la imposibilidad de simbolizar la ausencia del Otro. Esto explica por qué los niños construyen vínculos imaginarios con personajes ficticios: dichos vínculos se convierten en recursos psíquicos que le otorgan consistencia frente a la falta, compensando de manera simbólica las carencias afectivas.

Es necesario, como primer punto, el destacar que la idealización construye un puente muy necesario entre lo real y lo imaginario en la mente del niño. Los personajes ficticios, al operar por encima de la incertidumbre de la realidad, pueden utilizar y perder atributos que son absolutos e inmutables de da lo mismo lo que ocurra en el contexto de la historia.

Para un niño que sufre por el miedo a la ocurrencia de un abandono, estos atributos son invaluable; el niño idealizado se transforma en un símbolo del poder de ofrecer el equilibrio emocional que el niño siente que falta en su entorno. Donde la idealización y el uso de personajes ficticios se presentan con la mayor frecuencia y con el mayor grado de confianza es en un contexto en el que la figura de un niño es distante, él mismo se muestra emocionalmente distante (e incluso, de manera hostil) y la figura de un niño

es bruscamente determinante, lo que lo lleva al niño a refugiarse más en la fantasía.

Igartua (2008) identifica el fenómeno de la identificación con un personaje como la capacidad de narrar la historia 'desde dentro', como resultado de la respuesta empática hacia los protagonistas. Este proceso va más allá de enunciar o secuenciar pasos. Involucra una activa selección, una adaptación creativa y una reconstrucción intencionada de los atributos del personaje, de acuerdo con las exigencias de las motivaciones psicológicas del niño, mostrando así cómo los niños poseen la asombrosa habilidad para construir los mundos del personaje.

Un niño que, por ejemplo, sufre el miedo a la separación, que por la situación enfrenta la contraposición o el castigo de la expresión de la dependencia o de la vulnerabilidad, puede a través de un personaje canalizar tales sentimientos y festejar precisamente aquellos atributos que los supresores los obligan a ocultar. Por ejemplo, puede exaltar a un personaje que inicialmente es débil y, a medida que avanza la narrativa, se transforma en una figura de gran fuerza y resiliencia. De esta manera, puede reflejar un deseo reprimido de auto-transformación.

Sola (2013) argumenta en su obra *Repensar la identificación con personajes mediáticos de ficción*, que las identificaciones que los sujetos realizan con personajes mediáticos, tanto en la recepción de medios como en la participación virtual, ejercen un rol trascendental en la construcción de la identidad, la personalidad y las expectativas psicosociales. El acto de identificación selectiva confirma que la idealización se limita al personaje y además, orbita en torno a lo que este implica: un ideal superlativo del niño o de las relaciones interpersonales que ansía fuertemente.

Es fundamental especificar los límites y las posibles consecuencias disfuncionales de este mecanismo. La idealización puede ser una respuesta adaptativa y comprensible en las primeras etapas del desarrollo, pero su persistencia, en ausencia de un realismo, puede comprometer severamente

la capacidad del niño para tolerar las imperfecciones de las relaciones humanas.

Específicamente, un niño que se basa en gran medida en los personajes de ficción para obtener su sustento afectivo puede tener un problema de cristalización de expectativas rígidas y poco realistas sobre los demás. Esto podría incrementar, en mayor medida su frustración, su falta de apertura, y la dificultad para realizar relaciones interpersonales. También la idealización de los demás, unida a la evitación de las relaciones reales por miedo a ser abandonado, puede establecer patrones de desapego. Esto puede generar una ansiedad relacional y tener consecuencias que se extienden por largos períodos de tiempo.

Los niños que sufren de miedo al abandono desarrollan una idealización de personajes ficticios. Este proceso no es trivial, es un recurso que utilizan de forma explícita para trabajar su angustia, mantener su equilibrio emocional, y ensayar soluciones a problemas internos. Esta idealización de personajes es un fenómeno que se puede estudiar desde la esfera cognitiva, social, y emocional.

Las intervenciones que se planifican a partir del estudio de estos mecanismos de defensa son de gran valor para la terapia, la educación, y el uso de la literatura. Por el carácter indirecto y no invasivo, la integración emocional y el desarrollo personal de los niños son el principal objetivo de estas. El miedo al abandono tiene raíces profundas ya que está también vinculado a la necesidad básica de contacto y seguridad que caracteriza al ser humano. Este apegado temor, desde un enfoque psicológico, es más que perder alguna figura importante en la vida de un individuo.

Este es un temor que anticipa un vacío que puede ser potencial, pero que el individuo puede perder en el futuro, el del afecto que puede desestructurar al individuo. El temor al abandono radica en un daño profundo y fracturado en la psique que se produce por la reiteración de experiencias de abandono que la persona en cuestión sigue padeciendo. Ribeiro (2019) en *Temer en la infancia*, destaca el miedo en la infancia como uno de los

fenómenos más de recurrentes y, a la vez, de abandono y desamparo que dejan huellas imborrables en la psique del individuo.

Si un sujeto ha sido expuesto a episodios de abandono ya sea en los albores de la infancia o en fases ulteriores del ciclo vital, se gesta en su interior una sensibilidad hipertrofiada hacia cualquier indicio, real o imaginado, de rechazo o distanciamiento por parte de los otros. Este fenómeno no es trivial ni pasajero; por el contrario, precipita un estado de hipervigilancia emocional que transforma la percepción del mundo interpersonal en un campo minado de amenazas latentes.

Según lo expuesto por IPSIA Psicología (2021), en su publicación *El abandono emocional, la gran herida de la infancia*, describe cualquier señal incluso las más sutiles o equívocas de un posible abandono detona una cascada de respuestas fisiológicas y psicológicas, caracterizadas por una ansiedad intensa y una angustia que bordean lo insoportable. Este estado de alerta perpetuo agota los recursos cognitivos y emocionales del individuo, así como menoscaba su capacidad para habitar plenamente sus relaciones, condenándolo a una existencia ensombrecida por el espectro de una pérdida siempre inminente.

El miedo a ser abandonado lleva una gran experiencia interna de angustia y se traduce, de forma inevitable, en una serie de conductas con el propósito de predecir, a toda costa, la separación. Algunas personas, en un intento de mantener la unión con la supervivencia emocional que consideran esencial, practican medios de afrontamiento que implica la protección de la unidad, el distanciamiento y la defensa de la unidad. Otros, en un extremo opuesto, pero defensivo, distanciamiento y barreras emocionales.

El fundamento de estas dinámicas se puede encontrar en Freud (1926), en donde el autor de estas respuestas como defensas que el psiquismo entiende como reacción a situaciones que considera de amenaza existenciales. Estas estrategias, en vez de brindar la estabilidad que se anhela, se convierten en actos de autoinvalidación que rompen los lazos que la persona quiere, y de manera desesperada, mantener.

El temor al abandono genera, probablemente, temor a la inestabilidad de los lazos que se han formado. La persona parece quedar atrapada en un ciclo de incertidumbre y esto afecta, de manera negativa, a la persona a llevar a cabo una búsqueda, normalmente de forma inconsciente, de lazos afectivos que sean de tipo protectores y que sirvan para calmar el temor al abandono. Esta búsqueda de vínculos afectivos protectores, sin embargo, tiende a sostener la inestabilidad relacional y, al mismo tiempo, se entrelaza con la percepción del individuo sobre su autoestima y valor personal.

El miedo a la inestabilidad en las relaciones que llevan tales individuos es un mecanismo de protección en aumento de exclusión relacional autoimpuesta que constituye una exclusión protectora, y aparentemente una autoexclusión, de establecer relaciones emocionalmente satisfactorias y equilibradas. El ciclo de exclusión autoimpuesta sigue creando un círculo protector que perpetúa la inestabilidad relacional, con la autoexclusión relacional, la inestabilidad relacional perpetúa la inestabilidad relacional.

Lacadee (2012) como parte de este análisis, también menciona que existe una dimensión adicional cuando un niño ha de soportar el trauma del abandono, y que ha de ser considerado como una herida primaria, una herida que deja una marca perdurable en la evolución del sujeto. Esta apreciación explica cómo el miedo al abandono no es una respuesta ante una posible pérdida, sino más bien, un miedo que perdura, que afecta la identidad del niño y cómo se articula con el resto del mundo. El espectro de la inevitable partida de la otra estructura la experiencia de los lazos emocionales y consolida la totalidad de la experiencia existencial, encerrando al individuo en un estado de vulnerabilidad permanente ante los desafíos de la intersubjetividad.

Desde los estudios de medios (Sola, 2013; Igartua, 2008; Mateos-Pérez, 2021), estas obras contribuyen detallando los mecanismos de identificación (Sola, 2013), proporcionando evidencia empírica (aunque descrita de manera general) de su impacto afectivo y persuasivo (Igartua, 2008), e iluminando la naturaleza evolutiva de las narrativas mediáticas y sus estrategias de compromiso para audiencias jóvenes (Mateos-Pérez, 2021). Su principal contribución es demostrar *cómo* ocurre la idealización dentro del

consumo de medios y sus efectos psicológicos inmediatos, sirviendo como un medio significativo de *significación* para el niño.

Desde la narratología (Koval, 2022), ofrece un aporte conceptual crucial al refinar la distinción entre representaciones ficticias y factuales, al tiempo que proporciona herramientas analíticas aplicables a través de las formas narrativas. “Esto es vital para comprender el *objeto* de la idealización, ya sea una construcción puramente ficticia o una figura factual presentada a través de técnicas narrativas” (Koval, 2022).

Desde el psicoanálisis Freud (1926) y Lacadée (2012), estos textos fundacionales proporcionan el profundo aporte teórico al explicar las dinámicas psicológicas fundamentales de la angustia, el trauma y la compleja formación del yo en relación con el "Otro". En sus trabajos, ofrecen el “por qué” fundamental que describe la severidad del miedo al abandono y las formas elaboradas que la mente intenta lidiar con tales interrupciones profundas.

Desde la psicología clínica, IPSIA Psicología (2021) y Psicología Capia (2024) ofrecen un aporte práctico y útil al describir las manifestaciones, el impacto a largo plazo y las posibilidades de recuperación de la herida de abandono, siendo un aporte importante al conectar la teoría con la experiencia.

El mérito más importante de este informe es mostrar que la idealización ficticia no es solo un entretenimiento, es un recurso psicológico que puede ser crucial para los niños que sufren el abandono. Actúa como un mecanismo compensatorio (Psicología Capia, 2024), como un “Otro” que responde (Lacadée, 2012) y como un refugio para el trabajo emocional y la narrativa de la identidad (Sola, 2013; Igartua, 2008). Esta pluridisciplinaridad aporta a la psicología de los medios y a la psicopatología del desarrollo de una manera singular.

El enfoque sinérgico e interdisciplinario es fundamental para obtener la comprensión más profunda y robusta de la complejidad del comportamiento

humano, así como de los mecanismos de afrontamiento que incluyen la psicología del trauma y el compromiso simbólico. Este informe, al integrar estas distintas facetas, ilustra y reafirma el significativo valor que la interdisciplinariedad aporta al análisis de los fenómenos de la psicología.

CAPÍTULO 1

“Tengo miedo”: miedos infantiles, trama afectiva y susurros del inconsciente

"Cuando un niño dice "Tengo miedo", se cava el agujero del miedo. Por la boca del niño, la bestia del miedo dejó oír su voz de angustia. Pronto, tal vez llegue a decir su nombre, porque la bestia del miedo tiene varios"

(Miller, 2017, p. 13).

Hablar del miedo en la infancia es acercarse a un territorio donde el pensamiento todavía se respira con la intensidad de asombro. Es un territorio en el que las sombras crecen sin ritmo del silencio, donde una puerta que se cierra demasiado fuerte puede convertirse en un mensaje enigmático, y donde la ausencia momentánea de un cuidador se experimenta como una fisura interior.

Pero cuando hablamos del miedo en la infancia en psicoanálisis la mirada cambia hacia adentro. No se queda únicamente en describir el miedo como una reacción emocional o un episodio pasajero para esta perspectiva, el miedo señala un objeto que asusta y muestra un punto sensible en la relación del niño con aquello que nombra. En donde se abre una pregunta dirigida al sostén ¿quién está ahí para recibir lo que al niño se le desborda? Y ¿cómo se tramita lo que aún no tiene palabras?

El psicoanálisis se ocupa no solo de lo que se dice, sino también de lo que se deja sin decir, de lo que se suspende en el silencio, en los gestos o en ligeras tensiones. Es en estos aspectos que los enfoques positivistas tradicionales sobre los indicadores/nivel de psicoanálisis hacen lecturas de las primeras huellas de miedo o ansiedad, de lo que se puede decir y lo que no se puede nombrar, de lo que está organizado y de lo que está desordenado.

Esta investigación se preocupará particularmente por discernir el miedo y la ansiedad sin descomponerlos, ya que ambos se presentan en escenas de espera, despedida y regreso. El miedo, por ejemplo, distrae la atención serial hacia el potencial elaborativo y nominativo del niño para figurar y describir.

La angustia, en cambio, señala un peligro menos localizado que altera el tono vital y no siempre encuentra objeto reconocible; es decir, no hay algo articulado o no se puede poner en palabras porque se presenta desde lo real, desde aquello que irrumpe antes de que exista la posibilidad de nombrarlo.

1.1. Los miedos infantiles: una lectura psicoanalítica

Cuando hablamos del miedo en la infancia, solemos pensar que es apenas un sobresalto, una sacudida breve que aparece ante algo que irrumpe y asusta. Pero, si nos permitimos ir un poco más lejos y lo miramos desde la teoría psicoanalítica, la escena cambia de textura. Es como si, al detenernos en ese miedo, descubriéramos que no es solo un “susto”, sino un verdadero efecto de alarma, una campanada interna que empuja al niño a reunir sus recursos simbólicos para regularse frente a señales que podríamos llamar “señales de miedo”: a veces nítidas como una sombra que pasa, y otras tan enigmáticas como un ruido brusco que evoca la posibilidad de pérdida o amenaza.

En medio de esta escena aparece el Otro. No un Otro abstracto, sino el cuidador que sostiene el cuerpo y el nombre, que abraza y que también limita, que marca el contorno del campo social del niño. Es ahí donde emerge una grieta casi invisible pero decisiva en donde el adulto no está lo suficientemente disponible, cuando se ausenta o no alcanza a recibir aquello que en el niño se desborda. El miedo, entonces, deja de ser solo una palabra que moviliza; se convierte en la sensación de estar sin abrigo, expuesto a un viento que no se sabe de dónde viene.

Desde la clínica, esto se puede observar en la manifestación recurrente de miedos infantiles delirantes, ya sea por la posibilidad de que un animal o un

escuadrón militar en su imaginario hagan “daño”, por escaleras extremadamente empinadas y pasillos oscuros, por habitaciones en silencio o por puertas que se cierran con un crujido siniestro. Estas figuras no son aprehendidas como peligrosas, y esto se explica como su relación con la escena de las ausencias del cuidador, con esos signos que el niño busca. Allí surge la pregunta ¿quién está para albergar aquello que desborda al niño?

Es precisamente esta pregunta la que abre el camino para pensar cómo la angustia se enlaza con el desamparo. Para Freud (1926), la angustia aparece cuando el yo anticipa la repetición de aquella escena temprana en la que el niño quedó “sin sostén”, sin alguien que lo recogiera cuando el mundo se volvía demasiado grande. La angustia opera, así como una reacción anticipada ante el temor de perder al ser amado o el calor de su cuidado, incluso antes de que algo concreto haya sucedido.

Lacan (1962), continúa este rumbo al agregar: La angustia “no es sin objeto”. Esto significa que no surge desde el vacío absoluto, sino desde algo que irrumpe en el sitio donde se espera una falta que ordene la vida psíquica desde la infancia. Es como si, en el espacio vacío donde se esperaba algo familiar, apareciera de pronto un detalle extraño, un resto que desconcierta y desacomoda.

Globalmente, estas perspectivas apuntan a que el miedo de la infancia no es un simple factor movilizante, sino un fenómeno en el que se entrelazan la presencia del Otro, la fragilidad del cuerpo, las primeras marcas del desamparo, y las operaciones simbólicas que el niño, en su descontrol, intenta construir bordes. Freud, Miller y Lacan coinciden en mostrar que el miedo afecta la estructura, organiza y recuerda algo del origen mismo de la angustia.

A partir de aquí, se vuelve necesario profundizar en la distinción y la continuidad entre miedo y angustia tal como aparecen en las obras freudianas y lacanianas. Este será el punto que se abordará a continuación.

1.1.1. Miedo y angustia desde las obras Freudianas

Antes de adentrarnos en los pliegues del miedo y la angustia en la infancia, es importante recordar que Freud nunca trató este afecto como un simple sobresalto ante lo desconocido. Desde *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), distingue cuidadosamente entre miedo, angustia y pavor, en donde el afirma: “Llamamos miedo la actitud frente a un objeto definido; angustia, el estado que se caracteriza por la expectación del peligro y la preparación ante él; pavor, lo que surge cuando uno se encuentra ante un peligro sin estar preparado para él”. (p. 166) Esta puntualización es importante en la infancia, el miedo actúa como una respuesta y es una lectura del entorno en donde la pregunta por el lugar que se ocupa en el deseo del Otro.

Es por esto que, las obras freudianas dejan ver que los miedos infantiles se construyen entre escenas, vínculos y pérdidas. Por otra parte, *La interpretación de los sueños* (1900), Freud muestra que el psiquismo opera reuniendo afectos dispersos y transformándolos en imágenes condensadas. En un pasaje central escribe que “La elaboración del sueño lleva a cabo una gran condensación” (p. 312). Podemos hablar de que incluso los temores difusos son aquellos que aún no se encuentran con palabras y pueden convertirse en figuraciones que el niño relata, juega y construye. Los sueños, de esta manera, abren un espacio donde el miedo deja de adherirse al cuerpo y en su lugar entra en un circuito simbólico.

Años más tarde, en *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905), se pone en cuestión la idea de una infancia libre de conflictos e impasible. Freud afirma: “La vida sexual del niño comienza pronto y se manifiesta desde el comienzo” (p. 173), donde enfatiza que el compromiso relacional entre el cuidador y el niño se organiza a partir de inversiones libidinales de placer, sustento y dependencia. Bajo esta lógica, la amenaza de perder el amor del objeto comienza a adquirir un espesor angustiante. Cualquier quiebre en la presencia o en la disponibilidad afectiva del adulto puede vivirse como una señal de desamparo que el niño intenta descifrar con los recursos que tiene.

Partiendo del texto de *Lo ominoso* vuelve a resultar útil en este punto. Freud la utiliza para designar la inquietud que surge cuando algo familiar se vuelve extraño y genera una sensación de amenaza difícil de ubicar (Freud, 1919). La reacción post-mortem a la pérdida cambia, junto con varios objetos, como prendas de vestir, tazas, perfumes, etc., y se convierte en amenazante y dolorosa debido al valor y significado conocidos que estos objetos desarrollan e integran en la narrativa familiar. El tejido simbólico circundante determina el efecto de estos objetos. La memoria dolorosa permanece intacta, y cuando no se elabora, la memoria sigue siendo íntegra, la imagen desencadena recuerdos dolorosos sin limitaciones. Incluir tal noción le da un valor a la dimensión cualitativa de la ausencia y ayuda a entender el impacto de tal pérdida en los niños.

En esta línea, el caso del pequeño Hans (1909) ilumina de manera ejemplar la relación entre fobia y angustia. Freud muestra cómo el niño concentra en la figura del caballo un conjunto de temores que aún no puede nombrar claramente como por ejemplo la pérdida de la madre, la autoridad del padre y el enigma del nacimiento. Para esto Freud señala que “la fobia protege al sujeto de la angustia al fijarla en un objeto exterior” (p. 93), expresando así la función defensiva y organizadora del fenómeno fóbico.

A partir de esto, y a través de la lectura lacaniana del caso del pequeño Hans, puede pensarse que la fobia actúa efectivamente como un modo particular del síntoma. En donde el temor al caballo no opera únicamente como una evitación destinada a esquivar aquello que le causa miedo; más bien, funciona como un dispositivo simbólico que ofrece un lugar preciso donde alojar una angustia que, de otro modo, sería informe e imposible de sostener.

Lacan (1956) describe cómo se desarrolla una fobia justo cuando la relación con el deseo materno se vuelve tanto enigmática como abrumadora, y cuando la función paterna aún no ha organizado esa relación. En ese momento, la ansiedad se vuelve demasiado intensa y demasiado poco articulada para que un niño la procese, y eso requiere un límite, una figura que contenga la ansiedad y, en este caso, el objeto es el caballo, que sirve como

un significante para canalizar la inquietud dispersa y transformarla en una ansiedad localizada, es decir, una ansiedad que puede ser nombrada, evitada y circunscrita.

Es por esto por lo que por medio de su función sintomática se identifica al caballo no como el origen real del miedo, sino el objeto que permite estructurar y regular la angustia, guiando sus movimientos, recorridos y decisiones cotidianas como una brújula. En términos más amplios, la fobia permite a Hans mantener una distancia respirable respecto de aquello que lo inquieta que es la incertidumbre sobre el deseo del Otro y, al hacerlo, convierte el exceso angustiante en un miedo manejable, en un síntoma que organiza su posición dentro del lazo familiar y evita que la angustia lo invada por completo.

A esto, Freud (1926), acota que:

El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y esta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar la angustia-señal es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro. (p. 75)

Cuando hablamos de la angustia automática, nos situamos ante lo traumático directo: ese instante en que el Yo queda reducido a una fragilidad extrema, expuesto a fuerzas colosales frente a las cuales ya se encuentra derrotado. Es un grito interno, desbordado e inevitable que rompe desde adentro sin pedir permiso.

En contraste, la señal de angustia sirve como un faro, un sistema de alerta temprana. Ya no es el trauma, sino la fina respuesta del yo que percibe la amenaza y se mueve para defenderse antes de caer de nuevo en el abismo de la desesperanza. Esto apunta a la idea de que el miedo en los niños no son sobrerreacciones, sino intentos del yo por evitar un mayor sentido de abandono.

A partir de estas coordenadas, el mapa freudiano nos deja ver un miedo que no se agota en el sobresalto, sino que anticipa el peligro. Sin embargo, tras el recorrido freudiano, queda planteada una pregunta que él mismo apenas dejó en sombra ¿cómo se inscribe el miedo en el vínculo con el Otro, en sus palabras, silencios, gestos y fallas? Freud exploró la angustia como señal y como respuesta ante el desamparo, pero no llegó a articular plenamente cómo ese afecto se enlaza con la posición del niño frente al deseo de quienes lo sostienen. Será Lacan quien retome este legado y lo reordene, proponiendo que el miedo en la infancia no puede comprenderse sin situarlo en el campo del Otro.

1.1.2. El miedo y la angustia desde la concepción lacaniana

La enseñanza de Lacan (1964) reorganiza la herencia freudiana alrededor de los conceptos de significante y el deseo del Otro. Desde esta perspectiva, el sujeto no es una unidad cerrada, sino un efecto del significante, alguien que se constituye en la trama de palabras, miradas y silencios provenientes del campo del Otro, donde algo lo sostiene o lo deja fuera.

En este marco, el miedo en la infancia deja de entenderse como una reacción ante un estímulo para convertirse en una lectura del vínculo, una interpretación del niño sobre la estabilidad del deseo del Otro y sobre el lugar que él ocupa en ese deseo.

Esta orientación se vuelve más precisa con la lectura de Jacques-Alain Miller en *Los miedos de los niños* (2017), donde afirma que el miedo infantil no se reduce a un simple sobresalto, sino que constituye una operación subjetiva en donde se encuentra un modo de trazar un borde frente a lo real cuando este se vuelve excesivo. Miller menciona que: “El miedo que se dice es, a la vez, marca de una herida y construcción de un borde, de un límite, en el corazón mismo del sujeto” (Miller, 2017, p. 14).

Es decir, el miedo lastima al niño y al mismo tiempo organiza sus reacciones, dado que funciona como un apoyo que el propio niño construye para rodear aquello que todavía no logra expresar con palabras. En esa

frontera delicada entre la herida y su borde el niño encuentra una manera de orientarse.

La célebre fórmula lacaniana según la cual “*el deseo del hombre es el deseo del Otro*” (Lacan, 1964) ofrece una perspectiva para comprender la escena afectiva del niño. No se trata simplemente de saber si el adulto está presente o ausente, sino de descifrar los matices de su deseo. El niño lee esos signos con la intensidad de quien depende de ellos para orientarse en el mundo. Por eso surgen preguntas que insisten y, en ocasiones, desbordan cuando la historia infantil ha estado marcada por interrupciones, separaciones o silencios difíciles de interpretar, las preguntas que el niño genera en la infancia tras sentir miedo en algún momento se multiplican y pueden teñirse de angustia.

En ese horizonte, el miedo al abandono deja de ser un mero temor a la distancia física. Es, más bien, una interrogación fundamental sobre el deseo del Otro, una pregunta que late en cada gesto y que podría formularse a través de esta pregunta *¿hay un lugar para mí en su amor, o corro el riesgo de quedar fuera de él?*

En el Seminario 10, se desmonta la idea de una angustia como “*la angustia no es sin objeto*”. La angustia aparece cuando surge un resto allí donde el sujeto esperaba una falta hacia una mirada insistente, un gesto inesperado o hacia una ruptura en la previsibilidad del lazo afectivo del Otro. Y es en este punto que Lacan (1962) afirma: “La angustia opera como señal; es del orden de lo irreductible de lo real. Fue en este sentido que osé formular ante ustedes que la angustia, de todas las señales, es la que no engaña.” (p.174)

Esta frase condensa la idea de que la angustia revela la intrusión de lo real hacia un encuentro con aquello que no puede ser absorbido por el simbolismo del sujeto. Por su parte, en el Seminario 4 se ofrecen claves para comprender cómo los niños construyen sustitutos e incluso fobias cuando el deseo materno se vuelve enigmático o excesivo. Allí Lacan (1956) describe la metáfora paterna como la operación que introduce la ley y la distancia en la

diada madre-hijo, permitiendo al niño no quedarse atrapado en la demanda de la madre y encontrar un lugar propio.

En el Seminario 11, Lacan (1964) retoma las nociones de inconsciente, repetición y transferencia y se adentra en lo real junto con la noción del objeto a como el resto que causa deseo. Su presencia excesiva o su repentina retirada intensifican la ansiedad.

Finalmente, la concepción lacaniana de la transferencia con niños (Lacan, 1956) sitúa al analista en un lugar distinto al del educador porque su tarea se dirige en alojar el miedo, escucharlo como un mensaje sobre el vínculo con el Otro, de modo que el niño pueda decir algo sobre su posición frente al abandono sin quedar reducido a algo que no tiene nombre.

