

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

Facultad: Ciencias de la salud

Carrera: Lic. en Psicología.



# EL JUEGO COMO INTERVENCION TERAPEUTICA EN PSICOPROFILAXIS CON NIÑOS.

---

Trabajo integrador final

Alumna: Medina, María Gimena

Directora: Mónica Galván

Año: 2016

# Índice

---

|   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | Introducción   | 3  |
| 2 | Marco Teórico  | 5  |
|   | 2.1 Psicoprofilaxis Y Psicoprofilaxis Quirúrgica     | 5  |
|   | 2.2 Concepto De Crisis                               | 6  |
|   | 2.3 Juego En La Infancia                             | 7  |
|   | 2.4 Fisura Labio Alveolo Palatina                    | 9  |
|   | 2.5 Concepto De Prevención                           | 10 |
| 3 | Metodología  | 13 |
|   | 3.1 Tipo de enfoque y estudio                        | 13 |
|   | 3.2 Contexto Y Escenario                             | 14 |
|   | 3.3 Técnica Y Procedimientos De Recolección De Datos | 15 |
| 4 | Resultados   | 17 |
|   | 4.1 El Niño Y El Juego                               | 17 |
|   | 4.2. Descripción General De La Sesión                | 20 |
|   | 4.3 Aspectos positivos del abordaje del juego        | 24 |
| 5 | Conclusión y Propuestas                              | 26 |
| 7 | Bibliografía   | 29 |

---

# 1. Introducción

---

El Trabajo Integrador Final (T.I.F.) se presenta como un proceso de investigación, cuyo objetivo es la producción de un conocimiento teórico-práctico referido a algún área de la Psicología. A su vez este refiere a la culminación de las PPS (Prácticas Profesionales Supervisadas) realizadas en cinco áreas, Social, Jurídica, Laboral, Clínica y Educacional, siendo éstas requisito obligatorio en la curricula para la obtención del título de Licenciado en Psicología.

Este trabajo se realizó en base a niños entre 4 y 5 años de edad con fisura labio alveolo palatina (FLAP). Se trata de una malformación congénita que se produce a las 12 semanas de gestación, durante el periodo embrionario, cuando los pliegues del labio y/o paladar fisurado nacen con un desarrollo incompleto del labio superior y/o paladar. Puesto que el labio y el paladar se desarrollan separadamente puede haber niños con fisura en el labio y no en el paladar, con fisura en el paladar y no en el labio, y con fisura en ambos.

Es un procedimiento que puede realizarse en todas las edades. A través de esta intervención quirúrgica se obtiene buenos resultados, los niños pueden alimentarse inmediatamente posterior a la cirugía, se debe tener cuidado especial en cuanto a la analgesia ya que se trata de niños menores.

Una cirugía puede ser movilizante emocionalmente para cualquier persona pero para un niño lo es aún más, ya que sus recursos psíquicos no le permite procesar tal evento. La ansiedad excesiva y el estrés pueden afectar la salud física y mental del niño, reducir la capacidad de cooperación, facilitar la aparición de comportamientos negativos hacia el personal de la salud e incluso dificultar el período posoperatorio. Es por ello que hay nuevas tendencias que surgieron como consecuencia de la observación clínica, se comenzó a pensar sobre la necesidad de realizar una preparación psicológica para aquellos pacientes niños que iban a ser intervenidos.

El presente trabajo se desarrolló en una institución sin fines de lucro que se dedica a la rehabilitación interdisciplinaria. A tales fines la institución dispone de un profesional fonoaudiólogo, asistente social, odontólogo, cirujano,

médico y la profesional de psicología que aborda a los niños con diferentes estrategias, una de ellas es el juego para la preparación del preoperatorio.

En el trabajo con niños el juego es importante ya que se le permite expresar, elaborar y resolver sus conflictos emocionales y en este caso poder manifestar lo que le produce el procedimiento quirúrgico.

Es por esto que este trabajo buscó como objetivo explorar el juego como una técnica de intervención terapéutica en psicoprofilaxis con niños, entre 4 y 5 años, con FLAP que concurren a una institución de rehabilitación de la capital tucumana, 2015.

Para ello se realizaron observaciones en dicha institución llamada Fundación Gavina que surge de las PPS del área clínica.

## 2. Marco teórico

---

El presente trabajo es una recopilación bibliográfica acerca de la psicoprofilaxis quirúrgica con niños y la influencia del juego como una técnica de intervención.

### 2.1 Psicoprofilaxis

La profilaxis es un término derivado del griego que significa prevenir, tomar precauciones. En el siglo XIX comienza a ser utilizado como prevención de enfermedades. Para la medicina, significa preservación; conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad; tratamiento preventivo

La palabra quirúrgico significa “relativo o perteneciente a la cirugía”, que es el arte de trabajar con las manos.(Mucci, 2004)

Otra autora hace un aporte al proceso en el trabajo con niños. Considera relevante la información sobre la operación y la anestesia. En este sentido colige que la falta de esclarecimiento incrementa la ansiedad y observa que la información debe ser transmitida por el terapeuta, tanto al niño como a sus padres, complementariamente a la labor interpretativa.(Aberastury,1978)

En la actualidad, el marco conceptual de la psicoprofilaxis se amplía y flexibiliza, con estrategias y técnicas en reformulación, para trabajar con todos los niveles que participan, directa e indirectamente, en el acto quirúrgico. Desde nuestra práctica elaboramos la siguiente definición: la psicoprofilaxis quirúrgica es el proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos, focalizado en la situación quirúrgica; planificado para promover en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo, recursos que lo orienten a:

- a) Afrontar la operación
- b) Reducir efectos, eventualmente, adversos para el psiquismo
- c) Facilitar la recuperación biopsicosocial.

