

Modelo clínico-educativo de atención psicológica para pacientes con labio y paladar hendidos

Dra. María Gabriela Martínez Montes,* Lic. Psic. Ana Elisa Espinoza,** Dra. Alicia Sigler***

RESUMEN

Este trabajo presenta la propuesta del protocolo para poder ser utilizado para la atención en el Área Psicológica dentro de las clínicas de labio y paladar hendidos de nuestro país. Para dar un enfoque del trabajo realizado se inicia con una breve introducción, contextualizando el modelo a seguir, los antecedentes más relevantes de la experiencia profesional para la elaboración del Modelo Clínico-Educativo que ha sido utilizado en el tratamiento de los pacientes de labio y paladar hendidos y sus familias en la Clínica del Hospital Infantil de las Californias en la ciudad de Tijuana, B.C. Se describe el objetivo general y los objetivos particulares para tener una visión de lo que se pretende lograr en la atención de los pacientes a través de una metodología basada en principios y fundamentos teóricos del desarrollo evolutivo, del proceso de terapia familiar sistémica y de la terapia de arte focalizando en los procesos creativos. Nos referiremos al flujograma como el proceso de intervención y evaluación clínico-educativa, el seguimiento y revaloración del desarrollo del niño, el proceso de intervención y evaluación del sistema familiar, así como los programas complementarios a la atención y tratamiento integral de los pacientes y sus familias.

Palabras clave: Clínica de Labio y Paladar Hendidos, psicología, terapia familiar, modelo clínico-educativo, terapia de arte.

SUMMARY

This work is a proposal of a protocol that could be used to treat psychological problems in patients with cleft lip and palate in our country. To focus on the subject, we start with an introduction, framing the proposed model and emphasizing the most relevant professional experiences that were the basis to elaborate the Clinical and Educational Model that has been used in the treatment of cleft patients and their families at the Hospital Infantil de las Californias in Tijuana, B.C. Mexico. A description of the general and specific objectives is given to have an idea what we want to achieve. The methodology based on the theoretical principles and basis of the evolutionary development, the systematic process of family therapy and art therapy based on creative processes. We will refer to flow chart as the process of intervention and the clinical and educational evaluation follow-up and reassessment of the child's development, the process of intervention and evaluation of the family system as well as complementary programs to treat the patient and his/her family as a unit.

Key words: Cleft Lip and Palate Clinic, psychology, family therapy, clinical-educational model, art therapy.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

El presente modelo de atención psicológica fue creado para responder a las necesidades de atención en la salud integral de los pacientes que solicitan los servicios de la Clínica de Labio y Paladar Hendidos (LPH) del Hospital Infantil de las Californias (HIC), en la ciudad de Tijuana, B.C. Desde el año 1994 se inició el trabajo interdisciplinario en la clínica de LPH del HIC; la atención psicológica se ha encauzado a favorecer

* Coordinadora del Área de Psicología y Terapeuta Familiar.

** Voluntaria en el Área de Psicología Infantil.

*** Directora.

Clínica de Labio y Paladar Hendidos, Hospital Infantil de las Californias, Tijuana, Baja California, México.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/cirurgiaplastica>

tanto el desarrollo del paciente como el apoyo en la reorganización de la estructura familiar, favoreciendo así su dinámica, y esto apoyará al tratamiento de los propios pacientes.

La intervención ha sido a través de diferentes estrategias y técnicas, que han sido modificadas y adaptadas de acuerdo a las necesidades reales y sentidas de nuestra población. Nuestra práctica profesional con un enfoque integral e interdisciplinario, la evaluación, reflexión y sistematización sobre la misma nos ha proporcionado los parámetros metodológicos para la creación de un modelo de atención clínico-educativo que a la vez de ser utilizado como filtro de evaluación, da el sustento para la intervención terapéutica. Por tal motivo, en este trabajo se comparte a manera de propuesta el protocolo de atención en el área de psicología para su valoración y posible adaptación en todas y cada una de las clínicas de LPH de nuestro país.