Después de recorrer las sendas que Freud y Lacan trazan en torno al miedo y la angustia, se vuelve evidente que lo que aterra al niño no es únicamente una palabra que oscurece hacia un ruido súbito o la distancia física del adulto. Lo que verdaderamente conmueve es la incertidumbre sobre el deseo del Otro en donde lleva a ese misterio que se deja entrever en una ausencia, a un tono que cambia de significado a un gesto que no se espera. El miedo en la infancia nace allí, en el intersticio donde las palabras no alcanzan a nombrarse y la angustia irrumpe como señal de un real que no engaña.

Es en este punto donde podemos interrogarnos: ¿cómo elabora el niño el miedo?, ¿qué salidas encuentra frente a esta angustia a eso inexorable y ominoso de poder apalabrarlo? Es aquí donde entran diferentes recursos del sujeto que permiten simbolizar el miedo, siendo uno de ellos: los relatos infantiles, como una narración adaptada capaz de metaforizar esos conflictos internos, traumas, miedos que no se pueden expresar con palabras. En síntesis, ¿qué sentido tienen los relatos infantiles?

1.2. “Me va a dejar”: El niño, la trama familiar y su miedo al abandono

El enunciado “me va a dejar” consiste en una alarma que se activa en el niño con las figuras de cuidado, como padres o familiares, esto exige una lectura de la vida familiar,

De ahí que la expresión del niño se asocia a señales inestables de presencia y de comunicación, tales como horarios impredecibles, respuestas poco claras y variaciones conductuales sin explicación aparente, factores que modifican la expectativa de recibir cuidado (Miller et al., 2017). Bajo esa lectura, el miedo funciona como un lugar donde se fija la inquietud adulta, pues el niño capta la preocupación del adulto, la incorpora a su expresión y la devuelve en forma de demanda como una petición, con efectos en la relación cotidiana entre ambos (Roy, 2025).

La respuesta afectiva del adulto forma parte de la escena, porque el niño percibe cómo el otro acoge o desestima sus expresiones y, a partir de ello, ajusta su expectativa de cuidado. Roy (2025) señala que “*se dice con facilidad que un niño sueña; eso deleita a su entorno*” (p. 1), indicio de que la vida psíquica infantil se despliega desde temprano en un espacio de resonancia familiar.

También, según Roy (2025) se precisa que el adulto “*o le inquieta si el sueño toma la forma de una pesadilla*” (p. 1), detalle que muestra la inscripción inmediata de la angustia del otro en la interpretación que rodea al niño. Por consiguiente, el “me va a dejar” puede aparecer como una respuesta a las señales de inquietud adulta, y el niño tiende a probar mediante preguntas y conductas si la presencia se mantiene o se retira (Bihan, 2017).

El miedo al abandono se vincula con la posición que el niño ocupa dentro de la pareja parental y con los conflictos presentes en la convivencia, incluso cuando los adultos intentan ocultarlos o restarles importancia. De hecho, en una viñeta clínica, Deltombe indica que un niño “*Se dedica a representar la verdad de la pareja en la familia*” (2017, p. 100), afirmación que permite considerar el síntoma infantil del temor como una expresión de

tensiones del lazo adulto, es decir que los niños proyectan los síntomas de los padres.

En consecuencia, la frase “me va a dejar” puede expresar la inestabilidad del vínculo entre los adultos o dar cuenta de la vivencia del niño frente a una presencia física acompañada de un distanciamiento afectivo (Miller et al., 2017). A partir de esa premisa, la lectura se orienta menos hacia una característica del niño y más hacia el lugar que ocupa en la dinámica familiar y en la circulación de la palabra.

Por otro lado, el niño construye su miedo a partir de palabras y expresiones que circulan en la casa y en otros espacios cercanos, incluidas formas de hablar de los adultos que pasan a integrarse en su modo de expresarse y de relatar. En esa perspectiva, Bihan (2017) relata que un niño *“habla fuerte y responde a nuestras explicaciones con órdenes.”* (p. 72), fragmento que permite observar cómo el niño incorpora modos del otro en su expresión.

En paralelo, Miller (2013a) indica que “es el niño que interpreta el mundo y al mismo tiempo le interpretamos a él” (p. 1), lo que muestra que las palabras del niño también se relacionan con la lectura adulta y con sus expectativas. Por esa razón, el “me va a dejar” puede funcionar como una frase tomada del clima familiar, reformulada por el niño y devuelta en su relato para expresar un temor que también está presente en los adultos (Bihan, 2017).

De esta forma, la perspectiva psicoanalítica desplaza la atención hacia el adulto cuando el miedo del niño queda ligado a una dinámica familiar marcada por señales reiteradas de alejamiento o de amenaza. En ese punto, Miller (2013) afirma: “El niño, en el psicoanálisis, es supuesto saber, y es más bien el Otro que se trata de educar” (p. 5), frase que sitúa la dificultad en la manera en que el adulto mantiene la palabra y la presencia. Por ende, el “me va a dejar” invita a revisar las promesas imprecisas, cambios sin aviso y respuestas afectivas variables, de modo que el trabajo con el niño incluye un

trabajo con los adultos orientado a ordenar las separaciones reales y a limitar el retiro afectivo como una forma de sanción.

La amenaza que percibe el niño se relaciona menos con una ausencia y más con la posibilidad de perder afecto, protección y reconocimiento. En ese sentido, Freud (1926) sitúa ese núcleo en “la separación respecto de un objeto estimado en grado sumo” (p. 130), Aquí hay una referencia para situar el miedo en la dependencia afectiva y en las vivencias anteriores de separación.

Por consiguiente, la rutina, un movimiento distante, o una espera, pueden ser para el niño el significante de un anuncio de retiro afectivo, especialmente cuando el cuidado anterior incluyó separaciones inexplicadas, o el uso de la distancia como un castigo. Ante esta situación, el “me va a dejar” puede comprenderse como un intento de prevenir la separación mediante vigilancia, o mediante un reclamo o una protesta, y, en todo caso, esa respuesta mantiene el estado de alarma si el adulto actúa con una respuesta incierta o con una amenaza.

La organización afectiva de las familias al miedo puede reforzar la vigilancia y la hiperalerta de los niños. En este sentido, las familias se organizan para evitar la distancia y la presencialidad, aunque eso genere angustia, ya que le puede dar al niño la idea de que ante cualquier separación hay una amenaza importante (Miller et al., 2017).

Freud (1926) sostiene que, en otras formas, las familias organizan la separación como un castigo, o como un aviso, o incluso imponen el silencio para que la rutina no se interrumpa. Esto, en general, provoca el miedo al abandono y la afectividad y hace que la confianza en la palabra se disminuya. Por consiguiente, el miedo puede transmitirse entre generaciones cuando un adulto arrastra duelos o separaciones no elaboradas y el niño capta esa inquietud, incorporándola a su experiencia afectiva, con manifestaciones en sus preguntas y en su conducta.

En este orden de ideas, la frase “me va a dejar” requiere aclarar a quién va dirigida y qué lugar ocupa esa persona en el cuidado del niño. En ese

sentido, la declaración puede señalar una presencia física acompañada de distanciamiento emocional, o una presencia irregular, situaciones que aumentan la alarma del niño y lo llevan a estar atento a la disponibilidad del otro (Freud, 1926).

Por otro lado, tomar al niño como supuesto conocedor dirige a reconsiderar cómo el modo adulto sostiene la presencia, la promesa y el límite, ya que la palabra del adulto puede sostener o socavar la confianza del niño frente a una separación. En síntesis, la frase “me va a dejar” se ubica como un producto del vínculo familiar, en la que el niño recoge los temores de los adultos y los devuelve en su relato; esta orientación permite avanzar hacia el análisis del relato infantil en los apartados siguientes.

CAPÍTULO 2

El relato como sostén: narrar para que el otro no desaparezca

“A menudo le pedí que me contara esta historia, cosa que hacía con agrado”

(Miller et al., 2017, p. 114)

El relato infantil no puede reducirse a solo un producto “literario” ni a una destreza escolar adquirida progresivamente. Se trata, ante todo, de una forma de vínculo y de una operación de construcción de sentido mediante la cual el niño intenta ordenar su experiencia. Cuando un niño relata, encadena palabras y dispone una escena, ubica personajes, inscribe tiempos y ensaya versiones posibles de lo ocurrido. En ese movimiento, la ausencia deja de presentarse como un vacío informe y se transforma en una escena narrable, con un inicio, un desarrollo y un cierre posible, aun cuando dicho cierre permanezca suspendido. El relato presenta una continuidad donde la experiencia se siente como fragmentada.

Desde el punto de vista de la clínica, el relato no se circunscribe a una única forma, sino que se despliega en registros diversos: relatos de sueños, cuentos inventados, anécdotas familiares, historias que se repiten con mínimas variaciones, secuencias de juego o descripciones de escenas extraídas de imágenes o de pantallas. El niño elabora siempre en estos casos una ficción que, más que lo irreal, remite a una forma singular de organizar lo vivido. Tal como lo señala Daniel Roy (2025):

Ante todo, que el relato del sueño y sus asociaciones, que forman un segundo relato, tienen la misma estructura, una estructura de “ficción”. Notemos, sin embargo, que no todas las asociaciones son del mismo orden: algunas siguen la pista de los significantes que se han aislado en el relato del sueño, que los subrayan y trabajan para hacerlos significar en el campo de la subjetividad, es decir, del deseo, otros difractan el efecto de significación, haciendo imposible encontrar la vía de un deseo, lo que llamamos fabulación, incluso mitomanía. (p. 2)

Esta concepción introduce un punto de partida para el capítulo en donde el relato puede entenderse como la forma mediante la cual el sujeto articula fragmentos de experiencia a partir de los significantes que circulan en su entorno. En ese sentido, relatar implica apropiarse de palabras ajenas, transformarlas y ponerlas a trabajar para dar forma a aquello que, de otro modo, quedaría disperso o sin inscripción. El relato opera, entonces, como un espacio intermedio entre la experiencia y la palabra, donde lo vivido encuentra una posibilidad de orden y transmisión.

Por ello, el capítulo se orienta a delimitar qué se entiende por relato infantil, a considerar su dimensión cultural y social para explorar las funciones que cumplen en la infancia.

2.1. ¿Qué son los relatos infantiles?

El relato infantil puede definirse como una forma de expresión mediante la cual el niño organiza los hechos, los personajes y el tiempo, con el fin de que quien escucha pueda seguir una escena comprensible. En términos del desarrollo del lenguaje, en palabras de Levy y McNeill (2015), los niños producen unidades cada vez mayores de discurso coherente, incluidas descripciones narrativas de hechos. Esa narración describe una actividad que se sitúa en un ámbito social y que se puede desarrollar en las relaciones de intercambio, en la escucha y en la actividad que involucra diferentes culturas, sin considerarla un logro escolar.

Un relato. A diferencia de una lista o una descripción, un relato organiza los elementos y actos de un suceso a lo largo de una línea del tiempo y los sitúa en una relación de causalidad. Una narración se articula en torno a un suceso, un cambio y un efecto, incluso si este no se indica de manera directa o total. Por eso, en un relato, en el que el niño describe acontecimientos y personas, el niño se refiere a un contexto en el que hay algo que ocurrió antes y hay algo que ocurre después, hay motivos y la coherencia no depende solo de la gramática. Por eso, en la narración de un niño, y en la lógica de la narración, hay algo que involucra al otro, porque toda historia implica que hay alguien que la escucha, la valida o la cuestiona.

En la infancia, ningún relato surge desde la nada, porque la palabra del niño se determina por la escucha. Todo lo narrado por un niño se construye a partir de expresiones que ha escuchado, leído o visto en escenas familiares, escolares o mediáticas. Una formulación clínica que lo expresa con claridad consiste en que la palabra del niño está hecha de citas, desde esa perspectiva, Brousse (2017) sugiere que:

Es necesario acoger la palabra del niño. Que a veces se puede caer en actitudes sádicas pretendiendo que el niño asuma su realidad sin darle ni el lugar ni el tiempo que necesita. El lugar de encuentro con el analista permite al niño hablar de lo que quiera y al analista acoger la palabra del niño y sus construcciones. (p. 4)

Esa afirmación no le resta singularidad al niño; por el contrario, indica que la invención infantil se produce a partir de fragmentos tomados del Otro, reorganizados según el deseo, las defensas y la curiosidad.

Las fuentes de esos fragmentos provienen de historias familiares cotidianas, como anécdotas, relatos de origen o episodios que se repiten, junto con relatos culturales transmitidos de manera escrita u oral, sean estos cuentos, mitos o leyendas, a los que se agregan narraciones audiovisuales y digitales.

En el trabajo clínico con niños, el paso de un registro a otro suele ser inmediato, pues un niño puede narrar una escena ocurrida durante la noche y, sin pausa, seguir con la historia de una serie o de un videojuego. Roy (2025) describe esa continuidad de forma directa:

Un niño pasa fácilmente del relato de su sueño a un relato que nos parece tomado de historias oídas, cuentos, películas, incluso videojuegos, toda clase de historias que podemos considerar, así, como material asociativo, cuya forma desplegada se designa a menudo con el término despectivo de la fabulación. (p. 2)

En el plano formal, esta forma de pasar de una historia a otra muestra que el niño no distingue “realidad” y “ficción” según criterios adultos, sino a

partir de efectos como la presencia, el miedo, el deseo o la sorpresa. Esta observación permite reconocer una variedad amplia de relatos infantiles. Un primer conjunto incluye relatos autobiográficos como historias sobre la escuela, la casa, las amistades, los conflictos o los logros, que suelen contener referencias a lugares, nombres propios y valoraciones afectivas.

Por otro lado, un segundo conjunto corresponde a relatos ficcionales, es decir, cuentos inventados o versiones propias de relatos escuchados, con animales, monstruos, héroes y pruebas. Un tercer conjunto está formado por relatos de sueños, pesadillas o fantasías diurnas, donde el niño organiza las escenas con una alta condensación de sentido y de desplazamientos, a modo de una expresión indirecta del afecto (Roy, 2025).

Por último, están los relatos que se apoyan en objetos y en el juego, como las historias construidas con muñecos, las escenas de construcciones, las persecuciones o los juegos de escondite, donde la historia se va formando a medida que se juega, y el oyente participa o queda al margen según la situación.

La capacidad de narrar no se desarrolla de manera aislada, puesto que, si un adulto escucha, hace preguntas sin invadir y mantiene el intercambio de palabras, facilita que el relato del niño tenga mayor continuidad y más detalles; en cambio, un adulto que interrumpe con moralejas o preguntas insistentes suele cortar el hilo de la historia y llevar al niño a una posición defensiva.

Un rasgo central de los relatos infantiles reside en su función para dar sentido a lo que el niño vive, de este modo, el relato se limita a contar hechos, sino que también ofrece una versión de lo ocurrido, indica quién hizo algo, qué se hizo y desde qué lugar habla quien narra. Miller (2013) captura esa relación de ida y vuelta al afirmar que, “es el niño que interpreta el mundo y al mismo tiempo le interpretamos a él” (p. 1). En esa doble dirección, la historia del niño se ha convertido en un espacio de intercambio, donde el niño defiende su lectura, el adulto ofrece otra, y la relación se define por la capacidad de soportar diferencias, sin excluir al narrador.

La narración se presenta bastante temprano, incluso antes de que el niño emplee cualquier sintaxis compleja, se puede ver a través de formas simples que ya organizan una escena. Un ejemplo clínico de esa narración mínima se encuentra en el juego descrito por Freud y retomado por otros autores, en una escena citada de Roy (2017):

La madre se va, el niño juega con un carretel enganchado a un hilo lanza el carretel por sobre el reborde de su cama y acompaña ese gesto con el fonema “Ooo”, luego jala del cordel y hace reaparecer el carretel, “Aaa” acompaña su retorno. “Ooo-Fort – Aaa-Da” (“Lejos – aquí”). (p. 141)

En ese momento, dos sonidos y un movimiento permiten construir una historia de ausencia y retorno. Esa referencia orienta la lectura de la narración infantil, dado que el relato no requiere de historias extensas; basta una secuencia delimitada y una palabra que señale el cambio.

El relato infantil no se limita al “buen” cuento ni a un relato “correcto” en términos escolares; también incluye historias que generan miedo, exageran situaciones o parecen extrañas. La cultura reconoce este lugar del relato, en un pasaje que expresa el gusto por contar miedo dentro de un clima de confianza, se señala que: “A menudo le pedí que me contara esta historia, cosa que hacía con agrado” (Miller et al., 2017, p. 114). Esa repetición indica que el niño no busca únicamente calma; busca una forma narrable del afecto, una escena que pueda constarse una y otra vez para manejar el sobresalto.

A partir de estos elementos, el relato infantil puede entenderse como una forma de decir que se produce en la relación con otros y que se nutre de expresiones culturales cercanas al niño. Desde esa definición, el apartado siguiente analiza para qué sirven los relatos en la vida psíquica: cómo dan lugar a fantasías, permiten identificaciones y hacen posible la simbolización, sin imponer al niño explicaciones que le resulten ajenas.

2.1.1 Tipos de relatos infantiles contemporáneos: Una lectura clínica

Los relatos infantiles contemporáneos se configuran en un espacio narrativo amplio, donde conviven la palabra familiar, la escritura escolar, los relatos audiovisuales y las formas interactivas propias de las pantallas. En este contexto, una tipificación de los relatos apunta a describir formas que se repiten y que permiten observar cómo el niño organiza el tiempo, la relación entre los hechos y el lugar de quien escucha en el acto de contar.

Por esa razón, este subapartado reúne tipos de relatos que aparecen con frecuencia en la vida cotidiana y en espacios de atención, con un interés descriptivo que prioriza la forma del decir antes que una lectura psicodinámica cerrada (Erstad et al., 2020).

Un primer tipo se relaciona con los relatos orales de la vida diaria. Se trata de secuencias breves en las que el niño cuenta algo que ocurrió, menciona una acción del otro y agrega una valoración propia de lo sucedido. El niño tiende a añadir un cierre a la historia utilizando expresiones que provienen de su entorno habitual, de modo que el niño presenta su versión de un hecho sin tener que elaborar demasiado. A través de esta forma de contar historias, el niño se centra en unos pocos detalles y busca en el oyente adulto una validación de su experiencia o una reparación simbólica de aquello que le afectó (Kerry y Aerila, 2019).

La narración cultural es un segundo tipo, donde los niños reconstruyen cuentos tradicionales, historias familiares, anécdotas del vecindario o historias del aula y las vuelven a contar, haciendo modificaciones a los personajes, los finales o las escenas más interesantes para ellos. En este caso, la atención no se dirige a la fidelidad respecto de la fuente original, sino a la manera en que el niño toma un motivo ya disponible y lo adapta a sus propias preguntas. A partir de ello, reorganiza a los personajes y produce versiones distintas de una misma historia, según lo que necesita expresar en ese momento (Rudd, 2018).

Un tercer tipo reúne los relatos autobiográficos, centrados en el yo y en sus cambios de posición, como el paso a otra escuela, la incorporación a un grupo nuevo, la visita a un pariente o una discusión que reorganiza los vínculos y las pertenencias. El registro presenta una narración que integra diferentes soportes, como fotos, notas de voz y recuerdos que suelen ser parte de la conversación familiar. Este movimiento entre el pasado y la proyección al futuro, el relato mantiene la continuidad de la experiencia y sostiene la construcción de la identidad (Kerry y Aerila, 2019).

El cuarto tipo se encuentra en el consumo mediático en el que relatos en serie presentan, generalmente, breves episodios, personajes estables y rápidas variaciones en las historias. En estos relatos, la organización de las escenas da prioridad al impacto inmediato, la repetición y el reconocimiento de fórmulas narrativas ya conocidas. En esta lógica, la alfabetización digital temprana describe formas de lectura y producción que combinan imagen, sonido, texto y actuación, con especial atención a fragmentos que circulan de manera independiente del relato completo y que el niño incorpora como recursos narrativos para la conversación y el juego (Erstad et al., 2020).

El quinto tipo abarca narraciones interactivas en las que la historia se determina por las decisiones, las reglas y las formas de interacción como en los videojuegos narrativos, de mundo abierto o de rol por misiones (Erstad et al., 2020). Aquí, el foco de interés se halla en la serie de decisiones y en la narrativa de la recompensa lograda. El discurso reúne acciones, caminos y elementos, y la forma de narrar se basa en actividades de juego y la historia de los personajes involucrados.

El sexto tipo de narración se refiere a los relatos colaborativos, elaborados en grupos en el aula o en comunidades de creación, donde varios niños continúan la misma historia a partir de acuerdos sobre los personajes, reglas de coherencia y límites de la invención. A esto se suma el “fanfiction”, el que, si bien se basa en universos narrativos ya existentes (literarios, televisivos, cinematográficos o de videojuegos), permite a los narradores exploradores de roles y relaciones, sin necesidad de crear un mundo desde cero. En este caso, las versiones se encuentran en un vaivén entre

contribuciones individuales y acuerdos colectivos, y una alternancia entre la autoría personal y la construcción compartida (Rudd, 2018).

El séptimo tipo se refiere a relatos narrados o guiados por la escuela o por apoyos educativos, entre ellos, las “historias sociales” y los relatos que anticipan rutinas, en los que el adulto propicia una secuencia para ordenar un cambio o una norma. En el ámbito social, estos guiones operan como apoyos para el desarrollo del lenguaje y la organización temporal.

Sin embargo, la forma en que el niño los toma introduce variaciones y desplazamientos que muestran que el relato, incluso cuando está pautado, mantiene un espacio de invención y de autoría propia (Kerry y Aerila, 2019).

Una lectura clínica de estos tipos presta atención a sus rasgos formales, como la brevedad o la extensión, la continuidad o los saltos, el cierre o la apertura del relato, el soporte oral o audiovisual y la producción individual o grupal. A partir de allí, la tipificación ofrece un lenguaje descriptivo que permite ubicar cómo se construye cada relato. Este uso evita calificar su calidad y previene confundir la forma narrativa con un rasgo de la personalidad del niño (Erstad et al., 2020).

2.2. La función de los relatos infantiles: Fantasías, identificaciones y simbolizaciones

El relato infantil cumple funciones que van más allá de contar hechos, de modo que, narrar permite al niño probar escenas que no tienen un lugar directo en los intercambios cotidianos; de ese modo, la narración funciona como un espacio para las fantasías. El placer no se refiere a una diversión superficial, en su lugar remite a una satisfacción vinculada a crear mundo con palabras, a mantener un guion propio y a poner a prueba el interés de quien escucha.

La fantasía se manifiesta en el relato como una escena que articula los deseos y los límites, de modo que al narrar, el niño no solo se limita a los hechos, sino que decide quién salva, quién persigue, quién abandona, quién

regresa, quién castiga y quién perdona. Todo ello determina su posición hacia lo que ha vivido.

Subjetivamente, esta escena permite manejar las tensiones sin afrontarlas de forma directa, y objetivamente, en la cultura, los cuentos populares han proporcionado durante siglos historias que encarnan simbólicamente la devoración, la rivalidad, la pérdida y el rescate, historia que va más allá de la trama. Freud (1926) relaciona mitos y cuentos con la vida psíquica infantil y dice que “la mitología y el universo de los cuentos tradicionales solo se vuelven comprensibles” (p. 198).

La identificación es otra de las funciones más relevantes del relato y sucede porque el niño incorpora rasgos de los personajes y los utiliza como máscara temporal; para jugar roles como valiente, culpable, monstruo, protector, traicionado, elegido, etc., y sin discurso, ordena la vida moral y emocional.

En los contextos educativos, las narraciones crean formas de expresar emociones y conflictos, y favorecen la construcción del diálogo en donde la propia experiencia queda resguardada por la ficción, proporcionando más seguridad y libertad para el habla. En el espacio familiar, una historia compartida crea un lenguaje común, hecho de frases, escenas y personajes que circulan y que el niño utiliza para solicitar ayuda o para establecer distancia.

En cuanto al fenómeno del cuerpo, el niño invoca la historia para proporcionar un límite donde anteriormente, las emociones estaban presentes de manera amorfa. De tal manera que al nombrar, el niño define, y esa definición altera la experiencia corporal. A través de la narración, las experiencias dispersas se encadenan y se produce un pasaje, en el que algo que permanecía en silencio puede volverse un episodio que se cuenta.

En esa línea, Freud (1926) observa que en los cuentos aparecen figuras devoradoras que admiten lectura y señala: “Hoy podemos considerar también muchos cuentos tradicionales en que se presenta un animal

devorador, como el lobo” (p. 198), observación que no busca reducir el cuento a un “mensaje”, sino mostrar que el símbolo permite decir el miedo sin quedar sometido al objeto real.

Además, la función transformadora del relato se observa en su relación con la interpretación, en tanto no se trata de leer el cuento “por encima” del niño, sino de advertir que el propio relato ya constituye una forma de interpretar el mundo y el lugar desde el cual habla quien narra.

Miller (2013) propone un recorrido útil para pensar esta práctica al señalar que la intervención “va del señalamiento a la transformación” (p. 2), idea que permite ubicar cómo el relato cambia cuando se presta atención a un detalle, cuando se escucha una repetición o cuando una frase ambigua se vuelve clara para quien escucha. El niño, a partir de ese movimiento, se genera un margen para no quedar fijado a una sola versión de sí.

La narración, por su parte, tiene efectos sociales que se traducen en el plano psíquico, puesto que construye un lugar en el que el niño se experimenta como alguien que con interés y expectativa a la escucha. En el relato, la lectura compartida y en la conversación sobre historias, y en donde el adulto ofrece su atención y tiempo, y esa disponibilidad favorece una sensación de continuidad en la experiencia del niño.

En la función simbólica del relato aparece un punto clínico importante, pues las palabras que usa el niño no nacen de él de forma aislada, sino que llegan a través del Otro. Roy (2025) lo expresa: “aquí la indicación positiva de tomar en consideración las palabras del niño, que tienen el mismo valor que los significantes del sueño, el valor de hacer nacer el sujeto, a la vez, a la realidad y al deseo” (p. 2). Esta afirmación desplaza la idea de un relato totalmente elegido por el niño, dado que al narrar utiliza palabras que recibe de los adultos y de su entorno. Esas palabras ya contienen historias anteriores, reglas, prohibiciones, promesas y miedos que circulan en la vida familiar. La repetición de los temas en los cuentos infantiles señala el intento del niño de encontrar una posible salida.

En ese punto, la formulación de Miller sobre el “cristal significativo” ofrece una referencia útil para leer esa insistencia narrativa, cuando afirma que “Un cristal significativo, que es una formación del inconsciente, hecho de un número limitado de significantes” (2013, p. 15). Orientado por un núcleo narrativo de orden de lo repetido, el niño, a partir de pocos elementos, realiza variados y combinados cierres de la misma narrativa, de la misma escena, construyendo distintos finales, de un mismo núcleo afectivo.