La psicoprofilaxis quirúrgica, como campo de trabajo especializado, brinda asistencia psicológica a enfermos que padecen enfermedades quirúrgicas. Se trata de una estrategia terapéutica focalizada y planificada, que tiene principio, desarrollo y final. Esta práctica posibilita considerar los aspectos

emocionales que puedan afectar el curso de la enfermedad y la operación. En tal sentido, el conocimiento, la información, la contención antes de la operación, así como también la posibilidad de hablar acerca de los problemas que preocupan al enfermo y su familia, reducen la prevalencia de problemas psíquicos en el postoperatorio. (Maguire y Murray Parkes, 1998) la psicoprofilaxis quirúrgica permite:

- facilitar el procesamiento de información;
- proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad y la cirugía imponen;
- estabilizar los síntomas psicológicos en niveles tolerables;
- disminuir miedos básicos o universales;
- hacer explícito lo implícito;
- evitar que la operación pueda dar lugar a una organización psicopatológica
- jerarquizar o priorizar dificultades "singulares"

Partimos de la idea de que la crisis son eventos en la vida de una persona. Múltiples, variadas, irrumpen abruptamente.

## **2.2 Concepto de Crisis**

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

El énfasis de Caplan (1964) es sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante durante el estado de crisis.

Las crisis promueven cierta desorganización e inestabilidad biopsicosocial entre la dificultad, la relevancia y el significado del problema y los recursos de que dispone el individuo, en un contexto determinado, para enfrentarlas y resolverlas.

En latín, crisis denota el sentido de mutación o cambio. En 1705, adquiere el sentido de "mutación grave que sobreviene de una enfermedad

para mejoría o empeoramiento”. Con el significado de “peligro” y “oportunidad”. A partir de esto podemos corroborar que todas las definiciones crisis es la forma de irrupción de lo imprevisto. Esto lleva a plantear que su contracara es la estabilidad. Así, la conceptualización de lo imprevisible, de la irrupción del azar y el colapso de los recursos habituales es una preocupación en diversos ámbitos del conocimiento.

Las crisis son fenómenos complejos que implican desequilibrio, ruptura, pérdida, duelo y superación ante acontecimientos vitales o accidentales. Constituyen una experiencia de vida, una transición, un cambio y una circunstancia de riesgo. Pueden generar un nivel de estrés alto con riesgo de descompensación; según como el individuo las enfrente y resuelva, incrementaran su vulnerabilidad psíquica o bien apelaran a su capacidad de resiliencia.

En toda enfermedad orgánica es una crisis vivida por el sujeto en su organismo y en su cuerpo (Malherbe, 1993). Psíquicamente todo ataque al cuerpo (enfermedad, envejecimiento, trauma físico) es vivido como un ataque al yo. Ante ello surgen la angustia, la tristeza, la depresión y, por consiguiente, el duelo ante el desequilibrio y la inestabilidad.

En psicoprofilaxis quirúrgica la finalidad es precisa, se trata de resolver la urgencia, de lograr que el paciente recorra un proceso, y que pueda situarse con recursos para afrontar el conflicto derivado de la indicación quirúrgica.

### **2.3 Juego en la infancia**

Al haber recolectado los datos con niños de 4 y 5 años vamos a tomar el aporte de Piaget de las etapas de desarrollo, para ubicarnos en la etapa cognitiva de estos niños, según el autor se encuentran en el estadio pre operacional, el cual se caracteriza por un pensamiento intuitivo, que atraviesa de los 4 a los 7/8 años. Para Piaget, el pensamiento intuitivo representa la transición entre el pensamiento preoperatorio y la etapa de las operaciones concretas. Al compartir experiencias, juegos y actividades y al utilizar el lenguaje el niño entiende su relación con los otros como más recíproca.

Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado. (Piaget, 1955)

Es por eso que en el trabajo con niños es importante crear los recursos necesarios para afrontar la cirugía, en el cual el trabajo psicoprofiláctico toma mucha importancia y desde mi punto de vista abordarlo desde el juego es sumamente óptimo, ya que el niño por sus recursos psíquicos no puede procesar el evento y lo vive como una amenaza.

En el juego el niño muestra simbólicamente, su agitado mundo interno en actividades de pérdida y recuperación, de unión y separación, de vida y de muerte. La compulsión de repetición aparece, como modo de lograr la elaboración de lo traumático. Ya en 1920 Freud decía que se ve que los niños repiten en sus juegos todo aquello que en la vida les ha causado una intensa impresión y que de este modo procuran un exutorio a la energía de la misma, haciéndose, por decirlo así, dueños de la situación. De este modo llegamos a la convicción de que también bajo el dominio del principio del placer existen medios y caminos suficientes para convertir en objeto del recuerdo y de la elaboración psíquica lo desagradable en sí. (Freud, 1920).

Melanie Klein ella trataba a los juegos como equivalentes de las asociaciones de los adultos. Los niños jugaban, ese era el lenguaje que podían hablar, y ella, como adulta-analista, mantenía una neutralidad absoluta respecto del juego, aportando solamente interpretaciones verbales, interpretando las fantasías que subyacían en dichos juegos.

Esto significa que, lo que tomaba relevancia era, en tanto producciones del inconsciente de sus pequeños pacientes, los contenidos del juego que los mismos desarrollaban en las sesiones, su trama argumental; Melanie les agregó la interpretación, ubicándolos así dentro del campo estrictamente psicoanalítico. (Melanie Klein, 1953)

Además tome el aporte de Winnicott, él nos dice de la psicoterapia que:

Ahí, en esa zona de superposición entre el juego del niño y el de la otra persona, existe la posibilidad de introducir enriquecimientos. El maestro apunta a ese enriquecimiento. El terapeuta, en cambio, se ocupa en especial de los procesos de crecimiento del niño y de la eliminación de los obstáculos

evidentes para el desarrollo. La teoría psicoanalítica ha permitido una comprensión de esos bloqueos. Al mismo tiempo, sería un punto de vista muy estrecho suponer que el psicoanálisis es el único camino para la utilización terapéutica del juego del niño.

Es bueno recordar siempre que el juego es por sí mismo una terapia. Conseguir que los chicos jueguen es ya una psicoterapia de aplicación inmediata y universal, e incluye el establecimiento de una actitud social positiva respecto del juego. Tal actitud debe contener el reconocimiento de que este siempre puede llegar a ser aterrador. Es preciso considerar los juegos y su organización como parte de un intento de precaverse contra los aspectos aterradores del jugar. Cuando los niños juegan tiene que haber personas responsables cerca; pero ello no significa que deban intervenir en el juego. Si hace falta un organizador en un puesto de director, se infiere que el o los niños no saben jugar en el sentido creador de mi acepción de esta comunicación.