En la clínica de LPH del HIC, una de las finalidades del Servicio de Psicología ha sido trabajar, tanto con los pacientes como con su familia, sobre la aceptación de la situación diferente con la que le toca vivir al menor en la cotidianidad de la vida misma, enfrentando la curiosidad, el morbo y la ignorancia de las personas que se relacionan con éste. Apoyar al paciente en su socialización dentro de diferentes contextos es de suma importancia para favorecer el proceso de identidad a través del reconocimiento de sus potencialidades. Es conveniente que el pequeño vaya aprendiendo a enfrentar sus logros, éxitos, fracasos, aciertos y errores, que lo hagan valorarse por lo que realmente es como persona y no por lo que se ve físicamente de él. Entender que existen aspectos que se pueden modificar y que la belleza externa y funcional que se logra con sus intervenciones será aún mejor con el reflejo interior de sus emociones hacia el exterior a través de actitudes más funcionales ante la adaptación social.

El método de intervención que se ha utilizado en la clínica de LPH del HIC, está basado en el modelo clínico-educativo sistematizado en el Instituto de Profesionales de la Salud, S.C. (IPSPH), basado primordialmente en la metodología recomendada por la terapia de arte, utilizando como estrategia primordial los procesos creativos, tanto para la evaluación como para la intervención terapéutica y así poder atender a nuestros pacientes en tiempos más eficientes y con recursos más eficaces, sin etiquetar a los niños que participan en el proceso, sino dándoles las herramientas necesarias para su socialización y adaptación al medio como pilares para su recuperación, tanto física como emocional, que lo llevará al éxito a lo largo de su tratamiento.

En la generalidad de la población de niños y adolescentes con labio y paladar hendidos, es importante presentar la propuesta de trabajo para la atención en el área de psicología dentro de las clínicas de LPH, con base en el modelo de intervención clínico-educativa para el niño diferente, el cual nace de la experiencia obtenida de la práctica profesional tanto dentro del ámbito privado en IPSPH, desde el año 1993, como en el comienzo de la clínica de LPH del HIC, en 1994, con la finalidad de obtener un modelo de atención más acorde a la realidad vivida por cada uno de los pacientes y sus núcleos familiares y así hacer más eficientes los procedimientos para el tratamiento integral de los pequeños que acuden a una clínica de LPH.

Este modelo se crea con base en la necesidad percibida en los últimos años a través de la consulta dentro de los contextos médico, psicológico y escolar, los que apoyan a la detección de los pequeños que presentan una situación diferente, entendiendo como niño diferente a todos y cada uno de los que estén viviendo una situación distinta al desarrollo esperado dentro de los parámetros señalados por los estudiosos del desarrollo humano, como Freud, Erickson, Piaget y Adler,¹⁻⁴ en todas y cada una de las áreas, como cognición, motricidad, lenguaje y socialización; esto en relación inherente con lo emocional, afectivo y espiritual, aspectos que pueden ser evaluados de acuerdo a pruebas, escalas e instrumentos que miden dichos aspectos. Muchos niños con LPH caen dentro de estos parámetros.

Intervención clínica-educativa

Se obtiene de la sinergia entre los procesos utilizados tanto en la psicología clínica como en los métodos de la psicología educativa, en los fundamentos de la pedagogía de Freire⁵ y los principios de la teoría de Adler.⁶ Su método básico es el de la «investigación participativa», que parte de la propia experiencia dentro de los contextos de pertenencia y referencia de los pacientes, logrando la adquisición del conocimiento como algo activo, participativo y reflexivo,⁷ elaborando los constructos cognitivos que dan la pauta para ser platicados, reflexionados e interpretados en la evolución del mismo proceso de intervención. Al mismo tiempo que se favorece el proceso catártico de emociones y sentimientos, según los principios de Freud,⁸ se reestructuran los esquemas cognitivos de asimilación y acomodación dichos por Piaget,⁹ favoreciendo así su socialización a través de la modificación de conductas dentro del proceso grupal, que favorecen la obtención de las tareas psicosociales del desarrollo según Erickson.¹⁰