Desde este punto de vista, la fantasía, la identificación y la simbolización operan en cooperación dentro de las relaciones interpersonales. El relato construye una escena, la identificación le otorga al narrador un lugar dentro de la escena y la simbolización plantea fronteras que posibilitan la reflexión sobre la experiencia.

A partir de este punto, el apartado siguiente se orienta a la lectura psicoanalítica del relato, con un eje definido, donde el relato se posiciona como una vía de expresión del inconsciente y como un material que, además de escucharse, puede leerse.

2.3. Una lectura psicoanalítica del relato como expresión del inconsciente

El psicoanálisis considera el relato infantil como una expresión que va más allá de lo evidente, no se trata de buscar “qué quiso decir” el niño en forma de explicación moral, en su lugar se trata de prestar atención a cómo se organiza el relato, los cortes y las repeticiones, explicación moral e incluso los silencios.

En perspectiva, el relato se aproxima al sueño, entendido como un texto que no coincide con su propia explicación y que requiere de una lectura; Roy (2025) expresa con claridad, si se refiere al sueño como “la superficie significativa sobre la que se mueve el niño cuando hace el relato de su sueño y da las “*explicas*”” (p. 3), referencia que permite señalar que el relato infantil comparte con el sueño una forma indirecta de construcción.

La narración en el psicoanálisis se orienta por el lugar que ocupa el relato en la experiencia del niño, pues, un niño puede relatar a un monstruo, una transformación o una desaparición, y ese material se considera según cómo organiza sus palabras y escenas. La “ficción” se entiende como una forma de decir y no como una mentira, en este contexto, Roy (2025) señala que la ficción se caracteriza por una falta que el sujeto percibe. Esa falla orienta la lectura hacia el punto donde el relato señala una dificultad para integrar una experiencia.

Por otro lado, la lectura del relato se apoya en una ética que orienta la práctica, pues escuchar lo que el niño dice tal como aparece, sin agregarle significados ya hechos ni interpretaciones anticipadas. En la tradición de Lacan, la clínica progresa cuando, además de escuchar, se presta atención a la forma particular en que cada niño organiza sus palabras y sus relatos.

Miller (2011) lo expresa al citar a Lacan: “Aquel que me interroga sabe también leerme” (p. 2). Esa frase invierte la dirección habitual: el que pregunta no se queda fuera del texto, sino que está involucrado en él. En la clínica con niños, esto se expresa en forma de cuidado, porque el analista no explica la historia, sino que guía al niño en la forma en que lee y cuenta, sin apoderarse de su historia.

Esta forma de cuidado se conecta con una idea técnica clara, donde la historia se trabaja a través de cortes, direcciones específicas y pequeños ajustes que permiten la apertura de otro camino en un flujo conversacional secuenciado. También, Miller (2013) ofrece una orientación para ese trabajo al indicar que la interpretación “va del señalamiento a la transformación” (p. 2). Desde ese punto de vista, la transformación apunta a que el relato pierda rigidez, deje de quedar cerrado sobre sí mismo y pueda admitir variantes en las que el sujeto no quede fijado a un único lugar.

El relato infantil suele organizarse alrededor de un conjunto reducido de expresiones que reaparecen a lo largo del tiempo, esta forma de organización se comprende como una lógica propia de la formación del inconsciente. Describe un “cristal significativo” como una estructura formada

por varios componentes que pueden ser utilizados en múltiples formas y citando el tema “explora todas las posibles permutaciones” (p. 1).

En el trabajo con narrativas, esta referencia apunta hacia una tarea concreta, como puede ser la atención a las palabras en la vuelta, en las escenas que se repiten y en el rol que el niño/a se otorga en cada una de esas reiteraciones, para discernir como el niño está construyendo su experiencia. El vínculo entre los relatos personales y los relatos colectivos abre otra vía de lectura, Freud (1926) propone una comparación que sitúa a las fantasías en continuidad con los mitos y las sagas, al afirmar que “Desde las fantasías del neurótico individual, un ancho camino lleva hasta las creaciones de la fantasía de masas y pueblos, tal como se presentan en los mitos, sagas y cuentos tradicionales” (p. 51).

Esta idea tiene una consecuencia clínica clara, pues el niño utiliza relatos culturales para trabajar conflictos propios, y en ese uso aparece una construcción singular. Los relatos culturales ofrecen formas y escenas compartidas, dentro de las cuales cada niño arma su propio relato. Por esa razón, el relato infantil se lee atendiendo a su singularidad y, al mismo tiempo, a su relación con las expresiones sociales de las que se nutre.

El trabajo psicoanalítico con relatos integra el juego y reconoce su cercanía con la ficción narrativa. Roy (2025) establece un vínculo directo entre el sueño y el juego al afirmar que “El sueño es un juego que se juega solo” (p. 4), idea que orienta la lectura del relato infantil. De modo que, narrar implica jugar con palabras, con personajes y con distintos desenlaces posibles. En la infancia, el relato y el juego comparten una misma escena, dado que ambos permiten ensayar pérdidas y retornos, castigos y reparaciones, sin fijar la experiencia en una sola forma de realidad.

También, la figura del destinatario ocupa un lugar central en la lectura psicoanalítica, pues el relato necesita un oyente, el cual influye en la forma de contar, dado que el niño lo pone a prueba, lo busca, lo evita o intenta captar su atención. Por esa razón, el relato cambia según cada quien escucha, ya

que no se cuenta de la misma manera a un padre, a un maestro o a un analista.

En la práctica, la escucha se orienta al tema del relato, a la forma de decir, como el tono, las variaciones de ritmo, las elipsis, que se interrumpen y que dejan espacios donde se inscriben huellas de la vida inconsciente, sin que se manifiesten directamente (Miller, 2011).

Los relatos elaborados por los niños pueden concebirse como textos vivos, o formas de escritura que evolucionan y se constituyen en la relación con los demás, que recojan palabras y escenas del medio adulto y cultural, y que permitan al niño ensayar respuestas simbólicas a sus inquietudes.

La lectura psicoanalítica acompaña ese proceso sin clausurarlo, de modo que el sentido no quede fijado de una vez, sino que se mantenga disponible para otras elaboraciones, a través de intervenciones breves que favorezcan la aparición de palabras propias. Desde esta perspectiva, el próximo capítulo busca las condiciones de escucha y los criterios clínicos que ayudan a que el acto de narrar funcione para el niño como una forma de sostén y no como un recurso de cerrojo.

CAPITULO 3

El niño en el entorno hospitalario: presencia institucional y figuras de cuidado

Salgo del hospital de día. Después vuelvo y lo saludo. Se ríe y luego me propone una serie con otros vehículos que vienen a “embarcar” mi presencia: “Gilles, vino tu micro”, “tu avión”, “tu helicóptero”, “tu ultraligero”. Entro y salgo cada vez, una alternancia o un movimiento presencia/ausencia en el campo de la mirada.

(Miller et al., 2017, p. 27)

La hospitalización infantil introduce nuevos tiempos y espacios en la vida cotidiana al imponer reglas, horarios, flujos de atención y sistemas de registro que estructuran el cuerpo del niño, y la opción de la familia en su poder de decisión. A partir de allí el niño, pasa a un ambiente de circulación, en el que los adultos de referencia, ya sean padres o convivientes, se cruzan por turnos y funciones. Por su parte, la presencia familiar se ve restringida por las reglas de visita, estadía y movilidad, lo que repercute en el ritmo diario, la continuidad del cuidado y la organización del hogar de la familia.

Los relatos institucionales que genera el hospital incluyen hojas de ingreso, indicaciones de cuidado, notas de evolución y autorizaciones; estos se suman a los relatos de la familia que buscan conservar una continuidad entre la vida previa del niño y el período de internación. Desde el punto de vista práctico, estos relatos organizan el tránsito durante la estancia hospitalaria, ya que dan orden a los ingresos, las interconsultas, los cuidados del cotidiano y el egreso. A la par, a través de estos relatos se distribuyen los quehaceres y responsabilidades entre el equipo de salud y la familia, utilizando un lenguaje que, de acuerdo a la edad y la situación del niño, requiere, en ocasiones, mediación y traducción para ser entendido.

La hospitalización pediátrica en Guayaquil se integra, a través de la red de instituciones públicas y privadas, con una gran afluencia a los hospitales de referencia, que se localizan en pos de mayor demanda de atención. En ese

contexto, el Hospital Pediátrico "Dr. Francisco de Icaza Bustamante" (2023) reportó 188,722 atenciones, de las cuales 82,863 fueron de urgencias, 98,172 de consulta externa y 7,687 fueron de hospitalización. Además, el establecimiento dispone de 376 camas, cifras que permiten dimensionar la intensidad de la circulación de niños y familias en el espacio hospitalario.

3.1. El niño y la hospitalización

La hospitalización infantil se entiende como la estancia del niño en una institución de salud con internación, que implica vigilancia y cuidados continuos, la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y una organización cotidiana regida por guardias, controles y registros clínicos. La estancia puede ser corta o larga, puede responder a una patología aguda o a una patología crónica, y requiere modificaciones específicas en la vida de la familia, tanto en la estructura de la casa como en la relación de la familia con el equipo de salud (Hockenberry et al., 2016).

La internación puede comenzar con un ingreso programado o puede ingresar por urgencias y luego continuar con observación y quedando posteriormente en una cama, con trayectos diferenciados para el niño y para el adulto cuidador. En el ingreso programado hay un tiempo de preparación, y se brinda información sobre el proceso. En cambio, en el ingreso por urgencias se impone un ritmo acelerado, y se acumulan decisiones en tiempo limitado, en ese sentido el niño recibe instrucciones fragmentadas y depende del adulto para interpretar el sentido de la situación.

Los hospitales son un ambiente con materiales y con una lluvia de sonidos de alarmas, con luz de noche, múltiples intervenciones y un flujo de personas permanentes (una de las personas es una diferenciada en el rol que cumple) y en el que hay una privacidad parcial y una exposición que es frecuente. En este contexto, el tiempo se organiza a partir de turnos y protocolos, y el niño aprende a orientarse mediante señales institucionales, como el cambio de bata, la llegada del carro de medicación o la presencia de equipos de diagnóstico, más que por las referencias habituales del hogar.

En el caso de Miller (2017), plantea que los niños reflejan su miedo al internamiento de modo figurativo:

Nombra al hospital de día como “el hospital de día de los muertos vivientes”. Alude entonces a un período de reposo en el que él estaba “inmóvil” y tenía “la mirada fija”. (p. 41)

Esta denominación no opera como una simple metáfora, sino como una condensación de su experiencia subjetiva, marcada por la detención del cuerpo y el repliegue del vínculo con el entorno.

La referencia a la inmovilidad y a la fijación de la mirada sugiere una presencia reducida a lo mínimo, donde el contacto con los otros se vuelve tenso y limitado. En este contexto, la mirada deja de funcionar como un intercambio ordinario y se transforma en un punto problemático, cargado de inquietud, que altera la distancia con el otro y concentra la tensión de la experiencia.

De acuerdo con Miller (2017), acerca del poder de la mirada:

Para Luc, la mirada es persecutoria ¿Por qué el otro me mira con sus grandes y malvados ojos?”, farfulla, luego de haber cruzado una simple mirada. Podríamos preguntarnos si la mirada no tiene como efecto reducir la distancia, como una zambullida en el otro. Son numerosos los intentos por tratar el objeto mirado, en una radicalidad que da cuenta del real que opera. Luc está muy interesado en lo que puede hacer con sus ojos: hacerlos girar y desplazarlos hacia la esquina de sus párpados. Esto supone experimentar aquello que marca un borde, un límite, pero también hacer desaparecer la mirada. (pp. 41–42)

En una sala pediátrica se pueden identificar presencias estables y presencias temporales, cuyos roles y distribución no se corresponden con los de una familia. Algunas figuras nos apoyan de manera continua, a partir de sus roles, y otras, de manera esporádica, toman decisiones importantes. Así, los profesionales de enfermería y de apoyo brindan cuidados diarios, mientras que los de diagnóstico y los de autoría de la sala intervienen en momentos

específicos, lo que les otorga un control importante sobre el flujo de información y sobre la percepción de control del cuidador. La familia desorganizada.

Cuando los miembros de la familia se quedan en la misma sala del hospital de niños enfermos, también apoyan a los niños en el mismo entorno incorporado, la familia trae una voz familiar e incluso personaliza el sistema en un entorno hospitalario y adapta el entorno hospitalario a la rutina cotidiana de la familia y también crea una voz familiar, todo esto ayuda a que la estancia en el hospital sea un poco menos estresante.

En esta línea, los textos de enfermería pediátrica describen la atención centrada en la familia como una práctica que incorpora al cuidador en el cuidado diario, con participación en la higiene, la alimentación, la movilización y el confort. Esta participación se realiza sin trasladar la responsabilidad del equipo de salud y se asocia con una mayor cooperación del niño y una mejor adaptación a las rutinas de la sala.

En este contexto, respecto a la lengua y soporte institucional como condición de trabajo, Miller et al. (2017) plantean que:

En psicoanálisis no hay “progreso madurativo” de la sexualidad de la infancia a la edad adulta que no pase por relaciones de palabras, no hay relaciones de dependencia de un niño con sus padres y con su entorno que no se exprese en términos de relaciones significantes. Freud lo había observado, él que descubrió los estadios libidinales del niño en el análisis de los adultos y que intervino sobre el síntoma del pequeño Hans hablando con sus padres. La perspectiva del psicoanálisis no es la observación del niño –la cuestión es siempre actual–, sino aprehender el fenómeno inconsciente, no solo como una estructura de palabras comandada por el significante, sino también como una estructura cuyo dinamismo sostiene al sujeto que se sirve del significante. (p. 146)

La comunicación durante la hospitalización se desarrolla en distintos registros, por un lado, aparece el registro institucional, compuesto por consentimientos, indicaciones y documentos formales; por otro, el registro familiar, que incluye preguntas, anotaciones, llamadas y explicaciones dirigidas al niño. La ambigüedad del mensaje a menudo proviene de la incapacidad del adulto para convertir la información clínica en elementos fácilmente comprensibles por el menor, sin abrumar con excesivas cuantificaciones, ni eludir el significado de elementos sustantivos. Igualmente, esta ambigüedad proviene de la falta de continuidad por parte del equipo de salud en las pautas de información y en las estrategias de abordaje a las preguntas del usuario.

Algunas hospitalizaciones conllevan interrupciones a las rutinas y actividades de juego y escolaridad. Aulas hospitalarias, bibliotecas móviles y actividades de juego a cargo de voluntarios y personal de soporte, ofrecen continuidad, en alguna medida, a la estructura de la jornada, y a la preservación de los roles, dado que el menor permanece en su rol de escolar o de jugador, aún en la hospitalización. El reestablecimiento de la presencia de horarios y la administración de tareas, de manera similar a la estructuración de la jornada escolar, favorece el vínculo con la institución escolar de la que el menor es parte.

El Registro de Camas y Egresos Hospitalarios del INEC proporciona a nivel nacional, a públicos y privados, con servicios de hospitalización, información relacionada a morbilidad hospitalaria, uso de camas y tiempo de estancia. En este sentido, de acuerdo a este boletín, durante el año 2023, 627 instituciones reportaron el promedio de tiempo de estancia de 4.49 días, el mismo que varía por edad, tipo de institución y causa de hospitalización (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024).

El alta hospitalaria es un momento de reorganización, ya que implica irse a casa y la atención que se recibe en el hospital se transfiere, o se reparte, a la familia, que recibe instrucciones sobre el monitoreo de síntomas, el tratamiento, y la dieta. En este sentido, el cuidado posterior queda en la medida de la calidad de las instrucciones, de la existencia de servicios de

seguimiento, y del cuidador en su capacidad de cumplir con el horario y las observaciones en un ambiente más desatendido. Así, la calidad de la educación proporcionada se relaciona con la calidad del alta y la efectiva coordinación con los servicios de salud en la jurisdicción.

A partir de la reestructuración de la vida diaria con la presencia de diversas figuras institucionales rotando con la familia, el niño aprende a identificar funciones, roles y rutinas para orientarse a través de un día ya no dominado por la dinámica de un hogar. En conjunto, esta descripción general define el marco desde el cual se analizan más adelante las variaciones de presencia y ausencia, y deja planteado el lugar que ocupan los relatos institucionales y familiares para mantener una continuidad de la experiencia durante la internación.

3.1.1. Miedos en UCIP: Los temores de un niño hospitalizado

De acuerdo con Johnson C. (2018) sobre la definición de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):

La unidad de cuidados intensivos es el núcleo de los servicios agudos de un hospital. Reúne a casi todas las especialidades médicas, junto con profesionales de la salud afines y servicios de apoyo. El diseño de las unidades de cuidados intensivos es complejo y debe ser cuidadosamente planificado para brindar el mejor entorno tanto a los pacientes como al personal, con el fin de maximizar las terapias y minimizar los riesgos. El nivel de soporte orgánico requerido determina el nivel de apoyo y personal necesario para atender a cada paciente. Las unidades de cuidados críticos deben ser flexibles a las demandas de un hospital y proporcionar capacidad cuando sea necesario. (p. 1)

Además, de acuerdo con las Directrices para Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos citado por Levin y Todres (2011), la definición de UCIP, corresponde a “una unidad hospitalaria que ofrece tratamiento a niños con una amplia variedad de enfermedades de naturaleza potencialmente mortal, incluyendo niños con condiciones altamente inestables y aquellos que

requieren tratamientos médicos y quirúrgicos sofisticados" (p. 4); esta definición, luego ha sido ampliada a: "Una UCIP es una instalación o unidad física separada específicamente designada para el tratamiento de pacientes pediátricos que, debido a shock, traumatismo u otras condiciones potencialmente mortales, requieren observaciones y cuidados intensivos y completos" (p. 4).

De este modo, una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) es considerada una de las áreas más complejas del hospital, ya que permiten realizar la atención de infantes que presentan condiciones clínicas críticas o que se encuentran en estado inestable, que requieren vigilancia continua y soporte vital. Estos espacios están dotados de un equipo tanto tecnológico como humano que se orienta a la conservación y mantenimiento de las funciones fisiológicas que se encuentran comprometidas, en la función respiratoria, en la función circulatoria, y en la función del equilibrio de los componentes básicos del metabolismo.

En la UCIP se realiza un monitoreo de forma continua, se efectúan intervenciones de forma muy habitual y se dispone de la integración de un equipo de profesionales de diversas áreas que se encuentran en forma coordinada para la atención de las emergencias, en muchas ocasiones de forma urgente. Desde el punto de vista asistencial, la atención hospitalaria en una UCIP conlleva el establecimiento de limitaciones específicas en la movilidad, en la posibilidad de contacto físico, y en los períodos de estancia de los visitantes, que son acompañantes.

El menor de edad está sujeto a estar conectado a los dispositivos de monitoreo, a ser sometido a múltiples intervenciones y a un régimen ineludible de cuidados que deviene en un direccionamiento vital y control absoluto ante el riesgo de la vida del paciente. Esta forma de atención implica un quiebre o una frontera con la vida anterior, es más, el régimen diario, el tiempo de reposo, y las relaciones de interacción con los miembros de la familia que se consideran vitales están controladas por las normas de la institución y por las decisiones clínicas orientadas a la preservación de la vida.

La UCIP coloca al niño en un ambiente con alarmas constantes, procedimientos invasivos y movilidad restringida. En este contexto, el miedo surge como una respuesta a un entorno de baja predictibilidad, donde la experiencia corporal está mediada por aparatos clínicos y la toma de decisiones externa. Por su lado, en el texto de Reyes (2017) citado en el libro de Aguirre (2021), se hace referencia a la necesidad de intervenir con relatos para reducir el miedo:

Enfatiza la importancia de los relatos para trabajar el miedo y el dolor en los niños. Según la autora, la lectura hunde sus raíces en la compleja actividad interpretativa que despliega un ser humano desde su ingreso al mundo de lo simbólico. (p 135)

Un primer eje de temor se vincula con la alteración del cuerpo, por consiguiente, el niño enfrenta el dolor, la incomodidad, el cansancio, la sed o el hambre diferida, y a veces la impresión de que el cuerpo ya no obedece como antes. En estas situaciones, la cama, los cables y las mascarillas se convierten en signos visibles de dependencia (Miller, 2013).

Una segunda línea tiene que ver con la separación y el acceso restringido a los miembros de la familia. En este sentido, las UCIPs suelen organizar las visitas en turnos, imponer reglas de higiene y limitar el acompañamiento de la persona de apoyo, de modo que la presencia del cuidador se fragmenta y el niño queda solo, expuesto a intervalos de aislamiento en un entorno muy estimulante.

Un tercer eje remite al carácter enigmático del lenguaje técnico. De forma correlativa, el niño escucha palabras que no domina, observa intercambios rápidos entre adultos y capta variaciones de tono en conversaciones que refieren a su cuerpo. Ese exceso de signos sin traducción alimenta un miedo que no se fija en un objeto preciso, sino en una atmósfera de amenaza (Lacan, 1962).

Janin (2017), citada por Aguirre (2021), sugiere que en la actualidad la tecnología ha reducido la oportunidad del relato y el efecto de la palabra en

los niños: “En la actualidad, en la propuesta cultural se evidencia un déficit metafórico, una ausencia de espesor simbólico, con pantallas e imágenes que han desplazado el lugar de la palabra y el vínculo, con efectos en la constitución psíquica” (p. 129).

El miedo puede manifestarse en distintas formas en función de la edad, contexto y los recursos del niño para describir su situación. En algunos casos aparece una vigilancia de su alrededor, prestando atención a los movimientos y a las puertas del personal. Se puede observar también un retraimiento y silencio, de manera que una indiferencia aparente se puede definir como un mecanismo de defensa frente a un ambiente sobre estresante.

La historia previa del infante influye en la manera de manifestar el miedo, situaciones previas de internación y procedimientos dolorosos, pueden activar el miedo por señales del entorno por mínimas que se presenten. En otros casos, algunos niños muestran mayor tolerancia antes de reaccionar, según la manera en que la familia ha nombrado y explicado esas vivencias (Roy, 2010).

En la UCIP, el miedo suele aumentar a lo largo del día, se intensifica durante el traslado desde una sala general, con la entrada de un equipo para realizar un procedimiento, con el inicio del turno nocturno o al despertar después de una sedación. En todas estas situaciones, el niño necesita orientarse respecto de lo que ocurre, identificar quiénes están presentes y tener alguna referencia sobre la duración de la escena.

La continuidad de la información entre turnos actúa como una forma de cuidado para el niño. Cuando el menor recibe indicaciones diferentes o percibe cambios en el plan de atención sin explicación previa, situación frecuente ante el relevo de médicos y personal de enfermería, la incertidumbre se experimenta como una amenaza. Un mensaje claro y constante por parte de la persona responsable del cuidado directo minimiza la necesidad de anticipar qué es lo que va a suceder y ofrece una referencia estable que orienta al niño en el espacio hospitalario.

En el acompañamiento, la posibilidad de intervenir desde la zona que le corresponde es clave, porque este puede recoger lo que el niño expresa, legitimarlo y añadir información objetiva, de tal modo que el miedo no quede como una señal sin pautar. Este comportamiento, reiterado en cada turno, contribuye a que el niño vincule la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos (UCIP) a un espacio y un tiempo determinados, y a un cuidado que no responde a la obediencia del niño.

El miedo se transmite en los sueños y en la fantasía. En estos cuentos, el niño puede contar escenas nocturnas o visiones donde reordena lo vivido en el día. En estas visiones cuenta experiencias de sufrimiento, de separación y de lo desconocido. Esta manera de contar le permite distanciarse de lo que pasó y evita la fijación a la escena del procedimiento, al contar como un medio para elaborar la experiencia (Bruner, 2002).

3.2. Relato como vía de significación ante el “tengo miedo de quedarme aquí”, “no me dejen solo” en UCIP

Las frases “tengo miedo de quedarme aquí” y “no me dejen solo” condensan una vivencia que va más allá de la descripción del entorno. En la UCIP, estas expresiones indican una demanda de presencia y de continuidad, dado que el niño no solicita únicamente información sobre el tiempo de internación, sino la garantía de que habrá un Otro que permanezca y no se pierda con el cambio de turnos.

De acuerdo con Aguirre (2021):

La literatura infantil abre múltiples posibilidades. Permite el ingreso a un infinito mundo de herramientas que ayudan al trabajo de la Salud, las infancias y las adolescencias. La pregunta acerca de qué libros leer lleva a reflexionar sobre las representaciones que tenemos de la infancia; la literatura para niños está más vinculada con lo que los adultos creen acerca de la misma que con lo que ella es. (p. 134)

La UCIP vuelve más intensa la pregunta por el lugar del niño; en este contexto, el “aquí” no se limita a un espacio físico, sino que designa una forma

de vida con horarios, restricciones, ruidos, intervenciones y separación. Frente a ello, el niño necesita transformar esa experiencia en una historia que le permita ordenar su propio tiempo dentro de la institución (Bruner, 2002).

El relato cumple esta función al ordenar la experiencia en una secuencia (Ricoeur, 1983). El niño puede pasar de vivencias aisladas a una historia con un antes, un durante y un después, aunque ese después aún no esté asegurado. Esta organización no elimina el miedo, pero sí lo vuelve decible y compartible con el acompañante y con el personal, hecho que facilita una comunicación más clara sobre lo que el niño atraviesa (Charon, 2006).

La palabra “solo” nombra un fenómeno doble; por un lado, hace referencia a la ausencia física de figuras cercanas; por otro, señala la falta de un interlocutor estable, alguien que mantenga una continuidad entre lo que ya ocurrió y lo que aún está por ocurrir.

En UCIP, los niños construyen sus narrativas basándose en lo que está disponible en su contexto inmediato. El niño participante emplea una frase, una imagen o una escena y las organiza de una manera que le ayuda a desarrollar la historia, entendiendo por qué está allí, quién está a cargo de él/ella y cuál es el peligro percibido. La historia puede tomar la forma de un cuento, una anécdota, un diálogo con una marioneta o una escena en una obra de teatro, incluso en un contexto que es restrictivo.

Mientras el acompañante asume un papel de ayuda en la elaboración de la narración, puede servir como una memoria externa al recordar cómo comenzó el episodio, situándolo en un marco temporal, prediciendo visitas y repitiendo explicaciones que están empíricamente fundamentadas y documentadas, con el fin de minimizar la discontinuidad que es inherente a la rotación del personal.

Así, el niño no necesita repetir su historia como si cada cambio implicara comenzar desde cero.

