



**Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino**

**Facultad: Ciencias de la salud**

**Carrera: Licenciatura en Psicología.**

# **“El rol del psicólogo en el proceso de construcción de la imagen corporal de los niños con fisura alveolo palatina”**

## **Trabajo integrador final**

**Alumna: Estefano, María Victoria**

**Directora: Galván, Mónica**

**Año: 2017**

# ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	3
<b>2. Fisura Labiopalatina</b>	6
<b>3. Imagen Corporal</b>	8
3.1.1. Definición Integradora	10
3.1.2. Características del concepto de imagen corporal	11
<b>4. Esquema Corporal</b>	11
4.1. Diferencia entre imagen y esquema corporal	12
4.2. Imagen corporal positiva y negativa	14
<b>5. Proceso de constitución de la imagen corporal</b>	17
<b>6. Hijo ideal – Hijo real</b>	23
<b>7. Fases pulsionales del desarrollo psicosexual</b>	30
<b>8. Función Materna</b>	34
<b>9. Rol del psicólogo</b>	36
<b>10. Redes de apoyo social</b>	41
<b>11. Metodología y experiencia de campo</b>	43
11.1. Técnicas y procedimientos de recolección de datos	45
<b>12. Conclusiones y propuestas</b>	48
<b>13. Bibliografía</b>	50
<b>14. Anexo</b>	52

## **1. INTRODUCCION**

El Trabajo Integrador Final (T.I.F.) refiere a la culminación de las 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 realizo en base a la observación realizada a niños de 1 a 5 años de edad que presentan fisura labio alveolo palatina, fue una observación centrada en la relación del niño con su cuerpo, la relación de la madre con ese niño con fisura, y principalmente la observación del rol del psicólogo en el desarrollo del proceso de constitución de la imagen corporal de estos niños.

Es importante mencionar que la fisura labiopalatina es una abertura o separación que puede afectar el labio, paladar o ambos; se trata de una malformación congénita, que se inicia durante los tres primeros meses de embarazo. Se produce por una alteración en la unión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario.

Los niños con fisuras se pueden ver influenciados por una multiplicidad de factores en su desarrollo, por ejemplo: presentan dificultades en su lenguaje, deben comprometerse a un tratamiento integral y extenso en el tiempo y se enfrentan a un ambiente social cargado de burlas, rechazo y etiquetas, producto de su imagen corporal o su dificultad para expresarse con claridad (Madrazo, 1996; Montecinos, 1997).

Todo esto nos lleva a reconocer la importancia de la interdisciplinariedad en la intervención dirigida a estos niños, para ayudarlos a alcanzar el máximo desarrollo, a adaptarse en la sociedad actual y a superar las dificultades que se les presenten.

En los niños con fisura se puede apreciar alteraciones principalmente en lo que corresponde a las funciones fisiológicas de la alimentación, respiración, audición y comunicación.

A su vez es importante recordar que el cuerpo del niño es agredido y modificado en una zona tan importante y sensible como es su boca, primer nexo con el mundo exterior, el cuerpo mismo es percibido como un objeto exterior, que forma parte de nuestro ambiente, y como todo lo que nos rodea, nos influye; por lo que estamos íntimamente conectados con el mundo a través de nuestro cuerpo.

Por lo tanto todas estos aspectos me impulsaron a indagar como la relación de los padres con estos niños determina la relación que el niño va estableciendo con el mundo exterior y como pueden ellos contribuir a un desarrollo de la imagen corporal adecuada; todo esto considerando que el nacimiento de un niño/a con alguna malformación representa para los padres una situación inesperada que les genera, habitualmente, un gran impacto (Pope, 1999). Este niño que llega rompe con esa imagen del niño ideal y los enfrenta con el niño Real.

A su vez la realidad de estos padres no se encuentra aislada, sino que están insertos en una sociedad con una cultura particular; siendo la sociedad actual caracterizada principalmente por un culto a la imagen, en la cual el valor principal parece ser la belleza, caracterizada como sin fallas, sin defectos, imponiéndose sobre otros valores de la persona; al mismo tiempo, los medios de comunicación han contribuido notablemente a difundir el prototipo de belleza presente en la sociedad y a su interiorización colectiva; así van surgiendo nuevas formas de subjetivación donde aparece la coerción que la cultura nos impone en relación con uno mismo y con los otros en términos de autoimagen, autorepresentación y percepción de sí mismo.

Por todo esto se puede afirmar que la subjetividad se construye en la relación con un otro en el interior de una cultura. El cuerpo es percibido como un objeto exterior, que forma parte de nuestro ambiente, del entorno más cercano a nuestro yo, y como todo lo que nos rodea, nos influye. Estamos íntimamente conectados con el mundo a través de nuestro cuerpo.

El presente trabajo se desarrolló en la fundación Gavina, es una fundación sin fines de lucro, ubicada en la ciudad de San Miguel de Tucumán, que atiende a pacientes con FLAP (fisura labio alveolo palatina). Los tratamientos que realiza son de tipo interdisciplinario ya que es imprescindible un tratamiento integral que abarque todos los aspectos (físico, psíquico y social); por ello, el staff está integrado por fonoaudiólogos, ortopedista bucal, odontólogo, psicólogos, asistente social y médico generalista.

A partir de todas estas consideraciones definí como objetivos de este trabajo de investigación los siguientes:

- Definir la tarea del psicólogo en el proceso de constitución de la imagen corporal de niños con FLAP
- Definir la tarea del psicólogo como “soporte” de los padres en el establecimiento de la relación con hijos con FLAP
- Describir el proceso de constitución de la imagen corporal

La metodología utilizada fue de tipo cualitativa.

## **2. FISURA LABIOPALATINA:**

La fisura labiopalatina es una abertura o separación que puede afectar el labio, paladar o ambos. Es una mal formación congénita, ocurre durante los tres primeros meses de embarazo por falta de unión de los centros de nacimiento que van a formar la cara. (Cf. Transforming Faces. Web)

Se desconocen las causas específicas que provocan la fisura. Pueden ser congénitas como así también por factores externos, como: alcoholismo, tabaquismo, estrés, drogas anticancerígenas, entre otras. Por tanto, nadie está exento de tener un niño con fisura. El niño fisurado es un niño, necesita el mismo amor y atención que cualquier otro niño, sin embargo existen algunos aspectos del cuidado diferentes como:

- Infecciones respiratorias
- Problemas auditivos, de habla y voz
- Dificultades emocionales
- Desnutrición
- Deformaciones dentarias

La Fisura Labio-Palatina (FLP), es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y se produce por una alteración en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario.

La boca primitiva inicia su formación entre los 28 y 30 días de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Entre la quinta y la sexta semana, los procesos frontonasales y mandibulares derivados del primer arco faríngeo forman la boca primitiva. Posteriormente, los procesos palatinos se fusionan con el tabique nasal medio formando el paladar y la úvula entre los 50 y los 60 días del desarrollo embrionario.

De acuerdo a su etiología, el momento en el desarrollo embrionario en que se producen y sus características epidemiológicas, las FLP se clasifican en cuatro grupos: fisuras prepalatinas o de paladar primario (que puede afectar el labio con o sin compromiso del alvéolo), fisuras de paladar secundario (que pueden

comprometer el paladar óseo y/o blando), mixtas (con compromiso del labio y paladar) y fisuras raras de menor ocurrencia.

Las fisuras representan una condición genética, determinada por la presencia de varios genes y un gen mayor. Su frecuencia mundial es de 1 por cada 1.200 nacidos vivos.

Durante el desarrollo y crecimiento prenatal de un individuo, ocurren una sucesión de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados. Por ello cualquier interrupción o modificación de este patrón puede dar origen a malformaciones congénitas.

El componente ambiental también tiene una gran importancia como causa de la fisura velopalatina y la prevención de esta malformación se podría basar, fundamentalmente, en el control de éste. Existen numerosos trabajos que prueban que fármacos, factores nutricionales, elementos físicos o psíquicos pueden afectar el normal desarrollo del paladar. Estos antecedentes han permitido catalogar a las fisuras faciales como malformaciones de origen multifactorial, con un componente genético aditivo poligénico.

El tratamiento integral del paciente fisurado es complejo, comprende el trabajo en equipo de una gran variedad de especialistas, donde además, no hay esquemas rígidos de tratamiento y cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del niño o niña afectado, desde el manejo de la alimentación, patologías otorrinolaringológicas, odontológicas, estéticas, de lenguaje, funcionales y manejo psicológico. El resultado final va a depender de los procedimientos terapéuticos llevados a cabo, del patrón de crecimiento cráneo-facial de cada individuo y, muy especialmente, de la severidad de las alteraciones anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas del niño.

Los problemas fundamentales a considerar, por constituir elementos asociados con el desarrollo general, social y cognitivo de los pacientes fisurados, son:

- A nivel otorrinolaringológico: hipoacusia, otitis media con efusión (OME) y alteraciones del desarrollo del lenguaje; siendo las secuelas más comunes otitis medida crónica(OMC) con o sin colesteatoma y otopatía adhesiva(OA).

- A nivel fonoaudiológico: Retraso del lenguaje, alteraciones del habla y la voz asociadas a insuficiencia velofaríngea, la que habitualmente se traduce en hipernasalidad, consonantes orales débiles y articulaciones compensatorias.
- A nivel de estructuras faciales: la falta de fusión de los procesos, lo que requiere corregir mal posiciones, alineando segmentos alveolares y posicionando philtrum y columela.
- A nivel de estructuras dentarias: hipoplasias de esmalte y mal posiciones de los dientes adyacentes a la fisura aumentan el riesgo de caries.
- A nivel psicológico: es importante lograr la adaptación, satisfacción y bienestar interno del paciente.

El trabajo en equipo y su multidisciplinariedad es esencial para evitar las secuelas prevenibles. En el equipo participan cirujanos, enfermeras, fonoaudiólogos, odontólogos, ortodoncistas, otorrinolaringólogos y psicólogos. El éxito de los resultados dependerá de la experiencia del equipo multiprofesional, planificación, investigación y seguimiento metódico de los casos, auditoría de los tratamientos y capacitación constante, independiente de la labor asistencial.

### **3. IMAGEN CORPORAL:**

No hay un término exacto que defina este concepto, es decir no existe consenso científico en la definición de la imagen corporal, al igual que no existe tampoco en sus manifestaciones, su evaluación, se trata de un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados se puede llegar a intuir a qué se está haciendo referencia.

Levin (1991) afirma que la imagen corporal es constituyente del sujeto deseante y como tal, es un misterio, no es en absoluto del orden de lo evolutivo, se va constituyendo en devenir histórico de la experiencia subjetiva. La primera función fundante y fundamental de la imagen del cuerpo es la función de unidad, de gestalt, de forma unida; y la segunda función no se refiere a la forma, a la unificación, sino al contenido y sentido de cada parte corporal.

Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como:

La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos (Schilder, 1950)

Según Rosen (1995) el concepto de imagen corporal hace alusión a la forma en que cada persona percibe, imagina, siente y actúa en función de su propio cuerpo. Es decir, se hacen patentes aspectos perceptivos y subjetivos tales como: satisfacción e insatisfacción, aspectos de la conducta, inquietud, evaluación cognitiva y ansiedad.

Según Thompson (1990) el constructo de imagen corporal viene formado a partir de tres elementos principales:

- Un elemento perceptual: Exactitud con que se concibe la magnitud del cuerpo en general o de alguna o algunas partes específicas del mismo. La variación de este elemento da como resultado una sobrestimación (creencia de poseer mayor volumen corporal del que se posee realmente), o subestimación (percepción de un volumen corporal inferior al real)
- Un elemento subjetivo (cognitivo-afectivo): Cualquier aspecto de la apariencia física provoca en nosotros sentimientos de satisfacción o insatisfacción respecto a nuestro propio cuerpo, como puede ser inquietud, ansiedad, etc.
- Un elemento conductual: Se refiere a las conductas provocadas por la percepción del cuerpo y de algunos sentimientos asociados. Por ejemplo algunas conductas de evitación ante situaciones en las que se debe exponer el cuerpo al público, conductas de exhibición...