Objetivo general: Brindar a los niños un ambiente de confianza y seguridad que los invite a lo-

grar la autonomía necesaria para su edad y su situación personal, y de esta manera, estimular su iniciativa, creatividad e imaginación que los lleve a ser competentes y afanosos en el quehacer cotidiano, logrando así una adecuada adaptación al medio ambiente escolar y familiar, además de trabajar sobre la aceptación de su diferencia física y funcional como parte de sí mismos.²

Objetivos particulares: Se pretende adaptación al medio ambiente escolar y familiar; aprendizaje significativo para la vida; fortalecimiento de su confianza básica, seguridad de sí mismo y del mundo que lo rodea, y autonomía para el logro de iniciativas y competencias en tareas cotidianas; conocimiento y comprensión de su ser y estar en el mundo, de su hacer y tener en la vida, de su pensar, sentir y actuar en la colectividad, y de su soñar en la individualidad.⁴ Favorecer sus habilidades, aptitudes y capacidades para el aprendizaje; lograr sentir, percibir y aprender del mundo externo a él, para poder asociar, comparar, memorizar, representar, interpretar y utilizar el conocimiento adquirido ante las nuevas situaciones que se le presentan en la vida. Poder construir el conocimiento necesario para él y así favorecer su adaptación social, por medio de la asimilación y la acomodación de la experiencia personal a su vida cotidiana.³

Objetivos específicos: Ayudar al desarrollo de la individualidad, fomentando una personalidad creativa y de iniciativa. Enfrentar al ser humano con problemas prácticos que se deben resolver. Ayudar a desarrollar la habilidad para la resolución de conflictos y organización de ideas. Favorecer la comunicación y la expresión verbal a través de imágenes visuales. Facilitar la expresión de los sentimientos. Favorecer la expresión espontánea, comunicación, percepción y organización espacio-tiempo. Fortalecer la autoestima a través de clarificar la identidad personal. Desarrollar el potencial artístico.

Metodología: En el proceso de atención al niño y su familia se van realizando observaciones, registrando datos e interviniendo terapéuticamente, lo cual nos proporciona los parámetros necesarios para la evaluación diagnóstica del paciente identificado (PI) y de su contexto familiar, así como de su ámbito social, pudiendo de esta manera ir modificando conductas y actitudes en los pequeños, orientando a los padres mediante la focalización de la situación presentada ante el motivo de consulta (*Figuras 1 y 2*).

Flujograma de intervención

Se recibe al niño dentro de la sesión interdisciplinaria de la Clínica de Labio y Paladar Hendidos (LPH) y se efectúa observación e interacción con el niño y

sus acompañantes, por lo regular alguno de sus padres y/o familiares cercanos. Intervención en crisis cuando el caso lo amerita. Entrevista a los padres de familia. Se canaliza el paciente a la intervención clínico-educativa para su evaluación y proceso terapéutico, focalizando la situación del pequeño. Integración al trabajo grupal para la intervención. De seis a 10 sesiones en grupo. Observación clínica-educativa. Valoración y entrega de resultados. Dependiendo de las circunstancias se elabora el programa individualizado para practicar: supervisión semanal o quincenal, según el caso; integración escolar; seguimiento escolar; revaloración trimestral, y ajuste del programa individual según la situación del caso.



Figura 1. Grupo de niños trabajando con procesos creativos para su evaluación y tratamiento en el Hospital Infantil de las Californias.



Figura 2. Grupo de padres de familia participando en una sesión de terapia de arte, como apoyo al tratamiento del paciente identificado en el Hospital Infantil de las Californias.