El relato también funciona como un medio para traducir el lenguaje técnico, debido a que el niño escucha términos que no conoce y, ante esa

falta de comprensión, suele crear interpretaciones que pueden resultar temibles. Un relato compartido, formulado con palabras acordes a su edad, permite vincular cada intervención con un motivo y con un tiempo definido, de modo que el niño no experimente cada ingreso del personal como una irrupción sin sentido.

Por otro lado, la práctica hospitalaria presenta situaciones que facilitan o dificultan el relato del niño, cuando el niño recibe mensajes contradictorios, el relato pierde estabilidad y la frase “tengo miedo de quedarme aquí” condensa una experiencia sin proyección temporal. En cambio, cuando el discurso se mantiene coherente entre turnos, el relato puede organizar un recorrido con etapas y objetivos parciales, situación que hace más llevadera la espera.

También el relato permite trasladar el miedo hacia personajes y escenas concretas, el niño puede situar el peligro en un monstruo, en una máquina que “habla” o en un villano, y esa forma de narrar tiene un valor preciso. Se trata de una manera de dar forma a una sensación difusa, de delimitar un objeto del temor y de abrir la posibilidad de intervenir mediante la palabra (Freud, 1926).

En esta línea, la lectura de cuentos o la invención de historias en la UCIP cumple una función precisa, abre un espacio simbólico en el que el niño recupera la capacidad de acción, dado que puede decidir qué ocurre, elegir un final, modificar un personaje o detener una escena. A través de estas decisiones, se introduce un contrapeso frente a un entorno en el que la mayoría de los actos se define sin su participación (Miller, 2013).

El vínculo entre el relato y el tiempo resulta central. En este marco, el miedo a “quedarse aquí” se intensifica cuando el tiempo se vive sin límites claros, mientras que el relato introduce cortes que ordenan la experiencia. La historia puede comenzar en un día concreto, continuar por una sala, llegar a la UCIP y proyectar un regreso al hogar o a otra sala; aunque ese regreso no tenga una fecha definida, el hecho de poder narrarlo ya crea una referencia temporal y un horizonte para el niño (Ricoeur, 1983).

El vínculo entre el relato y el espacio también cumple una función organizadora, el “aquí” de la UCIP se contrapone al “allá” del hogar, y el relato permite establecer un puente entre ambos lugares. Cuando el niño habla de su cuarto, de su mascota o de su escuela, esos relatos no cumplen una función decorativa, sino que mantienen activa la referencia a una vida fuera del hospital, una vida que la internación tiende a dejar en suspenso.

En tanto que la frase “no me dejen solo” se enlaza con la necesidad de un testigo. Por consiguiente, el niño requiere alguien que escuche su relato y lo confirme, en un espacio donde el cuerpo se examina y se registra; el relato requiere un oyente para no quedar como monólogo sin respuesta (Aguirre, s. f.)

El personal de salud puede cumplir una función de escucha, incluso cuando dispone de poco tiempo, una pregunta sencilla, formulada de manera constante en cada turno, puede crear continuidad, como “¿Qué recuerdas de hoy?” o “¿Qué fue lo más difícil?”. Esta continuidad permite que el niño perciba que su experiencia tiene valor y que no se reduce únicamente al control de signos y procedimientos.

La institución también introduce dificultades, las rotaciones de personal, la carga asistencial y la centralidad del procedimiento pueden limitar el espacio de palabra del niño. En ese punto, un recurso sencillo, como un cuaderno de relatos, un dibujo diario o un registro de frases del niño, puede ofrecer continuidad entre turnos y ayudar a sostener su experiencia a lo largo del tiempo (WHO, 2021).

La dimensión cultural también influye en el relato, las historias que circulan en la familia, las creencias sobre la enfermedad y las formas de nombrar el cuerpo influyen en aquello que el niño puede contar y en aquello que queda callado. Reconocer estos referentes permite acompañar el relato sin imponer una historia que resulte ajena al niño y a su familia.

El relato se vincula también con la identidad, el niño hospitalizado puede quedar reducido a un diagnóstico o a un número de cama, mientras

que el relato devuelve su condición de sujeto con historia. Al narrar, el niño vuelve a ser hijo, estudiante, jugador, amigo y miembro de una familia con costumbres y proyectos, más allá de la internación (Bruner, 2002).

En otra perspectiva, la frase “tengo miedo de quedarme aquí” puede leerse como una pregunta sobre el regreso del otro, donde el niño teme que el adulto se vaya y no vuelva, que regrese de otro modo o que vuelva sin palabras para él. El relato permite trabajar ese temor al crear escenas de regreso, de reencuentro y de continuidad, incluso cuando esas escenas se ensayan de manera frágil.

El relato no sustituye la atención sanitaria ni el cuidado del cuerpo. Su función se sitúa en otro plano: organizar la experiencia, sostener la presencia del otro a través de la palabra y ofrecer un espacio para que el niño pueda decir lo que vive, sin quedar reducido al silencio o al grito (Charon, 2006).

En este orden de ideas, este subapartado ha ubicado el relato como una vía para dar sentido a las expresiones de miedo y de soledad en la UCIP. El relato, en este caso, ayuda a construir una experiencia fragmentada como el escenario de una historia colectiva, permitiendo que la presencia del otro permanezca en la lógica de la escena, e incluso en la lógica de los turnos.

Abordando este enfoque, la narración se construye como una herramienta para dar sentido a la experiencia vivida (Bruner, 2002). A través de este recurso, el niño intenta situar una serie de acontecimientos en una secuencia que los haga comprensibles, lo que se traduce en interrogantes, trozos de narraciones, metáforas y escenas de juegos, incluso en contextos donde los límites son rigurosos. En este proceso, objetos del entorno hospitalario pueden adquirir un valor narrativo, permitiendo al niño organizar lo que le sucede de una manera más accesible.

En esta línea, el niño recoge señales del entorno, percibe el temor de los adultos y lo incorpora a su propio relato, en ocasiones como preocupación por la madre, por el padre o por la posibilidad de no recibir visitas. El miedo

se transforma en relato cuando el niño logra reunir esas señales en una escena que le permite reconocerse y ubicar su lugar dentro de la situación.

El impacto de los relatos de los adultos es cometido de los niños. Las explicaciones de los adultos, repetidas y de forma clara, dejan un vacío, pero una referencia a la cual el niño puede volver si necesita orientarse. En caso de faltar la información y no ser modificada por ningún aviso, el niño enfrenta el vacío que debe completar, para no dejar lugar a su imaginación o a imágenes amenazantes o a fantasías de abandono (Freud, 1926).

Desde esta posición, el cierre de los espacios narrativos que los acompañante es adultos no se orienta a dar sentido al acompañamiento, sino a ofrecer un espacio donde su palabra pueda ser desplegada, sin correcciones y sin apuros. Esta forma de presencia reconoce que el niño está en situaciones particularmente vulnerables y que necesita apoyos simbólicos para poder elaborar lo vivido. En este contexto, Aguirre (2021) hace énfasis en la importancia de facilitar el acceso a recursos culturales que permitan al niño tramitar su experiencia y fortalecer su capacidad simbólica:

Es necesario hacer saber que las infancias y adolescencias, en su desvalimiento propio, necesitan acceder a la cultura como andamiaje para el desarrollo de su capacidad simbólica. La literatura, el juego y el dibujo (así como arte en general, como la cultura, como toda marca humana), están instalados en esa “frontera indómita”. (p. 142)

A partir de estas consideraciones, el interés del niño pasa desde la posición del adulto hacia los efectos del relato en la experiencia, esto se abarca en el siguiente subtema. En este caso, si el acompañamiento posibilita que el relato se presente sin imposiciones, resulta pertinente examinar cómo el relato mismo opera como una vía de elaboración frente al miedo y la ausencia. De este modo, el análisis contiguo se orienta a indagar las funciones que el relato cumple en la organización de la vivencia infantil y en la construcción de respuestas simbólicas ante situaciones de separación y vulnerabilidad.

3.3. La posición del analista y el miedo al abandono: ¿Cómo acompañar al niño en la construcción de sus relatos?

En el ámbito clínico infantil, el relato se constituye como un espacio privilegiado para la elaboración de experiencias vinculadas a la ausencia, la pérdida y el temor al abandono. Más allá de buscar el contenido manifiesto del relato, la posición del analista suele orientarse a sostener un lugar de escucha que habilite al niño a desplegar su decir, sin anticipar sentidos ni cerrar el relato a una interpretación.

Este enfoque ético se hace notable sobre todo en aquellos casos en los que el temor a ser abandonado se inscribe de forma indirecta en las historias que los niños cuentan, a través de estructuras repetitivas, de personajes que se ausentan, o de historias que se interrumpen de forma inesperada.

Desde la orientación lacaniana, el analista no se coloca en la posición de aquel que da cuenta de la explicación del relato, sino que se ocupa de la construcción del mismo, considerando la particularidad con que el niño articula sus enunciados. Tal como señala Miller (2011), la escucha implica una lectura que incluye al analista como destinatario del relato, lo que exige una posición cuidadosa, en la que el niño no quede reducido a un objeto de saber ni fijado a una significación previa.

En esta concepción de la posición del analista se encuentra resonancias en otros dispositivos clínicos de orientación lacaniana. En su trabajo *El psicoanalista en una institución*, Julieta Ravard (2023), subraya que el encuentro con lo real del sufrimiento solo es posible cuando el analista sostiene la posición que permita abordar el síntoma como un hecho de discurso y no como una falla a corregir o explicar desde un saber previo. Desde esta perspectiva, la escucha se orienta a posibilitar la emergencia de una nueva manera de decir del sujeto, efecto que solo se produce cuando el analista no ocupa el lugar de quien saben sino de quien aloja el relato del niño.

Además, Aguirre (2021), pone de manifiesto la posición que cumple el psicoanalista en estos casos:

Mi lugar como analista es escucharlo, acompañarlo, brindarle el cuidado subjetivo y devolverle sus interrogantes. Con el paso del tiempo, se convierte en un adolescente que enuncia escenas y conversa acerca de la chica que le gusta. Con la pensión otorgada por el Estado accede a un celular y a las redes. Su cuerpo adquiere protagonismo y comienza a ir al kinesiólogo. Se corta el pelo de manera diferente y construye un look como joven con gorra y remera deportiva. Y ya es un adolescente que busca su proyecto de vida. (p. 259)

En este remitido, hay un miedo al abandono, pero no se trabaja de forma directa o pedagógica, sino que se deja el miedo al abandono, p.ej., las elusiones, los silencios, las repeticiones o las interrupciones en el flujo de la narrativa.

El trabajo clínico se guía en este sentido por movimientos diferentes pero breves, cortos y señalamientos que, en un determinado momento, permitan la apertura de la narrativa hacia otras posibles variables, o, en otras palabras, que, de un modo u otro, la narrativa no se quede rígida en una determinada secuencia. A este respecto, me permito citar a Miller (2013) cuando señala que la interpretación se desplaza del señalamiento a la transformación, en la que se sostiene la posibilidad de que el niño no quede colocado en un lugar fijo respecto a lo que puede entender como pérdida o ausencia, sino que, en su relato, pueda construir y ver otras posiciones simbólicas.

De este modo, el relato deja de funcionar como un encierro y se convierte en un espacio de juego y elaboración. El analista también asume un rol específico en relación al destinatario del relato, porque su presencia influye en cómo el niño elige contar su relato. Ante el temor al abandono, la presencia continua del escucha y la estabilidad del marco permiten al niño experimentar una forma de presencia que no implica una invasión, ni una retirada brusca. En esta posición, el relato puede sostenerse en el tiempo, incluso cuando se

trate de situaciones de separación o pérdida, sin que, ante el niño, se produzca una confrontación a una respuesta inmediata o tranquilizadora.

Para Aguirre (2021), la posición del psicoanalista es clave para el abordaje y cumplimiento de su meta:

El espacio siempre se sostiene, cual útero disponible para gestar algo del cuidado humano, amoroso, tierno y reparador ante tanto 'incendio'. J se alfabetiza y logra socializar y tener un estilo personal. Comienza a contar chistes, y así conquista el cariño de sus maestras y de algunos compañeros. En las sesiones jugamos mucho; él trae una tristeza interior que a veces se transforma en furia. Un feroz enojo le recorre entonces el cuerpo. Poco a poco, comienza a poner en palabras lo que le pasa y se despliegan las historias familiares, sus broncas, odios, miedos y sentimientos de injusticia. (p. 259)

En este contexto, el relato infantil puede pensarse como una escritura en construcción, en la que el niño pone en juego palabras y escenas tomadas del entorno, pero reorganizadas de manera singular. El analista acompaña este proceso sin apropiarse del relato, permitiendo que el niño explore, a través de la ficción y el juego narrativo, modos simbólicos de tramitar el miedo al abandono. La construcción del relato funciona como un soporte clínico que da vía a nuevas elaboraciones, sin clausurar al niño a una única forma de respuesta ante la ausencia del Otro.

Desde esta mirada, la posición del analista se determina por el establecimiento de un espacio que se mantenga constante, donde el niño pueda contar la historia, sin que se le impongan exigencias de coherencia o de respuestas anticipadas. Escuchar no busca modular la narración hacia un final ordenado.

Es una escucha que asiste al niño en encontrar una manera de decir lo que quiere decir, incluso si lo que tiene que decir está de manera fragmentada, repetitiva o silenciosa. En situaciones donde está en juego el miedo al abandono, esta estabilidad es esencial ya que proporciona una experiencia

de presencia que no invade, se retira y permanece disponible para sostener lo que emerge de la narrativa.

Desde esta forma de presencia, la narrativa del niño ya no solo sirve para expresar el miedo. Más que nada se convierte en un instrumento de reorganización interna del niño. Cuando se empodera al niño para que regrese a sus relatos, los modifique y pruebe otros, se puede lograr una distancia psicológica con respecto a la experiencia de duelo o a la falta. El analista colabora con este desplazamiento sin apoderarse de la historia, escuchando las preguntas, y manteniendo un lugar para que el niño elabore sus interrogantes, sin responder o sin finalizar la narrativa.

Finalmente, el relato se sostiene clínicamente y permite al niño construir una continuidad que la experiencia de abandono interrumpe. La presencia analítica, sostenida en la constancia de la escucha y en la apertura a lo que se dice de manera singular, permite que el miedo no se fije como la única respuesta a la ausencia del Otro. De este modo, la narrativa se elabora como una posible reparación que sostiene al niño en la construcción de sus respuestas, sin simplificar su experiencia a un diagnóstico o a una explicación que tienda a apaciguar.

CAPÍTULO 4

Metodología

4.1. Enfoque

La investigación se enmarca en el enfoque cualitativo para el diseño de una investigación narrativa que se orientara a aproximarse a la experiencia subjetiva del niño en el contexto hospitalario, particularmente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Esta modalidad se ajustó para el abordaje de los miedos que se manifestaban durante el proceso de internación y las maneras en que esos miedos se verbalizaban en el relato. La principal característica de la investigación radica en el relato de los niños, de las escenas narradas, que se constituyeron como producciones que estructuraron la experiencia y facilitaron su elaboración, en el contexto de un espacio clínico que es muy regulado.

Desde esta óptica se privilegió el registro de la producción del discurso, el de las narraciones, como una de las formas de simbolización, en la medida en que el relato de la experiencia, la narración y la producción, permitió estructurar la experiencia, organizar las secuencias y mencionar aquello que se presentó con una carga, perturbación y angustia. En este sentido, la investigación se apoyó en el “acopio de datos narrativos en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes” (Hernández -Sampieri y Mendoza, 2018, p. 443). El respeto por la singularidad de cada experiencia fue favorecido por esta orientación, sin introducir medidas o comparaciones externas al material producido.

Basado en esta lógica, la investigación cualitativa pretendió describir con rigor cómo hizo frente el niño a sus miedos a través de la narrativa durante la hospitalización. El estudio fue valioso por la atención prestada a los discursos, las escenas narrativas y los modos de decir en un contexto clínico particular. Así, el relato se convirtió en la principal fuente de información, pues facilitó el acceso a procesos simbólicos de manera indirecta y no lineal.

4.2. Paradigma

El enfoque interpretativo sostiene que el fenómeno que se intenta comprender, en este caso el miedo al abandono en los niños, se encuentra en el contexto social y cultural de la interacción con otras personas. Esta postulación, más que limitarse a variables observables, plantea la posibilidad de comprender la subjetividad y los procesos simbólicos que el fenómeno involucra. Desde esta perspectiva, el especial protagonismo del lenguaje y la imaginación se debe a que son mediadores en el proceso de construcción de significados en relaciones que son relevantes.

De acuerdo con este enfoque, se entendió que la base del conocimiento provenía de la exploración interpretativa que los actores sociales realizaron de la vivencia. Hernández -Sampieri y Mendoza citan de manera puntual, “la realidad se construye socialmente y el conocimiento surge de la interpretación que las personas hacen de sus experiencias” (2018, p. 9). Esta idea apoyó la opción interpretativa, ya que para el relato infantil se intenta un abordaje como construcción simbólica situada en una red de relaciones, palabras y escenarios.

Desde esta perspectiva, el análisis se centró en los significados que los participantes asignaron a sus experiencias, prestando atención a las formas en que estas fueron narradas y organizadas discursivamente. El paradigma interpretativo apoyó la construcción de los relatos sin imponer categorías previas, lo cual fue consistente con el estudio del miedo al abandono como una experiencia que se expresó indirectamente en las narrativas de los niños.

4.3. Método

Se utilizó por fines de orden y sistematización, el análisis fenomenológico en la narrativa infantil y el temor al abandono en el contexto de una UCIP. Esto permitió hacer el registro de la forma en que se construyeron los relatos, las secuencias narradas, y las verbalizaciones producidos en el niño . El objetivo de la descripción se centra en captar con la

mayor sistematicidad posible, las regularidades y las particularidades del discurso, y guardar la particularidad de cada discurso.

El procedimiento del análisis se centró en la sistematización de la construcción o delimitación de unidades de sentido y la organización de categorías que el propio discurso había construido. Estas categorías provenían de las recurrencias en el discurso, en la forma en que nombró la experiencia y en la pirámide con la que construyó el relato. Este tipo de trabajo descriptivo en la narrativa, permitió el establecimiento de patrones narrativos, sin caer en la descontextualización de las escenas clínicas en las que se produjeron, guardando una relación de proximidad entre el decir y el espacio hospitalario.

Quintana J. et al. (2024), en consecuencia, han dado el sentido de esta elección metodológica como:

Se trata de una vía para comprender problemas, ideas y situaciones desde la perspectiva de la comprensión y la experiencia comunes en lugar de las diferencias. Bajo este enfoque, se trata de describir e interpretar los principios que influyen en la experiencia humana, realizándose una aproximación al significado que el individuo otorga a sus experiencias. (p. 138)

Esta definición se ajustó al objetivo del estudio, orientado a interpretar los relatos infantiles en su contexto de producción, sin transformarlos en categorías cerradas.

4.4. Técnicas de Recolección de datos

La investigación usó técnicas cualitativas dirigidas a la recolección de información narrativa, donde la técnica principal fue la entrevista cualitativa, con el objetivo de reconstruir la experiencia y la descripción sobre los relatos infantiles y los miedos de la hospitalización. Esta técnica permitió acceder a los significantes con los que los participantes dieron sentido a su práctica, a partir de un intercambio centrado en el decir y la evocación de escenas clínicas.

La entrevista se caracterizó por ser:

Una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En el último caso podría ser tal vez una pareja o un grupo pequeño como una familia o un equipo de manufactura” su interés en el sentido que los participantes otorgan a sus vivencias. (Hernández -Sampieri y Mendoza, 2018, p. 449)

Por otro lado, es importante mencionar el uso del marco teórico como recurso. Según Creswell, “Además de la revisión de la literatura y el consecuente desarrollo de un marco teórico, surge el asunto de la teorización; es decir, si el estudio se guía o no por una perspectiva teórica de mayor alcance” (2013, p. 625).

4.5. Instrumentos

El particular instrumento estuvo compuesto por una guía de preguntas abiertas, las cuales fueron respondidas por medio de una entrevista semiestructurada a especialistas en psicología. Esta modalidad favoreció el flujo del diálogo sin cerrar la narración, lo que ayudó a reconstruir situaciones de la clínica y la identificación de miedos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hernández -Sampieri y Mendoza sostienen que “las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas” (2018, p. 449) afirmación que defendió la justificación del instrumento.

La guía de la entrevista se estructuró en tres bloques temáticos que surgieron de los objetivos del estudio. El primer bloque se centró en identificar las manifestaciones del miedo al abandono infantil, a partir de la experiencia clínica de los participantes. El segundo bloque se ocupó de la función simbólica del relato infantil en la constitución de ese miedo. El tercer bloque

asoció los relatos al contexto de la hospitalización en la UCIP, a partir de la lectura clínica de los profesionales entrevistados.

El instrumento consideró siete preguntas centrales, más un conjunto de preguntas de seguimiento que posibilitaron precisar escenas y secuencias sin sugerir respuestas. Esta estructura favoreció la producción narrativa de los participantes y permitió un amplio desarrollo del material discursivo, tal como se detalló en la Tabla 1.

Tabla 1.

Matriz de categorías y preguntas de entrevista

Objetivo específico	Categoría	Descripción	Preguntas
Identificar las manifestaciones del miedo al abandono en la infancia a partir de referencias bibliográficas.	Miedo al abandono	“El miedo es una respuesta emocional aprendida que se produce antes estímulos que han sido asociados con experiencias dolorosas o desagradables” Miller, N.E. (1948)	1. Desde su experiencia clínica, ¿qué manifestaciones clínicas o conductuales permiten identificar el miedo al abandono en los niños y cuáles considera que aparecen con mayor frecuencia? 2. Cómo se expresa el miedo al abandono en el discurso, el juego o los vínculos que el niño establece con el Otro/cuidador?
	Infancia		
Explicar la función simbólica de los relatos en la elaboración del	Relato infantil Función simbólica	“Lo cuentos ofrecen al niño imágenes simbólicas que le	3. ¿De qué manera los relatos infantiles permiten al niño simbolizar, nombrar, representar o elaborar el miedo al abandono 4. En los relatos

miedo al abandono por medio de revisión documentada.	ayudan a comprenderse a si mismo y a encontrar sentido a su experiencia vital” (Bettelheim, 1976)	producidos por los niños, ¿qué elementos narrativos —como personajes, escenas o repeticiones— cumplen una función central en los procesos de simbolización de este miedo?
Relacionar la articulación entre los relatos y el miedo al abandono en los niños en el área de hospitalización UCIP, por medio de entrevistas semiestructuradas a expertos.	Hospitalización en UCIP Niño hospitalizado Producción de relatos	“Desde el inicio, en una encerrona trágica prevalece el dolor psíquico, un sufrimiento que, entre otras características, se diferencia de la angustia porque esta tiene momentos culminantes y otros de alivio, mientras que el dolor psíquico es constante” (Aguirre, 2021, p. 93).
		<p>5. Basado en su experiencia en la área de hospitalización de la UCIP, ¿qué influencias tiene este contexto en la aparición o intensificación del miedo al abandono en los niños hospitalizados?</p> <p>6. ¿Qué particularidades destaca en los relatos infantiles generados en el contexto de la hospitalización en la UCIP en relación al miedo al abandono?</p> <p>7. Desde su práctica, ¿cómo apoya el psicólogo la elaboración de relatos infantiles en el hospitalismo y el miedo al abandono?</p>

4.6. Población

La muestra del estudio estuvo compuesta por psicólogos clínicos con trayectoria en el trabajo con niños en contextos hospitalarios, específicamente en áreas de hospitalización y Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Estos profesionales contaban con formación y práctica en la atención psicológica de niños internados, lo que les permitió ofrecer perspectivas clínicas y teóricas sobre el miedo al abandono y el rol del relato infantil en su elaboración.

La elección de esta población se llevó a cabo bajo el criterio de un muestreo no probabilístico intencionado, donde se dio prioridad a los criterios que el investigador consideraba, como el contacto directo con el fenómeno bajo análisis. Quintana J. et al. refirieron que en este muestreo “se eligen a los sujetos concretos porque tienen una característica que nos interesa tomar en consideración” (2024, p. 64). Este criterio orientó la elección de los profesionales como informantes clave para la investigación.

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

5.1. Presentación de resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la herramienta de recolección de datos, la entrevista que se aplicó a expertos en el área de psicología con experiencia en la atención clínica a población infantil hospitalizada; de esta forma, se obtuvo información relevante sobre los relatos de los menores como una vía de simbolización del miedo al abandono en el hospital. El instrumento se estructuró en 3 categorías principales: Temores infantiles, Relatos como vía de simbolización del miedo al abandono y Área de hospitalización UCIP; estas están relacionadas de forma directa con los objetivos específicos del estudio y se pueden apreciar en la Tabla 2.

Tabla 2.

Presentación de las categorías de las preguntas realizadas a actores clave

Objetivos	Categorías	Definición
Identificar las manifestaciones del miedo al abandono en la infancia a partir de referencias bibliográficas.	Temores infantiles	Son manifestaciones afectivas que se relacionan con la percepción de amenaza, pérdida o separación; estas adquieren forma en las escenas, objetos o figuras que condensan una vivencia de inseguridad (Freud, 1926).
Explicar la función simbólica de los relatos en la elaboración del miedo al abandono por medio de revisión documentada.	Relatos como vía de simbolización del miedo al abandono	Son producciones narrativas en las que el niño organiza, representa y transforma la vivencia de pérdida o amenaza de separación dentro de un enfoque simbólico (Bruner, 2002).
Relacionar la articulación entre los relatos y el miedo al abandono en los niños en el área de	Área de hospitalización UCIP	Es un espacio de especialidad en el hospital, que se caracteriza por la atención a niños con condiciones de

hospitalización UCIP, por medio de entrevistas semiestructuradas a expertos.	salud graves o inestables, estos demandan de vigilancia continua y de soporte vital avanzado.
--	---

A partir de los postulados teóricos desarrollados en un entorno a los relatos y los procesos de simbolización en una UCIP, resulta pertinente, como sustento fundamental para el presente análisis, conocer el alcance, la aplicación y la función que adquiere la narración en el espacio clínico, particularmente como vía de simbolización del miedo, la angustia y el temor al abandono en los niños.

En función de ello, se tuvo la oportunidad de realizar entrevistas libres a psicólogos clínicos con formación en la corriente psicoanalítica, hecho que permitió articular sus aportes desde la experiencia profesional con los planteamientos teóricos del presente trabajo de investigación, titulado temores infantiles: los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en los niños. De este modo, los psicólogos clínicos entrevistados fueron :Psic. Karen Peralta Argudo, Psic. Maria Denise Teran, Psic. Estefania Gavilanes Carrera, Psic. Diana Murillo y Psic. Maria Fernanda Aguirre, de quienes se expondrá de manera breve su trayectoria profesional.