A su vez, analizando las aportaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual: se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva: que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional: que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad.

Otros autores como Slade (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo.

### **3.1.1. UNA DEFINICIÓN INTEGRADORA**

Recogiendo diferentes aportaciones, podemos proponer la siguiente definición con carácter integrador: La imagen corporal es constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.

### **3.1.2. CARACTERISTICAS DEL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL**

Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

1.-Es un concepto multifacético.

2.-La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos.

3.-La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.

4.-La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

5.-La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

6.-La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente. (cf. Conocer y valorar el propio cuerpo" Rosa María Raich. *web*)

## **4. ESQUEMA CORPORAL:**

Francoise Dolto (1986) al hablar de esquema corporal lo hace considerándolo como una realidad de hecho, afirma que en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebiles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas.

Dolto sostiene que afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos del esquema corporal, y estos, debido a la falta o interrupción de las relaciones de lenguaje, pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen del cuerpo.

En el caso de niños hasta que puedan recuperar un esquema corporal sano, y que su imagen del cuerpo no esté afectada es preciso que, durante toda esta etapa su relación con la madre y el entorno humano haya sido flexible y satisfactoria, sin excesiva angustia por parte de los padres; una relación adaptada a sus necesidades.

Al mismo modo tendrá que poder, con el lenguaje mímico y la palabra, expresar y fantasmaticar sus deseos, sean estos realizables o no.

Levin (1991) sostiene que el esquema corporal es lo que uno puede decir o representarse acerca de su propio cuerpo. La representación que tenemos del mismo. Es del orden de lo evolutivo, de lo temporal.

Es en la evolución psicomotriz del niño en donde se irá construyendo el esquema corporal.

#### 4.1. **DIFERENCIA ENTRE IMAGEN Y ESQUEMA CORPORAL**

Muchas veces, estos conceptos son tomados como sinónimos o se yuxtaponen de tal manera que no se pueden discriminar.

El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el interprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería, para siempre, un fantasma no comunicable. (cf. Dolto, F. 1986)

Si, en principio, el esquema corporal responde a una generalidad de la especie humana, es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima, poco más o menos) de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es singular, es propia de cada uno, es incomparable e inmedible, está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. En este sentido torna singular y propio al esquema corporal.

De acuerdo a Levin (1991), el esquema corporal se interrelaciona de tal modo con la imagen del cuerpo que también él está íntimamente ligado a la constitución subjetiva e histórica de ese sujeto y que como tal es efecto del lenguaje que a su vez lo atraviesa hasta darle existencia. Por lo tanto, el esquema corporal posee su lado generalizable y al mismo tiempo su escritura-Representacional que lo constituye como único.

De ello resulta que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente; puede tornarse en parte preconscious, y solo cuando se asocia al lenguaje consciente, el cual utiliza metáforas y metonimias referidas a la imagen del cuerpo, tanto en las mímicas, fundadas en el lenguaje, como en el lenguaje verbal. (cf. Dolto, F.1986)

La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales; es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisística e interrelacional: camuflable o actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica, como igualmente mímica y gestual. (cf. Dolto, F.1986)

Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por –y entrecruzada con- nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro. Todo contacto

con otro, sea de comunicación o de evitamiento de comunicación, se asienta en la imagen del cuerpo; porque no es sino en la imagen del cuerpo, soporte del narcisismo, que el tiempo se cruza con el espacio.

Por lo tanto podemos decir que: el esquema corporal refiere el cuerpo actual en el espacio a la experiencia inmediata. Puede ser independiente del lenguaje, entendido como historia relacional del sujeto con los otros. El esquema corporal es inconsciente, preconsciente y consciente. El esquema corporal es evolutivo en el tiempo y en el espacio.

La imagen del cuerpo refiere el sujeto del deseo a su gozar, mediatizado por el lenguaje memorizado de la comunicación entre sujetos. Puede hacerse independiente del esquema corporal. Se articula con él a través del narcisismo, originado en la canalización del sujeto en la concepción. La imagen del cuerpo es siempre inconsciente, y está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional, y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones. (cf. Dolto, F.1986)

#### **4.2. IMAGEN CORPORAL POSITIVA Y NEGATIVA:**

##### **¿COMO ES UNA IMAGEN CORPORAL POSITIVA?**

Se dice que se tiene una imagen de uno mismo positiva cuando la persona tiene su esquema corporal bien integrado, lo percibe de forma adecuada y se siente bien y cómoda con su apariencia. No es necesaria ninguna condición específica en cuanto al físico para tener una imagen positiva de uno mismo sino que lo importante es, sobre todo, sentirse bien con el propio cuerpo independientemente de si coincide con el ideal establecido por la sociedad o no. (Cf. Fernando Arturo Rodriguez. Web)

- La persona tiene una percepción clara y real sobre cómo es su cuerpo.

- Es capaz de valorar y apreciar su cuerpo, siendo consciente de que sólo es una parte de su conjunto como persona y que otros aspectos, como la personalidad, tienen un valor más importante a la hora de definir su identidad.
- La persona se siente segura y cómoda dentro de su propio cuerpo.

La Fundación Gavina concibe como una de las tareas del psicólogo el refuerzo de la autoestima: considera que la autoestima surge de los primeros intercambios de afecto entre el recién nacido y su madre y las formas tempranas de cuidados físicos que proveen de un contexto de actividad placentera mutua entre padres e hijos. Los vestigios de autoestima están relacionados a través de la vida humana con nuestras evaluaciones de lo que es atractivo de nuestro cuerpo y nuestra cara. La imagen del cuerpo que emerge estará asociada con sentimientos de aceptación que le darán al niño la posibilidad de sentirse querido y le proveerán seguridad y un sentimiento de pertenencia.

Por lo que el psicólogo realiza tareas de estimulación temprana, en donde por medio de masajes se trata de fortalecer la relación de la madre con su hijo como forma de estimular el desarrollo de la aceptación y la autoestima.

### **¿CÓMO ES UNA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA?**

Tener una visión de la imagen corporal negativa, quiere decir que la persona no se siente a gusto consigo misma y su aspecto. Como en el caso de la imagen positiva, no es necesaria ninguna condición específica para estar insatisfecho con uno mismo sino que todo depende de cómo se percibe y se siente uno respecto a su apariencia. (cf. Fundación Imagen y Autoestima. 2013 Web)

- La persona tiene una percepción distorsionada de su cuerpo, viéndolo diferente de cómo es realmente.
  - Se siente ansioso/a y avergonzado/a de sí mismo/a y de cómo es su físico.
  - Se siente incómodo/a y angustiado/a dentro de su propio cuerpo.

Le Boulch defendía que cuando se tiene el cuerpo mal definido se produce un déficit en la relación que existe entre el sujeto y el mundo exterior influyendo sobre 3 aspectos esencialmente:

- Percepción del cuerpo: Percibirlo de forma incorrecta ya sea por sobreestimación o por subestimación.
- Motricidad: No sentirse a gusto con los propios movimientos.
- Relación con el otro: Sensación de incomodidad o vergüenza delante de la mirada de los demás.

Garner y Garfinkel, por su parte, situaban los problemas que puede generar una imagen corporal negativa en dos niveles:

- Alteraciones preceptuales: Incapacidad de estimar con exactitud el tamaño corporal.
- Alteraciones cognitivo-afectivas: Emociones y sentimientos negativos respecto a uno mismo.
- Alteraciones conductuales: Obsesión con evitación, camuflaje, rituales.

Los autores se refieren a una alteración de la imagen corporal si se comprueba que uno de los factores de la imagen corporal está de alguna forma alterado.

*Los niños con fisura sufren mas bullying que sufren mas bullying que otros niños en la escuela, esto lo afirmo la odontopediatra de la fundación, quien a su vez nos comenta que el motivo principal es porque los ven diferentes, les ponen sobrenombres burlescos como “doble labio” o “beso partido” “medio beso”, etc. A veces también las maestras lo estimulan indirectamente por ejemplo al evaluarlos oralmente.*

Esto contribuiría al desarrollo de una imagen corporal negativa, haciendo que estos niños sientan vergüenza de sí mismos, no se sientan cómodos, se aislen socialmente.

## **5. PROCESO DE CONSTITUCION DE LA IMAGEN CORPORAL**

Para la comprensión del mismo, abordaremos brevemente algunas de las teorizaciones de E. Levin (1991) en el campo de la psicomotricidad, la cual es comprendida por él desde una lectura psicoanalítica, lo que le ha permitido profundizar sobre el desarrollo psicomotor del niño, desde una perspectiva estructural. Es decir, en la dialéctica del deseo que se enuncia desde el campo del Otro, buscando centralizar su atención en el sujeto que vía el acto psicomotor, se pone en juego. Para este autor:

La psicomotricidad es una articulación, a partir de un orden simbólico (el lenguaje) que posibilita tomar el cuerpo, los gestos, el movimiento, el tono, el espacio, las posturas, los objetos y el tiempo como el decir corporal de un sujeto; decir que se mira y se dice (...). De este modo, la psicomotricidad se aleja, por un lado, del discurso que toma al cuerpo como objeto en y por sí mismo, el cuerpo como 'cosa'; y por otro lado se aleja de la terapéutica del juego corporal por el juego corporal mismo, para constituirse, entonces, en la clínica que se ocupa de las perturbaciones psicomotoras del sujeto.

En las sesiones de estimulación temprana observadas, pude verificar como el lenguaje va tomando las distintas partes del cuerpo del niño, dándole unidad, atribuyendo ese cuerpo como el cuerpo de un sujeto.

Estas sesiones giraban en torno principalmente de una serie de masajes corporales realizados en un principio por el profesional, seguidos por la atenta mirada de la madre del niño; estos eran enseñados a las madres, quienes tenían la tarea de continuar con los mismos eligiendo el momento más adecuado del día para realizarlos. El propósito de la repetición es justamente mejorar la relación madre – hijo, lograr que se adapten y se conozcan mutuamente. A su vez, a través de ellos, se busca llegar a la unificación del cuerpo.

El desarrollo psicomotor es un proceso en el cual interactúan diferentes etapas de construcción corporal donde el sujeto, es siendo en su cuerpo.

En una primera fase, la del cuerpo tónico, las primeras emociones se manifiestan por el tono muscular; éste se integra en la estructura de movimientos reflejos, los cuales son siempre particulares, singulares y propios de cada niño; a través ellos va registrando lo agradable y lo molesto.

En el caso de una niña de 3 meses de vida, pude observar como la palabra tomo protagonismo, y como el profesional iba nombrando las diferentes partes del cuerpo en paralelo a la realización de masajes, y bajo expresiones como *parece que le gusta, está contenta* fue atribuyéndole un significado a las distintas reacciones de esta bebe. Todo esto realizado bajo la atenta mirada de la madre, quien en un principio se mantuvo en silencio, pero luego comenzó ella misma a relajarse y a atribuir significado a las reacciones de su niña.

Al nacer, el cuerpo está fragmentado, la unificación proviene del Otro, dándole significación.

Es a partir del Otro que el tono muscular toma sentido al erotizar su cuerpo tornándose un recorrido del cuerpo carnal al cuerpo pulsional (del cuerpo-órgano a cuerpo simbólico).