El rasgo esencial de mi comunicación es el siguiente: el juego es una experiencia siempre creadora, y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida.

Su precariedad se debe a que siempre se desarrolla en el límite teórico entre lo subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva.

Aquí solo quiero recordar que el juego de los niños lo contiene todo, aunque el psicoterapeuta trabaje con el material, con el contenido de aquel. Es claro que en una hora prefijada, o profesional se presenta una constelación más precisa que en una experiencia sin horario, en el piso de una habitación, en el hogar (Winnicott, 1941). Pero la conciencia de que la base de lo que hacemos es el juego del paciente, una experiencia creadora que necesita espacio y tiempo, y que para este tiene una intensa realidad, nos ayuda a entender la tarea del psicólogo dentro de la psicoprofilaxis.

## **2.4 Fisura Labio Alveolo Palatina**

Me parece importante definir lo que es la fisura labio alveolo palatina ya que, aclarar este concepto permite una mejor comprensión de la problemática, desde Luis Monasterio médico cirujano explica que el desarrollo de la cara y el paladar son eventos complejos que frecuentemente pueden alterarse dando

como resultado malformaciones como la fisura palatina o el labio fisurado. Se presentan tanto en la especie humana como en distintas especies de mamíferos.

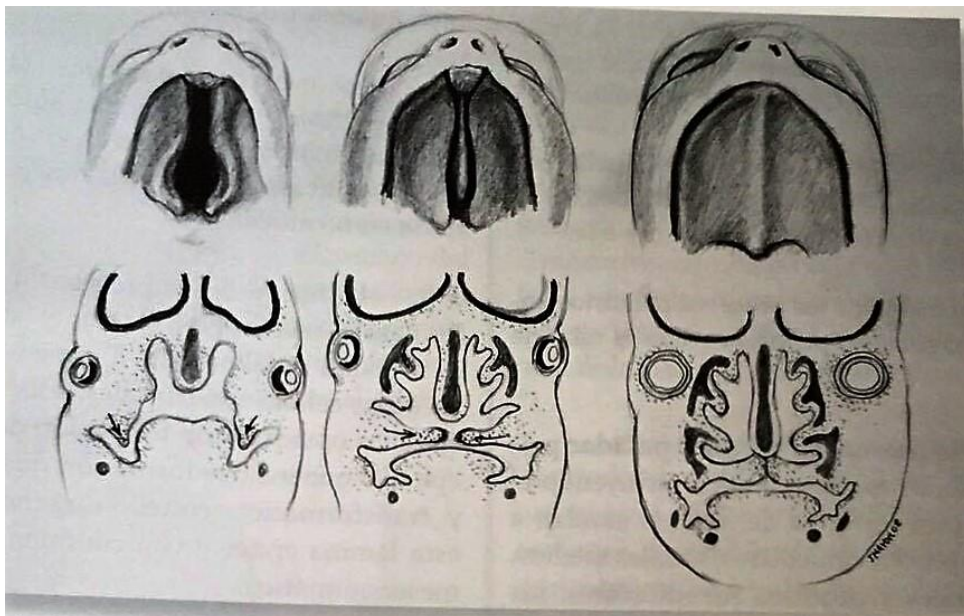
Durante el desarrollo embriológico de un individuo, ocurren una sucesión de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados cuya interrupción o modificación puede dar origen a malformaciones congénitas. (Monasterio, 2005)

Las fisuras labioalvéolo palatinas (FLAP) son deficiencias estructurales debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios que se forman entre la 4ª y 8ª semana de desarrollo intrauterino.

Existen diferentes grados de severidad que comprenden fisura de labio, labio-palatina y palatina aislada.

El tratamiento integral del paciente fisurado es complejo y requiere de la Intervención de un equipo interdisciplinario que utiliza un protocolo de tratamiento que se adapta a cada individuo.

El éxito de los resultados depende de la experiencia y capacitación constante del equipo tratante junto con la planificación, investigación y seguimiento metódico de cada caso en particular. (Manual de malformaciones y deformaciones Maxilofaciales, 1997)



## **2.5 Concepto de Prevención**

Teniendo en cuenta los puntos anteriores y a la psicoprofilaxis como un abordaje preventivo, ya que consiste en colaborar con el paciente a elaborar lo que va a suceder para que pueda darle un sentido en lugar de quedar expuesto a las creencias, los prejuicios o los miedos frente a un suceso traumático. Voy a explicar lo que es la prevención según: Gerald Caplan (1964) propone un modelo de prevención en salud mental, enunciando factores de acción gradual y acción rápida que tienen influencia y efectos sobre la salud.

Refiere la necesidad de considerar el carácter multifactorial de las variables que inciden sobre la salud mental. Caplan sugiere que no puede restringirse su marco conceptual a una lectura y una interpretación estrictamente biológicas, psicosociales o socioculturales. Plantea también la importancia de un enfoque amplio, abierto y flexible de la prevención, entendido en términos de primaria, secundaria y terciaria, que incluya una perspectiva ecológica para la comprensión del problema que aqueja a la persona.

El término “prevención” establece una relación con otros dos conceptos. Por una parte, se refiere a actuar con anticipación y reparar; es decir, avisar, informar; los sujetos conocen “con tiempo” el cronograma de los acontecimientos. Por otra parte, su propósito es evitar daños inminentes, es decir, actuar, intervenir, realizar acciones tendientes a impedir daños de los que los sujetos están informados con anticipación. Así, en el caso de las intervenciones quirúrgicas, conocer con antelación las características de los actos médicos que se realizarán les permite a los enfermos prepararse para la cirugía. En cirugía se trata de prevenir el riesgo psíquico en personas que, a priori, suponemos psíquicamente sanas. Esto implica detectar indicadores de riesgo, por ejemplo es estado de ansiedad preoperatorio como predictor de estrés quirúrgico, para así definir el daño que se puede evitar en un grupo de sujetos determinado. El autor nos dice que la prevención primaria es modificar, anticipadamente, las condiciones biopsicosociales que puedan afectar negativamente la salud, a la vez que promover conductas que la favorezcan. Entre la población quirúrgica, consideramos prevención primaria a las actividades, disposiciones y recursos que tienden a informar, poner en conocimiento lo antes posible las características generales del acto quirúrgico y

que apunten a disminuir los concomitantes psíquicos que puedan afectarlo. De este modo, la denominada “preparación psicológica ante la intervención quirúrgica”. En cuanto a la prevención secundaria es localizar e identificar los trastornos psíquicos en sus inicios o aun antes de su surgimiento: se actúa para prevenir lo que ocurriría si el problema no fuera tratado. Este tipo de prevención abarca actividades orientadas a morigerar la amenaza o el daño psíquico de la operación, acerca de la cual los sujetos ya poseen información.(Caplan, 1964)