Es importante señalar que todos los profesionales participantes otorgaron su consentimiento informado previo a las entrevistas ; dichos documentos se encuentran incluidos en el Anexo 2.

Psicóloga Clínica: Karen Peralta Argudo

Karen Peralta Argudo es Psicóloga Clínica, graduada en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), con especialización en psicoterapia, terapia de grupo y estrés postraumático. Se desempeñó como Psicóloga Clínica en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde durante 6 años y 6 meses; en la actualidad, trabaja de psicóloga infanto-juvenil en el Hospital del IESS de Durán, donde realiza valoraciones psicodiagnósticas.

Tiene experiencia práctica y teórica, así como en la orientación para la evaluación y manejo de conductas, comportamientos y conflictos emocionales de niños, adolescentes y adultos.

Psicóloga Clínica: María Denisse Terán

María Denisse Terán es Psicóloga Clínica por la UCSG y Magíster en Psicoanálisis y Educación; tiene más de 12 años de experiencia en consulta privada y 5 años de trabajo en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert. Su experiencia se basa en los ámbitos de la salud, educativo y el aspecto social, ha brindado atención psicológica a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Se especializa en procesos de duelo, evaluaciones psicológicas, terapia individual, dificultades de aprendizaje y conductuales, así como en acompañamiento ante diagnósticos de salud y situaciones familiares. Su enfoque se basa en la ética, la vocación y la formación continua.

Psicóloga Clínica: Estefanía Gavilanes

Se graduó en la UCSG y cuenta con 13 años de experiencia en atención a niños y adolescentes. Actualmente trabaja en el Hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert. Posee un diplomado en tanatología y una maestría en Psicología General Sanitaria. Además, es creadora de cuentos infantiles enfocados en el duelo, las barreras culturales y la realidad actual. Su más reciente publicaciones el cuento de “Emir”.

Psicóloga Clínica: Diana Murillo

Se graduó en la UCSG, tuvo su formación de posgrado como Máster en Psicoanálisis con mención en Clínica Psicoanalítica y Máster en Prevención de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas. Posee más de 15 años de experiencia en la atención psicológica a niños, adolescentes y adultos en consulta privada. Ha trabajado como psicóloga en instituciones educativas, destacándose en el Jefferson (2007–2009); y se ha desempeñado como docente universitaria. Además, laboró en el Ministerio de Salud Pública

(2012–2014) en un centro de salud, brindando atención psicológica en el ámbito público.

Psicóloga Clínica: María Fernanda Aguirre

Su currículum destaca más de 15 años de experiencia en atención psicológica a niños, adolescentes y adultos; se especializa en el acompañamiento a pacientes oncológicos y soporte emocional a sus cuidadores. Presenta una amplia trayectoria en consulta privada y en el ámbito educativo, sus principales competencias comprenden talleres y charlas sobre salud emocional, infancia y adolescencia. La experta atiende de manera presencial y virtual, con un enfoque personalizado, respetuoso y profesional.

5.2. Análisis de resultados

5.2.1. Categoría 1: Temores infantiles

Karen Peralta Argudo describió que, en el área del hospital y en la UCIP, las manifestaciones de miedo al abandono se presentan principalmente como ansiedad. En su experiencia, el niño muestra inquietud motora y un patrón de habla repetitivo enfocado en el cuidador, con preguntas persistentes como “¿Dónde está mi mamá?” o “¿Dónde está mi papá?” Se observó que este patrón se observa más claramente cuando un niño puede hablar y mantener una conversación corta. También se observó que la presencia intermitente del cuidador debido a los turnos de UCIP aumenta este miedo, particularmente cuando el niño percibe retrasos inexplicables.

Según María Denisse Teran, dentro de UCIP, la mayoría de los pacientes permanecen sedados o en coma inducido, y solo una parte de ellos está despierta; en ese grupo, el miedo se expresa a través del llanto, el movimiento corporal, los gritos en ausencia de intubación y la resistencia a ser tocado. Informó dificultades para dormir, falta de cooperación y solicitudes persistentes de que los padres entren o permanezcan cerca. Ella explicó que el espacio físico es influyente: el niño puede estar en camillas que están cerca unas de otras o en cubículos de aislamiento individuales, y ambos arreglos

alteran la experiencia de estar solo y la necesidad de que alguien esté presente.

En áreas críticas, la ausencia parcial del cuidador a menudo conduce a un apego excesivo y a ansiedad en la ausencia del cuidador, describió Gavilanes. Ella describió regresión, con un menor desarrollo del habla en niños que previamente hablaban con más claridad. Esta regresión fue acompañada de llanto persistente, irritabilidad y la formulación de preguntas repetitivas. Observó que en las raras ocasiones en que hay bebés despiertos, hay frases insistentes sobre la madre. Además, hay miedos a la muerte y lesiones corporales. También señaló que el comportamiento desafiante en la UCIP es menor, debido a las restricciones de movilización y al efecto de la medicación.

Diana Murillo describió el miedo al abandono como relacionado con la pérdida del objeto primario y fallos reales o fantasmáticos en la función contenedora del Otro. En su experiencia clínica, observó apego excesivo, comportamiento exigente, ansiedad por separación, comportamiento regresivo, llanto persistente e inquietud, así como episodios de comportamiento agresivo en respuesta a la amenaza percibida de pérdida. También añadió que, aunque en los niños pequeños el discurso puede no expresar abiertamente el miedo, hay preguntas repetitivas sobre la presencia del cuidador y afirmaciones que tocan la experiencia de sentirse insuficiente para mantener el amor del cuidador.

En su entrevista, María Fernanda Aguirre habló sobre el miedo al abandono infantil durante las hospitalizaciones y en las salas de emergencia de oncología pediátrica. Aguirre explicó que, aunque el miedo puede no ser verbalizado, puede demostrarse a través de signos de ansiedad relacionados con las separaciones. Estos signos incluyen dificultades e inquietud para conciliar y/o mantener el sueño, y un deseo duradero de salir del hospital que a menudo está relacionado con el deseo de regresar a casa, a la escuela, a los amigos y a actividades familiares y rutinarias. También indicó que en algunos casos, hay preocupación que el niño tiene y expresa a los cuidadores, la reticencia a sufrir y/o a causar desgaste a los cuidadores, y en algunos

casos, hay expresiones verbales de culpa o de la necesidad de "no ser una molestia".

5.2.2. Análisis de la categoría 1: Temores infantiles

Los resultados indican que el temor se articula en función de la separación del cuidador y la incertidumbre del entorno, que en UCIP se afecta por la incertidumbre derivada de los horarios, rotaciones y cambios de escenas. La insistencia verbal que señalan Karen Peralta Argudo y Estefanía Gavilanes, y las respuestas corporales que menciona María Denisse Terán, convergen hacia un mismo punto: la ausencia de un anclaje estable ante signos de ausencia. Este análisis es congruente con la angustia señalada ante la amenaza de pérdida de objeto o del amor del mismo (Freud, 1926).

En ese sentido, la diferencia que se establece entre los niños que preguntan de forma reiterada y los niños que se quedan callados o que exhiben conductas de retraimiento, demuestra que el temor se puede expresar de múltiples maneras. Diana Murillo y María Fernanda Aguirre identifican elementos de culpa, sobrecarga y preocupación por el sufrimiento del cuidador, rasgos que añaden complejidad a la escena, y la parálisis objeto del miedo también se sitúa en la idea de que el niño no solo teme permanecer sin el otro, sino que también teme causar daño al otro. A ese respecto, los miedos funcionan como elementos organizadores de los afectos frente a situaciones enigmáticas (Miller, 2017).

Entonces, se entiende que el miedo no emerge como un "síntoma aislado", sino más bien como una lectura del niño sobre el vínculo y la continuidad del cuidado dentro del espacio institucional. Cuando el entorno ofrece pocas pistas estables, el niño utiliza el cuerpo, la pregunta o el silencio como una forma de sostener la presencia. Este resultado coloca una responsabilidad clínica sobre la coherencia del mensaje del adulto y sobre el cuidado del tiempo de espera, ya que la amenaza tiende a intensificarse cuando la escena se experimenta sin referencia.

5.2.3. Categoría 2: Relatos como vía de simbolización del miedo al abandono

Karen Peralta Argudo comentó que, durante la intervención, el niño utiliza recursos verbales y representacionales para sostener una idea que ayuda a reducir el miedo. Describió al niño como uno que usualmente repite preguntas en ausencia del cuidador, y señaló que una explicación clara del horario y las razones ayuda a reducir la angustia. En un caso referido por ella, el niño cambió de frases centradas en la muerte a enunciados centrados en el abandono con el persistente “quiero a mi mamá” y “mi mamá me va a dejar aquí porque estoy enfermo”; ese cambio estaba relacionado con las Reglas de Visita y la Ausencia Parcial del cuidador.

María Denisse Terán afirmó que el niño simboliza de acuerdo a su estructura mental y condición clínica. Mencionó que la presencia del psicólogo ayuda a ofrecer escucha activa y “proveer palabras” para organizar la experiencia en UCIP en relación con el diagnóstico, la custodia durante la hospitalización y las secuelas. Añadió que “todo lo que el niño trae” tiene una función central, por lo tanto, el valor de la narrativa no radica en su forma, sino en su posición en el discurso del niño.

Estefanía Gavilanes detalla el modo en que el niño puede movilizar su temor hacia lo ficticio y el alejamiento. Describió que el niño puede utilizar historias o relatos de un anime para hacer referencia a la familia, el alejamiento, y las preferencias de cuidado. También comentó que el terapeuta puede apoyarse en dibujos de los hospitales y en rutas que sitúen al ausente, al encargado, para ayudar a organizar la espera y sostener una secuencia comprensible.

Diana Murillo resaltó que la narrativa actúa como un mecanismo de construcción psicológica, como el juego. Relató cómo el niño desplaza la ansiedad hacia personajes y escenarios ficticios, nombra lo que aún no se ha dicho y practica lo imaginario ante la ausencia del objeto. Señaló que las narrativas incluyen personajes huérfanos o abandonados, escenas de

rescates o separaciones, figuras ambiguas y finales abiertos que cierran la experiencia de manera muy dificultosa.

María Fernanda Aguirre describió la historia como una oportunidad para que el niño articule sus experiencias de separación, fragilidad y culpa a través de palabras, imágenes y secuencias. Ella afirmó que la narrativa ayuda tanto al niño como al cuidador, ya que hace que la experiencia sea más tangible y ayuda a aliviar la carga del silencio. También identificó el papel del psicólogo como uno de mantener un espacio disponible para la escucha que reconozca el malestar más allá del diagnóstico médico y el proceso.

5.2.4. Análisis de la categoría 2: Relatos como vía de simbolización del miedo al abandono

En la mayoría de los casos, la narración proporciona una estructura a la experiencia hospitalaria, permitiendo a los individuos organizar sus experiencias en categorías como antes, durante y después. Por ejemplo, Karen Peralta Argudo y Estefania Gavilanes ilustran que explicar la razón de un horario ayuda a hacer más soportable una larga espera. María Denisse Terán y Mafer Aguirre describen que el psicólogo brinda apoyo al niño que lucha por darle sentido a lo que ha experimentado, y Diana Murillo explica que la narración ayuda a cambiar la respuesta emocional del niño lejos del sufrimiento. Todos estos casos se alinean con la teoría de la narrativa como un medio para organizar las experiencias vividas (Bruner, 2002).

Además, el análisis demuestra que la narrativa de un niño no funciona como una simple "relato de eventos". En cambio, el niño se posiciona a sí mismo y al cuidador en un espacio construido. La narrativa se vuelve más cohesiva si se escucha al niño sin interrupciones. En tal escenario, el niño es libre de modificar escenas, cambiar personajes y construir finales diferentes. Esto está en línea con el concepto de una intervención breve que abre una gama de lo que se puede verbalizar y permite el cambio sin perder el enfoque (Miller, 2013).

Así, el relato se presenta como una continuidad en un contexto de interrupciones y normativas. La repetición de un cuento, un personaje o un

motivo, por parte de un niño, no señala carencia de recursos. Indica un esfuerzo por fijar una escena que se siente inestable. Ante la escucha del adulto y la coherencia en el discurso, el relato deja de operar como un refugio cerrado y cobra sentido como espacio de construcción conjunta.

5.2.5. Categoría 3: Área de hospitalización UCIP

María Denisse Terán describió la UCIP como un área con camillas cercanas y cubículos de aislamiento, y comentó que la mayoría de los pacientes permanecen sedados o en coma inducido médicamente. En los casos de niños despiertos, señaló que el ambiente aumenta el llanto, el agitación, la resistencia a los procedimientos y las demandas de que el cuidador esté presente. También mencionó que la intubación cambia la voz de un niño durante días, lo que altera su nivel de expresión.

Karen Peralta Argudo señaló que UCIP tiene horarios estrictos y restricciones sobre cuánto tiempo puede permanecer un cuidador con un niño. Explicó que el niño experimenta la presencia del adulto de una manera muy disruptiva, casi como un circuito de "ir y venir", y que las interrupciones clínicas en el ritmo del adulto pueden aumentar los miedos al abandono. Afirmó que el contexto de la experiencia del niño es extraordinariamente traumático, explicando que hay una sensación de intrusión por parte del examen médico y el control y cuán repetitivos se sienten los procedimientos.

Gavilanes comentó que en áreas críticas, la ausencia parcial del cuidador genera ansiedad y sentimiento de soledad en un momento de alta vulnerabilidad. Indicó que el niño se asusta al mirar el área, escucha ruidos, percibe movimientos del personal y vuelve a preguntar sobre la madre. Planteó, además, una dificultad práctica, el trabajo con el juego se reduce por las normas de infección y por las condiciones del servicio, lo que limita los recursos materiales, aunque el uso de palabras y dibujos se sigue utilizando cuando es posible.

Diana Murillo describió la UCIP como un contexto que puede reactivar terrores primitivos debido a la ruptura de rutinas y la limitación del contacto

físico. Señaló que el niño queda en una posición de alta dependencia, mientras que el Otro aparece como fragmentado y en movimiento debido a los turnos. En su lectura, esa escena puede intensificar el miedo al abandono, especialmente en niños con separaciones tempranas o vínculos inseguros.

Desde su hospitalización y urgencias oncológicas, María Fernanda Aguirre relata que el miedo al abandono se intensifica con la interrupción de la rutina y la instalación de la incertidumbre. Señaló que el niño extraña las rutinas y vínculos, y que la urgencia por abandonar el hospital expresa un deseo de recuperar el mundo de antes. La psicología de los cuidados, en este caso el hospital, permite que la palabra ocupe un espacio donde el contexto médico reduce al niño a procedimientos.

5.2.6. Análisis de la categoría 3: Área de hospitalización UCIP

La UCIP fue descrita por los encuestados como un entorno institucional con figuras intermitentes, limitaciones en el acompañamiento y una gran carga de estímulos. La rotación del personal y las diferentes instrucciones producen discontinuidad; en los niños despiertos, esa discontinuidad está asociada con el llanto, la resistencia a los procedimientos y la demanda del cuidador, como lo describe María Denisse Terán y como lo confirma Karen Peralta Argudo con su caso de horario interrumpido. Todo este conjunto se conforma a la lectura del peligro infantil vinculado a la pérdida del objeto de amor y a la anticipación de esa pérdida (Freud, 1926).

Al mismo tiempo, el análisis muestra que la atención psicológica dentro del hospital no se limita solo a "contener" en un sentido general, sino a intentar mantener una vía de palabras y recursos culturales que sean apropiados para el niño. Las descripciones de Estefanía Gavilanes y María Fernanda Aguirre sitúa el valor de las historias, el dibujo y la escucha; la formulación de Diana Murillo sitúa el riesgo de la fragmentación del Otro en la UCIP. Esta dirección está alineada con la idea de la accesibilidad a los recursos culturales, con la ayuda de la capacidad simbólica en situaciones de abandono (Aguirre, 2021).

En la misma línea, la UCIP se construye como una experiencia en la que el niño tiene que situarse en un lugar que cambia debido a

desplazamientos y procedimientos. La familia intenta mantener la continuidad, pero el servicio regula los tiempos y las presencias. Bajo esta presión, el niño busca referencias estables, y él/ella interpreta cada variación como una amenaza. En este contexto, la labor clínica se potencia en medida en que la palabra del adulto es coherente, el equipo explica de manera uniforme y el niño tiene un espacio para contar y ser oído.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que, en el área de hospitalización de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, el relato sirve como un apoyo para el niño; le ayuda a dar forma a la ausencia y a la inquietud frente a la salida del cuidador adulto. En las entrevistas, los profesionales comentan que el relato organiza lo que sucede en el hospital; establece tiempos, personas y momentos, así como disminuye la desorientación que trae el sistema de cambios de turnos del personal de salud. Por lo tanto, la narrativa se transforma en un recurso concreto, ya que facilita la comprensión en el tratamiento del temor infantil.

En lo que respecta a los síntomas del miedo al abandono, el estudio de las entrevistas revela patrones consistentes: un interrogatorio incesante hacia la madre, un padre, vigilancia periférica, alteraciones en el sueño y protestas ante separaciones breves. Por otra parte, en situaciones estables, silencios, retraimientos e incluso indiferencia pueden ser infrecuentes, mientras que en escenas inestables, los niños tienden a experimentar más con estas respuestas. En general, las respuestas se incrementan con ciertas variaciones de los profesionales o de las instrucciones, por lo que el miedo se relaciona con la discontinuidad de las rutinas y con la incertidumbre en el regreso a casa. En este sentido, el niño busca señales que le permitan saber quién está y qué es lo que va a suceder.

Con relación a la función simbólica del relato, los casos analizados revelan que contar un episodio permite que el niño articule la experiencia hospitalaria en una secuencia de antes, durante y una idea de después. Los entrevistados afirman que el niño toma signos del entorno y los transforma en elementos de una historia, así la experiencia no se reduce a actos fragmentados. El niño también tiene la capacidad de probar diferentes versiones de una escena eligiendo palabras y moviéndolas según lo que narra. De esta manera, amplía los recursos para afrontar la ausencia sin limitarse a la demanda o protesta.

De igual forma, el relato y el miedo al abandono se evidencian en la UCIP mediante: alarmas, protocolos, normas de acompañamiento, y la rotación de personal; estos son elementos que el niño lee como señales de peligro. Ante esto, los profesionales comentan que incluso una palabra de amortiguación del cuidador y del equipo de salud, aún, provoca la reducción de la inquietud y de la evasión. En este sentido, el relato contribuye a la percepción de continuidad - rutina y a la presencia simbólica del adulto, más aún si la presencia real se encuentra restringida por los protocolos y normas de la internación en salas de cuidados intensivos.

En síntesis, se confirma una conexión entre la forma en que el niño relata y la forma en que el niño vive y maneja el miedo a ser abandonado durante las estancias en la UCIP. La evidencia recopilada durante las entrevistas sugiere que la narrativa sitúa al niño dentro de la experiencia y la escena de cuidado, así como mitiga el impacto de la incertidumbre, siempre que haya un oyente atento y fuentes de palabras o figuras amables a su alrededor. De esta forma, este estudio ilustra cómo el relato está vinculado a los efectos subjetivos del miedo al abandono: se evidencia que, sin depender de promesas, el niño es capaz de contener la experiencia de la hospitalización, pero manteniendo buena expectativa y continuidad en sus actividades convencionales, debe haber una figura comunicativa que a la vez resuelva las dudas del mismo en todo momento.

LISTA DE REFERENCIAS

- Álvarez-infante, A., et al. (2024). Niños en situación de abandono y su desarrollo integral. *Revista Verdad y Derecho*.
- Aguirre, L. P. (2021). *¿Qué hace un psicoanalista en un hospital? Infancias, adolescencias y salud mental*. Noveduc.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation* (Psychology Press & Routledge Classic Editions). Psychology Press.
- Bettelheim, B. (1976). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas* (Trad. S. Furió). Crítica.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Burbano, K, Curia, V.C., Borzone, A.M. & Torres- Rentería, S. (2022). Desarrollo del discurso narrativo en niños ecuatorianos. *Interdisciplinaria*, 39(3), 57-74.
- Bruner, J. S. (2002). *Making stories: Law, literature, life*. Farrar, Straus and Giroux.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Erstad, O., Flewitt, R., Kümmerling-Meibauer, B., & Pahl, K. (Eds.). (2020). *The Routledge handbook of digital literacies in early childhood*. Routledge.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Amorrortu.
- Freud, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso Juanito)*. Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. En *Obras completas* (Amorrortu).
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas* (Amorrortu) Buenos Aires
- Freud, S. (1919). *Lo ominoso*. En *Obras completas* (Amorrortu). Buenos Aires
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas* (Amorrortu). Buenos Aires
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Amorrortu.

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2016). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10.^a ed.). Elsevier.
- Igartua, J. J. (2008). Identificación con los personajes y persuasión incidental a través de la ficción cinematográfica. *Escritos de Psicología*, 2(1), 42–53.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Camas y egresos hospitalarios 2023 (ECEH 2023): Boletín técnico*. INEC.
- IPSIA Psicología. (2021, 23 de septiembre). *El abandono emocional, la gran herida de la infancia*. IPSIA Psicología. <https://ipsia-psicologia.com/el-abandono-emocional-la-gran-herida-de-la-infancia/>
- Jenkins, H. (2006). *Convergence culture: Where old and new media collide*. New York University Press.
- Johnson, C. (2018). Diseño, organización y dotación de personal de la unidad de cuidados intensivos. *Cirugía (Oxford)*. 36 (4): 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.01.007>
- Kerry-Moran, K. J., & Aerila, J.-A. (Eds.). (2019). *Story in children's lives: Contributions of the narrative mode to early childhood development, literacy, and learning*. Springer.
- Koval, M. I. (2022). Del personaje a la persona: Una contribución al estudio de la caracterización de personas reales en textos narrativos factuales. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales*, 31(61), 226–242. <https://doi.org/10.20983/noesis.2022.1.11>
- Lacan, J. (1956–1957). *El seminario, libro 4: La relación de objeto*. Paidós.
- Lacan, J. (1962–1963). *El seminario, libro 10: La angustia*. Paidós.
- Lacan, J. (1964). *El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacadée, P. (2012). *El niño lacaniano es el niño traumatizado*. La Orientación Lacaniana.
- Levin, D., y Todres, D. (2011). Capítulo 1 - Historia de los cuidados intensivos pediátricos. *Cuidados Críticos Pediátricos* (Cuarta Edición). 3-19. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-07307-3.10001-1>

- Miller, J.-A. (2011). *El niño y el saber*. Paidós.
- Miller, J.-A. (2013). *Interpretar el niño*. Paidós.
- Miller, J.-A. (2017). *Los miedos de los niños*. Paidós.
- Naciones Unidas. (2023). *Objetivo 4: Educación de calidad*. Naciones Unidas.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>
- Quintana, J., Sánchez, J., García, M., García, J., González, D., López, M., Martínez, I., & Osoro, J. (2024). *Métodos y diseños de investigación en contextos socioeducativos*. CCS Ediciones / Ediciones de la U.
- Raya Bravo, I., Sánchez-Labela, I., & Durán, V. (2018). La construcción de los perfiles adolescentes en las series de Netflix *Por trece razones* y *Atípico*. *Comunicación y Medios*, (37), 131–143.
<https://doi.org/10.5354/0719-1529.2018.48631>
- Ribeiro, A. P. (2019). Temer en la infancia. En *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XXVI Jornadas de Investigación; XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-111/500>
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit: Tome 1*. Éditions du Seuil.
- Secretaría Nacional de Planificación. (2024).
- Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024–2025*. Gobierno del Ecuador.
https://institutoicp.edu.ec/wp-content/uploads/2024/07/PND-2024-2025_compressed.pdf
- Roy, D. (2023-2025). *Sueños y fantasmas en el niño*. Texto de orientación de la VIII Jornada del Instituto Psicoanalítico del Niño, París.
- Sola, S. (2013). Repensar la identificación con personajes mediáticos de ficción. *Poliantea*, 9(17), 131–150.
<https://doi.org/10.15765/plnt.v9i17.467>
- World Health Organization. (2021). *Quality health care for children and young adolescents in health facilities: A policy brief*. WHO.

GLOSARIO

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP): Esta es una unidad hospitalaria pediátrica que brinda atención a niños que sufren de condiciones médicas graves que requieren monitoreo continuo y soporte con intervenciones que sostienen la vida.

Relato infantil: Este es un relato producido por un niño en el que organiza escenas, tiempos y personajes para capturar y estructurar una experiencia.

Simbolización: Este es el proceso que ocurre cuando una experiencia se transforma en palabras, imágenes u otras secuencias representables.

Miedo al abandono: Esto se describe como una ansiedad que es crónica por naturaleza cuando hay miedo a la retirada física o emocional de un cuidador.

Angustia: Este es un estado emocional de un individuo que ocurre cuando hay miedo a una amenaza imprecisa o vaga.

Figura de cuidado: Este es un adulto que es responsable de proporcionar y mantener la seguridad en la unidad cuidador-niño, incluyendo apoyo emocional, presencia y consistencia.

Intermitencia institucional: Refiere a la presencia de personal hospitalario alternante por unidad, siendo este fenómeno causante de interrupciones en la atención o tratamiento de un paciente en particular.

Entrevista semiestructurada: Se entiende como una técnica de recolección de datos que se basa en una serie de preguntas orientadas, teniendo la posibilidad de que el entrevistado elabore y ofrezca descripciones pormenorizadas de situaciones determinadas.

Unidad de sentido: Se entiende como un segmento de discurso que tiene una coherencia interna y aporta un significado que es pertinente para el análisis.

Categoría analítica: Estos son agrupamientos conceptuales que se crean a partir de recurrencias en los datos, con el propósito de estructurar el análisis.

Demanda: Esta es una expresión de un niño a un adulto que solicita algo. Estas pueden o no incluir la presencia del niño e involucran una respuesta o una indicación.

Escucha clínica: método de atención que permite sostener el decir del niño sin cerrar la comunicación con interpretaciones.

ANEXOS

Anexo 1. Transcripción de entrevistas

Entrevista a Psicóloga Clínica Karen Peralta Argudo

1.Desde su experiencia clínica, ¿qué manifestaciones clínicas o conductuales permiten identificar el miedo al abandono en los niños y cuáles considera que aparecen con mayor frecuencia?