Al interrogar la madre al bebe acerca de qué le pasa. Creando un diálogo que ella establece, suponiendo un interlocutor: el niño. A quién le adjudica un saber y ella le pregunta. Éste le responde a través de reflejos (motricidad), y ella le da sentido humanizándolo al articularlo al universo del lenguaje y, re- inventándose mutuamente. (Cf. Araceli Franco y otros. 2006)

La mamá de este caso iniciaba este dialogo con preguntas y frases como: *¿Te gusta?, que grande que estas, como has crecido* y su bebe, de tan solo tres meses de vida, le respondía por medio de movimientos reflejos, específicamente movimientos de sus piernitas, abrir y cerrar sus manitos, sonrisas. La madre fue humanizando y articulando al universo del lenguaje todos estos movimientos; de ahí surgieron frases como:

*Le gusta que le acaricie la pancita no le gusta estar boca abajo, parece que le molesta,*

*Siempre vomita cuando la ponen boca abajo, parece que no le gusta,*

*A la noche solamente puedo hacerle los masajes, durante el día no se deja, es muy inquieta.*

Para que la función motriz se instaure en el registro del placer deberá inscribirse una marca simbólica que la anude con la estructura, es decir, con la dialéctica del deseo. Es necesario ser deseado para poder investir el cuerpo a través del Otro. Lo motor por sí mismo y en sí mismo no hace lazo social, es necesario que el Otro funja como espacio simbólico que permita que el bebe se constituya en tanto sujeto. Es así como el niño podrá habitar, apropiarse e investir su desarrollo psicomotor, singular y subjetivamente.

Por este motivo es que la tarea del psicólogo con bebés con fisura (3 meses – 2 años de edad) es la de estimulación temprana, ya que no solo promueve el desarrollo de las distintas partes del cuerpo del bebé, sino que por medio de estos masajes impulsa el deseo en los padres hacia sus hijos; funcionan como una especie de motor que mueve a los padres a investir libidinalmente el cuerpo de su bebe.

La madre funciona como espejo, reconociéndose a la vez en el niño y prestándole su cuerpo para que él pueda igualmente reconocerse a través de ella, funcionando como un doble espejo y constituyéndose una imagen que otorga unidad al bebé. Doble espejo que a su vez, también a la madre le devuelve ahora una nueva imagen: ser la madre de ese bebe que la imita en sus movimientos, que la re-conoce, que la mira, le sonrío y la llama. Es a partir de la imagen de la madre en tanto espejo, que el niño alcanza la unificación de su imagen. (Levin, 1991)

Para que la madre pueda cumplir con esta función de espejo para su niño con fisura es que el psicólogo enseña estos masajes de estimulación, y al mismo tiempo insiste en la repetición de los mismos, lo que le permite no solo darle unidad al bebé, sino también posicionarse y reconocerse como madre de ese bebé, logrando así el empoderamiento que destaca la odontopediatra de la fundación Gavina,

*La madre va madurando, a medida que el niño va creciendo se va haciendo más fuerte, y comienza a darse cuenta de que su hijo puede. En un primer momento se ve a la madre como debilucha, pero que poco a poco se va haciendo más fuerte*

Este empoderamiento lo pude constatar en las entrevistas realizadas a estas mamás, quienes luego del nacimiento de su bebé experimentaron sensaciones como:

*Me sentía desbordada, no sabía qué hacer o cómo manejarme con este bebé.*

*No sabía si iba a poder cumplir con mis funciones.*

*Estaba como bloqueada, me cuestionaba muchas cosas.*

*Tenía miedo de no saber qué hacer.*

*Me fui adaptando a la idea de que mi hijo iba a nacer con fisura.*

Y luego de un tiempo de recibir acompañamiento psicológico se evidenció en concreto este empoderamiento en frase como:

*Me ayudó muchísimo contar con el apoyo de profesionales, ya que me ayudaron sobre todo a disminuir mi ansiedad, aunque sigo tratando de entender que no es mi culpa.*

*Ahora me doy cuenta que mi hijo puede hacer las mismas cosas que un niño normal, y que yo también puedo cumplir como madre.*

El tacto aparece como una fuente de comunicación principal bidireccional en donde no solo el bebe comunica a la madre lo que siente (contracción muscular, relajación), sino también como cada madre comunica su sentir a ese bebe, así, por medio de la presión ejercida, el ritmo en que son realizados estos masajes comunican la ansiedad, temor a lastimarlo, cierta torpeza, alegría por el contacto, satisfacción, confianza, culpa, entre otros.

En las sesiones se pudo observar diferencias en esa comunicación por medio del tacto, al realizar una comparación entre madres de una bebe de 3 meses y una de un bebe de 10 meses; Se puede notar claramente como en la mama del bebe de diez meses, principalmente hay mucha menos ansiedad, haciendo que esta sesión de masajes fuera más natural, más relajada y cómoda. Se pudo observar como en esta madre los masajes tomaban su propio ritmo y no estaba tan pendiente de la secuencia de los mismos, sino que los iba modificando en relación a lo que a su bebe hacía sentir mejor.

A medida que el bebe va integrando su imagen, los movimientos se alejan cada vez más del carácter reflejo y, comienzan a aparecer en tanto auténticos encuentros de miradas y diálogos pre-verbales que permiten el relevo a una segunda fase: La del cuerpo instrumental.

El anudamiento del lenguaje en el cuerpo supone inscripciones simbólicas que hacen de la función motriz un instrumento del sujeto con el cual podrá desear hacer, desear moverse.

El movimiento se desenvuelve desde el estatismo a una progresiva conquista de lo dinámico, del recibir al tomar a través de la presión voluntaria y el desarrollo postural que accede de lo horizontal a lo vertical logrando una mejor coordinación. Sus movimientos cobran sentido a partir de las palabras del Otro, evolucionando de lo reflejo a lo social. Entre el movimiento reflejo y el lazo social, hay significación. Introduciéndolo así en la cultura. (cf. Araceli Franco y otros. 2006)

En las sesiones con bebés de esta etapa predominaron los sonidos guturales realizados por el bebé, que fueron manifestando el agrado o desagrado que sentían en relación a los masajes, a su vez se pudo observar como los bebés intentaban sentarse por sí mismos, rechazaron cada vez más el estar boca abajo, también como por el desarrollo de la curvatura cervical tendieron a mantener erguida su cabeza. En estas sesiones apareció también juego, con el tomar y dejar voluntariamente un juguete que ha llamado su atención. Se vio incrementada una cierta intencionalidad en los bebés, quienes con sus risas y miradas intentaron comunicar su comprensión a lo que la madre intentaba transmitir verbalmente; por lo que se puede afirmar que hay un intento de comunicación más concreta, se puede notar esa evolución de lo reflejo a lo social de la cual hablaba Levin; en donde la madre va introduciendo a su bebé en la cultura.

Progresivamente el niño va adquiriendo apoyar menos su cuerpo en el otro lo cual supone una vivencia de unidad corporal y un acceso del niño a la representación, colocándole en la fase llamada Cognitiva. Misma en la que comienza a percibir tiempo y espacio, entrando al terreno de la abstracción, generalización, razonamiento y deducción. Que le permita preguntarse sobre lo que quiere y sobre el camino para lograrlo. Es, desde la interpretación de un cuerpo que se satisface el deseo.

En los niños de 4 y 5 años de edad con fisura que fueron observados se puede constatar su ingreso en la fase cognitiva, ya que por medio de la representación, del “como si” van elaborando la ansiedad que les generan las operaciones a las que tienen que someterse.

CASO 1: en un primer encuentro el niño de 4 años de edad pide jugar al “doctor”, toma a un muñeco y comienza a curarlo, luego de terminar con este pide que se le alcance el otro muñeco para curarlo también.

15 días después de repetirse esta conducta, en una sesión el niño cura el primer muñeco y cuando termina pide jugar a otro juego (rompecabezas). Se le pregunta si va a curar al segundo muñeco y este responde que no.

En este ejemplo puede interpretarse como el niño fue elaborando esa ansiedad que le generaba la situación de operación, asumiendo un rol activo, distinto al que desempeña en su vida real donde se desempeñaba pasivamente. Este proceso solo es posible porque el niño pudo acceder a esta etapa en el proceso de construcción de la imagen del cuerpo que es la cognitiva.

De las experiencias emocionales resulta una imagen inconsciente ligada a su historia, en donde el cuerpo pasa a ser un significante, regido e incluido en lo simbólico, lográndose un giro que inició del cuerpo de la necesidad, al sujeto que desea a través de su cuerpo. Hablamos ya, de un cuerpo subjetivado.

El cuerpo es mediador entre el sujeto y el mundo, donde nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, donde se anuda la motricidad en ese cuerpo subjetivado.

## **6. HIJO IDEAL – HIJO REAL**

El devenir de un sujeto tiene su origen antes de que el niño nazca; para los padres, antes del parto, el niño es ya una hipótesis, una promesa y un proyecto. El hijo no nacido aún, soporta ya el ideal de sus padres, inventando–creando, un hijo de acuerdo con ese ideal, anudándolo al deseo. Posibilitando también, una filiación y un destino, un porvenir. (cf. Araceli Franco y otros. 2006)

Aún cuando no haya nacido biológicamente, hay ya un cuerpo orgánicamente formado, sexuado, pero a la vez, entrecruzado por palabras y símbolos, que nombran e interpelan un sujeto y, no exclusivamente a sus órganos.

Antecedido de expectativas, el niño al nacer, es tan solo un organismo vivo que produce tono, movimientos reflejos, miradas, sonrisas reflejas, prensión, sonido, posturas, coordinaciones, etc. que requiere de Otro que a través del lenguaje

posibilite junto con dichas producciones, lograr un cuerpo subjetivado, anudando el lenguaje en ese que va siendo de a poco un cuerpo. (cf. Araceli Franco y otros. 2006)

Vemos así, la importancia del papel que desde antes del nacimiento juega el deseo de los padres, quienes van preparando el camino para el advenimiento de un sujeto, anudándolo posteriormente a través de las palabras en el cuerpo del niño.

Mirta Videla, en su libro maternidad mito y realidad afirma que es a partir del momento en que la madre comienza a experimentar físicamente el lenguaje corporal del niño, empieza a soñar con respecto a éste con mayor claridad, ya no es más una vaga sensación, sino algo definido y lleno de matices. Posee un indicio que le permite crearlo con más claridad en su mente y comienza a atribuirle rasgos que van definiendo su personalidad; *es muy movedizo, parece que no le gustan los ruidos, Etc.*

De las 5 madres entrevistadas para la realización de este trabajo, 4 de ellas no recibieron un diagnóstico prenatal que detectara la presencia de fisura labio alveolo palatina en sus hijos, bajo afirmaciones como *no se dejaba ver la carita. Se tapaba la cara y la doctora no pudo verlo. Recién me entere que mi hijo nacería con fisura luego del momento del parto;* se hicieron presentes esos sentimientos de desilusión, de culpa, de tristeza, que las acompañaron en el momento del primer acercamiento en forma real a sus bebés.

Todo esto deja entrever la falta de apoyo psicológico que sufrieron estas madres, ya que nada les permitió anticiparse a esta situación ni mucho menos elaborar el duelo por ese hijo “sano” que no estaba en lo real. La función parental se ve fuertemente cuestionada, ya que, este hijo pasa a estar ser el diagnóstico, “el hijo con fisura”.

El deseo de un hijo es deseo de trascender. Deseo de todo ser humano de prolongarse y tener continuidad. Freud en “Introducción al narcisismo” (1914)

habla de “His majesty the baby”, (su majestad el bebé) como aquel que deberá realizar los deseos incumplidos de sus progenitores y llegar a ser un gran hombre o un héroe en el lugar de su padre y, si es hembra a casarse con un príncipe para tardía compensación de su madre.

Estas afirmaciones de Freud dejan en claro que todos los padres tienen que de por sí elaborar un duelo por ese hijo ideal o deseado, esto es así porque este hijo que nace, o hijo real, nunca coincide con todas esas fantasías que sus padres fueron proyectando en él.

Sin embargo, entre el deseo anticipado de los padres y el recién nacido hay un desacople, una diferencia.