Dentro del presente TIF se hizo alusión también al cuerpo involucrado en la enfermedad, desde una postura psicoanalítica que postula en primer lugar que el cuerpo es ante todo un lugar, intransferible, ante todo una posición. (GodinoCabas, 1980)

Desde los aportes de los autores puedo decir que la contribución fundamental del psicoanálisis a la medicina fue la de añadir una teoría y una técnica psicológica que permite comprender a fondo la vida emocional de los pacientes y es por ello la importancia de la psicoprofilaxis quirúrgica, que ha sido definida como un procedimiento terapéutico, cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y post-operatoria. (Giacamonte, 1994)

En su evolución, se ha constituido en una especialidad dentro de las psicoterapias debido a sus características específicas. Forma parte de las denominadas psicoterapias breves, focalizada en la resolución de la conflictiva planteada por la cirugía.

## 3. Metodología

---

### 3.1 Tipo de enfoque y estudio

El enfoque de este trabajo de investigación está realizado con el propósito de comprender y profundizar el fenómeno del *juego como intervención terapéutica* en psicoprofilaxis con niños, para lo cual se utilizó una metodología de tipo *cualitativa*.

La misma se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto (Hernandez Sampieri, Collado, & Baptista Lucio, 2010). El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigó) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. Además consta en la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación, partiendo desde la perspectiva de los participantes y en relación con el contexto dentro del cual se manifiesta el juego como intervención terapéutica. (Hernández; Sampieri; et al. 2003)

En este caso se trató de un tema poco investigado en el marco de la psicología, por eso en este trabajo el tipo de investigación fue exploratorio. Este tipo de investigación se efectúa normalmente cuando el objetivo a examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o que no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura revelo que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. (Hernandez Sampieri, Collado, & Baptista Lucio, 2010)

### **3.2 Contexto y escenario**

Este trabajo se llevó a cabo en el marco de las prácticas profesionales supervisadas. La práctica se realizó en una fundación sin fines de lucro, la cual trabaja de forma interdisciplinaria y ofrece tratamientos personalizados para lograr un tratamiento integral y pleno.

Dicha institución está ubicada en la ciudad de San Miguel de Tucumán, fue creada el 21 de Septiembre de 2006, por la inquietud de un grupo de profesionales de brindar asistencia a niños y adolescentes con FLAP (fisura - labio - alveolo - palatina) o labio leporino, que no contaban con recursos económicos para llevar adelante los tratamientos necesarios para su rehabilitación.

Entre los profesionales que conforman el equipo de trabajo se encuentran un médico cirujano, odontóloga, fonoaudióloga asistente social y la profesional de psicología.

Entre los objetivos centrales de la institución se puede mencionar:

**Tabla 1: Objetivos de la institución estudiada. Fuente: sitio web institucional: [www.fundaciongavina.com.ar](http://www.fundaciongavina.com.ar)**

---

|   |
|---|
| 1. Lograr un rostro sin estigmas con habla y audición correcta, autoestima y equilibrio emocional adecuado, para su integración social.   |
| 2. *Proporcionar asistencia y ayuda inicialmente a padres de niños portadores de fisura y posteriormente se establecerá un programa de tratamientos para cada caso.   |
| 3. *Asistir a los niños y adolescentes FLAP (Fisura - Labio - Alveolo - Palatinas), desde un trabajo interdisciplinario en interacción continua desde su nacimiento hasta su rehabilitación total, logrando su incorporación en el medio. |
| 4. *Crear espacios de participaciones, en donde los padres o personas a cargo de los niños, los acompañen en el proceso.  |
| 5. *Rehabilitar, estimular y potencializar el desenvolvimiento general de los niños con fisura.   |
| 6. *Lograr una interacción e interconsulta médica con cirujanos dispuestos a contribuir con las cirugías.   |
| 7. *Interconsulta permanente con especialistas de otras áreas para enriquecer los tratamientos.   |

---

### **3.2 Técnicas y procedimientos de recolección de datos**

Para llevar a cabo este trabajo fue necesario en un primer momento indagar las técnicas adecuadas para acceder al ámbito de estudio. Las técnicas son los modos a través de los cuales se aplican los métodos. A su vez, las técnicas se valen de instrumentos. Estos últimos son los medios escritos que intermedian la relación investigador y hecho, situación, grupo o sujeto que proporcionará el dato necesario para la investigación.

Para este trabajo se acudió a las técnicas de recolección de datos que se describen a continuación:

- *Observación no participante*: se puede definir cuando el investigador se mantiene al margen del fenómeno estudiado, como un espectador pasivo, que se limita a registrar la información que aparece ante él, sin interacción, ni implicación alguna. En cuanto a la recolección de datos de este trabajo pude lograrlo a través de sucesivos encuentros, que tuvo lugar durante la primera sesión observando a cada niño, durante la cual la investigación se focalizó fuera del campo visual del niño. No interfería de ninguna manera en la dinámica, estaban trabajando la psicóloga y el niño.

Estas PPS se llevaron a cabo desde el mes de Septiembre hasta el mes de Noviembre de 2015 con un grupo de niños con fisura labio palatina.