Generalmente, bueno, primero, como te decía por mensaje, te felicito mucho por el tema porque es un tema muy poco explorado en nuestra ciudad. Es un tema bastante bueno, más que todo cuando es sumamente focalizado dentro del ámbito hospitalario, ¿no? En otros países, inclusive hay estudios, hay tesis con respecto a eso, pero bueno, te felicito con respecto a eso. Ahora, respondiendo a la primera pregunta, que lo que suelen ser en las manifestaciones clínicas, lo que se llaman como signos o síntomas de los pacientes pediátricos cuando presentan de manera focalizado miedo al abandono en el área de hospitalización o principalmente en una de terapia, generalmente es la ansiedad. Los signos de ansiedad, como pueden ser, por ejemplo, alteraciones motoras o inclusive cierta intranquilidad, cierto discurso repetitivo de y dónde está mi mamá y el que era de mi mamá y a que era entre mi mamá o mi papá de acuerdo a quién es el cuidador principal. Eso como se ve como con mayor frecuencia, ¿no? Esta pregunta, ¿cuándo son de edad de ella parlante, no es simple de ya que pueden hablar o desarrollar un discurso o una conversación por lo menos. Ahora, cuando son más pequeños porque no es específico con respecto a la edad, ¿no? Solamente se mencionan niños. **Sí. Hay una incidencia, o sea, yo lo que he podido podido identificar que hay entre alrededor entre niños de siete años a 10, entre 7 y 10 años he podido como que identificar eso. Ajá, exacto, sí. Ok, sí, o sea, sabes que este resulta bastante bueno porque me acuerdo que en algún momento estaba estudio acerca de lo que es la ansiedad, la ansiedad de separación en neonatos. Y que realmente me fue bastante bien en el estudio porque me digo, bastante bien porque fue puntualizando bastante relevante con la**

información teórica que se vaya dando. Pero obviamente, como se trata de la UCI, de la UCIP, si tratas mini ya de edades de siete a 10 años, estamos hablando que el desarrollo ya mental es diferente, ¿no? Ahora, la presentación clínica más frecuente efectivamente creo que es los signos de ansiedad, desde la parte motriz hasta la parte del lenguaje. juega mucho a lo que es signos de un trastorno de ansiedad generalizado o un trastorno de ansiedad de separación. Efectivamente, como lo que es y es que no, es que se va a ir, es que es muy poco el niño, realmente tiene que ser muy estable el niño o tener una figura mental bastante estable en el sentido de creer y sostener la idea de, no, mi mamá no estaba porque dijo que si iba a comprar, porque dijo de que tenía que ir a firmar algo porque ella viene, mi papá se se fueron a reemplazar o es como lo más lamentable es que es lo más difícil de encontrar a veces esos nenes, ¿no? Lo más común, obviamente, al verse tan invadidos o como objeto de estudio médico, suelen ponerse muy ansiosos. Ahora, las conductas realmente de lo que he visto, incluso no solamente en el Roberto, sino también en otros hospitales, realmente la parte conductual no es muy común, es como, digamos, como conductas erráticas o de de algún tipo de exacerbación como de berrinches o algo por estilo realmente no, porque generalmente ese tipo de conductas representan con personas de confianza. Entonces al verse que no estar con ellos, o sea, no realmente no los a los niños no presentan como de manera muy común, no digo de que jamás presentes, manera muy común no presentan ese tipo de conductas. Ahora, obviamente, el miedo al abandono es específico, dentro de tu estudio, porque por supuesto en el ámbito hospitalario puede haber el temor desde el diagnóstico, desde el me tienes que hacer otro examen, desde el que viene la enfermedad cada tres días a cambiar cambiarme la vía desde el que me a la sala de rayos X que me llevan a hacer un al lapertorio, cual me tienen que ser como es intervención quirúrgica o todo esto es desde esa posición y generalmente pro protocolariamente los niños siempre tienen que estar acompañados, entonces se focaliza mucho más, ¿no? Claro, yo generalmente sí he podido identificar, al menos en el Roberto, que sí hayas este miedo, por ejemplo, tuve un paciente hace poquito que no se quería operar, no le podían decir que tenía un tumor porque él se ponía muy ansioso, la mamá tampoco

sabía cómo decirle que le iban a operar de él. Entonces, lo primero que al realizar un abordaje sí, efectivamente habían palabras repetitivas y siempre era como me voy a morir, me voy a morir y no me podía articular más. Entonces, ya después de un tratamiento y todo, el paciente accede y lo voy a visitar en una UCP. ¿ya? Y cuando ingreso, lo primero que me dice es dónde está mi mamá, quiero a mi mamá, mi mamá me va a dejar aquí por estar enferma. Entonces todo eso como que de alguna forma llego a primero era el miedo, bueno, a la muerte y luego se encontró con este miedo al abandono porque también hay generalmente en las salas de Ucipé, hay horarios que se deben cumplir y todo, bueno, y no todo el tiempo el cuidador está presente, entonces hay esto de voy y me voy. voy y me voy. Y hay veces que exacto, a veces, por ejemplo, el horario se irrumpe porque tal vez un pacientito se puso mal, entonces no ven al padre o al cuidador dentro de qué sé yo al día siguiente o dentro de unas horas más. Entonces está esto de miedo a que me dejen. Entonces, sí. Y donde por ejemplo, vale la pena como indagar, porque a veces ese miedo del abandono puede ser obviamente por elementos o puede ser por algo traumático dentro de la vida. Ería que de igual manera diferentemente la edad adulta, o sea una persona adulta o un adolescente o un niño, el estar en una UCI despierta es traumático. Sí. Es que basándonos ahí, o sea, es traumático, o sea, definitivamente porque por último, en la UCIP, en acelp ya se permite un poco más la presencia de la familiar. Pero la UCI, si es algo que obviamente por manejo, por contaminación y demás, es algo que se restringe, pero es súper fuerte. o sea, es súper fuerte y hasta donde tengo entendido incluso algunos antes, por lo menos algunos médicos preferían que ya cuando estaba un poco más despierto, sí o sí, dentro de lo que el estado clínico del paciente lo permitía, enviarlo a la CIP como para que esté ella con su familiar y está en vigilancia, por supuesto, pero por lo menos está con el familiar, ¿no? Claro. Pero ahora, obviamente, este miedo en específico este de me va a abandonar porque estoy porque estoy o está enfermo es algo que se puede evidenciar o dentro de esos signos clínico, obviamente que por ejemplo el niño ya tiene un trasfondo de ansiedad. Ahí es donde, obviamente la parte clínica opera desde el lado de, ok, esta ansiedad generada ahora o esta ansiedad ya viene de antes. Porque inclusive de

acuerdo al tiempo o la mecánica del pensamiento es donde tus intervenciones van a variar como especialista, pues no porque obviamente si viene desde un motivo focalizado es donde tú puedes intervenir desde los elementos incluso aplicarle a el psicología infantil le llaman como estos recursos imaginarios, ¿no? para ir al trasfondo dentro de la parte de que te lleva a lo simbólico para evitar eso real. O darle como esa adecuación a eso traumático o a eso real que lo están viviendo en el cuerpo, en la soledad, lo están viviendo. Entonces, ahora, obviamente hubo otras cosas completamente distintas es cuando ya vienen con cierta tentativa de abandono porque hay problemas interfamiliares, porque ya ha habido cuestiones previas.

2. ¿Cómo se expresa el miedo al abandono en el discurso, el juego o los vínculos que el niño establece con el Otro/cuidador?

Generalmente este miedo al abandono va, como te decía de la ansiedad de la separación y generalmente es desde el lado de la mayor aprehensión. se te da como una mayor aprehensión al niño junto a su cuidador principal, es como que pasan como muy pendientes y no te vayas y claro, a veces los papás como que les sorprende o dices es que en casa no es así obviamente uno ahí es donde va la psicoeducación con los papás y decirles, bueno, pero es que no están en casa, pero es que no están en una condición normal, sino están en algo particular entonces hasta cierto punto es normativo que que el niño también presente estas variaciones en la conducta, ¿no? Pero, por ejemplo, el día que del lado hace su cuidador es como una mayor aprehensión del no te vayas y quédate aquí o regresa rápido o no te demores, no tanto de la parte del discurso como con el vínculo. También, obviamente cuando se van es como y se queda con otra persona y dónde está la pregunta de dónde está porque recordemos que igual la característica de la ansiedad generalizada de los niños por ejemplo es y si no está es porque algo malo le pasó y si no regresa, claro, esas preguntas incesante y por eso es que generalmente la ansiedad desaparece y la ansiedad generalizada en los niños se parece mucho y es muy confundida en ocasiones y inclusive a veces ya cuando vas adentrando en la valoración es donde te das cuenta no con un

test porque a veces y tengo que reconocer, a veces muchos profesionales se basan solo en un test cuando no se trata de un test, se trata de la validación y la verificación clínica del paciente. Porque el test a veces te da cuestiones erróneas, hay que reconocer el test siempre tiene que ser un respalde de tu consideración clínica, nunca un motivo de diagnóstico. Y eso es algo que yo siempre, siempre, siempre y nunca lo voy a dejar de batallar y gracias a Dios Dios, la clínica La ciencia confirma de que no es un motivo diagnóstico. cada vez que veo más colegas en los que van, no, es que para saber el diagnóstico que le voy a pasar un test ¿para qué? Entonces quiere decir que clínicamente lo sabes. Exacto. O sea, es más como una herramienta Exactamente.. Es que siempre tiene que ser así, una herramienta, una herramienta simplemente porque tú tienes un conflicto porque no sabes si es que el niño por ejemplo, puede ser un nene que tenga efectivamente diagnósticos similares, un trastorno de ansiedad o tiene un trastorno, por ejemplo, conductor comportamental, pero puede ser a raíz de la ansiedad entonces todo va desde el lado clínico porque hay pacientes que vienen con las comorbilidades, tienen evidentemente el trastorno de conducta, pero es por una cuestión ansiógena o por una cuestión depresiva de base porque la presentación clínica obviamente varía. El signo y el síntoma de cómo se presenta un diagnóstico en un niño y en un adolescente varía, aunque sea el mismo diagnóstico de un adulto puede tener una presentación clínica, el trastorno de ansiedad se llama de la misma forma, pero en el niño y adolescente, el adolescente se presenta de una forma totalmente distinta. Claro. Entonces sí, ahora que, en efecto, como el retornando, ahora en el discurso vas de ese lado, a veces se podría decir un poco de la virburabia, ¿no? De ¿y dónde está y esta como compulsión verbal de querer preguntar y porque claro, el niño habla mucho cuando hay algo en esa ausencia de respuesta, en esa ausencia de palabras que le genera ansiedad. Entonces busca de manera incesante esa respuesta mediante el discurso. Claro, también mediante el discurso del otro, como que es. Busca el aseguramiento de lo que él le sostiene ansiedad, busca mediante el discurso del otro esa palabra, esa palabra que lo cura , esa ansiedad que le está presentando eso real que está pasando en ese momento. Y obviamente en las cuestiones del

juego que resultan siendo creería yo creería yo en mi opinión que va más del lado de, por ejemplo, los chicos cuando llegan a tener dificultades, pero es más que todo cuando tienen hospitalizaciones de largo plazo. Claro. Sí, porque, por ejemplo, no es lo mismo trabajar con un niño que entra a una terapia eventualmente por un día, dos días porque se complicó una pandectomía a un niño que entra a terapia de manera continua porque tiene fibrosis logística. entonces claro, el niño el primer niño es de manera más puntual porque va porque se complica un poco, par de días, supera, mejoras, se va a piso y se va a casa mientras que el otro sabe que evidentemente a veces le toca ingresar, reingresar, complicarse, estar en piso, bajar a terapia y así sucesivamente. Nada, muy aparte de eso, por ejemplo, los pacientes que tienen tratamiento quimioterapia, pues no las operan y todo y hacen esta derivación de un hospital a otro, entonces están retocando el entorno y también es complicado. Sí, exactamente. Lo mismo pasa con los pacientes renales, los pacientes oncológicos y también estos pacientes con enfermedades de inmunodeficiencia, ¿no o reumatológicas también que requieren tratamientos de largo plazo, son enfermedades crónicas, entonces es decir, de largo plazo, entonces por ende es como varía, ¿no? Ahora, en ellos la representación del juego a veces sí depende cómo los familiares lo hayan estado acompañarlo, porque desde la la figura de la proyección del dibujo, he visto mucho en esos pacientes, por ejemplo de dibujarse solo de no encontrar un soporte en el ambiente y o de ver el ambiente familiar muy lejano, porque claro se está estructurando en que todos los meses tiene que ingresar al hospital y por ende es como que cada vez se siente o más alejado o más rechazado de la dinámica. Claro. Y la figura del dibujo es esencial en ellos, porque como muchas veces le falla el discurso propiamente por su estado académico en el que está en un estado emocional. el recurso del dibujo es oro, es oro con ellas. Sí, yo también, bueno, especialmente cuando hago, la verdad, yo siempre hago su incentivo de bueno, dibujemos y si se he podido identificarme medi dibujo, muchas, muchas muchas reacciones de los pacientes. No te robo mucho tiempo, pero me acordé mucho de un caso. Y se fue en el Roberto fue en el Roberto justamente es un paciente que ingresa a la UCI porque tuvo un accidente súper feo, tuvo un accidente incluso jugando

con o sea jugando con con los primos en un río en se cae mal en el río y se golpea contra una piedra a ver que te doy todos estos motivos para explicarte porque es que tuvo tanto tiempo en el hospital, ¿no no para ser cruenta ni perversa, ¿no? Pero el punto es que tuvo una lesión que realmente después de cómo lo sacaron del río, lesionó la médula espinal y a él lo dejaron en estado cuadraplégico, pero él estaba completamente consciente, pero desafortunadamente como sí hubo un periodo de hipoxia, o sea de ahogo, él claro, si tuvo un periodo de hipoxia, él se dañó el mecanismo autómatas del cerebro de la respiración. Entonces, por ende, él tenía que depender continuamente de el tubo, el tubo traqueal directamente en el cuello para poder respirar, porque su cerebro como que no conectaba con los pulmones a enseñarle a decir respira. Pero él estaba completamente consciente. Entonces, me acuerdo tanto que en las primeras consultas, pobrecita, una colega de nosotros, le tocó asumir el caso, pero tenía una conducta, pero mira, estás como que tú dices, hay algo más allá de esa conducta, pero ella rechazaba, rechazaba, rechazaba a la psicóloga que estaba ahí, me llaman a mí como para que intente ver si es que podía ayudarla a ese niño y literalmente era como no quiero nada, no quiero nada, no quiero nada y era como perfecto, ¿sabes lo que yo hacía literalmente un poco en el juego este del espejo sin entrar mucho en esta dinámica como de iguales es como perfecto, mira, tú tienes media hora. Tú la puedes aprovechar implicándolo a él, tú la puedes aprovechar como tú quisieras. Si quieres, podemos hablar, si no quieres, yo me voy a sentar en la silla de ahí y voy a leer la revista. Esta que tienes aquí me la voy a poner a leer. ¿Qué dice eso? Y literalmente, a la primera, claro, él como que se sorprendió porque la mecánica que él tenía como preaprendida era que todo el mundo le vaya a rogar, que sí, pero por favor, háblame y no sé qué. No, no, mira, lo intenté una vez, la segunda vez le dije esto, me salté ahí y comencé a leer la revista. A la segunda vez lo saludé, él como que se hizo el dormido y yo dije ah bueno, estás dormido igual tú sabes que ahorita tienes el tiempo, tienes media hora, voy a coger otra revista y me voy a sentar ahí. Hice lo mismo y lo que hace para llamar mi atención es comenzar a chiflarme. Y me dice, que está “rica la hamburguesa”. En contraportada de la revista había una hamburguesa. Y yo, ah, sí, no, se ve

buena. Y él le decía, bueno, ¿y cuál es tu comida favorita? Y comenzó todo. Y comenzó a hablar acerca de cuál era su comida favorita. Claro, primero el recurso imaginario, ¿no? Contribuyendo el espacio, recurso imaginario y ya después fue trabajando acerca de la culpa, fue trabajando cerca de la culpa acerca del accidente, fue trabajando cerca de las cuestiones de la estructuración familiar que tenía muchas particularidades ahí fue trabajando cerca de todo todo. O sea, desafortunadamente ese niño falleció. Estuvo dos años hospitalizada. Pero falleció por complicaciones propias del cuadro, porque igual era un niño que sus pulmón ayudaban hasta cierto punto y comenzó a tener una descompensación súper fuerte dentro de la parte orgánica hasta que ya su corazón colapsó y literalmente fue mira, uno de los casos que para mí fue clínica pura y ética pura. Porque realmente fue. Fue común la inversión de la clínica, como te lo dicen siempre en la parte principalmente de los niños, la invención de la clínica. De ahí, obviamente, incluso para hacer un ambiente un poco más gentil, lo que hice fue hablar con la jefa del área, como para qué hago hable a su vez con con la parte de cafetería para que todos los viernes él elija qué comida quiere comer. Entonces que si un día quería una hamburguesa, ese día le preparé ese Claro, más que todo. Nada, más que todo que le permita también poder elegir. Así. darle un lugar subjetivo en un lugar de persona y no de objeto. Exacto. No, yo con ese me peleé con todo el mundo, Porque te lo juro que por ejemplo, yo ha venido trabajando con el paciente y me acuerdo que hay ciertos médicos que son bastante improas al momento de dar información. Entonces va y lo desajusta porque él, claro, ve su reflejo en el pie de moverse entonces entonces él le dice bajo esperanzado al neurocirujano le dice, doctor, voy a volver a caminar, que no sé qué, que no sé cuánto. Y él le dice, tú estás loco. así como tú no vas, o sea como no ¿Cómo fue que le dijo? como tú no vas a poder volver a caminar, esos son los reflejos. Dicen, ya tienes que centrarte y yo, este no se le fue, mira, yo fui yo fui con todos los diablos al área y yo le dije a los residentes sin que el paciente me diga así, yo no, perdón el francés, pero le dije, si yo no cago el trabajo del neurocirujano que a mí no me vengan a estar cagando el trabajo psicológico con el paciente. Yo le digo, y como estaba ahí el residente de neurocirugía porque estaba hospitando y yo le

digo, dile a tu jefe que la próxima vez que se le ocurra abrir la boca con mi paciente, hable primero conmigo para ver si así le ayudo a oxigenar el cerebro y saber cómo hablarle a un paciente. Sí, qué bueno. Mira, yo creo que me tuvieron miedo. Claro, el campo, así es a veces. Uno tiene que también, a mí también me ha pasaba muchas veces. Dar el lugar, el lugar lugar el lugar. porque no le quitan mucho peso de importancia a la parte psicológica y más que todo en un ambiente médico es como vaya y hable, vaya y aconsejelo. No señor, no señora, uno no va a hablar. Uno no está hablando con la vecina con tuny chisme, uno va a trabajar con el paciente. Sí, a mí varias veces me han dicho como vaya a preparar al paciente para la pérdida. o vaya a preparar a para que no llore. No, eso es inevitable, o sea, si el paciente quiere llorar, déjelo, o sea, no.. No, es que él llora y aquí todos estamos ocupados y todo. Y digo, bueno, parece que usted se está angustiando más que el mismo paciente, o sea, acá. Y sí, efectivamente eso es lo que ha pasado también en el hospital, pero sí, sí, he visto bastante de eso. Pero digo. Qué pena que con el O sea, realmente en las prácticas en el Roberto sí he hizo que hay unadida bastante grande con respecto a la sentimental ahora. De hecho, los doctores nos buscan. Eso es bueno. Sí, nos buscan cada vez que nos den, por ejemplo, caminando por el pasillo o algo, nos llaman o si nos ven en la sala, nos dan más pacientes o nos preguntan. Entonces también sí, sí. bueno porque me siento contenta en ese sentido porque cuando uno no es una pero no es solamente uno, sino todo el grupo de los que comenzamos yendo allá más o menos en el año 2013 más o menos como que dimos esa apertura a que otros vengan también porque al inicio era insoportable, insoportable. O sea, literalmente, no sé si todavía lo hagan, pero a veces nosotros teníamos que armarnos nuestro espacio en medio del pasillo, teníamos que armarnos en el en la bodega para poder atender a los pacientes o a los familiares. Entonces era como y claro, y ya me acuerdo tanto y es súper lindo, ¿no? Porque ahora como que tú ibas transcurriendo y ellos iban conociendo cómo era el camino y era el trabajo realmente. No se trata de hablar mal, pero es que a veces como que a uno me pasó en algunas ocasiones que los mismos pediatras o especialistas decían, ¿sabes que es que yo no sabía que los psicólogos hacían eso porque los psicólogos que habían estado aquí antes

no hacían eso. Claro. Entonces mostrar de esa a otro lado de la clínica es algo oro, es algo totalmente de oro, ¿no? Entonces, por ende, me alegra mucho porque eso se trata de ir abriendo también esos espacios porque finalmente es como claro, yo era del voy y le pregunto, bueno, estás en mis prácticas, voy y le pregunto al familiar que quiera y ya después había tantas interconsultas que yo decía, ya ya parenme un poco, ah, solo soy una. Y ahorita, por ejemplo, somos cuatro y esas interconsultas son, o sea tremendas, pero sí logramos con todo. sea, así avanzamos., bueno. bueno. Entonces sí, y ahorita justamente, bueno, Estefanía ahorita está, no sé si conoces a Estefanía Gavilanes. Ya, con Estefanía estábamos haciendo un proyecto para abrir, o sea, ya teníamos como una f, tenemos que ir a un departamento como de psicología en sí. Pero eso todavía se está, eso todavía se está hablando, pero ahorita sí, como que sí se está moviendo todo Y ahorita ya tenemos en el espacio y todo como para poder hablar con los padres. Pero sí, todavía hay esto que se pierde de hablar en los pocillos, el hablar en una salita. Hay ciertos cuartitos en las salas en donde sí se pueden ingresar y hay un poquito más de privacidad para hablar con el cuidador o con el paciente. Sí. Entonces sí, sí. Sí, hay. No sé si en la UCI siga habiendo la Marianita, pero cuando yo estaba ahí la Marianita literalmente es que se lo apreciaba tanto, te lo juro porque la sala de reuniones que ellos tenían, ella sabía que si yo llamaba a los papás o trabajaba con algún paciente, literalmente era como un si veía que algún auxiliar iba a pagar una bomba de infusión o algo y era como era como no, no, no, está la psicóloga y ella misma se la llevaba o cuando llevaba a los papás para trabajar o un severendo cartel. No interrumpir consulta psicológica en proceso. Ay, qué hermosa. Qué lindo. Sí, es una maravilla. Bueno, voy a continuar con la tercera pregunta, ¿ya.

3. ¿De qué manera los relatos infantiles permiten al niño simbolizar, nombrar, representar o elaborar el miedo al abandono?

Esto es más una pregunta específica al miedo, pero más o menos cuáles son los recursos que el niño utiliza con frecuencia al representar ese miedo o esa elaboración? Generalmente, como que de manera más frecuente, suelen ser estas preguntas, es como lo que pasa es que te pregunto para poder

esclarecer tu pregunta, valga de redundancia. El simbolizar, renombrar y representar o elaborar significa que ya el niño logra superar ese miedo. Sí, ya logra como que identificarlo y como que hablar de ello. Entonces utiliza. Ok, en ocasiones cuando se trabaja a veces el niño llega al punto de identificar, por ejemplo de Que el hecho que no esté lo familiar no significa que no vaya a regresar. A veces ahí va mucho la vía o las herramientas que tú les des más que todo en la parte del discurso, como por ejemplo, el niño que dice, no es que mi mamá se demoró y entonces a lo mejor se fue y no va a regresar. Y el decir, por ejemplo, ahí es donde tienes que conocer caso por caso, pero era como por ejemplo, ok, tú venías primero a consultas, ¿no? Y te pregunto, cuando tú caminabas con tu mamá de un lado del hospital a otro o tenías que ir a una ventanilla solo estabas tú o tenías que ir o tenías que esperar mucho tiempo porque habían otros pacientes? Entonces a veces los pacientes dicen, no, es que se nos va toda la mañana, es perfecto. Entonces, ¿por qué no? Ahorita tu mamá se puede estar demorando porque justamente hay muchos otros pacientes y está tu mamá esperando su turno. Y claro, tú le dabas esa idea racional, no desde el lado banal, porque los niños no son tontos, entonces no son. No son nada tonto, entonces no se iban a quedar con, no, tu mamá va a No, es como darle el recurso desde el simbolismo, desde lo que he vivido por él desde hace una focalización positiva. Ahí es donde tú cambias la posición mentalizadora del niño desde el catastrofínco hacia algo más lógico. A mí me pasó algo parecido también. A ahorita que me aclaro un poquito esto, yo tenía, bueno, este paciente que llegó a la UCP, que quería a la mamá y todo el tiempo era quiero a mi mamá, quiero a mi mamá. Entonces justamente yo antes de ir al paciente, yo hablé con la mamá para regresar con estado y papá. Entonces ella estaba como que esperando su turno para poder ingresar. Entonces, cuando yo ingreso, el paciente desde la ventanilla me veía y se angustió muchísimo, me hacía señas y lloraba. Entonces cuando yo ingreso, él decía solo, quiero a mi mamá, quiero a mi mamá dónde está mi mamá? Entonces bueno, elaborando un poquito, logré llegar a un punto en donde pude como que decirle, bueno, tú tu mamá está afuera, mira, ¿cuerdas que aquí a llorar los específico, como no tiene que darse cuenta y comencé como que a elaborar un poquito el tema de los horarios y yo, mira, tu mamá

vino así a las 7 de la mañana. Entonces, digamos, el horario es cada cuatro horas, entonces tu mamá va de venir a las 12. ¿Cuánto falta para las 12? Media hora, digamos así. Entonces, mira, media hora, el horario se ingresa y va a entrar con mamá y cosas, entonces él mediante esa lógica pudo entender de que la mamá a las 12 y media iba a venir. Entonces, al momento de hablar y poder como que explicar esa parte, él también se se tranquilizó y comenzó a hablar de otras cosas. Y al momento de terminar en el abordaje y ya me fui, justo entró la mamá. Entonces fue como que ya justito. Pero sí, sí, sí pude y entender lo que está sucediendo. de eso se trata, ¿saben qué? Porque definitivamente se trata de entender la lógica propia porque no hay nada generalizado. Entonces entender la lógica propia porque por ejemplo me acuerdo de un caso de un niño que tenía mucha ansiedad porque también de manera como muy cercana, había fallecido como un familiar muy cercano dentro de la dinámica familiar. Entonces, claro, ya resén estaba superando esta presión del duelo y la ausencia permanente ante el duelo y claro, el niño lo operaba lo que es la ansiedad de él entonces claro, mi mamá también va a desaparecer y no va a regresar nunca y es como ok, ¿qué te asegura o sea, es como ir a esto específico entiendo porque a veces cuando le logras andar algo ahí comienzas a trabajar acerca de lo esencial entonces por ejemplo, en ese caso lo esencial, lo de la cuestión de lo que me mencionas en tu caso, claro, probablemente la ansiedad en ese momento haya sido lo que cubre lo que haya debajo todos esos elementos que te comenzó a trabajar después. Claro, sí, sí. Ay, qué maravilloso. Bueno, continuamos con la

4. En los relatos producidos por los niños, qué elementos narrativos como personajes, escenas o repeticiones cumplen una función central en los procesos de simbolización de este miedo.