Cuando el hijo-ideal se ve contrastado con la llegada de un niño “especial”, la función parental se ve fuertemente cuestionada, pudiendo llegar a nivel tal de desajuste, que el niño, que era ya anticipado con un nombre, llega a convertirse en un hijo anónimo, sin filiación con los padres, pero sí en un hijo del síndrome. De ser fijado al diagnóstico, el niño quedará anclado, a la misma posición siempre: la del cuerpo-órgano enfermo, marginándolo de la posibilidad de ser alguien más y no sólo algo más que un síndrome, discapacitándolo más allá de los límites del cuerpo. El cuerpo-órgano fallido permanece en muchos casos, en lo real, sin poder simbolizarse, sin poder constituirse en tanto cuerpo erógeno. (cf. Garzón Jaramillo, Karina. 2011)

Esto lleva a preguntarnos cuán importante es para una mamá recibir ayuda psicológica durante el embarazo y luego del parto para ir elaborando ese duelo por el hijo ideal; más aun cuando ese bebé nace con alguna discapacidad o malformación.

El vínculo que durante el embarazo era fantaseado se concreta en la relación con el niño real, un niño de características físicas, temperamentales y psicológicas definidas y particulares, que podrán ser más o menos semejantes, o, por el contrario, muy diferentes del bebé imaginado previamente. En este encuentro

entre el deseo anticipado y el recién nacido se estructura la demanda de amor. Entre la demanda y las reacciones del bebé siempre se produce una diferencia, un desencuentro que implica el hecho que nunca coinciden de forma total el recién nacido con el niño ideal imaginado durante el embarazo. Se produce un tiempo subjetivo de adaptación en el que se deben dar nuevos significados.

Este es uno de los grandes problemas con los que se encuentran los padres de niños con alguna discapacidad o malformación. Dar significado a la problemática que presente un bebé distinto del esperado, que formará parte del intenso y difícil recorrido que tendrán que realizar los padres. El niño real será siempre confrontado con el niño ideal anticipado y es paradójicamente la pérdida de ese hijo ideal en su mente lo que posibilitará el reencuentro de los padres con el hijo nacido, más allá de la discapacidad o mal formación de la que es portador, a la vez que lo sacará del anonimato en el que la etiqueta del diagnóstico lo había colocado. El hijo tiene que recuperar su espacio como hijo, el que le corresponde y en el que quede depositada la confianza básica en sus posibilidades de crecimiento, confianza que todo niño necesita para poder crecer.

La importancia del acompañamiento psicológico se evidencio en concreto al realizar una comparación entre aquellas 4 madres de la muestra que no recibieron contención psicológica sino hasta luego del nacimiento de sus hijos con fisura, con aquella madre que si recibió un buen diagnostico temprano de fisura, y pudo recibir apoyo y contención profesional en toda la duración del embarazo y continua recibéndola.

Esta mama comento:

*Me ayudó muchísimo contar con el apoyo de profesionales, ya que “me ayudaron sobre todo a disminuir mi ansiedad” “aunque sigo tratando de entender que no es mi culpa.*

Esto indica que es un proceso que requiere de mucho tiempo de elaboración personal con profesionales, que si bien toda madre experimenta ese duelo en

relación al hijo ideal, más fuerte es el que tienen que enfrentar aquellas madres con un hijo con fisura. Esto lo afirmo a partir del discurso común de ellas, en donde afirmaron que lo que más les impacto es ver por primera vez que su hijo no era “normal”.

A su vez todas manifestaron la intensa ansiedad con la que se enfrentaron al momento de saber que su hijo nacería con fisura, pero aquí encontré otra diferencia con aquella mama que recibió un diagnóstico durante el embarazo, la ventaja es que tuvo más “tiempo”, si bien el psiquismo no se rige por tiempo cronológico, se puede observar en esta mama que el tener conocimiento de que su hijo nacería con fisura desde su embarazo le permitió comenzar a desarrollar la el proceso de elaboración de esa imagen ideal de su hijo mucho antes que las otras mamas, y así pudo ir preparándose psicológicamente para su llegada, cuestionando sus propias capacidades, sus limitaciones, pudo ir elaborando su posición como madre. Si esta mama afirma haber recurrido a internet en busca de información sobre fisura, al igual que las demás, lo que esta mama resalta sobretodo es el haber tenido acompañamiento profesional durante el embarazo el cual la ayudo mucho.

*Me fui adaptando a la idea de que mi hijo iba a nacer con fisura.*

*Ya sé que no tengo que sentirme culpable*

*Recibí mucha información de parte de los profesionales, por lo que ya sabía más o menos como manejarme*

La diferencia claramente esta con aquellas madres que recién pudieron acceder a ayuda profesional luego del nacimiento de su bebe y como esta confrontación entre el hijo ideal y ese hijo real se dio en el momento del nacimiento, llenándolas de una intensa ansiedad, y careciendo ya de tiempo cronológico para elaborar ese duelo, ya que inmediatamente tuvieron que enfrentarse a ese real, para el cual no estaban preparadas. Esto se evidencia bajo frases como:

*Me sentía desbordada, no sabía qué hacer o cómo manejarme con este bebe.*

*No sabía si iba a poder cumplir con mis funciones.*

*Estaba como bloqueada, me cuestionaba muchas cosas.*

*Tenía miedo de no saber qué hacer.*

Todo esto marca no solo la importancia de un diagnóstico temprano, sino principalmente la importancia de recibir apoyo profesional, sobretodo psicológico; para que los padres puedan ir preparándose y así puedan dar significado a la problemática que presenta su bebé que es distinto al esperado, logrando así el reencuentro de los padres con el hijo nacido.

El niño soporta el espejo mortal de la organicidad en el cuerpo, que determinará su hacer, su existir e incluso la existencia de los demás. El diagnóstico implica un plan de vida que le condena, le anula como sujeto y lo convierte en una sola posibilidad: ser, parecer y padecer la discapacidad. Atrapado en esta rigidez, el niño queda con la potencialidad adormecida de poder simbolizar una imagen de su cuerpo, necesaria para acceder a un cuerpo simbólico que le permita pasar del cuerpo de la necesidad, a convertirse en sujeto deseante. (Cf. Araceli Franco y otros. 2006)

En ese encuentro-desencuentro entre ese cuerpo con defectos y la confrontación con las imágenes idealizadas de los padres, serán con las que el niño deberá transitar para conformar su propio universo imaginario sobre el cual construirá un cuerpo erógeno y su subjetividad. La falla en lo orgánico implicará de los padres y luego del niño, el hacer un duelo por el cuerpo imaginado perdido.

En el discurso de las madres también se evidencia como se va quitando a ese hijo la posibilidad de ser *alguien* más y no sólo algo más que un síndrome, discapacitándolo más allá de los límites del cuerpo. Por ejemplo en afirmaciones como:

*Pensaba que mi hijo era normal hasta que cuando nació el doctor me dijo que tenía fisura.*

*Ahora me doy cuenta que mi hijo puede hacer las mismas cosas que un niño normal.*

*Mi hijo está creciendo incluso más rápido que un niño sin fisura.*

En todas estas expresiones se puede ver como este hijo queda anclado a la misma posición siempre: la del cuerpo-órgano enfermo y hasta incluso limitado en sus potencialidades por presentar esta malformación. Esta presencia del órgano lesionado en lo real, que presentifica su cuerpo sin anudamiento significativo, dificulta y entorpece, cuando no anula, la constitución subjetiva. De este modo, comprobamos que si la problemática orgánica no se simboliza, se corre el riesgo de crear una imagen fija e inamovible que podríamos denominar como imagen corporal en lo real, o una imagen órgano no especularizable. (Araceli Franco y otros. 2006)

Como dice Mirta Videla: El hijo tiene que recuperar su espacio como hijo, el que le corresponde y en el que quede depositada la confianza básica en sus posibilidades de crecimiento, confianza que todo niño necesita para poder crecer.

En este trabajo me pareció importante incluir las etapas del desarrollo psicosexual del niño según Freud, porque en primer lugar la edad de mi muestra poblacional se encuentra entre 1 a 5 años de vida, una etapa crítica de formación y desarrollo del psiquismo; y en segundo lugar porque es imprescindible para el desarrollo del tema de este trabajo tener en cuenta y considerar en que etapa de desarrollo se encuentra el psiquismo del niño y las características de la misma, para que a partir de la teoría propuesta por Freud se pueda realizar una comparación con la realidad de estos niños en particular.

## **7. FASES PULSIONALES DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL**

Sigmund Freud a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, propone la teoría de la sexualidad humana, esta teoría postula la existencia de una sexualidad infantil, sostiene que en los primeros años de nuestras vidas atravesamos distintas etapas de desarrollo vinculadas a la sexualidad y a distintas fijaciones, y que lo que ocurra durante ellas influirá en el modo en el que el inconsciente estructura a la persona una vez haya llegado a la adultez.

Según la teoría freudiana, las etapas del desarrollo psicosexual y sus características son las siguientes:

**Fase oral:** En el caso de los niños con fisura la ansiedad con la que transitan esta etapa es mucho mayor que la de niños sin fisura, uno de los motivos de esta ansiedad son las operaciones a las que tienen que enfrentarse estos niños y principalmente a todo lo que recibe de los Otros, al tener una malformación en su rostro.

4 de las 5 madres entrevistadas afirmaron que no amamantaron a su bebe, sino que este se alimentó directamente por medio de mamadera; si bien hay algunos tipos de fisura en los que el bebe no puede alimentarse por medio del pecho materno, no siendo el caso de ninguna de las madres de la muestra, 4 de ellas “coincidieron” en afirmar que presentaban problemas físicos en la formación de su pecho que les impedía el amamantamiento. A partir de esto se puede observar como a la ansiedad que de por si transitan estos niños, se les suma la de sus madres que “no pueden” cumplir con su función de alimentación. Se notaron diferencias en la forma en que la madre que amamanto a su bebe lo miraba, al mismo tiempo fue la única que no hablo de “niño normal”.

Esta fase oral como decía Freud se caracteriza por que el foco de la satisfacción está en la boca y el placer se obtiene por los cuidados, pero también a través de la exploración del entorno. En el caso de los niños con fisura, sus madres, de acuerdo a afirmaciones de los profesionales de la fundación lo

primero que les preocupa y preguntan es cuando se va a realizar la cirugía de labio, es decir la atención de las madres y familiares parece estar en que la “aparición de niño con fisura desaparezca y aparezca la de niño normal o sano”. Todo esto hace pensar en cómo será la resolución de esta fase para el niño, si su madre presenta excesiva ansiedad, siendo ella la encargada de presentarle el mundo al bebé. A partir de este cuestionamiento es que realice observaciones, no solo de niños de hasta 1 año de vida, que están atravesando esta etapa, sino también de niños de 4 y 5 años, que de acuerdo a la teoría freudiana ya culminaron esta etapa.

A partir de ellas y de entrevistas a profesionales pude obtener algunas características comunes a estos niños de la muestra.

En principio es necesario destacar que por lo general las madres de niños con fisura de la muestra seleccionada tienden a satisfacer en demasía las necesidades de su bebé, generando un exceso de gratificación del deseo, muchas se sienten culpables, algunas de ellas lo manifiestan expresamente, otras no, pero puede inferirse de su comportamiento; por lo que podría interpretarse que como forma de compensación aparece este exceso de satisfacción. Esto da como resultado como una característica marcada en los niños de la muestra, esta es la dificultad de reconocer sus propios límites, que no tienen control sobre el medio ambiente, y que la satisfacción no siempre es inmediata. Ejemplificando esta afirmación presento ejemplo de dos casos:

Caso 1: madre que compra golosinas a su hija de 4 años, “no puede decirle que no”, a pesar de que presenta problemas odontológicos generados por este consumo excesivo de dulces.

En este caso se ve la imposibilidad de que la niña entienda que no debe comer tantas golosinas por su propia salud (dificultad para reconocer sus propios límites) y a su vez la imposibilidad del adulto de decir que no por este sentimiento de culpa y su intento de compensación.