Proceso de intervención clínico-educativa

La intervención clínico-educativa se realiza con base en el motivo de consulta que los impulsa a pedir el apoyo terapéutico. La metodología de esta intervención es de tipo participativa y reflexiva, desarrollada básicamente en sesiones grupales. El proceso de intervención terapéutica conjuntamente con la del desarrollo integral, focalizando las áreas de motricidad, cognición, lenguaje, socialización y el aspecto emocional del pequeño, abarca de nueve a 13 sesiones, organizadas de la siguiente manera: entrevista con los padres; entrevista con el paciente; seis a 10 sesiones de trabajo grupal, y entrega del reporte de resultados del proceso de intervención.

La técnica de entrevista tiene como finalidad recabar los datos necesarios para contextualizar la situación del paciente identificado y de su ámbito familiar; el trabajo grupal permite a las psicólogas y terapeutas realizar la evaluación como primer filtro a través de procesos creativos y de la observación de la interacción social durante las sesiones grupales. Trabajar con procesos creativos e interacción social permite: intervenir terapéuticamente al pequeño, lograr la catarsis como expresión y manejo de sus emociones y sentimientos, acomodar algunos constructos cognitivos, como sus ideas, pensamientos y conceptos que pudieran estar provocando angustia y ansiedad durante el proceso de evaluación; obtener la observación, descripción, análisis e integración de los datos recabados dentro del proceso creativo realizado a través de técnicas de expresión, como dibujo libre, dibujo terapéutico, dibujo dirigido, pintura, *collage*, líneas de vida, analogía familiar con sensaciones, analogía familiar con sentimientos, fotografía familiar, narrativa tanto de historias como de cuentos y anécdotas, reconocer las imágenes internas que en el orden del amor, el niño ha ido formando a lo largo o corto de su experiencia de vida familiar y social,¹¹ inferir sobre el estado emocional del pequeño, a través de los pensamientos y sentimientos sentidos, percibidos y creados a través de dichas imágenes.

Debemos inducir a los pequeños a elaborar imágenes de solución a partir de las imágenes cristalizadas en el transcurso de las sesiones;¹² lograr la observación del pequeño en un ambiente grupal a través de interacciones tanto espontáneas como dirigidas, con figuras de autoridad y similares, las cuales nos dan la pauta para conocer y reconocer comportamientos que influyen en la conducta general del niño; utilizar diferentes técnicas y ejercicios en actividades didácticas para conocer las habilidades y capacidades del desarrollo, así como el nivel de aprendizaje que el niño ha obtenido hasta el momento de la evaluación.

También debemos hacer observaciones específicas, particulares y generales de cada uno de los trabajos

elaborados; observaciones de los comportamientos presentados tanto a nivel grupal como individual, evaluación estructural y dinámica del sistema familiar. Integración del reporte final que se proporciona por escrito a los padres en una sesión de entrega de resultados y se anexa una copia al expediente respectivo.

Seguimiento y revaloración del desarrollo

La valoración específica del desarrollo se efectúa siempre y cuando en la evaluación clínico-educativa los resultados arrojen datos con la posibilidad de que el niño curse con algún trastorno en alguna de las áreas de cognición, lenguaje, psicomotricidad y socialización, utilizando guías y escalas elaboradas para tal fin. Otra causa para realizar esta valoración sería algún reporte académico y/o conductual en el ámbito escolar. El procedimiento se da a través de seis sesiones de una hora cada una, teniendo previamente una entrevista con los padres, misma que nos dará la pauta sobre el contexto escolar donde se ha desarrollado el pequeño y elaboración de su historia clínica.

Si es factible se pide la cooperación de los maestros a través de cuestionarios sobre el comportamiento general del pequeño. Se entregan los resultados conjuntamente con la terapeuta familiar y la psicóloga que realiza dicha evaluación y se anexan al expediente correspondiente. Se discute el caso estipulando las estrategias terapéuticas.

El seguimiento del caso, tanto clínico como educativo, se da con base en los resultados obtenidos de las evaluaciones previas: emocional, social y de desarrollo; se canaliza a psicopedagogía en los casos que se requiera apoyar el rendimiento escolar y que previamente hayan tenido evaluación emocional, social y de desarrollo con su respectivo seguimiento.