Bueno, en los relatos con los recursos narrativos, algo que le ayude a simbolizar a veces suele ser sí esa figura desde el entendimiento de no estás aquí de la nada si no estás aquí porque necesitas una cura porque te sientes mal no por un lado y por el otro lado también esto del el que tu mamá o tu papá no esté aquí no significa que no estén en el hospital sino porque están aquí dentro del hospital, pero esta no está en otra área. Claro. A veces los

recursos que que cuando ya hablas nuevamente de recursos que les ayuda es porque ya ha habido un trabajo previo. Entonces generalmente es como estas escenas que suelen tener es como bueno, mi mamá, por ejemplo, mi mamá no es aquí porque se fue a bañar a la casa McDonald's, no sé si existiendo en la casa. porque se fue a bañar a la casa McDonald's o y ahí es donde uno le refuerza y entonces a lo mejor no se bañaba desde hace mucho tiempo. Sí, desde ayer que no se baña pero que claro y a lo mejor ya hasta le picaba todo porque no se ha bañado desde ayer necesitaba irse a bañar como una forma de como resaltarla, asegurarle que la lógica que él tiene está bien que la mamá se temía que ir a bañar, que la mamá está bien en irse a bañar. Sí, porque en ocasiones y desafortunadamente ha habido casos en los que muchos pacientes, como por ejemplo, una abuela, una tía, ¡ay, y tu mamá te dejó aquí solito y te dejó abandonada. cosas que dan ganas de pegarle, pero a la gente, pero. Pero sí, es como, o, es como reafirmarle que la lógica que tienen, pero por ejemplo en el contexto ahí es como como por ejemplo, no tienen como un mueble no es que mi mamá me dijo que se fue a comer Ah, claro, es que aquí al frente ahí al no conoces, no no conozco. Mira, es que aquí al frente hay muchísimos comedores pero cuando es a esta hora a veces hay mucha gente entonces se demoran mucho porque tienen que ir a despachar todos los almuerzos y claro de ahí tu mamá tiene que comer tranquila y sí, como el recurso que él te da se lo aseguras porque ese recurso que él te da es algo que necesita ser asegurado para poder reafirmarse. Sí, es como una mezcla, a ver, que a los psicoanalistas y los conductistas me escupirían en la cara, pero es como una doble implementación. Desde una teoría es como tengo el recurso simbólico del discurso bla que está aquí por el otro lado es le estás reafirmando conductualmente como que la parte positiva, ok, entonces voy por ahí, pues ¿no? Claro. Ay, buenísimo, la suerte. Sí, o sea, igual yo pienso que hay cositas que sí se articulan muy bien, por ejemplo, bueno, en el tema del discurso sí y la reairmación. Sí, el niño también de alguna forma necesita sentirse seguro de alguna forma, ¿no? Así es, así es, o sea definitivamente es que necesita y no te lo recordar que muchas veces más que con el adulto en el niño cuando te dice algo es porque algo llevo. Por lo más tonto o absurdo

que suene, a lo mejor en ese momento no te gestiona, pero lo anotas y cuando te das cuenta en el transcurso de las consultas vuelve a resonar OK si ya vuelve a resonar o te voy a prestar atención a esto porque ya me lo dijo la vez pasada aunque él no está tan articulando, quiere decir que Jesús suelte en su discurso que necesita ayuda para articularse. Ya, perfecto. Entonces continuamos con la quinta, sí.

5. Desde su experiencia en el área de hospitalización en la UCP, ¿cómo incide este contexto en la aparición o la intensificación del miedo al abandono en los niños internados.

completamente es evidente los niños inclusive a veces cuando suben de la IP a las áreas de hospitalización como tal suben súper ansiosos, súper súper ansiosos y vamos a ver vamos a lo lógico que no solamente pasan niños en los adultos también salen del aceite y lo que menos quieren es ver que sus familias ya no están. Claro. Sí, entonces incide mucho, incide mucho en su conducta hasta que después viene este proceso de adaptación y ahí es donde se le da a usted más que todo a veces a los familiares, ¿no? De común y saben que ahora que sube de hospitalización, usted ya va a poder estar ahí, pero si se llega a ir, como darle este reforzamiento de indíquele que usted se va a tener que retirar porque se va a bañar, porque va al baño, porque esto, porque el otro, ¿no? como para darle esas indicaciones también a los familiares, pero de que inciden completamente incide, o sea intensifica cuando ya es preexistente y en ocasiones aparece porque durante la estancia encipe estaba tan leterado por el mismo hecho de la medicación, pero cuando ya está en todo su concepción de del ambiente y la mamá se va por algún motivo peor aún cuando se van mientras los niños duermen o sea, es peor que el niño se levante estando en hospitalización y no la vea la mamá. Claro, más que todo, por ejemplo, cuando hay una cirugía de por medio, un costo operatorio, una cicatriz abierta o algo que a la final no está estaba ahí y de alguna forma al despertar y él no ve a nadie y ver el ambiente y todo eso también es traumático para el niño que todo. Claro, claro que sí, claro que sí, es como porque por supuesto, quien se levanta es con el anestesiólogo o con las enfermeras y algunas que no tienen mi mirada tan amable y lo único hay un poco empáticas y que a veces le dicen, ya, ya cálmate que tu mamá está afuera, ya dejé llorar

en lugar de ser empáticos. Sí, sí. Ya, perfecto. Entonces, continuamos con la sexta.

6. ¿Qué particularidades observa en los relatos infantiles producidos durante la hospitalización y en la UCP, en relación con el miedo al abandono.

Qué particularidades. Más que todo estos puntos de consideración de A veces me llama mucho la atención cuando son los nenes que llegan a decir a comparar esto de la ausencia con el amor. Eso me llama mucho la atención. Obviamente tiene que ver con un tema de vínculos, ¿no? de establecimiento de vínculos, de establecimiento previo del apego. A veces tienden a ser, por ejemplo, estos apegos más allá del apego ansioso, que tiene que ser a veces mucho este desapego o el ambivalente o el negativo completamente de parte de las mamás o de los papás, porque es como lo ven desde la mirada o desde la frase de los papás como estoy aquí prácticamente por tu culpa estoy pasando mala noche es por tu culpa no y aunque no lo digan de manera verbal, hay niños que lo interpretan así, por supuesto, entonces creo que es una de las particularidades que he llegado a ver, no esa sensación de culpa a veces no es que mi mamá no duerme bien, es que le duele la espalda por mi culpa. No, no, no, a ver que tranquilo que no pasa nada, o sea, es como ahí es donde definitivamente te da estas visualizaciones clínicas que no solamente tienes que trabajar con el niño, sino es que algo está pasando en esa vinculación del apego que no está siendo tan saludable con el niño. Claro, y también, por ejemplo, hay niños que dicen no quiero que me hagan llorar porque mi mamá ya lloró mucho por mí. O sea, sí, he llegado a escuchar eso así eso de no puedo dejar que me vea mal porque ella ya está mal, no quiero. Así es. Así es. Es como una cuestión de represión, otra cuestión a veces también tiende a ser con la invalidez emocional. Des desafortunadamente y eso sigue estando no solamente en el ámbito hospitalario, sino en nuestra sociedad como tal en el que hay que invalidar y en el que hay que decirle al niño que no llore, que deje de llorar, que si es como un sabes que si tiene un motivo para llorar, deja que llore. Sí, a veces tiene que ver mucho con la inmadurez emocional de parte de los padres, porque esa inmadurez como tú dijiste, es justamente con respecto a los doctores que no toleran ese llanto de

parte de los pacientes es así mismo con esos padres que no toleran ese llanto de parte de sus hijos por su propia inmadurez emocional que causa ese tipo de inconvenientes con los niños.

Desde su práctica clínica. ¿Cómo acompaña al psicólogo la construcción de relatos infantiles vinculados al miedo al abandono en el ámbito hospitalario?

De todas las formas inventar. Clicamente comprobado. principalmente primero tienes que ver qué tipo de paciente tienes. Primero, como siempre se dice la edad que tiene el paciente de los recursos mentales, incluso dentro de el potencial neurológico que tiene el paciente porque por ejemplo el paciente puede tener 15 años, pero si tiene un PCI o tiene un retraso madurativo y demás operas igual de manera distinta o diferente a cooperarías con un adolescente no? Pero creo que algo muy generalizado podría ser desde el lado lúdico siempre. Y te gusta esto? Mira, lo que yo hacía no es tan como bueno, me permitían porque sabían de que cumplía con todas las normas de higiene, ¿no? Pero siempre llevaba por lo menos tres o cuatro colores en el bolsillo del scrup e iban con un dibujo y les llevaba para pintar. Ay, yo también hago eso. Sí, sí, es que te sirve, te sirve porque los niños necesitan hacer otra cosa que no sea escuchar el zumbido de las rubas de fiñon es que solamente en su única socialización sea con los médicos que pasan una o dos veces al día o sea necesitan hacer algo más allá de eso entonces tú lo único que puedes hacer es asegurarle a la licenciada que le desinfectas los crayones, bueno, los crayones es más complicado, pero le desinfectan los lápices de colores, que se lo da. y que no sé qué entonces es como que después que se lo retira o ya te hace a la idea que era lo que yo hacía y compraba hartísimos cajas de colores era de que ya se los dejaba. esos 3, cuatro ya eran de ese paciente y se los dejaba a él. Sí, yo también hago eso, o sea, yo les preguntaba como que, ah, ¿qué personaje te gusta? Entonces me decían y, por ejemplo, la siguiente sesión yo les llevaba los personajes que yo les gusta. Eso es buenísimo, ¿sabes por qué? Porque le estás diciendo al paciente lo que tú me estás diciendo es algo muy importante para mí te estoy escuchando y te estoy reconociendo con esta respuesta de traerte el dibujo porque no fue palabra vacía, si no es que te estoy trayendo eso que me has dicho que te

gusta. Es que tiene muchos recursos embólico en el el ambiente de la consulta, tiene hartísimos recursos siólico. Porque es que, claro, es que se viera como un alto, claro, porque en la parte de, por ejemplo, de la universidad solo te dicen la intervención mediante, pero no, el que tú le lleves al niño y que tú le digas, ¿sabes que me acordé que a ti te gusta Spider-Man y te traje esto, vi esto de Spider-Man y me acordé de ti y te lo traje. Es como darle esa posición de humano, esa posición de no soy el médico que solo te viene a hablar aquí, no soy la enfermera que solo te viene a hacer doler aquí, sino soy ese otro especialista y te saca de ese factor de los especialistas que me vienen a causar dolor, te saca de eso. Sí, ahorita que habla de eso, justamente, muchas veces los pacientes tienen miedo al psicólogo por el tema de la bata o esta está el semblante de que ah es un doctor, ¿no? Entonces, cuando yo hago el abordaje, siempre sacando paso, también depende también del paciente, pero yo tiendo a quitarme el mandí, en con otra perspectiva, ¿no? Y sí, siempre les pido como que dibujitos, hay veces que, por ejemplo, he tenido pacientes que bueno, que no están tan graves, ya las han subido en una un entonces les llevo un Jenga o o uno o algo para que ellos puedan para momento como que tener. Porque la mayor parte de veces sí, o sea, están hospitalizados, no pueden hacer mucho, pasan en cama, no pueden dar lo que sienten. También, por ejemplo, una vez me acuerdo que llevé unas tarjetas de memoria Y había un niño que un paciente que se había picado el ojo con unas tijeras. Y él no quería solo no podía hablar de lo que había pasado. De hecho, él todavía no me de qué le había pasado en su ojo, él le tenía que retirar el ojo. Y eran unas figuritas así de memoria que tenías que virar y complementarlas, o sea, las dos así y tener dos partes. Entonces, en una de esas habían unas tijeras. Entonces, él utiliza de estas tijeras, las vira y él me señala y me dice, ve, comiste, me piqué el ojo. Y mediante de eso comenzó a contarme qué le había pasado por qué y bueno, de eso antes se pudieron también articular más cositas, pero desde ahí, desde ese punto, él pudo aferrar a hacerlo y comenzó a comenzar a poder desplaarlo de lo que él le pasó este evento protaumático para él y que a la final sí fue fue que él se cogió una tijera, trató de abrir un cajón y la tijera le rebotó a los. Sí, y fue, pero sí, o sea, con eso sí, con esos recuerdo sí se pudo. se pudo hacer algo

bastante por eso. Claro, sí, no estuvo bien, o sea porque más que todo mira una de las cosas que más nos decían a nosotros todo el tiempo es si tú tienes la confianza de que es algo que le va a hacer bien al paciente, no le tengas miedo a ese tipo de invenciones clínicas. ¿sí Obviamente, cuando tengan una lógica dentro del manejo de los pacientes. Te lo juro que por ejemplo, cuando yo estaba en la parte de las prácticas, más allá de la tutoría que nosotros teníamos, yo hacía tutelas, yo buscaba una de nuestras profesoras que era en la universidad es un as con los niños es un as es un as y yo creo que ella es para mí como mi mentora. es súper buena y es como literalmente porque por supuesto, en la etapa en la que estás te faltan los recursos. Claro. Y te falta obviamente la seguridad que no está mal, ojo, a que no está mal el que te falte la seguridad, pero si tú tienes el contenido teórico porque nada es inventado tampoco porque se me ocurrió y porque lo soñé y porque ya no porque lo estudié porque lo leí y creo que se adapta de esta manera con esta intervención que puedo hacer. Sí. Sí, porque eso es lo que varía, por ejemplo, un poco la corriente dentro de la parte de la psicología conductual con la parte del psicoanálisis y psicoanálisis de mucho la invención. Y hasta donde se las la católica sigue estando desde el punto psicoanalítico, ¿no? Sí, todavía, pero también tiene, o sea, hay dos tipos de ramos, está la conducta. que no digo que esté bien o que esté mal. No digo que esté bien, pero hasta donde tenía entendido porque claro, cuando nosotros nos grabamos nuestra corriente analítica era súper fuerte. te digo tanto es así porque una vez cuando estuve hablando con un profesor de la UBA de la Universidad de Buenos Aires y me dice, tú de qué universidad vienes y yo digo, no, soy de Ecuador, de Guayaquil, ya, de qué universidad vienes y yo vengo en la católica de Guayaquil a las psicoanalítica y yo, sí, así como sí, no, no tengo más. Pero sí Porque claro, él también era parte de la escuela, yo no sabía, pero él también era de parte de la escuela de psicoanálisis allá en Buenos Aires y sabía, imagínate ese punto allá en Buenos Aires, él sabía que la católica se manejaba dentro de la corriente de psicoanalítica. No sacaba psicoanalistas, por supuesto que no, pero se manejaba dentro de la corriente psicoanalítica.

No, sí, ahorita es más, la mayor parte de estudiantes que ahorita van a salir de, o sea de graduarse, incluyéndome, son de psicoanálisis. O sea, creo que

son solamente dos compañeros míos que se van a graduar por medio de corriente cognitivo conducto. ok, ok. Bueno, eso realmente no sé, bueno, no hay muchas cosas, no sé, se va adaptando con el tiempo, pero sé que a Freud le perrearía el lujo si es que escucha bien. incluido laAM, porque ambos iban en contra de la institucionalización del psicoanálisis. Verdad que sí, sí, o sea, entiendo y obviamente te sirven mucho los recursos. Y obviamente cuando yo hice mi maestría también de infante juvenil, había mucha gente que iba como muy viste como muy como muy en contra del psicoanálisis, porque eran estudiantes a sí mismo de Argentina, porque la hice en una Universidad de España, entonces era como que los estudiantes de Argentina eran, no, es que no hay puro psicoanálisis, solo psicoanálisis me dieron. Y sabes qué? súper bueno la intervención que le hizo, me acuerdo una vez un profesor, no me acuerdo de qué materia, pero le hizo como le dijo, bueno, pero deja de quejarte, le dijo así, deja de quejarte y sácale el beneficio. Porque lo importante es lo que le haga bien al paciente. Y yo, qué buena respuesta. ¡Claro! ¡Qué buena respuesta! Y era un chico, más o menos de... O sea, habrá tenido máxima sus 40 años y era español y no sé qué y él había sido profesor en depresión me acuerdo esto porque hice una práctica con eso y literalmente fue como y mira, o sea, literalmente fue súper buena la intervención que le dijo él, deja de quejarte y reconoce que por último, toma el recurso que te da ahora la maestría para poder aprender lo que te hizo falta. Y es la realidad. Porque de eso se trata. Finalmente los postgrados, la maestría como tal es únicamente para reforzar eso que en el camino clínico te vas a dar cuenta que te va gustando más. eso se trata realmente. Sí, o sea, yo sí tenía planeado.. hacer un Master out, o sea, quería especializarme también en o sea en niños. Ah,. Sí. No, lindo, lindo. O sea, mira, para serte honesta, yo hice mi maestría después que comencé y lo que es la parte de la ¿cómo se llama esto? Antes había hecho estos cursos y después posgrado, certificaciones o diplomados o pero la maestría como tal me daba mucha pereza, te lo juro, me daba mucha pereza, pero era porque prefería estar constantemente en cursos todos los años que pasé la maestría y hasta que alguien me dijo, ¿sabes que Karen, con todo este tiempo ya podrías haber sacado como tres maestrías y yo, bueno, es real. Entonces, fue súper bueno, ¿sabes por qué? Porque me sirvió

mucho como actualización y fue súper gracioso para mí, porque en ocasiones a veces los profesores como que me decían los colegas o los doctores me decían, era como un, ok.

Entrevista a Psic. Maria Denisse Terán

1. Desde su experiencia clínica, ¿qué manifestaciones clínicas o conductuales permiten identificar el miedo al abandono en los niños y cuáles considera que aparecen con mayor frecuencia?

En el área de UCIP regularmente están hospitalizados niños y adolescentes que están bajo efectos de un coma inducido o sedación, pocos son aquellos que están despiertos. El área de UCIP tiene camillas que están unas juntas a otras y tiene también cubículos de aislamiento, es decir, dónde está solo un niño en un espacio físico privado. En ambos casos: un niño que está junto a otros (despiertos o con coma inducido) o que está solo en una habitación manifiesta el temor por medio del llanto, por medio de movimiento del cuerpo, gritos (siempre que no hayan sido intubados, ya que posterior a una intubación suelen perder la fuerza del tono de voz por unos días), dificultad para dormir, no colaborar con los procedimientos, solicitar el ingreso o permanencia de sus padres en el área, otros.

2. ¿Cómo se expresa el miedo al abandono en el discurso, el juego o los vínculos que el niño establece con el Otro/cuidador? (Padres o familiares)

Depende del caso a caso y del vínculo que previamente haya tenido el niño con su cuidador. Puede expresarse en demanda de atención, presencia, ser tratado como de menor edad, tener tendencia al llanto, irritabilidad y colaborar con el personal de salud tanto - cuanto su cuidador colabore. Surge una identificación inconsciente del niño hacia el cuidador, que busca enfrentar inconscientemente la hospitalización desde el lugar subjetivo que su madre o padre esté posicionado.

3. ¿De qué manera los relatos infantiles permiten al niño simbolizar, nombrar, representar o elaborar el miedo al abandono?

De la manera que su estructura mental se lo permita, con un psicólogo clínico presente que brinde escucha activa, que preste palabras que le ayude a simbolizar la experiencia en la UCIP, según la edad: el diagnóstico, los cuidados durante y posterior a la hospitalización, etc.

4. En los relatos producidos por los niños, ¿qué elementos narrativos — como personajes, escenas o repeticiones— cumplen una función central en los procesos de simbolización de este miedo?

En los relatos producidos por los niños, ¿qué elementos narrativos —como personajes, escenas o repeticiones— cumplen una función central en los procesos de simbolización de este miedo? Todo aquello que el niño traiga, cumple una función central.

5. Desde su experiencia en el área de hospitalización en la UCIP, ¿cómo incide este contexto en la aparición o intensificación del miedo al abandono en los niños internados?

Hice abordajes a pacientes hospitalizados y a sus padres, no hice sesiones posteriores a la hospitalización, por lo tanto no tengo cómo justificar de qué manera incide esta experiencia al miedo al abandono posterior al alta médica.

6. ¿Qué particularidades observa en los relatos infantiles producidos durante la hospitalización en la UCIP en relación con el miedo al abandono?

En ocasiones se manifiestan como retorno de lo reprimido, es decir, eventos del pasado que causaron conflicto psíquico, malestar y/o malentendido en la dinámica familiar en la experiencia de soledad en un área crítica ponen en escena varios temores, como el temor al abandono.

7. Desde su práctica clínica, ¿cómo acompaña el psicólogo la construcción de relatos infantiles vinculados al miedo al abandono en el ámbito hospitalario?

Con escucha activa, presto palabras, doy espacios de silencio para que el paciente pueda construir su discurso, me muestro con apertura, válido todo lo que pueda decir, jugar, dibujar o lo que use para que el paciente pueda simbolizar su experiencia en la UCIP, entre ello si tuviera miedo al abandono.

Psicóloga Clínica Estefania gavilanes

1. Desde su experiencia clínica, ¿qué manifestaciones clínicas o conductuales permiten identificar el miedo al abandono en los niños y cuáles considera que aparecen con mayor frecuencia?

Vale. Las conductas al estar en 1 a nueva crítica, difícil, el apego excesivo, ansiedad, ante la separación de los padres, porque si me hablas diarias críticas, en el áreas críticas, generalmente no están los familiares todo el tiempo. Sí. Entonces esa sensación de estar solo de que se sientan y lo voy a poner entre comillas, porque no es que directamente todos se sienten así, pero que usted abandono en un momento tan vulnerable para ellos los hace sentir mucha ansiedad y angustia. Y esto se transmite también con regresiones a infantilización, que era un poco los que siempre les he comentado en el área de quemados. Ya con cosas previamente adquiridas, es decir, en el lenguaje ya el niño hablaba bien y vuelve a estar como nuc o porque no como un poquito así. Creo que también Igual lo voy a poner muy en general, la irritabilidad. El llanto continuo y ciertas conductas como de

oposicionistas, como un poco desafiantes, como un poco también cuando, sobre todo el cuidador nosta ausente. Claro, o sea, más que todo, si he visto esta ansiedad que se presenta, el llanto persistente y bueno, en lo que es conductas, no he visto como tal porque generalmente los niños pasan acostados, pasan sedados y es más, la mayor parte de, por ejemplo, en los cuidados intensivos la mayor parte de niños no pasan como que no están despiertos, están medicados o están entubados. Pero esa pequeña parte también hay niñitos que sí pueden como que ver el área, se asustan y siempre está esto de dónde está mi mamá, quiero a mi mamá y está esto de y lo repiten constantemente también he visto las repeticiones, como que dónde está, dónde esta llamada, dónde esta llamada o me voy a morir, me voy a morir, me voy a morir o así. Entonces eso es lo que he podido como que identificar ahí. Entonces, hagamos con la segunda.

2. ¿Cómo se expresa el miedo al abandono en el discurso, el juego o los vínculos que el niño establece con el Otro/cuidador? (Padres o familiares)

Sí, sí, sí. Dentro del discurso con estas preguntas continuas de si va a volver, de por qué me dejas de cuánto tiempo vas a estar afuera y por tienes que irte y dentro del discurso con estas preguntas. A veces indirectas un poco como para saber qué tanto el padre también quiere estar ahí o va a volver. Creo que en el juego no lo he identificado tanto porque no suelo llevar continuamente ciertos elementos de juego a las áreas críticas. Claro. Es Pero en el juego pudiera aparecer el niño reflejado, y los padres en otro espacio, pero no te lo pudiera decir realmente con una claridad porque no no es realizado continuamente juegos con los niños como para reflejar eso. Pero incluso no solamente a mí me lo verb perdón a los padres directamente los verbalizan, sino también dentro de las entrevistas, dentro de los abordajes hay y por qué mi papá tiene que estar afuera y cuando el miedo al abandono dentro de del discurso va desde el la pregunta si lo van a dejar o no, si va a volver, cuánto tiempo va a estar fuera un poco en base a esto de lo que he percibido. Sí, justamente, o sea, yo también yo no he podido, o sea, yo no he podido llevar juegos y cosas así a 1 a de intensivos. Pero sí, por ejemplo, en

una entrevista con una psicóloga, creo que la psicóloga Karen, la que me pasó el contacto de Durán, ella me contaba que ella tampoco llevaba esto, pero sí, siempre tenía en sus bolsillos unos colores, digamos. Y con eso utilizaban y por ejemplo, dependiendo también del caso y del niño, utilizaba este material para que el niño también pueda articular por medio del dibujo, cositas así. Y eso. Pero sí, como utilizando el material, así, pero algo que he podido como que también rescatar es también lo que el niño trae con, digamos, personajes o historias que cuentan narrativas, especialmente hace, creo que creo que el semestre pasado yo tuve un paciente que me hablaba solamente de un anime, pero de una pero lo articulaban mucho con la dinámica familiar. Y de ahí podía sacar, bueno, hay un problema con digamos, hay una distanciamiento con los padres porque hay mayor cuidado con un hermano mayor. Entonces había sacaba esto por medio de estos relatos, entonces por ese lado también podía. Pero tienes toda la razón, ¿no? El tema de el cómo representa este discurso del cuento, del relato, de lo que se va, ya te digo, yo realmente me atrevo a decir que hace algún tiempito no llevo estos colores, pero por temor de que se pueda llevar con mayor infección, porque estoy como muy focalizada con lo de quemado, ¿no? no a las áreas críticas, estas cosas que puedan llevar, pero tienes razón al momento de comentar que en el relato surgen mucho este discurso de manera como indirecta de el igual ya me perdí nuevamente con la pregunta, pero del sentir el miedo de estar solo y por qué pasa más entonces se va a beber a mi hermano entonces elige estar con mi hermano y no conmigo Pero sí. Vamos con la tercera.

3. ¿De qué manera los relatos infantiles permitan al niño simbolizar, nombrar, representar o elaborar el miedo al abandono.?