Caso 2: nene de cuatro años que llora porque quiere un juguete, la madre “no puede decirle que no, que después le darán el juguete, nene continua llorando y solamente cuando la madre cede dándole el juguete este deja de llorar.

En este caso se vería también la imposibilidad del adulto de marcarle límites al niño, para que este pueda comprender y aprender a postergar su satisfacción.

Todo esto podría estar relacionado a su vez con la falta de la experiencia del destete, la cual le proveería al bebé conciencia de sí mismo, aprendería que no todo está bajo su control, y tampoco la satisfacción es siempre inmediata.

A su vez de acuerdo a las observaciones realizadas, se pudo constatar cómo esta ansiedad relacionada con el área de la boca continua en elevadas proporciones, a pesar de el niño ya haber cumplido con la edad cronológica en la que ya debería haber culminado la fase oral; esto marca principalmente como el psiquismo no funciona de acuerdo a tiempos cronológicos; en el caso de los niños con fisura, esto se entiende por las múltiples operaciones en la zona de la boca a la que son sometidos y que toda esta ansiedad que las rodea se van elaborando en sesiones con psicólogos, donde por medio del juego se intenta ir trabajando toda esta ansiedad hasta que el niño pueda superarla y seguir adelante en su desarrollo con un porcentaje tolerable de la misma.

Entonces es importante el considerar no solo al niño con fisura sino también a su madre y la importancia de ayuda psicológica para ella, para que pudiendo elaborar su duelo por el hijo ideal, pueda cumplir con su función de madre de la mejor forma posible, para garantizar un pleno desarrollo de su niño.

**Fase anal:** De acuerdo a la teoría, la experiencia más importante durante esta etapa es el entrenamiento en la higiene personal. Éste ocurre alrededor de los dos años, y da como resultado un conflicto entre el Ello, que demanda satisfacción inmediata de las pulsiones que involucran la evacuación y las actividades relacionadas con ella (como el manipular las heces) y las demandas de los padres. La resolución de este conflicto puede ser gradual y no traumático, o

intenso y tormentoso, dependiendo de los métodos que los padres usen para manejar la situación.

**Fase fálica:** Es la tercera etapa del desarrollo psicosexual, abarca desde los tres a seis años, en los cuales los genitales del niño son su principal zona erógena. Es en esta tercera etapa de desarrollo infantil que los niños se vuelven conscientes de su propio cuerpo, los cuerpos de los otros niños, y los cuerpos de sus padres, y satisfacen la curiosidad física por desnudarse y explorarse entre sí y así aprender las diferencias entre lo "masculino" y lo "femenino", entre el "niño" y la "niña".

Freud (1967) la madre adquiere una importancia única, inalterable y permanente, y deviene, por los dos sexos, el objeto del primero y más importante de todos los amores, prototipo de todas las relaciones amorosas posteriores.

El desarrollo de estas etapas no presenta alteraciones relacionadas directamente con la fisura; el atravesamiento de las mismas depende de los familiares de estos niños de sus características de personalidad en particular, de la forma en que cumplen el rol materno y paterno y principalmente de la forma de resolver todas las cuestiones relacionadas a ese hijo real distinto del ideal. Si esto último se da en formas óptimas, logrando establecer una relación en la cual los padres puedan cubrir todas las necesidades del niño; estas etapas se desarrollarían con normalidad, pudiendo así el niño resolver las conflictivas propias de cada etapa.

En el inicio, cuando los padres acaban de recibir el diagnóstico de la afectación de su hijo les es difícil realizar este difícil trabajo interno, el que supone atender la confusión en su pensamiento y el dolor en sus emociones y sentimientos. Por ello, la ayuda del profesional en Atención Temprana que acompaña, atiende y cuida una familia que se encuentra sufriendo profundamente, representa el soporte necesario para poder resignificar el nuevo hijo que los padres tienen que descubrir. Mostrar a los padres las competencias de su bebé y descubrir posibilidades de crecimiento, ayuda a los padres a emprender ese camino de

recuperación de sus funciones parentales al poder conferir significado a la nueva imagen de su hijo y a los comportamientos que ofrece. (cf. Leonhardt, M. 1992)

Luego de haber caracterizado las particularidades del psiquismo de los protagonistas de este trabajo (madre - hijo); me es imprescindible describir la relación entre ellos, considerando cual es la función que tiene una madre con un hijo en general y partir de esto luego poder comparar como se da esta relación en los casos concretos.

Es importante incluir esta información porque las “experiencias durante estos primeros periodos de vida son críticas en el modelado de la capacidad para formar relaciones íntimas y emocionalmente saludables. La empatía, el afecto, el desear compartir, el inhibirse de agredir, la capacidad de amar etc. están asociadas a las capacidades de medulares de apego formadas en la infancia y niñez temprana” (ficha de cátedra Vínculo madre- hijo y desarrollo infantil. Proyecto de investigación – Mariel Levin)

## **8. FUNCION MATERNA:**

Winnicott antepone el concepto de función frente al del sujeto que la realiza (madre, padre o sustituto). La función implica una acción, un movimiento que posibilita un proceso, más allá del individuo concreto, biológico, que realiza el cuidado materno. De ahí que la función materna puede ejercerla, indistintamente, todo aquel que tenga condiciones y disposición para hacerla.

Las funciones maternas primordiales son tres: el sostenimiento o sostén (holding), la manipulación o manejo (handling), y la presentación objetal (objet-presenting).

Sostenimiento (Holding): corresponde al hecho de sostenerlo (emocionalmente de manera apropiada. En el desarrollo emocional primitivo, la noción de holding describe la función de la madre que permite la continuidad del ser del bebé: todo lo que la madre es y hace con devoción corriente. La madre que sostiene al bebé con tranquilidad (sin miedo a dejarlo caer), adecuando la presión de sus brazos a

las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le susurra o le habla cálidamente, etcétera, proporcionándole la vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental. El sostenimiento facilita la integración psíquica del infante.

- **Manipulación (Handling):**

Esta función “contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática (la unidad psiquesoma) que le permite percibir lo ‘real’ como contrario de lo ‘irreal” (La familia y el desarrollo del individuo. Hormé, Buenos Aires, 1980, p. 33). La manipulación facilita la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia del self. La manipulación favorece la personalización del bebé.

- **Presentación objetal (Object-presenting):**

Winnicott describe esta tercera función materna: la presentación objetal (object-presenting). Esta función consiste en mostrar gradualmente los objetos de la realidad al infante para que pueda hacer real su impulso creativo. A medida en que la madre habilita en el bebé la capacidad de relacionarse con los objetos, éste despliega su capacidad de habitar el mundo. La presentación objetal promueve la realización del niño. Por el contrario, las fallas maternas bloquean el desarrollo de la capacidad del bebé para sentirse real.

El desarrollo de estas funciones puede observarse a partir de un elemento principal en la relación madre hijo: la mirada, considerándola como una de las vías que sostiene al bebé, lo manipula y le presenta los objetos.

Con respecto a esto, observe variaciones en la mirada de la madre al niño en relación a las edades de los mismos, una variación que no se debe únicamente a la mayor experiencia de las madres o mayor tiempo compartido con los bebés, sino principalmente a la concreción o no de la operación de labio; es decir aquellos bebés que por su edad (inferior a los 6 meses) no tenían realizada esta operación, se pudo notar un mayor nerviosismo en las madres, una cierta evasión a mantener un contacto prolongado sosteniendo la mirada a su bebé.

Se pudo observar como acción repetitiva el mirar en un primer momento a los ojos a su bebe y luego retirar la mirada casi inmediatamente y la fijarla a otra parte del cuerpo de su bebe ya sea brazos, piernas, o incluso a la mirada del profesional, quien todo el tiempo concentraba su mirada en el rostro del bebe como forma de estimular esta conducta en las madres y de dar respuesta a la comunicación de ese bebe.

En bebes de 7, 9 y 10 meses que ya tenían realizada la operación de labio, esta conducta ya no se observo, por el contrario se pudo notar una cierta expresión de orgullo y como un intento de no quitar la mirada del rostro de su bebe durante la realización de los masajes, que podrían interpretarse como forma de “olvidar” esa imagen de “hijo dañado” y de autoconvencerse en que es un “niño sano”. Todo esto junto a la disminución de la aparición de la frase “es un niño normal”

## **9. ROL DEL PSICOLOGO**

Jean Maisonneuve (1988) sostiene que la noción de rol constituye un puente entre las perspectivas psicológicas y sociológicas, entre los niveles colectivos e individuales. En un sentido, los roles preexisten a sus agentes bajo formas de conductas a asumir en función de tal estado o de tal situación. A cada civilización le corresponde un sistema de roles regularmente distribuidos y articulados. Es en el nivel de los roles donde se viven las relaciones entre los sexos, entre las generaciones, entre los oficios. Cada sujeto asume su rol según su propio estilo; la asunción de roles (ya que cada uno asume varios y participa en diversos grupos) está en función de la personalidad

El rol también es tomado en tres sentidos:

- El rol es, por de pronto, el conjunto de exigencias (normas expectativas, tabúes, responsabilidades, etc.) que provienen de la estructura social y que están vinculadas con una posición dada en dicha estructura. Estas exigencias existen

fuera del individuo y van acompañadas por una serie de presiones y refuerzos, de prescripciones, que canalizan, orientan y delimitan el comportamiento o el funcionamiento del individuo en la organización social.

En el caso del rol del psicólogo en Gavina, estaría haciendo referencia al código de ética del psicólogo, que regula la actividad del mismo, marcando lo que se espera de un buen actuar profesional. La institución no cuenta con reglas propias que delimiten el actuar del psicólogo allí, sino que ellos orientan su acción en función del código de ética profesional del psicólogo.

Desde la Fundación Gavina se considera que es tarea del psicólogo:

**Orientación y contención a los padres:** esta orientación puede estar dirigida a diferentes aspectos, por ejemplo con la lactancia materna se puede presentar un desafío, pero hay varias opciones para alimentar durante las primeras semanas y meses de vida, se orienta a las nuevas madres y las familias a través de estas opciones y las apoya en su elección. También orientación y contención en la forma de relacionarse con ese hijo, sus necesidades, capacidades, importancia de los tratamientos.

También para los niños mayores con fisura, un asesoramiento ayuda a superar las experiencias negativas y ayuda a adaptarse a la transformación

**La psicoprofilaxis quirúrgica:** ofrecemos un espacio de escucha y de palabra para propiciar el despliegue y la elaboración de las ansiedades y fantasías que surgen fundamentalmente en torno a la operación, sumadas a las que provoca el tener FLAP

**Evaluación psicodiagnostica:** para evaluar las características de personalidad del sujeto, las defensas que utiliza habitualmente, los recursos que posee, capacidades cognitivas, intelectuales, relacionales, sensoriales, se evalúa el desempeño del niño, etc. A su vez también se la utiliza para el diagnóstico de algún trastorno a nivel psicológico.

**Estimulación temprana:** toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos; tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; y por la otra, amplían la habilidad mental, que le facilita el aprendizaje, que vaya estrechando cada vez más la relación madre-hijo, aumentando la calidad de las experiencias vividas.

- El segundo significado del rol se refiere al conjunto de actos que realizan los individuos en la medida en que ocupan una posición definida en la estructura social. El acento es colocado sobre el actor y sobre la manera en que actúa, voluntariamente o no, en concordancia total, parcial o nula con el conjunto de exigencias de la organización social. El rol se refiere a los comportamientos de un individuo, pero organizados en conjuntos significativos, relacionados con situaciones muy precisas y que responden a conjuntos de estímulos socialmente definidos.

A partir del trabajo realizado puedo afirmar que se trata de un rol complejo, porque tiene como objeto de su accionar a dos sujetos, la madre y su bebe y como resultado de su interacción la relación entre ambos. A su vez también forma parte de su rol su trabajo dentro de un equipo interdisciplinario.