Con estas rutinas generales de trabajo y las posibles modificaciones pertinentes según lo requiera cada caso en particular, hemos obtenido resultados satisfactorios logrando los objetivos en un alto porcentaje de nuestros casos, por lo que se recomienda valorar la conducta de la forma expuesta para lograr una adecuada habilitación/rehabilitación de los casos a nuestro cargo y adaptar la forma de trabajo a las condiciones de cada clínica en particular.

Proceso de intervención y evaluación del sistema familiar

Dentro de la Clínica de Labio y Paladar Hendidos (LPH) es indispensable trabajar con el entorno familiar del paciente, ya que como se mencionó anteriormente en los estudios realizados, la familia es clave para lograr el éxito del trabajo interdisciplinario en la salud integral de los pequeños.

A continuación se describen los pasos básicos que contiene el proceso de intervención en la psicoterapia familiar.^{13,14}

Inicial: En éste se da el primer contacto con la familia, con el objeto de realizar una evaluación que nos lleve a diagnosticar lo más adecuadamente la situación familiar; los aspectos importantes en este punto son detectar cuál es el problema, conocer los recursos con los que cuenta la familia, realizar un pronóstico, efectuar una evaluación para definir los objetivos de la intervención, elaborar un plan de trabajo y definir las estrategias a seguir.

Intermedio: Al tener claro el conocimiento sobre la familia se seleccionan las técnicas que se utilizarán en la intervención. Se inicia la ejecución de las técnicas requeridas para el logro de las metas propuestas a través de los objetivos específicos que lleven a alcanzar los objetivos particulares y así conseguir los objetivos generales que integran a su vez la meta definida al inicio del tratamiento con base en la evaluación obtenida.

Final: Se realiza una retroalimentación para conocer el balance entre los objetivos y los logros alcanzados. Se señalan los objetivos pendientes, se redefinen algunos de éstos, e incluso se establecen nuevos para así decidir tiempos de trabajo y el posible cierre del proceso.

Como todo sistema, la familia tiene una estructura que se organiza de tal manera que da por resultado su propia dinámica, la cual mantiene su equilibrio haciéndola funcionar y autorregularse ante las diversas situaciones con las que se enfrenta día con día. La llegada de un hijo con LPH conduce al sistema a la entropía, teniendo la oportunidad de transformarse y crecer en beneficio de todos sus integrantes o llevarlos al caos sin poder retroalimentar al cambio positivo después de la crisis,¹⁵ por lo que una evaluación adecuada del sistema es de suma importancia para apoyar a la familia hacia la recuperación del equilibrio y a la reestructuración de la estructura familiar. A continuación se detallan los parámetros necesarios para integrar una evaluación de la estructura y dinámica del grupo familiar lo más completa posible.

Parámetros de evaluación, estructura y dinámica familiar

Función familiar: Satisfacción de necesidades básicas, manejo de la autoridad, desarrollo de la autoestima, constancia, congruencia y consistencia.

Organización familiar: Tiempos, espacios, recursos, economía familiar, valores familiares, mitos familiares.

Patrones interaccionales y comunicación: Claridad, continuidad del tema, compromiso, acuer-

dos y desacuerdos, intención afectiva, calidad de las relaciones: ¿Quién habla a quién? ¿Quién interrumpe a quién? ¿Quién asume seguido el rol, en cuanto a cantidad y calidad?^{16,17}

Niveles de resolución de conflictos: Grados de acuerdo entre las personas en las que se presenta el conflicto, la capacidad de colaboración de las partes implicadas, nivel de negación que se tiene por temor a la solución, no se reconoce, se reconoce y se habla sobre el conflicto, se reconoce, se habla y se dan alternativas, se reconoce, se habla, se dan alternativas y se ejecutan, se reconoce, se habla, se dan alternativas, se ejecutan y se evalúan, se reconoce, se habla, se dan alternativas, se ejecutan, se evalúan y se toman decisiones.¹⁸

Patrones de solución del problema. ¿Qué han intentado? ¿Quién toma la iniciativa? ¿A quién han recurrido? Intentos, cuántos y cuándo, resultados.¹⁹

A continuación escribimos las observaciones, impresión diagnóstica y sugerencias para cada caso en particular.