- *La observación participante*: Es una técnica de recogida de información que consiste en observar a la vez que participamos en las actividades del grupo que se está investigando. (Malinowski, 1975) es el primer autor que estructura la observación participante (según Guasch); afirma que para conocer bien a una cultura es necesario introducirse en ella y recoger datos sobre su vida cotidiana. En este caso permanecí en la institución, interactuando con las personas que trabajan en la fundación, donde el coordinador del lugar me contó los objetivos de la institución.
- *Entrevista*: Otra de las técnicas son las *entrevistas* (semi-estructuradas). En este trabajo se hizo entrevistas a la profesional de psicología y a otros actores que trabajan en la institución. En términos generales las entrevistas no presentan una estructura estándar sino que se manejan en forma flexible. En este caso fue cuando la psicóloga del lugar me

contaba casos de niños, las mejorías de los niños, las limitaciones y las entrevistas al coordinador donde me explica cómo estaba constituida la institución, objetivos y la dinámica de trabajo.

Para la elaboración de este TIF se hizo una articulación entre las técnicas nombradas, la revisión de trabajos, aportes teóricos de diversos autores y los conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera.

Por otra parte se realizó la recolección de datos desde el mes de Septiembre hasta el mes de Noviembre todos los días jueves del año 2015, con un grupo de niños con FLAP que concurren a la fundación especialmente con aquellos que tienen entre 4 y 5 años, hasta lograr la saturación teórica, significa que los resultados que se van generando a partir de estas comparaciones se registran gráficamente y en forma de trozos de texto que se va desarrollando e integrando a medida que progresa la investigación.

Los conceptos e hipótesis generados a partir de los primeros datos son contrastados con los datos siguientes y, habitualmente, son corregidos sobre la base de la nueva evidencia. Los siguientes datos también se analizan de inmediato y se comparan con los anteriores. De este análisis resultan nuevos conceptos que son utilizados para la continuación del muestreo, la recolección de datos y su análisis. Se continúa de este modo hasta lograr la "saturación teórica" de las categorías conceptuales generadas a través del análisis, es decir, hasta el momento en que los nuevos datos ya no agregan información nueva. (Taylor, S. J., Bogdan, R., 1986).

## 4. Resultados

---

A los fines del objetivo propuesto al principio de este trabajo, los resultados que se presentan a continuación se organizaron de la siguiente manera: La interacción del niño y el juego donde se expusieron algunos ejemplos de casos, luego se hizo un panorama de las descripciones generales de la sesión con los niños y para concluir lo positivo de la psicoprofilaxis y el juego.

### 4.1 El niño y el juego

Tal como lo se planteó a lo largo de éste trabajo los autores: Freud, Melanie Klein y Winnicott, Aberastury entre otros, presentan información acerca de la efectividad del juego como intervención terapéutica. Durante la última década se incrementó el uso del juego terapéutico como intervención para ayudar a los niños a superar el estrés generado por una internación o intervención quirúrgica.

Los estudios que avalan esta práctica están basados en observaciones clínicas ya en 1953 Melanie Klein trataba a los juegos como equivalentes de las asociaciones de los adultos. Los niños jugaban, ese era el lenguaje que podían hablar, y ella, como adulta-analista, mantenía una neutralidad absoluta respecto del juego, aportando solamente interpretaciones verbales, interpretando las fantasías que subyacían en dichos juegos.

Esta habilidad de proyectar a través de símbolos y metáforas sus experiencias y sentimientos profundos, le ayuda a procesar e integrarlos. El paciente puede tomar la suficiente distancia del tema conflictivo lo cual le ayuda a sentirse seguro para expresar y al mismo tiempo para protegerse de los sentimientos que lo abruman.

También Melanie Klein aportó en el tema del simbolismo y el juego. Según su pensamiento la simbolización le permite al niño transferir sobre los objetos de su entorno sus intereses, pero también sus fantasías, angustias y culpabilidades.

El juego del niño simboliza para ella fantasías y elaboración de neurosis. Constituiría el equivalente a los sueños de los adultos. La comprensión del juego, entonces, debe ser la base para posibilitar el análisis del niño. En otras palabras, Melanie Klein pensaba que el juego del niño y su comportamiento respecto a éste, así como sus comunicaciones verbales eran similares a las que se utilizan en las asociaciones libres de los adultos. (Melanie Klein, 1953) pude destacar algunos comentarios de los pacientes:

*“los doctores son malos, las doctoras no” (Caso 1, femenino, 5 años)*

*“me da miedo” (Caso 2, femenino, 4 años)*

*“no quiero curar al bebe”(Caso 2, femenino, 4 años)*

A partir de esos dichos se puede percibir toda esa carga emocional que tienen los niños frente a la figura del cirujano.

En cuanto a Winnicott el sostiene que el juego es una forma de vida básica que ayuda a desarrollar la autonomía del niño en relación a los demás. El argumentó que la excitación del juego no está principalmente asociada a expresiones displacenteras, sino que también se asocia con las precarias sensaciones placenteras del niño, que provienen de un interjuego entre la realidad psíquica personal y las experiencias de control de objetos actuales. Este interjuego deriva de las más tempranas experiencias de control mágico de las respuestas maternas y ayuda a que el niño confíe en su disponibilidad y amor y en su propio potencial mágico (Winnicott, 1968).

La internalización de estas características establece las bases de los futuros juegos, que se desarrollan en forma solitaria o acompañada, y en los cuales el niño puede crear o recrear un mundo donde permanece flotando entre la realidad psíquica y la realidad objetiva.

Algunos de los miedos más frecuentes que exteriorizan los chicos son a quedar desamparado, a no ser contenido, a la anestesia y al quirófano. También suelen compartir dudas acerca del lugar por dónde se los va a operar.

*Por ejemplo: una niña que jugaba pinchándole la boca al muñeco, dice que está asustado pensando que así será la operación, luego de esto se le mostro como y donde la va la anestesia.*

En relación al ejemplo, podría decir que la niña estaba manifestando la representación que ella tiene respecto de la agresión que para ella puede llegar a recibir.