El rol del psicólogo en relación a la madre de un niño con fisura es diverso, por un lado, tiene una tarea psicoprofiláctica, a partir de la cual siendo fuente de información, va a ayudar a disminuir la ansiedad y la angustia que presenta esta mamá, frente a esta situación desconocida para ella; información que incluye, pasos a seguir, tratamientos, operaciones, etc., todo esto en relación al bebé. Y por el otro tiene la tarea de ayudar a esa mamá a elaborar su duelo por el hijo ideal, trabajando con ella para poder llegar a una cierta homeostasis en su psiquismo.

A su vez, será tarea del psicólogo también ayudar a las familias a despejar las preguntas e inquietudes que pueden despertarles las dificultades de su hijo y

asistirlos en el control de la ansiedad y angustia que la conflictiva del niño pudiese generarles.

*Me sentía desbordada, no sabía qué hacer o cómo manejarme con este bebe.*

*No sabía si iba a poder cumplir con mis funciones.*

*Estaba como bloqueada, me cuestionaba muchas cosas.*

*Tenía miedo de no saber qué hacer.*

Aparece la figura del profesional psicólogo tal y como la describe Mirta Videla como el “soporte necesario para poder resignificar el nuevo hijo que los padres tienen que descubrir. Mostrar a los padres las competencias de su bebé y descubrir posibilidades de crecimiento, ayuda a los padres a emprender ese camino de recuperación de sus funciones parentales al poder conferir significado a la nueva imagen de su hijo y a los comportamientos que ofrece.

- El tercer sentido que puede darse a la noción de rol se refiere a la orientación o concepción que tiene un miembro del papel que representa en la organización. Es una definición desde el interior de la forma en que el actor piensa su rol. El rol no incluye solo el comportamiento, sino también las actitudes y los valores prescritos por la sociedad a toda persona que ocupa una posición dada, según Linton (1936).

La psicóloga de la Fundación Gavina considera que su rol en relación a los niño de 2 a 5 años de edad con fisura es principalmente clínico, prestándole de su psiquismo aquellas áreas que no tiene fortalecidas, todo por medio del juego, para que por medio del “como si” el niño pueda ir elaborando por todo lo que acontece en su realidad relacionado con la fisura; ir trabajando su relación con su cuerpo, con los demás, y con el mundo exterior.

*Mediante la escucha se intenta favorecer la mentalización y elaboración del acto quirúrgico, poniendo en palabras o escenificaciones lúdicas, el sufrimiento, fomentando la recatectización del cuerpo dañado y del entorno. Se procura favorecer la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento eficaces,*

*aportando elementos que movilicen los mejores recursos para fortalecer el Yo, lo que le permitirá al niño sobrellevar mejor las transformaciones que conllevan las cirugías y tener una buena evolución post-quirúrgica.*

El trabajo de la psicóloga con niños de 2 a 5 años consistía en sesiones psicológicas de 30 a 45 minutos aproximadamente, de las cuales solo eran participes el niño y la profesional, quien se valía de materiales didácticos, juguetes, juegos para realizar su intervención.

En el caso de niños menores de 2 años de edad, considera su rol marcado principalmente por la estimulación, en donde por medio de masajes, se ayuda al bebe a su desarrollo, no solo físico al estimular las distintas partes del cuerpo, sino principalmente psicológico al ir ayudando al bebe a lograr su unificación corporal, el conocimiento de sus límites y su relación y manejo del entorno, postergación de la satisfacción.

Concretamente, con niños menores de 2 años la sesión psicológica consistía en sesiones de estimulación temprana de una duración aproximada de 30 minutos, en las cuales estaban presentes el niño y su mamá y la profesional psicóloga.

El rol del psicólogo en relación a la madre de un niño con fisura es diverso, por un lado, tiene una tarea psicoprofiláctica, a partir de la cual siendo fuente de información, va a ayudar a disminuir la ansiedad y la angustia que presenta esta mamá, frente a esta situación desconocida para ella; información que incluye, pasos a seguir, tratamientos, operaciones, etc., todo esto en relación al bebé. Y por el otro tiene la tarea de ayudar a esa mamá a elaborar su duelo por el hijo ideal, trabajando con ella para poder llegar a una cierta homeostasis en su psiquismo.

A su vez, será tarea del psicólogo también ayudar a las familias a despejar las preguntas e inquietudes que pueden despertarles las dificultades de su hijo y asistirlos en el control de la ansiedad y angustia que la conflictiva del niño pudiese generarles.

A partir de la realización de este trabajo puedo agregar que el psicólogo en Gavina también cumple una función distinta con respecto a la relación madre-hijo, y esta es principalmente la de habilitar la comunicación, posibilitando que la madre pueda relacionarse con ese hijo real. El psicólogo se va a valer de que la madre pueda imitar su conducta al tomar contacto con el bebe, y por medio de su ejemplo va a mostrar a la mamá la forma más adecuada de ir conociendo y acercándose e ir respondiendo las distintas demandas de su hijo.

Por ejemplo en el caso de una mamá de una nena de 3 meses con FLAP, esta no miraba a la cara a su hija mientras le realizaba los masajes de estimulación, por lo que la profesional psicóloga le marcaba sutilmente esta conducta no quitando la vista de la cara de la nena.

Esta conducta llevo a que luego de un tiempo de empezada la sesión la madre finalmente pudiera sostener por un tiempo mayor la mirada a su hija.

A su vez, es importante destacar que el psicólogo en esta área no trabaja solo, sino que construye su propio espacio en un equipo interdisciplinario siendo posible generar un espacio de trabajo en común, en pos del paciente. Concretamente dentro del equipo es tarea del psicólogo facilitar a los profesionales de otras disciplinas herramientas y estrategias de intervención tendientes a garantizar un vínculo satisfactorio con sus pacientes y las familias de los mismos.

## **10. REDES DE APOYO SOCIAL**

La tarea del psicólogo en la Fundación Gavina también puede considerarse como una fuente de apoyo social, se puede afirmar que la fundación misma constituiría una red de apoyo social; una red social porque constituye un dispositivo que facilita y sostiene el crecimiento, en tanto redes sociales constituyen un sistema abierto que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. El apoyo social hace referencia al grado en que las necesidades sociales básicas de la persona se ven gratificadas a

través de la interacción con los otros; estas necesidades incluyen el afecto, la estimación o aprobación, la pertenencia, la identidad y la seguridad.

Para que se pueda hablar de una red de apoyo social es necesario que existan los siguientes elementos fundamentales que la conformarían:

- Componentes estructurales: entramado de relaciones sociales en los que está inmerso el sujeto.

La Fundación Gavina constituye un lugar de encuentro e interacción entre familias que tienen “algo en común” en este caso la fisura labio alveolo palatina. Constituye un lugar en donde se asienta la interacción de todas las personas con FLAP.

- El apoyo social es percibido y recibido: recibido es decir la cantidad de ayuda que recibe una persona en un tiempo determinado y percibido haciendo referencia a la cognición y evaluación del apoyo.

El equipo interdisciplinario de la fundación realiza una evaluación constante del trabajo realizado, como así también se plantean objetivos para ir mejorando cada vez más la atención y el apoyo brindado;

- Multiplicidad de funciones del apoyo social: apoyo emocional, informacional y material.

La Fundación Gavina cumple con las tres funciones de una red de apoyo social: apoyo emocional principalmente con el trabajo de los psicólogos de la fundación, informacional y material por las tareas desempeñadas por los otros profesionales de la misma.

- Las conductas de apoyo: comportamientos específicos de interacción social que tienen consecuencias para el sujeto

- El contexto en el que se proporciona el apoyo.

Todo esto hace referencia a las tareas y actividades desarrolladas en la Fundación, en donde además de las específicas de cada profesional se desarrollan Talleres de habilidades sociales para niños, Talleres de aprendizaje y aprestamiento, Consultorio de lactancia, Grupo de padres

Gavina constituye una red de apoyo social para los niños con fisura en tanto funciona como lugar que les da identidad, que les permite relacionarse con otros

en sus mismas condiciones, donde reciben contención emocional, etc. También funciona como red de apoyo social para las madres de estos niños con fisura, quienes encuentran en Gavina contención, apoyo y ayuda para disminuir sus ansiedades y miedos, lugar donde se les provee información y al mismo tiempo la posibilidad de identificarse y relacionarse con otras madres y aprender de sus experiencias. Por todas estas características afirmo que la Fundación Gavina constituye efectivamente una red de apoyo social.

### **11. METODOLOGÍA Y EXPERIENCIA DE CAMPO**

El enfoque de este trabajo de investigación está realizado con el propósito de comprender y profundizar la función del psicólogo en el proceso de construcción de la imagen del cuerpo, considerándolo como un rol que abarca el proceso de construcción de la imagen corporal en el niño mismo, como así también el rol del psicólogo con aquellos que cumplen la función materna en relación a estos niños. Para este trabajo, se utilizó una metodología de tipo *cualitativa*.

Este tipo de metodología se centra en 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). Se selecciona este enfoque cuando el propósito es comprender la perspectiva de los participantes, que forman parte de la investigación, acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados.

El tipo de investigación realizada fue exploratorio, ya que el objetivo del mismo es 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 revela que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. (Hernandez Sampieri, Collado, & Baptista Lucio, 2010)

Este trabajo se llevó a cabo en el marco de las prácticas profesionales supervisadas propuestas por la facultad de psicología; se realizó puntualmente en

la Fundación Gavina, una fundación sin fines de lucro, que se encuentra ubicada en la ciudad de San Miguel de Tucuman; trabaja de forma interdisciplinaria y ofrece tratamientos personalizados para lograr un tratamiento integral y pleno para los niños con fisura de labio alveolo palatina.

Esta institución fue creada con el propósito de brindar asistencia a niños y adolescentes con FLAP (fisura - labio – alveolo – palatina), que no cuentan con recursos económicos para llevar adelante los tratamientos necesarios para su rehabilitación.

Está conformada por un equipo interdisciplinario que cuenta con médico cirujano, odontólogo, fonoaudiólogo, asistente social y psicólogo; todos ellos conforman el equipo de trabajo.

Entre los objetivos centrales de la institución se puede mencionar:

- Lograr un rostro sin estigmas con habla y audición correcta, autoestima y equilibrio emocional adecuado, para su integración social.
- Proporcionar asistencia y ayuda inicialmente a padres de niños portadores de fisura y posteriormente se establecerá un programa de tratamientos para cada caso.
- 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.
- Crear espacios de participaciones, en donde los padres o personas a cargo de los niños, los acompañen en el proceso.
- Rehabilitar, estimular y potencializar el desenvolvimiento general de los niños con fisura.
- Lograr una interacción e interconsulta médica con cirujanos dispuestos a contribuir con las cirugías.
- Interconsulta permanente con especialistas de otras áreas para enriquecer los tratamientos.

## 11.1. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de este trabajo, se llevo a cabo una selección de técnicas para determinar las apropiadas para el ámbito de estudio, como así también aquellas que pudieran aportar el máximo de información teniendo en cuenta a su vez el tiempo disponible, los recursos, el conocimiento previo acumulado sobre el tema específico y el grado de encadenamiento del estudio concreto con otros.

Entendemos por técnicas a los procedimientos de actuación concreta y particular de recogida de información relacionada con el método de investigación que estamos utilizando.

Las técnicas cualitativas, nos proporcionan una mayor profundidad en la respuesta y así una mayor comprensión del fenómeno estudiado, son de más rápida ejecución, permiten más flexibilidad en su aplicación y favorecen establecer un vínculo más directo con los sujetos.