Programas complementarios de orientación familiar y educación para la cultura: Nuestros pacientes de la Clínica de Labio y Paladar Hendidos del Hospital de las Californias, a través del apoyo de becas por parte de la Fundación «Connect Med International» y de IPSPH, han podido asistir a talleres y cursos para disfrutar y aprender a convivir con niños que tienen las mismas características, similares, o que no tienen alguna diferencia física o funcional, logrando así, la integración y adaptación social de nuestros pacientes, complementando el tratamiento integral de los pequeños que acuden a nuestra clínica. Con este esquema general incrementamos la socialización y abrimos panoramas más amplios para nuestros pacientes como parte de su tratamiento integral (Figura 3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde el año 2000, en el Instituto de Profesionales de la Salud, S.C. (IPSPH), en Tijuana, B. C., se decidió dar un giro a la atención de los niños que son intervenidos dentro de la psicología clínica y educativa por varios motivos y situaciones, encontrando que las principales causas de atención han sido trastornos de conducta por falta de límites dentro de la estructura familiar, desajuste emocional causado por la dinámica familiar, trastornos del desarrollo en las áreas de cognición, lenguaje, motricidad y socialización; déficit de atención, hiperactividad, trastornos de la comunicación, problemas en el aprendizaje, trastorno generalizado del desarrollo, separación y divorcio de los padres, enfermedad de algún miembro de la familia, y procesos de adopción.



Figura 3. Niños disfrutando del curso de verano como complemento a su tratamiento, apoyados por becas a través de la Fundación «Connect Med International» y del Instituto de Profesionales de la Salud, S.C. (IPSPH).

En general, todos estos aspectos han sido atendidos desde enfoques que focalizan el diagnóstico a través de baterías de pruebas, utilizando varias sesiones en la valoración del caso, mientras el paciente sigue presentando los síntomas propios a su situación que en ocasiones aumentan o empeoran durante el proceso de evaluación, perdiendo así un tiempo valioso para la intervención directa hacia el motivo de consulta por el cual asisten los padres, o por el que han sido canalizados por la escuela. Por ello la experiencia lleva a los profesionales de la salud de IPSPH, a la sistematización de la práctica profesional,²⁰ dando como resultado el modelo clínico-educativo de intervención y evaluación para la atención del niño diferente, a través de la terapia de arte y procesos creativos.

Contextualizando la terapia de arte según Dalley, se menciona que «El arte proporciona alivio, disfrute, juego, catarsis, salpicar y manchar con los materiales, aspectos a menudo esenciales para los niños cuyo desarrollo emocional se ha visto gravemente afectado».²¹

La terapia de arte nace como un compromiso en el ámbito social, clínico y educativo, que indaga el conocimiento interior del ser humano a través del proceso creativo, proceso especialmente útil cuando el ejercicio de la palabra no basta o no es suficiente. La actividad artística proporciona un medio concreto a través del cual una persona puede lograr expresarse tanto consciente como inconscientemente en un mismo espacio y tiempo, pudiendo emplearse esto como un valioso agente de cambio dentro del contexto terapéutico.

La terapia de arte es un espacio abierto a la creatividad, que favorece el profundizar en el conocimiento de

nosotros mismos; a la vez, es una forma de terapia que partiendo de la expresión artística ayuda al abordaje y a la exploración del mundo emocional y psíquico, comprendiendo las actitudes personales que nos facilitan o dificultan la aceptación de uno mismo y la funcionalidad con el mundo exterior, además de aprender y reforzar los recursos personales que se tienen para optimizar la salud mental, emocional, física y espiritual.