Siguiendo a Freud y el ejemplo planteado ya en 1905, él se refirió por primera vez al juego infantil sugiriendo que el juego aparecía cuando el niño comienza a utilizar palabras y a organizar sus pensamientos. También consideró que el juego ofrece una función reparadora de experiencias traumáticas. Esta función del juego fue un ejemplo de la inclinación natural por rebelarse en contra de la pasividad y por la preferencia de roles activos, al servicio de la práctica y adquisición de mayor autosuficiencia. Freud hizo énfasis en que detrás del juego infantil subyace otra fuerza conductora llamada “compulsión a la repetición”, en la cual el niño hace revivir sentimientos asociados con experiencias placenteras. (Freud, 1905)

Por otra parte al niño en cuanto a su autopercepción la podemos percibir ante preguntas o ante el juego mismo, ya que ahí podemos ver cómo se siente frente a la cirugía, lo vemos en el trato con el muñeco y en las palabras que usa. Por ejemplo:

*“me da miedo”*

*“no quiero jugar”*

Desde estos comentarios podemos percibir miedo, inseguridad, sobre a lo que van a estar sometidos tienen que ver fantasías de castración. Sobre el temor acerca de la integridad corporal, aparece una fantasía de castración. En definitiva, aparecería como “algo muy valioso de mi cuerpo va a ser extraído”, cuestión que ocurre en lo real, pero que remite al sentido de la castración simbólica, sobre todo en determinadas fases evolutivas y en determinado tipo de intervenciones como los casos planteados, los datos que se recolectaron fue con niños de 4 y 5 años.

Por otra parte un aporte de Winnicott que me pareció importante citar es: “...La angustia de mutilación es más poderosa y violenta que la angustia de castración” (Winnicott, 1945) ya que es lo que la práctica nos muestra.

Si bien esta enfermedad es reparatoria y no implica mutilación, me pareció importante citarlo ya que se diferencia la amenaza entre lo real del cuerpo y lo simbólico de la castración y en este caso la relación de amenaza respecto al cuerpo.

## **4.2 Descripción general de la sesión**

En las sesiones de juego terapéutico se pudo observar las actividades eran estructuradas y diseñadas de acuerdo con el desarrollo cognitivo y psicosocial del niño, relacionadas con cuestiones de salud, para preparar psicológicamente al paciente para la cirugía.

La profesional recibía a los niños vestidos con las mismas ropas que el personal de quirófano; así, se buscó que el niño se habitúe al entorno. Además dentro del consultorio había una caja con barbijo, jeringas, gasas, curitas, estetoscopio de juguete entre otros elementos.

Dentro de la sesión se realizó una demostración con un muñeco acerca del procedimiento de inducción anestésica. El muñeco era un maniquí pediátrico que se asemejaba a un bebé.

La demostración incluía la toma de signos vitales, la administración de oxígeno y gas anestésico y aplicación de tratamiento por vía endovenosa. Luego, los niños eran invitados a realizar en el muñeco el procedimiento mostrado por la psicóloga. Las situaciones que se presentaron fueron diversas, por ejemplo:

*Situación 1: Una niña durante las primeras dos sesiones se negó a tomar el muñeco y hacer la demostración, con preferencia de cualquier otro juego didáctico que había en el consultorio. Aquí la psicóloga le ofreció jugar con las tarjetas que tenían imágenes de doctores e imágenes quirúrgicas. (Esto implica a veces buscar otro tipo de estrategia)*

*Recién a partir de la tercera sesión pudo comenzar a manipular el muñeco y realizar el procedimiento. (Caso 1, femenino, 5 años)*

*Situación 2: Desde la consigna se mostró entusiasmada. Pero se mostraba con cierta agresividad ante el muñeco. Le pinchaba la cara y la boca.*

Esto nos muestra como el alto monto de ansiedad que la niña del caso 1 manifestaba hacia la cirugía que no le permitía poder involucrarse lúdicamente en la situación. Es importante destacar que en la práctica psicoprofiláctica se debe hablar de la flexibilidad por parte del terapeuta en cuanto al número de sesiones, ya que como sujetos singulares, cada uno va a necesitar de un tiempo distinto para poder enfrentar las diversas situaciones y además me refiero que a veces será necesario recurrir a otras estrategias de intervención. Como por ejemplo:

*En el caso 1 la niña que no quería jugar con el muñeco, a lo largo de unas sesiones, se hizo uso de un manojito de tarjetas con imágenes de doctores y elementos quirúrgicos.*

A partir de esto pude ver como el manipuleo de tarjetas fue un primer paso para que la niña sienta cierto control de la situación.

Con estas observaciones en las sesiones de los niños se pudo observar desde la práctica lo que los autores plantean de la intervención terapéutica por medio del juego. Es efectiva para mejorar los resultados preoperatorios y posoperatorios de los niños sometidos a cirugía.

De acuerdo a la experiencia de Aberastury (1999) sostiene que aun cuando toda operación incrementa la angustia de castración en ambos sexos, cuidar las condiciones en que esta se lleva a cabo es fundamental y permite esclarecer el origen de algunos síntomas.

Otros autores han identificado a la falta de control sobre los procedimientos médicos por parte del niño como una de las fuentes principales de estrés de los pacientes sometidos a cirugía. Además, de acuerdo con algunas teorías cognitivas, la evaluación de la amenaza que realiza el individuo está influenciada por la percepción del control que puede ejercer sobre esa amenaza potencial.

Por lo tanto, es razonable que si un niño cree poseer adecuado control sobre los procedimientos a realizarse, la percepción de amenaza disminuye. Aquí el énfasis estará puesto en que la intervención terapéutica por medio del juego sea mejorar el autocontrol del niño. En la práctica se pudo ver como los niños manipulaban los diferentes elementos.

Por ejemplo una niña de 4 años se negaba a jugar con el muñeco pero no con los elementos jeringas, gasas y barbijos, esta misma niña en las posteriores sesiones pudo empezar a incorporar el muñeco. Por ejemplo ella sola manifestó en una sesión:

*“voy a curar al bebe”*

Los resultados obtenidos explican por qué, al mostrarle al niño los procedimientos médicos a realizarse, éstese desensibiliza a situaciones potencialmente estresantes, es capaz de aliviar su ansiedad hacia procedimientos amenazadores y adquiere una sensación de control de la situación en la que se encuentra.