Justamente fue esto, por lo que quise sacarlo del cuento de Mire, ¿no? Porque El niño puede de alguna manera desplazar ese miedo hacia personajes ficticios. Sí. Le permite tomar como de alguna manera cierta distancia emocional. Elaborar de alguna manera, igual no sé cómo decirlo, pero elaborar de alguna manera Está experiencia que está viviendo y nombrar cosas que él está sintiendo desde una haciendo referencia como que a alguien externo, a alguien que no va tampoco tan ligado a él, pero le permite tomar

cierta distancia y verbalizar y organizarlo de alguna manera es parte y lo que decía que de hecho yo lo quiero decir él también en mi discurso es como un poco reduce cierta vivencia de angustia, transformándolo en algo más fácil de comunicar cuando se está trabajando con los muñecos. Yo generalmente cuando trabajo con los pacientes. Trabajamos con relatos o cuentos con este tipo de cositas así, ¿no? Que Pensé que era un grillo. que la familia, que los dibujos donde se permitan también ellos Salir un poco. Claro, como desplazarse, ¿no? Sí, salir un poco en hablándolo desde el otro, desde el personaje ficticio en base a esto. Sí, no sé si te estoy contestando bien, estoy simplemente. Yo está perfecto, está perfecta. Justamente me gusta esto del hablando desde el otro, porque igual de alguna forma, sí, el niño digamos, ubica a estos personajes ficticios y puede también identificarse con escenas que tener un momento se formó una vivencia media parecida y puede agarrarse de eso y poder este también simbolizarlo. Entonces, por medio de eso también creo que es bastante esencial el tema de los relatos en los niños, porque eso también es como una herramienta en donde el niño pueda sostenerse a la palabra, al lenguaje y pueda articular este miedo. Y identificarlo especialmente, ¿no? Entonces, bueno, vamos con el cuarto. ¿Cuántos son? Son siete, no son muchas, son siete. En los relatos producidos por los niños.

4. ¿Qué elementos narrativos como personajes, escenas o repeticiones cumplen una función central en los procesos de simbolización de este miedo.?

Elementos narrativos cumplen una función central. Por ejemplo... Y no sé. Espero que no estén grab como la que no sé. No, por ejemplo, a ver, yo recuerdo, esa pregunta siempre también es como una de los psicólogas me comenta de no solamente de de que cualquier recurso sirve, o sea, cualquier. Es que no sé cómo decirlo, pero es cualquier conector puede servir para el paciente. Por ejemplo, si el niño trae esto de mi mamá se fue. Tra traer esto de bueno, tu mamá se fue porque tal vez se fue a bañar, como que tratar de articular eso, el mamá se fue, pero mi mamá se fue para qué darle este paso para que el niño también pueda ir elaborando. Entonces o sea, no sé cómo

explicarlo, no sé si me explico. Vale, pero entonces parte de lo que se está diciendo, entonces qué elementos narrativos cuando le aparecen cumple la función central este como para simbolizar el miedo, pero entonces ahí estaría haciendo cómo está la función del psicólogo lo rescata. Exacto. Porque por supuesto, no te pudiera decir exactamente Ejemplo, en la unidad de quemados, que el padre no duerme ahí, que está o en la terapia intensiva, que el padre no aparece ahí, que escucha el niño, los sonidos o que el otro niño se está ha fallecido y están corriendo para reanimarlo y todo eso a veces el niño que está despierto lo puede percibir. El tema de la muerte, el tema de la separación, el tema puede aparecer también en base a historias, pero una vez que se verbalizan dentro de un espacio de palabra que se le brinda, entonces también ayudarlo a ir construyendo dentro de este discurso, como justamente lo que te decía de este psicóloga él, ok, pero yo, por ejemplo, yo por ejemplo lo que hago, no sé si voy pausándome, pero yo por ejemplo lo que hago es dibujo con ellos todo el hospital. Entonces, cuando salen de cuando sale la mamá que se va al baño, el niño dice, ¿por qué no viene? Entonces, ¿qué hago? Dibujar con él en el hospital. Mira, mamá tiene que pasar por aquí, se va para acá, se va para acá, como hacer un recorrido de que no es que el baño quede a lo mejor como en su casa de entregados y volví, sino que tiene que haber un recorrido. Entonces hay un intento como de reorganización frente a lo que puede estar generando esta angustia y que lo puede estar. Ahora, si tú lo dices como un elemento narrativo o en personajes, es algo entonces que el niño está construyendo desde algo aislado. Y. Déjame ver que entro, porque Ya, ¿cómo están? Sí, aparentemente llevo otro doctor. Ya. Entonces, este. Incluso dentro de su narrativa, la presencia de figuras que aparecen como héroes o protectoras, que al final de la historia pueden llevar y entonces vino el superhéroe y lo rescató y también es un intento de reparación psíquica frente a lo que se está viviendo, es que no sé si me estoy explicando. Como una reparación subjetiva, como algo como una curita que cubre esta. Sí, no sé si directamente como sí, pero no sé si directamente como esta curita, sino que es un poco, ok. Esto que están haciendo los médicos es para algo. nuevamente en el cuento de mire, ¿no? Que aparecen estos este relato, esta historia como los

superhéroes que tienen posiciones mágicas que van a ayudar a curar. Es también un intento de que organice de que esto es algo positivo también. Entonces, no sabría exactamente cómo ubicar algo en específico, yo pienso que sí me respondió porque prácticamente habla de esto de también poder ponerle palabras a eso que tal vez no se puede articular, qué tal vez el niño necesita esa ayuda para poder también identificar y sostener. Entonces, por ejemplo, en el tema de el cuento, está esto de bueno, qué pasa con los doctores, para qué, qué es lo que pasa con tu piel o para qué tienes que ponerte, digamos, el el injerto, ¿Qué es un injerto? Entonces, como que al final el niño no sabe de esto y lo que hace el terapeuta o el profesional es también cubrir este no saber con el con un saber que al final el niño de alguna manera nuevamente utilizando lo que te dije antes como organizar esta experiencia que resulta angustiante y la repetición o los elementos narrativos siempre el niño va a traer elementos similares porque son lo que está viviendo y lo va a traducir sí, hoy te hablo del superhéroe, pero mañana te voy a hablar de el villano y tiene algo que ver con el superhéroe igual entonces este lo va organizando, se va articulando y lo puede ayudar como que a esa experiencia que está resultando angustiante pueda tener algún tipo de construcción diferente y organizada frente a lo que se está viviendo. Perfecto, perfecto. Ya vamos con la quinta. Desde su experiencia en el área de hospitalización de cuidados intensivos, cuando incide ese contexto en la aparición o la intensificación del miedo al abandono en los niños en torno no otra vez, otra vez no lo leí bien Sí, porque ni te entendí. Yo tampoco. A ver, desde su experiencia en el área de hospitalización de unidad y cuidados intensivos,

5. Desde su experiencia en el área de hospitalización en la UCIP, ¿cómo incide este contexto en la aparición o intensificación del miedo al abandono en los niños internados?

El niño generalmente depende de la edad requiere mucho para cumplir muchas funciones que está Ya, o sea, o están dentro del desarrollo todavía cómo organizándose. vamos a suponer que ya el niño estaba aprendiendo a ir al baño y nuevamente hay un corte ya quiere ir al baño y lo que antes era verbalizar para el padre de llévame al baño tiene que volver a

entonces a usar el pañal y cosas que entonces la hospitalización o directamente las unidades de cuidados intensivos que es de lo que estamos hablando en este momento, depende de la edad, hace que el miedo al abandono nuevamente se lo viva con mucha más angustia porque hay continua presencia de procedimientos, los doctores continuamente se acercan y a veces no necesariamente cuando esté el padre. Y es como un poco otra persona, me está tocando mi cuerpo que ya se vive como invasivo. Y no hay alguien que esté aquí cuidándome. Entonces, lo viven con cierta ansiedad. Esta otra persona que no conozco poniéndome la vía tocándome, abriéndome la bata para a Y todo esto también genera, y hace que el paciente, este que igual ya mismo te hace que intensifique que el miedo porque es de alguna manera, por qué no estás aquí para protegerme, para cuidarme. aparece este miedo de una forma más intensa o urgente de alguna manera porque no está o qué se está viviendo en esta ausencia que el cuidador no está y es como un me vas a dejar cada vez que esté viviendo algo que me genera miedo, me vas a dejar cada vez porque el familiar no pasa en esta unidad de cuidados intensivos y todos esos contactos que hay con estos otros extraños hace generar que el niño sienta a mi mamá no le importa estar al lado mío y tú a ti no te importa separarte de mí. Entonces puede que lleve un poco en base a esto. Y esto nuevamente, ¿no? como hipótesis, frente a esto. justamente es por eso que se le dice, o al menos es lo que yo hago trabajar con los padres para que le haga sentir al niño que esté en un lugar seguro y que los médicos son también personas que lo quieren cuidar, porque si no se vive mucho más invasiva intuición. Claro, hay algo que, por ejemplo, en la unidad de cuidados intensivos en quemados no se parece mucho en la UC Pepper, pero por ejemplo, en la unidad de quemados. El tema de la imagen, o sea, generalmente todos se ponen gorros, está como que se pierden mucho eso, entonces tú no sabes, o el niño no sabe quién entra, quién sale si vienen a ponerme a cambiarme la vida, pero no sé quién es. Entonces a la final como que igual sí se pierde eso, es como que entran, vienen y ya no está esto de no, no quiero que me toques, sino que tienen que hacerlo porque te tienen que cuidar, es otro tipo de cuidado. Entonces, eso también como que al final el cine me hace pensar como que como este tipo de miedo es como a la final

no poder elegir también, no tener esta opción de decir no quiero. Entonces es como también al niño le la educación estágu sí, también este no saber como ah, no sé qué va a pasar, no sé dónde está mi mamá, quién va a entrar, quién va a salir. Entonces también es como algo de como, no sé, no sé qué va a pasar, no sé cuándo me voy a ir, cuándo me van a llevar. Entonces también está esta pregunta, ¿no? De cuándo voy a salir. Entonces, sí, bueno, vamos con... Le traíste que fuiste con la otra psicóloga, fue presencial, online, telefónica. Fue en línea, online, así igualito. Sí, fue muy chévere, me encantó. Sí, habla full, full, full, full. O sea, que va. Me contaste casos clínicos y yo sí, wow. Ah, buenísimo. Sí, fue muy chévere. A ver, vamos con A ver, vamos, vamos, que a las 10 Sí.

6. ¿Qué particularidades observa en los relatos infantiles producidos durante la hospitalización en la UCIP en relación con el miedo al abandono?

Generalmente yo armo más estos relatos, como ya lo sabes, dentro de la unidad de Quemado. Sí. con los niños que están adentro antes de trabajar en tema del espejo o antes siempre aparecen en los monstruos, los este. El tema de el estar encerrados y ahorita no estoy igual como como Un niño que entró hace ¿Qué será? Un año atrás. Contaba que cada vez me contaba la mamá que cada vez que estaban dibujando o haciendo algo cuando las de voluntariado les llevaban hojitas y tal, él solo dibujaba figuras que eran como como cucos, como monstruos, decía la mamá cuco, yo me acuerdo de esa palabra. Ella decía Coco cucos, yo le preguntaba a la mamá si era una palabra del niño y me decía que no, que ella lo estaba diciendo. Pero Y me decía que estaba como este monstruo que había alguien que lo tenía que atar. Y lo tenía, entonces que el niño era quien tenía que dibujaba a la persona que iba a matar al monstruo y era un niño que ataba al monstruo. ¿Qué pasa igual que yo el niño conmigo trabajaba ya esta hoja hecha. Al niño lo cada vez una de las cosas que a él le abrumaba era que lo sujeten en la camita para que no se saque las vías, para que no se rasque porque continuamente quería entonces puede que también Dentro de este relato que se produce porque se habla de

estaba hablando de un dibujo que había hecho. Y aquí no directamente va desde lo del miedo al abandono, sino un poco desde la carga emocional en este fragmento también de que iba comentando de la incertidumbre del estar inmobilizados, del estar dependiendo del otro para poder como para que este monstruo que era bueno, que se me olvide decirte, pueda ser liberado, necesitaba entonces del niño que lo libere para poder hacer eso. Entonces es muy común que aparezcan también ciertos relatos donde el niño representa que alguien rescate al otro, no que pueda ayudar al otro y dentro de lo que uno busca en la estancia hospitalaria que o el médico lo ayuden o que se curen rápido para ir a casa o que alguien esté presente y que lo ayude de manera continua para poder irse porque la hospitalización y sobre todo el área de cuidados donde no suelen estar los padres continuamente, habla un poco de eso, de ayudar a que ya pronto vayan a casa. es lo que los padres le dicen también a los niños. Entonces los médicos te están ayudando para que podamos irnos más rápido a casa. Entonces, lo que el niño trae en ciertas historias también va ligado a el rescate, el liberal, la ayuda un poco en base a esto. Bueno, vamos con la última. Desde su práctica clínica.

7. Desde su práctica clínica, ¿cómo acompaña el psicólogo la construcción de relatos infantiles vinculados al miedo al abandono en el ámbito hospitalario?

Sí. Definitivamente ofreciendo un espacio de escucha. Validando las emociones, respetando lo que el niño va construyendo y diciendo y permitiendo favoreciendo que pueda ir a su propio ritmo. Se depende la edad, la narración a través del juego, a través del dibujo, de los cuentos, funciona significativamente Porque el ritmo de cada niño para ir articulando u organizando lo que se está viviendo, no va a ser igual el de nosotros que el otro niño. Entonces Z sin imponer de alguna manera o sin dar directamente palabras en ese momento, sino que ayudando a organizar. Y yo creo que igual me perdí porque te quería decir dos cosas en un mismo momento, pero en el ámbito hospitalario, el acompañamiento de sostener o Esto que el niño te esté entregando, que habla también de algo muy íntimo. Y ayudarlo también a Que el niño pueda exponer parte de su su realidad desde lo simbólico,

acompañando y facilitando también a organizar lo que puede llegar a representar este relato, esta historia, este dibujo es muy útil. Permítete incluso también que pueda haber una continuidad del vínculo sin ser un vengo a hablar del malestar, sino sigamos hablando de este cuento que me habías contado. y permite hacerlo mucho más sutil. Eso. Está perfecto.

Psicóloga Diana Murillo

1. Desde su experiencia clínica, ¿qué manifestaciones clínicas o conductuales permiten identificar el miedo al abandono en los niños y cuáles considera que aparecen con mayor frecuencia?

Desde mi experiencia clínica, que se enmarca en la teoría psicoanalítica, el miedo al abandono en el niño se manifiesta como expresión de una angustia de pérdida del objeto primario, vinculada a fallas reales o fantasmáticas en la función de sostén del Otro. Clínicamente, este miedo se observa a través de:

Angustia de separación, es decir el miedo a la ausencia del cuidador, sean ausencias reales o imaginarias

Apegos excesivos y conductas demandantes que permitan asegurar la presencia del otro.

Conductas regresivas por ejemplo como enuresis, llanto persistentes, inquietud, agresividad como respuesta al miedo de la pérdida

Considera que las que se observan con más frecuencia es la ansiedad que se presenta cuando los cuidadores se ausentan, el vínculo es muy frágil y el niño intenta sostenerlos con conductas demandantes para intentar retenerla al otro

2. ¿Cómo se expresa el miedo al abandono en el discurso, el juego o los vínculos que el niño establece con el Otro/cuidador? (Padres o familiares)

El miedo al abandono no siempre se presenta de forma directa en el discurso del niño, depende de su etapa evolutiva y sus posibilidades de simbolización, en los pequeños emergen de manera desplazada y simbólica.

En el discurso, se expresa a través de preguntas reiteradas sobre la permanencia del Otro, en ocasiones los cuidadores amenazan con abandonarlos sino “se portan bien” y aparecer además del miedo al castigo el miedo a dejar de ser amado, así como en enunciados que revelan una vivencia de no ser suficiente para sostener el deseo y el amor del cuidador.

El juego permite la simbolización y la escenificación de situaciones generadoras de angustia, el niño coloca en juego escenas de pérdida, desaparición, separación o muerte de personajes, repitiendo situaciones donde el objeto se ausenta o se vuelve inaccesible, el juego es un recuerdo útil para tramitar la angustia pero también pone en evidencia lo traumático, en tanto y cuanto se repita la escena sin lograr elaborarla más allá del trauma

Los vínculos se tornan ambivalentes e inseguros, el niño ejerce intentos por evitar el abandono real o imaginario y se vuelven demandantes de la presencia y el amor del otro con conductas diversas según el caso por caso.

3. ¿De qué manera los relatos infantiles permitan al niño simbolizar, nombrar, representar o elaborar el miedo al abandono??

El relato opera así como un dispositivo de elaboración psíquica, similar al juego, es útil en tanto y cuanto ayuda a tramitar la angustia de abandono en una representación simbólica, desplazándola hacia personajes ficticios.

Nombrar aquello que aún no puede, pero que insiste a nivel inconsciente.

Elaborar la pérdida del objeto, ensayando soluciones imaginarias frente a la ausencia.

4. ¿Qué elementos narrativos como personajes, escenas o repeticiones cumplen una función central en los procesos de simbolización de este miedo??

En los relatos infantiles suelen aparecer elementos y personajes claves por la general las figuras de soporte suelen ser fallidas en tanto son figuras o extremadamente autoritarias o endebles también suelen ser Personajes abandonados, huérfanos, que aprenden hacer con lo que tienen en su entorno

Escenas de separación, desaparición o rescate, muchas veces repetidas.
Figuras ambivalente, cuidan pero también abandonan

Finales abiertos o circulares, que muestran dificultad para cerrar la experiencia.

5. Desde su experiencia en el área de hospitalización en la UCIP, ¿cómo incide este contexto en la aparición o intensificación del miedo al abandono en los niños internados?

De manera personal no he tenido pacientes en la ucip pero como profesional entiendo que este es un contexto que por sus particularidades pueden generar angustia de separación y miedo al abandono. La internación implica una ruptura abrupta de la continuidad vincular, de los ritmos cotidianos y de las referencias simbólicas que sostienen al niño. La separación parcial o total del cuidador, las restricciones de contacto físico, la mediación constante del personal sanitario y la presencia de procedimientos invasivos colocan al niño en una posición de extrema dependencia del Otro, al tiempo que dicho Otro se presenta fragmentado, cambiante o inaccesible. Esto puede reactivar angustias arcaicas vinculadas a la pérdida del objeto primordial, especialmente en niños con antecedentes de separaciones tempranas o vínculos inseguros.

6. ¿Qué particularidades observa en los relatos infantiles producidos durante la hospitalización en la UCIP en relación con el miedo al abandono?

Generar estos espacios permite que el niño en la ucip pueda elaborar el miedo que experimenta a causa de la condición de la internación, la simbolización permite elaborar la simbolización lo que impide la consolidación de un trauma.

7. Desde su práctica clínica, ¿cómo acompaña el psicólogo la construcción de relatos infantiles vinculados al miedo al abandono en el ámbito hospitalario?

Los elementos lúdicos permiten la historización de eventos traumáticos, la función del psicólogo es acompañar sin juzgar, ni interrumpir los tiempos subjetivos del niño mientras simboliza a través del juego o los relatos, el psicólogo se convierte en una figura presente, que acompaña y sostiene, presta su cuerpo para convertirse en presencia estable.

Psicóloga Mafer Aguirre

Desde mi experiencia clínica en la atención de niños y adolescentes en las áreas de hospitalización, sobre todo en urgencias oncológicas, he notado que el miedo al abandono no suele manifestarse de manera directa o no suele ser verbalizada, sino que se manifiesta a través de expresiones y conductas que dan cuenta de una intensa angustia de separación; esto ocurre de manera similar, cuando los tratamientos son ambulatorios o previo a los procedimientos quirúrgicos.

Quiero además agregar, que el miedo no se presenta únicamente al abandono, sino que suele desplegarse a varios temores que atraviesan tanto la vida del niño como la de sus cuidadores principales. El miedo al abandono aparece, en muchos casos, articulado a otros temores fundamentales: la pérdida de los vínculos significativos, la ruptura de la vida cotidiana, el sufrimiento de los padres y la incertidumbre respecto al futuro.

Algunas manifestaciones que he observado y escuchado con mucha frecuencia podrían ser dificultad para conciliar o mantener el sueño, especialmente durante la noche, un sentido de urgencia reiterada por salir del hospital, acompañada del deseo de retomar la vida previa a la enfermedad: volver a casa, a la escuela, a los amigos y a las rutinas conocidas. Esta

urgencia más que todo funciona como un intento de restituir el mundo del niño, que él percibe como perdido o amenazado.

Otra manifestación que se evidencia es el temor a causar sufrimiento, así como un desgaste e interferir en la vida cotidiana y laboral de los cuidadores principales; en este contexto, los relatos infantiles, a través de: juegos, narración espontánea, dibujos, cuentos o historias construidas en la entrevista clínica, forman una vía para que el niño pueda simbolizar y elaborar estos miedos que, en muchos casos, resultan difíciles de nombrar de forma directa.

El relato entonces, funcionaría como un espacio donde el niño puede poner palabras, imágenes y secuencias a experiencias de separación, fragilidad y culpa, lo cual favorece al niño y a sus cuidadores principales, porque les permite tramitar la angustia y manejar estas experiencias, de un modo más vivible para ellos.

Considero que la posición del psicólogo en el ámbito hospitalario es fundamental pueso que posibilita un espacio de escucha y reconocimiento del malestar subjetivo del niño y del adolescente, más allá del diagnóstico médico y de los procedimientos. Es quien puede dar lugar a la palabra, prestando palabras allí donde a veces no las hay.

El rol del psicólogo es de acompañar, validar y más que todo poder brindarle un espacio de escucha al niño, en donde bueno el relato, cumple una función simbólica en donde el niño puede refugiarse de eso que no puede poner en palabras, y muy aparte de eso las identificaciones, con personajes, escenas que pueden ser repetitivas en el juego, cumplen una función esencial en el niño.

Anexo 2. Consentimientos informados



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
UNIDAD DE TITULACIÓN

Consentimiento Informado para participantes del proyecto de Titulación
“Temores infantiles: los relatos como vía de simbolización al miedo al abandono en el área de hospitalización UCIP”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por la Anahí Verdú NUÑEZ del arco de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar como los relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños hospitalizados en una UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos subjetivos.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación de una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**Consentimiento Informado para participantes del proyecto de Titulación
“Temores infantiles: los relatos como vía de simbolización al miedo al abandono en
el área de hospitalización UCIP”**

Yo Estefanía Gavilanes _____ con C.I# 0918185281 _____ acepto
participar voluntariamente en esta investigación: Temores infantiles: Los relatos como
vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización de UCIP.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar como los
relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños hospitalizados
en una UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos
subjetivos.

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.

Estefanía Alexandra Gavilanes Carrera

Nombre del Participante



Estefanía Alexandra
Gavilanes Carrera



Firma del Participante

Fecha: 16 de febrero del 2026



**Consentimiento Informado para participantes del proyecto de Titulación
“Temores infantiles: los relatos como vía de simbolización al miedo al abandono en
el área de hospitalización UCIP”**

Yo MARIA FERNANDA AGUIRRE con C.I# 0923961114 acepto participar voluntariamente en esta investigación: Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización de UCIP.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar como los relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños hospitalizados en una UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos subjetivos.

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.

Phic. MARIA FERNANDA AGUIRRE
Nombre del Participante

[Firma]
Firma del Participante

Fecha: 5.02.2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**Consentimiento Informado para participantes del proyecto de Titulación
“Temores infantiles: los relatos como vía de simbolización al miedo al abandono en
el área de hospitalización UCIP”**

Yo María Denise Terán Ordóñez con C.I# 0917339871 acepto
participar voluntariamente en esta investigación: Temores infantiles: Los relatos como
vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización de UCIP.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar como los
relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños hospitalizados
en una UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos
subjetivos.

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:

25 de enero del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**Consentimiento Informado para participantes del proyecto de Titulación
“Temores infantiles: los relatos como vía de simbolización al miedo al abandono en
el área de hospitalización UCIP”**

Yo *Karen Peralta Argudo* con C.I# *0915841118* acepto participar voluntariamente en esta investigación: Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización de UCIP.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar como los relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños hospitalizados en una UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos subjetivos.

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.

Karen Peralta Argudo, Psic. Cl.

Nombre del Participante



Firma del Participante

Fecha: 31 de enero del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**Consentimiento Informado para participantes del proyecto de Titulación
"Temores infantiles: los relatos como vía de simbolización al miedo al abandono en
el área de hospitalización UCIP"**

Yo Diana Muriel Yuniya con C.I.# 0912899408 acepto participar voluntariamente en esta investigación: Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización de UCIP.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar como los relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños hospitalizados en una UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos subjetivos.

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.

Diana Muriel
Nombre del Participante

Diana Muriel
Firma del Participante

Fecha: 6/2/2026



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia** con C.C: **0929734028** autora del trabajo de titulación: **Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización UCIP**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 5 de marzo de 2026

f. _____

Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia

C.C:0929734028



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Temores infantiles: Los relatos como vía de simbolización del miedo al abandono en el área de hospitalización UCIP.		
AUTOR(ES)	Verdú Núñez del Arco, Anahí Cecilia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Ruiz Guerrón, Ginger Justine, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 marzo del 2026	No. DE PÁGINAS:	134
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, Cuidados Intensivos Pediátricos, Enfoque cualitativo		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hospitalización; Miedo; Relato; Psicología infantil; Salud del niño; Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.		
RESUMEN/ ABSTRACT			
<p>Este trabajo se trata sobre el miedo al abandono en la infancia dentro del área de hospitalización de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). El objetivo del estudio consiste en analizar cómo los relatos posibilitan la simbolización del miedo al abandono en los niños en el área de hospitalización UCIP, a partir de una exploración cualitativa, para comprender sus efectos subjetivos. La metodología del estudio fue cualitativa, con paradigma interpretativo y fenomenológico; se utilizó una entrevista semiestructurada dirigida a 5 informantes del área de Psicología Clínica. Los resultados se centraron en las tres categorías del estudio: temores infantiles, relatos como vía de simbolización y área de hospitalización UCIP; en la primera categoría se identificaron manifestaciones en los niños como ansiedad, preguntas repetidas, alteraciones del sueño y conductas de vigilancia ante la separación de los padres; en la segunda, se notó que el relato permitió ordenar las escenas, construir las secuencias y transformar las experiencias de ausencias en narraciones; en la tercera, se identificó que el ámbito hospitalario presenta características especiales como cambios de turno y restricción de acompañamiento del familiar, que influye de forma notable en la intensidad de temor del menor. En conclusión, se evidenció que el relato funciona como un recurso que proporciona continuidad subjetiva, así como constituye un medio de sostén y afrontamiento que favorece la gestión del miedo al abandono en las salas pediátricas hospitalarias.</p>			
ADJUNTO PDF:	SI x	NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: +593 0995355660	E-mail: anahi.verdu@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Colmont Martinez, Marcia Ivette, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210		
	E-mail: marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			