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

- La observación participante: Concretamente en este trabajo, la observación participante consistió en parte del trabajo desarrollado durante las prácticas profesionales, fue un periodo aproximado de tres meses (de septiembre a noviembre del año 2016) consistió en la participación de las sesiones psicológicas (psicoprofilaxis)<sup>1</sup> de niños hasta 5 años de edad con fisura de labio alveolo palatina con el profesional, como así también en demás actividades llevadas a cabo por la fundación. En donde se pudo tomar contacto tanto con los niños que asisten a la fundación, como con sus familiares y con los profesionales de la misma.

---

<sup>1</sup> Se entiende por sesión psicológica a encuentros semanales de 30 a 45 minutos en el caso de los niños. El objetivo de las mismas es la psicoprofilaxis, donde por medio del juego se van elaborando las cuestiones relativas a la fisura.

- Entrevista: Las empleadas fueron de tipo semiestructuradas, estas se caracterizan por presentar un mayor grado de flexibilidad ya que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades, permite ir entrelazando temas.

Estas entrevistas fueron realizadas tanto a profesionales de la institución, por medio de las cuales pude acceder al conocimiento de los fundamentos de la institución, características de su trabajo interdisciplinar, ampliar la información ya conocida, como así también acceder al conocimiento de algunos casos de niños su evolución y modo de abordaje.

También, a su vez, realice entrevistas a madres de niños con fisura de labio alveolo palatina que concurren a la fundación acompañando a sus hijos; por medio de las cuales, pude conocer desde su propia perspectiva todo el proceso por el cual atraviesan, emociones que acompañan, características particulares de cada situación y etapa del desarrollo de sus hijos y demás aspectos que son esenciales para poder desarrollar la temática de este trabajo de investigación.

Para la realización de este trabajo de investigación se realizó una articulación entre las técnicas nombradas, aportes teóricos de diversos autores y los conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera.

La recolección de datos tuvo lugar desde el mes de Septiembre hasta el mes de Noviembre todos los días jueves del año 2016.

La muestra tomada estuvo constituida por 5 niños de 1 a 5 años de vida, con FLAP que concurren a la fundación Gavina. Como así también por madres de estos niños que los acompañan a la fundación.<sup>1</sup>

Este proceso se llevo a cabo hasta lograr la saturación teórica, es decir, el límite que nos indica cuándo finaliza el muestreo; esto significa que ninguna

información adicional se hallará por la cual el investigador pueda desarrollar propiedades de la categoría, el material cualitativo deja de aportar datos nuevos. A medida que ve ejemplos similares una y otra vez el investigador adquiere confianza empírica de que una categoría está saturada. Se alcanza la saturación teórica mediante la conjunta recolección y análisis de los datos. Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company,

---

<sup>i</sup> Se entiende por sesión psicológica a encuentros semanales de 30 a 45 minutos en el caso de los niños. El objetivo de las mismas es psicoprofilaxis, donde por medio del juego se van elaborando las cuestiones relativas a la fisura.

---

## **12. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**

El propósito de la realización de este trabajo era indagar el rol del psicólogo en el proceso de constitución de la imagen del cuerpo en los niños con fisura labio alveolo palatina. A partir de los resultados obtenidos puedo concluir que principalmente se trata de un rol complejo, porque tiene como objeto de su accionar no solo al niño con FLAP, sino a dos sujetos, la madre y su bebe y como resultado de su interacción la relación entre ambos, y como el proceso de construcción de la imagen del cuerpo depende de esta relación.

Pude comprender una parte de la compleja tarea del psicólogo y como su accionar impacta no únicamente en la persona en cuestión, en este caso el niño con fisura, sino también en su familia, ya que para que un niño pueda alcanzar determinados logros dependerá de la posición que ocupe ese niño en su familia, de la capacidad que tenga cada familia de afrontar, atravesar y elaborar la pérdida de este niño que no nació como se esperaba, para poder alojar en su deseo a este niño real que en esta escena reclama que se construya un lugar con ideales y expectativas para él. Por lo que en esta área el trabajo del psicólogo es imprescindible, ya que las madres, a pesar del avance de la información y facilidad de acceso a la misma, no están preparadas para hacer frente al nacimiento de un hijo diferente al imaginado, parece constarles más el adaptarse a esta situación inesperada respondiendo con altos niveles de ansiedad, por lo que es por demás necesario el que puedan contar con profesional psicólogo que las ayude a elaborar estas cuestiones y así poder estar totalmente disponibles para ese niño. Esta es una tarea ardua para el psicólogo, pero que todavía no le es reconocida del todo, ya que todavía muchas familias no le dan la importancia que merece, abandonando los tratamientos una vez que su hijo ha sido operado.

A su vez con respecto al proceso de constitución de la imagen del cuerpo de los niños con fisura, este no presentaría alteraciones, si es que el niño puede encontrar un otro que lo desee y lo posicione en el lugar de hijo, con todas las potencialidades y capacidades que posee. Al mismo tiempo si se presenta un

---

retraso en el pasaje de la fase psicosexual oral a la anal, todo esto relacionado con la ansiedad puesta en el área de la boca por las operaciones y la atención de los demás puesta en esta zona, haciendo aplazar en el tiempo el pasaje de zona erógena.

A partir de todo esto, considero como fruto de mi trabajo la realización de las siguientes propuestas:

Realización de campañas de concientización sobre la importancia de recibir ayuda psicológica temprana para los padres de niños con fisura para que durante el embarazo puedan ir desde ya elaborando todos los sentimientos ambivalentes, culpa, angustia que les genere el nacimiento de un niño con fisura. Y a su vez la importancia de que el niño con FLAP pueda acceder a atención psicológica, mostrando las ventajas y mejoras que sus efectos tienen en los niños.

Promoción de talleres grupales de padres, en donde guiados por un profesional psicólogo puedan poner en común su situación, ir elaborando en grupo temáticas que les preocupan a todos, sirviendo como fuente de identificación y contención mutua, brindándoles un espacio para ir aprendiendo unos de otros, y poder sentirse parte de un grupo.

También concientizar a los demás profesionales de la salud sobre la importancia del psicólogo y del trabajo interdisciplinario en niños con FLAP.

Con respecto a la imagen del cuerpo destacar la importancia que tiene la madre en su proceso de formación y la necesidad de intervención de un psicólogo para ayudar a esta mamá a cumplir adecuadamente con su función en el desarrollo de la imagen corporal de su niño.

---

### 13. BIBLIOGRAFIA

- APA. (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- Arguijo, S. (2013). *Imagen corporal por la promoción de la salud y la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Junio 2017, de Fundación Imagen y Autoestima Sitio web: <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/imagen-corporal>
- Ayensa, J. (2011). *¿Que es la imagen corporal?* Revista de humanidades “cuadernos del marqués de san Adrián”, 20, Nº 2, Págs. 353-366.
- Dabas, Elina. (2001) cap. “La intervención en red”, Red de Redes. Las practicas de la intervención en Redes Sociales. Ed. Paidos, Bs. As.
- Dolto, F. (1994). *La Imagen Inconsciente del Cuerpo*. Paidos
- FISHER, S. (1990): “*The Evolution of Psychological Concepts about de Body*”. En T.F, Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change*, pp. 3-21. New York, the Guilford Press.
- Franco, A.; Oliveto, G. (2006). *La construcción del Cuerpo; la Constitución Subjetiva en el campo de los problemas del desarrollo*. Junio 2017, de Comunidad PSICOPSI Sitio web: <http://psicopsi.com/construccion-Cuerpo-Constitucion-Subjetiva-campo-problemas-desarrollo>
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. Tomo I: Biblioteca Nueva.
- Lagache, Daniel y otros autores. (1964) *Manual de Psicología Social*, tomo I, Eudeba- Buenos Aires.
- Leonhardt, M. (1992). *El bebe ciego*. Barcelona: Masson
- Levin, E. (1991). *La clínica psicomotriz. El lenguaje del cuerpo*. Argentina: Nueva Visión.
- Levin, E. (2003). *Discapacidad, Clínica y Educación*. Argentina: Nueva Visión.

- 
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
  - Ministerio de Salud de Chile. (2009, Octubre). *Guía Clínica fisura labiopalatina*. . Ministerio de salud, guía clínica, 1, págs. 5 - 135. Junio 2017, De Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública Base de datos.
  - Raich, R. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Piramide.
  - Rugna de Connolly, A. (2006, Junio 4). *Deseo de hijo... ¿bebe ideal?* Subjetividad y procesos cognitivos, Pág. 73-93. Junio 2017.
  - SCHILDER, P. (1950): *The image and appearance of the human body*. N. York, International Universities Press.
  - SLADE, P.D. (1994): “*What is body image?*” Behaviour Research and Therapy, nº 32, pp. 497-502.
  - THOMPSON, J.K. (1990): *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York, Pergamon Press.

---

## 14. ANEXO

En este apartado se encuentran copias de las entrevistas realizadas para la elaboración de este trabajo.

### Entrevista a madre n° 1

**1. ¿Cuál es la edad de su hija?**

Mi hija tiene 3 meses de vida

**2. ¿Cuándo recibió el diagnóstico de fisura?**

Durante el embarazo en las ecografías que me hacían ella se tapaba la carita entonces no pudieron diagnosticarla con fisura, recién cuando nació, los doctores me dijeron que había nacido con fisura y que tenía que permanecer unos días en la neo.

**3. ¿Cuál fue su reacción frente este diagnóstico?**

Yo tenía miedo porque no sabía cómo iba a poder manejarme con ella, es mi primera hija y a los nervios de el primer bebe se le sumaba este problemita. Mi esposo me acompañó mucho durante este momento y es como que juntos vamos aprendiendo y perdiendo un poco los miedos. Nos asustamos mucho cuando se ahogo por primera vez, el doctor ya nos había explicado un poco, pero lo mismo nos dio mucho miedo, y poco a poco vamos desenvolviéndonos mejor creo.

**4. ¿Poseía información sobre fisura cuando le dieron el diagnóstico de su bebe?**

Como recién nos enteramos de que tenía fisura cuando nació no hubo diagnóstico temprano y nosotros sabíamos de que hay personas que nacían con fisura pero la verdad que no teníamos información sobre el tema, es algo nuevo para nosotros.

**5. ¿Cómo llegó a la fundación Gavina? ¿En qué siente que la ayuda concurrir a este lugar?**

Nosotros llegamos a la fundación cuando la nena nació, los médicos nos la recomendaron y vinimos. La verdad que nos ayuda mucho porque vamos

---

aprendiendo como manejarnos, las cosas y cuidados especiales que necesita la nena.

**6. ¿Cómo describiría a su hija? (forma de ser)**

Y ella puede hacer todo lo que hace un niño “normal” me sorprende que algunas cosas las hace antes que los otros niños, es como que esta más avanzada.

**7. ¿Usted pudo amamantar a su hija?**

No pude por problemas en los pezones, tampoco tenía leche.

**Entrevista a madre n°2**

**1. ¿Cuál es la edad de su hijo?**

Mi hijo tiene 5 meses

**2. ¿Cuándo recibió el diagnóstico de fisura?**

En las ecografías se tapaba la cara con las manos y la doctora no pudo verlo bien, así que yo fui a tener a mi hijo pensando que mi era normal, que no iba a tener ningún problema, hasta que cuando nació el doctor me dijo que tenía fisura y que tenía que quedarse varios días en neonatología para que lo revisaran.

**3. ¿Cuál fue su reacción frente este diagnóstico?**

Cuando el doctor me dijo que había nacido con fisura es como que me bloqueé, no sabía qué hacer ni que decir, estaba preocupada por mi bebe porque lo habían llevado a la neo, y tenía problemitas. Después cuando le dieron el alta empecé a preocuparme por otras cosas, no sabía si iba a poder cumplir con mis funciones, si iba a poder atenderla y cuidarla bien, era como que seguía bloqueada y me empecé a cuestionar muchas cosas, estaba sola y me ha sido muy difícil

**4. ¿Poseía información sobre fisura cuando le dieron el diagnóstico de su bebe?**

No tenía nada de información porque ningún pariente mío ni amigo o conocido tenía fisura así que era la primera vez

**5. ¿Cómo llego a la fundación Gavina? ¿En qué siente que la ayudo concurrir a este lugar?**

---

6. Cuando le dieron el alta de neonatología llegamos aquí (la fundación) y bueno aquí tenemos todo, odontóloga, psicóloga, médicos, entonces nos ayuda mucho a nosotros tener todo en un mismo lugar y no tener que ir de un lugar a otro

**7. ¿Cómo describiría a su hijo? (forma de ser)**

El es muy inquieto, está jugando todo el tiempo, se mueve para todos lados.