Pude constatar a lo largo de la observación que estos efectos se deben a la oportunidad que se le brinda al niño de familiarizarse con los procedimientos médicos y a la posibilidad de interactuar con el entorno de una manera activa, no amenazadora y no como un mero espectador pasivo, volviendo a Freud, dice que el juego es una actividad simbólica, que permite al niño renunciar a una satisfacción instintiva, haciendo activo lo que sufrió pasivamente, cumpliendo una función elaborativa al posibilitar la ligazón de las excitaciones recibidas.

Además, el uso de un muñeco provee la oportunidad de que el niño pueda actuar sentimientos desagradables por medio de la demostración que él mismo realizará sobre el muñeco llegado su turno, volviendo a Freud, nos dice que: al pasar el niño de la pasividad del suceso a la actividad el juego hace sufrir a cualquiera de sus camaradas la sensación desagradable por él experimentada, vengándose así en aquél de la persona que se la infirió. Por ejemplo en una sesión:

*Una niña, manifestaba mucha ansiedad (se mostraba inquieta todo el tiempo durante toda la sesión, no prestaba atención a la consigna, hacía como si no escuchaba, se le caían los juguetes) sobre todo a los estudios pre quirúrgicos, como ser extracción de sangre, electrocardiograma, grupo y factor. Previamente se les pide a la madre y a ella que trajeran a sesión un bolsito y una linterna (Caso 3, femenino 5 años)*

*Al comenzar la sesión se le pide a la niña que se ubique del lado de la profesional en el escritorio y sea ella quien realice la entrevista a la mamá del muñeco. A lo cual ella dice de inmediato ¡hay que operarlo!, la psicóloga se muestra preocupada y la paciente le dice que coloque el muñeco en la camilla que va revisarlo, mientras le alumbraba con la linterna la boca, en ese momento la psicóloga hacía sonido de llanto y se mostraba angustiada por lo que le iba a hacer, a lo que la niña responde “no se preocupe no le va a pasar nada!” en un momento le pone una jeringa en el brazo y le dice ahora puede levantarlo...*

Este cambio de posición es una representación simbólica en donde, el intercambio de roles le permite hacer activo lo que vive de forma pasiva. Este proceso, posicionada desde otro lugar, también le permite a la niña descubrir sus propios miedos, ansiedades, temores y su angustia.

El ejemplo muestra que la psicóloga se siente preocupada, esto tiene que ver con que el juego teatral permite manifestar diferentes emociones, actuar el personaje y ponerlas en juego, tanto las de ella como así también ver reflejadas las de su mamá.

A los dos encuentros posteriores, luego de este juego temático la mamá de la paciente le informó a la profesional que fue a hacerse los estudios pre quirúrgico sin hacer berrinches, sin llorar. Por lo tanto el abordaje psicósomático preventivo me parece importante, en el esclarecimiento del niño no solo en cuanto a qué va a ocurrir en el acto quirúrgico, ya que la experiencia posterior demuestra la necesidad de que la prevención cubra todo el proceso.

A partir de este ejemplo pude decir que se calma a sí mismo y se sobrepone a sentimientos de terror y pérdida mediante un acto simbólico con objetos materiales.

### **4.3 Aspectos positivos del abordaje del juego**

La Psicoprofilaxis Quirúrgica es el proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos, focalizado en la situación quirúrgica; planificado para promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo y recursos que lo orienten a: afrontar la operación, reducir efectos, eventualmente, adversos para el psiquismo, facilitar la recuperación biopsicosocial y fomentar los recursos personales.

Se ha comprobado que la falta de comprensión acerca de los procedimientos quirúrgicos a realizarse, la falta de familiaridad con el entorno hospitalario y el desconocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento son los factores principales que contribuyen a fomentar el estrés. Aparece una definición del concepto de estrés es la respuesta del organismo a una demanda real o imaginaria, o simplificando más, todo aquello que nos obliga a un cambio (Fundación Favaloro, 1999)

La intervención terapéutica es un espacio que invita a atenuar los sentimientos negativos a los niños que van a cirugía. Este proceso de prevención trae innumerables ventajas, entre otras, los niños colaboran más, no sienten a la cirugía como violenta. Por ejemplo:

*La mamá de una niña del caso 3 le comentó a la psicóloga que luego de sucesivas sesiones fue a hacerse los estudios pre quirúrgicos sin berrinches, sin llorar.*

Es un espacio diferente que promueve un sujeto activo y dinámico. Se pudo percibir que los niños poseen diferentes recursos y elementos para construir un juego frente a emociones consideradas negativas, como temor, angustia y poder elaborarla para desarrollar conductas saludables, haciendo

prevención de futuras psicopatologías por haber atravesado varias intervenciones quirúrgicas.

Por otra parte es un ámbito propicio para dar lugar a la confianza y la contención, se ve como en cada sesión se lo acompaña al niño/a a través de la actividad lúdica, tratando de apuntalarlo.

Cuando el niño se entera de la cirugía se lo hace por medio del juego. Se le da a modo de devolución: Por ejemplo:

*Así, como hemos jugado a curar al bebe, el doctor también te va a curar,  
a reparar el labio que tienes abierto.*

Por último, se observó que es positivo ya que les permite expresar y elaborar fantasías que despierta la enfermedad y la cirugía, disminuir el nivel de ansiedad y angustia, canalizar la agresión y la educación para la salud a través de técnicas expresivas. El juego le va a permitir cambiar lo vivido pasivamente por la posibilidad de jugar.

Es positivo porque en esencia la actividad lúdica es satisfactoria porque canaliza un alto grado de ansiedad.

El profesional deber ser idóneo que se dedique al área o esté preparado, es importante que se trabaje de esta manera ya que se trata de una cirugía en la boca, una zona erógena.

## 5. Conclusiones y propuestas

---

La realización de este Trabajo Final Integrador parte de las prácticas realizadas en Fundación Gavina, fueron de gran aprendizaje, poniendo en juego una serie de elementos que componen la construcción de nuestro perfil profesional.

El desarrollo de este trabajo encuentra su base en la Psicología Clínica, incluyendo un posicionamiento por parte de la alumna, futuro licenciada en psicología, diferente al exigido en otras prácticas realizadas durante el transcurso de la carrera. Este nuevo posicionamiento permitió jugar un rol más complejo e implicó una mirada más amplia y profunda tanto de la problemática elegida para trabajar como del rol del psicólogo.

A través de la experiencia con el grupo de niños y de nuestra formación, el psicólogo debe prestar atención a todos aquellos detalles que contextúan al sujeto. La experiencia permitió un espacio de práctica desde el quehacer psicológico.

A partir de las prácticas profesionales supervisadas pude cumplir el objetivo propuesto, pudiéndose concluir la importancia del juego como una técnica de intervención terapéutica con niños y en este contexto, con niños que se preparan para una cirugía.

La psicoprofilaxis quirúrgica es un área poco estudiada. Es importante que el niño sufra lo menos posible en este proceso, aminorar las posibles consecuencias que puedan surgir después de la intervención quirúrgica y favorecer la recuperación del paciente y para ello es necesario que esta intervención sea abordada por psicólogos especializados.

Se pudo apreciar además en los niños, su incapacidad para simbolizar el cuerpo y tramitar una situación conflictiva, con lo que implica una cirugía, vivida como una amenaza a la integridad, lo cual nos lleva a plantear y revalorizar la importancia del juego y sus propias limitaciones.

Por lo tanto es importante que el profesional pueda acudir a otras técnicas que le permitan expresar al niño su situación conflictiva y estudiar si también son favorables.

En base a lo planteado a lo largo de este trabajo, se propone realizar una prevención primaria, con el objetivo de evitar las consecuencias del impacto de la cirugía para lo cual se propone:

Partiendo de la importancia que contiene la *familia* como una función de sostén, contenedora que le permita al niño tramitar de una manera óptima el proceso quirúrgico. Como una forma de lograrlo, se propone:

-Informar a los padres siempre y en todos los casos respeto del procedimiento quirúrgico y los cuidados necesarios de forma paralela al trabajo con los niños, para un mejor posoperatorio.

Por otra parte el informar a los padres ya que el desconocimiento le va a generar estrés a ellos y por ende a los niños. El objetivo será concientizar acerca de las implicancias que tienen ellos como padres en la recuperación de sus hijos y al estar presentes los padres se le provee al niño de una sensación de familiaridad y seguridad, a pesar de encontrarse en un ambiente desconocido. Y la inclusión de los padres permite reforzar lo que el niño ha aprendido del juego terapéutico mientras éste aguarda su turno para la cirugía.

-Talleres, destinados a alumnos de instituciones escolares, con el objetivo de, mediante trabajos grupales, rol playing, y demás técnicas didácticas, brindar información y concientizar acerca de la enfermedad a fin de evitar la discriminación, las burlas, las etiquetas, los apodos, el bullying acerca del niño con fisura, partiendo de ésta como una enfermedad cuyas implicancias abarcan no solo el aspecto orgánico y físico, sino también el psicológico.

Por último, en cuanto al *ejercicio profesional particular*: El ejercicio de la psicología debe ser llevado a cabo tanto desde los conocimientos impartidos en la formación académica, como así también en el caso de la FLAP se recomienda adquirir una formación especial, al igual que para cualquier otra temática específica. A su vez nuestro trabajo siempre debe ser realizado bajo los parámetros éticos establecidos por la Ley Nacional del Salud Mental (actualmente Ley N° 26.657). En función a lo planteado, se propone:

Por parte de la psicología realizar un trabajo multidisciplinario, reconociendo que la fisura labio alveolo palatina abarca al sujeto en su totalidad. Por esto mismo se debe considera al sujeto en su gran potencial

como ser humano, desde una mirada que contemple sus aspectos bio-psico-sociales.

Es importante que el terapeuta esté preparado para este trabajo porque a partir de la practica en la fundación pude tomar conciencia de lo que implica el trabajo con niños y la paciencia que requiere, no solo en lo que incluye al niño y su etapa evolutiva sino además por ser sumamente dependiente de sus padres, no se los puede dejar de lado en el proceso de intervención y además las limitaciones extrasque tiene en cuanto a la limitación del lenguaje propia de los niños con FLAP.

Para finalizar, fue un espacio que me sirvió en lo personal y como futura psicóloga.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Aberastury, A. (1999). Historia de una Técnica: Preparación Psicoterapéutica en Cirugía. En ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós, México.  
Barcelona, Península, 1975
2. Favaloro (1999) Definición de estrés.
3. Freud Sigmund – OBRAS COMPLETAS – Tomo XIV Buenos Aires – Amorrortu Editores – 1993 Introducción del narcisismo (1914)
4. Freud Sigmund., "Inhibición, síntoma y angustia". (1926) en Obras Completas, Tomo II,
5. Freud, Sigmund. *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XVIII - Más allá del principio de placer, Psicología de la masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922). 1. Más allá del principio de placer (1920).* Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores
6. Giacomonte, E.; Mejia, A. (1994). Estrés Preoperatorio y Riesgo Quirúrgico. Paidós, Buenos Aires
7. Godino Cabas, A. El Narcisismo Y Sus Destinos. Ed. Trieb. Buenos Aires. 1980
8. Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2003) *Metodología de la investigación*. Editorial: McGraw-Hill Interamericana. México, D. F
9. Luis Monasterio FISURAS LABIO PALATINAS. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO (2005)
10. Malinowski, B., Los Argonautas del Pacífico Occidental
11. Manual de malformaciones y deformaciones Maxilofaciales. Montoya H, Ediciones Universidad de Concepción Mayo 1997
12. Maria Mucci: psicoprofilaxis quirúrgica: una práctica en convergencia interdisciplinaria- 1ª. Ed.- Buenos Aires: Paidós, 2004
13. Melanie Klein. La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado (1955)

14. Piaget, J. (1955). *Psicología de la Inteligencia*. Buenos Aires: Editorial PSIQUE. Editamos material de "Psicología del Desarrollo"
15. Taylor, S. J., Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación - La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
16. Winnicott, D.W. (1968). *La interpretación en psicoanálisis*. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. (pp. 250-255). Barcelona: Paidós, 1991.
17. Winnicott, D.W. (1971a). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1997. [W10]
18. Winnicott, D.W. 1945. *Desarrollo emocional primitivo*. En *escritos de pediatría y psicoanálisis*; Edit. Laia; Barcelona, 1981.