**8. ¿Usted pudo amamantar a su hijo?**

No lo amamante porque yo tengo un problema en los pezones que hace que el no pueda succionar entonces le doy mamadera solamente.

**Entrevista a madre n°3**

**1. ¿Cuál es la edad de su hijo?**

Y mi hijo tiene 7 meses ya, creció rápido y mucho

**2. ¿Cuándo recibió el diagnóstico de fisura?**

3. Yo recién me entere que mi hijo iba a nacer con fisura en el momento del parto, ósea cuando nació el doctor me dijo que tenía fisura. En las ecografías no salía nada porque él no mostraba su cara, era como que se tapaba todo el tiempo.

**4. ¿Cuál fue su reacción frente este diagnóstico?**

5. Y no sé, ha sido muy difícil para mí porque yo esperaba que mi hijo naciera sano. Tenía mucha ansiedad porque no sabía cómo era, nunca me había esperado que nazca con fisura. También tenía mucho miedo porque no sabía si iba a estar bien o que iba a necesitar.

**6. ¿Poseía información sobre fisura cuando le dieron el diagnóstico de su bebe?**

7. No tenía nada de conocimiento del tema, recién me entere de la fisura cuando nació así que no pude acceder a ningún tipo de información, recién cuando le dieron el alta, porque estuvo tres días en neonatología, busque algo por internet.

**8. ¿Cómo llego a la fundación Gavina? ¿En qué siente que la ayudo concurrir a este lugar?**

9. El doctor que me atendió me comento de la fundación. Aquí pude tener más información, aprender muchas cosas y disminuir un poco toda esa ansiedad que tenía.

**10. ¿Cómo describiría a su hijo?**

---

El es muy travieso, inquieto, pero muy bueno se porta bien

**11. ¿Usted pudo amamantar a su hijo?**

Si lo amamante, no tuve ningún problema, ahora lo sigo amamantando.

**Entrevista a madre n°4**

**1. ¿Cuál es la edad de su hijo?**

Mi hijo tiene 9 meses

**2. ¿Cuándo recibió el diagnóstico de fisura?**

A mí me hicieron muchas ecografías, la 4D todo, pero en ninguna se dejó ver la cara, se tapaba, entonces cuando nació me dijeron que tenía fisura

**3. ¿Cuál fue su reacción frente este diagnóstico?**

Yo tenía mucha ansiedad, al principio me sentía como desbordada, no sabía qué hacer o cómo manejarme con este bebe, y de a poco, con ayuda de los profesionales de aquí de la fundación y con el tiempo fui aprendiendo y teniendo más “cancha”

**4. ¿Poseía información sobre fisura cuando le dieron el diagnóstico de su bebe?**

Cuando él nació yo no sabía nada sobre fisura, después si busque en internet algo de información

**5. ¿Cómo llego a la fundación Gavina? ¿En qué siente que la ayudo concurrir a este lugar?**

Por medio de los médicos llegue a la fundación. Y aquí (en la fundación) me dieron mucha información, me enseñaron los cuidados que tengo que tener con él.

**6. ¿Cómo describiría a su hijo?**

Es muy inquieto, le encanta jugar en la vereda de mi negocio así que tengo que estar muy pendiente porque se quiere ir a la calle, se despierta muy temprano y ya quiere ir a jugar no se queda quieto.

**7. ¿Usted pudo amamantar a su hijo?**

No, porque no tenía leche, así que solo mamadera, pero ahora come de todo, no tuvo ningún tipo de problema con la comida.

**Entrevista a madre n°5**

**1. ¿Cuál es la edad de su hijo?**

Mi hijo tiene 11 meses

**2. ¿Cuándo recibió el diagnóstico de fisura?**

---

Al principio en las ecografías no se dejaba ver, en una de las ecografías la doctora me hizo esperar un tiempo hasta que por fin se dejó ver la cara y la doctora confirmó, porque parece que ya sospechaba algo, porque insistía en que esperáramos un rato para que en la ecografía salga su carita y bueno ahí nos dijo que iba a nacer con fisura.

**3. ¿Cuál fue su reacción frente este diagnóstico?**

Y para mí fue muy duro el enterarme de este diagnóstico, llegué a la fundación cuando estaba embarazada, tenía muy poca información y estaba muy angustiada, de a poquito, durante el resto de mi embarazo es como que me fui adaptando a la idea de que mi hijo iba a nacer con fisura, así que cuando él nació ya sabía más o menos como iba a ser todo el procedimiento, más o menos cuáles iban a ser sus necesidades, en qué cosas tenía que tener más cuidado en comparación con mi primer embarazo. Pero es algo que es difícil, él es normal pero a mí todavía me cuesta entender muchas cosas.

**4. ¿Poseía información sobre fisura cuando le dieron el diagnóstico de su bebé?**

Recibí mucha información de parte de los profesionales cuando llegué a la fundación, por lo que cuando mi bebé nació ya sabía más o menos como manejarlo y no me fue tan difícil. También busqué muchas cosas en internet.

**5. ¿Cómo llegó a la fundación Gavina? ¿En qué siente que la ayudó concurrir a este lugar?**

Me ayudó muchísimo contar con el apoyo de profesionales durante mi embarazo, me contuvieron mucho, me ayudaron sobre todo a disminuir mi ansiedad, a pensar un poco más las cosas, a perder un poco el miedo. Ya sé que no tengo que sentirme culpable, la psicóloga ya me dijo que no es mi culpa, pero todavía sigo tratando de entender que no es mi culpa.

**6. ¿Cómo describiría a su hijo?**

Él es muy bueno, le encanta jugar con su hermano, este lo cuida mucho, comparten los juguetes. No se pelean, se llevan bien.

**7. ¿Usted pudo amamantar a su hijo?**

No lo amamante porque tengo problemas en los pezones que me hicieron que no pueda amamantarlo, así que tomó mamadera directamente.

---

**Entrevista a la ortopedista bucal de la Fundación Gavina: Roxana Elizabeth García**

**1. ¿Nota diferencias entre la madre que recién llega a la fundación con aquella que ya hace tiempo que asiste a la misma?**

Las madres van madurando, al principio es como si fueran “debiluchas”, con muchos miedos, que no saben si van a poder alimentar a su bebe o no, y a medida que el niño va creciendo se van haciendo más fuertes y también comienzan a darse cuenta de que su hijo puede. Se nota mucha diferencia también entre las madres que ya tienen antecedentes con lo que es la fisura, están mucho más “cancheras” en relación a aquellas madres que es la primera vez que se enfrentan con este tema.

Poco a poco se puede ver cómo va disminuyendo ese miedo y creciendo la confianza y la relación con sus hijos.

**2. Usted como odontóloga en el tratamiento de los niños, ¿en que pone más énfasis?**

En lo que se insiste es en las tetitas, que sean lo más blandas posibles, pero siempre teniendo en cuenta el poder económico la familia que se trate, para así no generarle más miedos, sino dándole más confianza.

En lo que hago hincapié principalmente es en la higiene de manos, uñas y boca. La frecuencia con la que vienen a mi consultorio varía en cada caso, algunos vienen una vez cada 15 días, otros dos veces a la semana, el cual sería el caso de los bebes.

**3. Su profesión genera muchos miedos y ansiedades sobre todo en los niños, en relación a esto, ¿usted nota diferencias entre niños con fisura y sin ella?**

Yo además de trabajar aquí, trabajo en un hospital, donde atiendo por lo general a niños sin fisura, por lo que comparándolos puedo decir que los niños con fisura por

---

lo general tienen más miedo al odontólogo que los otros niños porque ya tienen experiencias relacionadas a operaciones, a intervenciones relacionadas con la boca y toda esa zona de la cara, mientras que un niño sin fisura quizás su máxima experiencia en relación a la boca sea un dolor de muelas.

**4. ¿Se adoptan algunas medidas para disminuir estos miedos? ¿Cuáles?**

Sí, una forma de disminuir el impacto que genera para estos niños la visita al odontólogo, es usar chaquetas de colores o con dibujos, ya que ellos tienden a asociar las luces fuertes, las chaquetas blancas, con el temor relacionado a la cirugía

**5. En relación al carácter o forma de ser de los niños con fisura, ¿podría decir que estos son más tímidos?**

No son más tímidos, creo que eso depende ya de la personalidad de cada uno, pero su llegan comentarios de que sufren más bullying que otros niños en la escuela.

**6. ¿Por qué cree que sufren más bullying?**

Principalmente porque los ven diferentes, les ponen sobrenombres burlescos como “doble labio” o “beso partido” “medio beso”, etc. A veces también las maestras lo estimulan indirectamente por ejemplo al evaluarlos oralmente.

**7. ¿Cómo cree que tienden a reaccionar a estas burlas?**

Y más o menos como todo niño, por lo general aguantan, aguantan hasta que llega un momento en el que al no poder expresarse de otra forma, terminan reaccionando violentamente.

**8. ¿Cuál es su opinión en relación a la presencia de distintos profesionales en la fundación?**

Y es una forma en la que se da mucha contención desde la fundación a las familias, pero muchos papás todavía no se dan cuenta de la importancia de tener toda la atención en un solo lugar.

---

## **Entrevista al psicólogo de la Fundación**

### **1. ¿Como definiría el rol del psicólogo en la Fundación Gavina?**

El psicólogo en la fundación forma parte de un equipo interdisciplinario, en el cual junto con odontólogos, médicos, asistentes sociales, fonoaudiólogos elaboramos un plan de trabajo para cada niño que llega y así conjuntamente poder darle la mejor atención, de acuerdo a sus necesidades.

### **2. ¿Cual es la tarea que cumple el psicólogo con niños de 2 a 5 años de edad que tienen fisura?**

Principalmente la tareas del psicólogo con niños de estas edades es favorecer la mentalización y elaboración del acto quirúrgico, poniendo en palabras o escenificaciones lúdicas, el sufrimiento, fomentando la recatectización del cuerpo dañado y del entorno. Se procura favorecer la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento eficaces, aportando elementos que movilicen los mejores recursos para fortalecer el Yo, lo que le permitirá al niño sobrellevar mejor las transformaciones que conllevan las cirugías y tener una buena evolución post-quirúrgica.”

### **3. ¿Como definiría su trabajo en relación a los niños menores de 2 años de edad que tienen fisura?**

Se trata de un trabajo de estimulación en donde por medio de masajes específicos se motiva el desarrollo del bebe. Principalmente se dirigen a estimular el desarrollo psicológica al ir ayudando al bebe a lograr su unificación corporal, el

---

conocimiento de sus límites y su relación y manejo del entorno, postergación de la satisfacción.

**4. ¿Como es el trabajo del psicólogo en relación a las madres de los niños con fisura?**

El psicólogo cumple una tarea psicoprofiláctica, también ayuda a disminuir la ansiedad y la angustia que presenta la mamá y trabajando con ella para ir elaborando el duelo por ese hijo ideal. Es una tarea de contención también.

**5. Para usted ¿que significa la fundación Gavina para los chicos que vienen aquí?**

Los chicos que vienen a la fundación encuentran aquí un lugar de encuentro, e donde no se sienten diferentes, sino que son parte del grupo, Gavina funciona como un lugar de pertenencia para estos chicos, haciéndolos sentir como uno más.