Todos los seres humanos producen imágenes mentales. Las imágenes son un fenómeno de la mente experimentado por todas las personas, independientemente de su edad, cultura o escala social. Dichas imágenes tienen el poder de convocar a una vasta gama de sensaciones, emociones y sentimientos, que transportan a territorios internos ignorados por el ser consciente; sin embargo, son parte del ser mismo. La creatividad es la capacidad humana, que como proceso personal da forma a estas imágenes y está al alcance de todas las personas, aun aquellas que no tengan conocimientos ni práctica artística.

El dibujo y la pintura posibilitan una modificación en la dinámica interna de la persona, propiciando así un cambio adecuado para su forma de ser, estar y percibir el mundo que lo rodea. A través de la creación de imágenes plásticas, la persona evoca el conflicto de una manera simbólica, que al ser trabajado a través de las imágenes expresadas, el individuo puede actuar sobre la situación conflictiva, modificándose y transformándose para una mejor funcionalidad personal y social.

Las imágenes creadas visualmente pueden clarificar el mundo interno respecto a ciertos objetos y situaciones que son difíciles de decir y explicar, volviéndose menos amenazantes, que si son expresadas sólo de una manera verbal. Se pueden expresar los sentimientos y las experiencias a través de colores, formas, matices, elementos, grafismos, símbolos, figuras y configuraciones que dan por resultado la composición sobre el papel, lienzo o superficie elegida.

La composición elaborada, al ser observada, sentida y reflexionada por el autor, compartiendo las sensaciones, emociones, sentimientos e ideas con el terapeuta, puede ser un medio de comunicación muy poderoso y en ocasiones puede funcionar con mayor eficacia y eficiencia que la entrevista clínica a veces fría y con distancia del profesional de la salud. La creación de imágenes es un proceso que revela contenidos inconscientes que en la praxis del quehacer pictórico se establece un diálogo con nuestro interior, y al modificar plásticamente la imagen, al actuar sobre la obra, se produce un cambio, una transformación de lo que ella representa internamente. Si entendemos la creatividad como la capacidad de dar vida a nuevas ideas, de sortear barreras, de llegar más lejos dentro de noso-

tros mismos, valoraremos el potencial terapéutico que encierra la creación de imágenes plásticas.²²⁻²⁶ Dentro de la comunidad profesional se han realizado varios estudios, dentro de los que se destaca el interés por la depresión y la ansiedad como parte de la situación del pequeño con labio y paladar hendidos (LPH).

En el Hospital del Niño DIF, Hidalgo, se encuentra que de 16 pacientes con LPH estudiados, sólo dos presentan depresión severa, tres depresión leve y los 11 restantes no muestran síntomas depresivos, concluyendo que la situación de LPH no ocasiona en sí un trastorno depresivo. Esto depende más de la madurez alcanzada por el sujeto y de la situación específica en la que se encuentra.²⁶ En el Hospital Infantil de México «Federico Gómez», con base en el estudio realizado sobre la autoestima de los pacientes con LPH en la Universidad Centro Occidental «Lisandro Alvarado» en Venezuela,²⁷ Madrazo comenta que el niño con LPH siente rechazo por su imagen corporal, lo que le causa inseguridad en sí mismo, desconfianza hacia los demás y por ende dificultad en su socialización, tendiendo a ser agresivo o aislarse.

En la investigación realizada por Kong²⁸ sobre los indicadores emocionales más comunes en niños con LPH, utilizando la prueba del dibujo de la figura humana de Koppitz,¹⁰ descrita en dicha investigación, se comprueba que los niños con LPH sufren de timidez, extrema inseguridad, retraimiento, rasgos de depresión y pobre autoimagen; las causas posibles de estas características se infieren en relación con el trato que les de su familia y la sociedad en general. Para García, citado en Kong, los pequeños son aislados de la sociedad debido al miedo de los padres y de los niños a ser ofendidos por la comunidad, y en algunos casos por la vergüenza sentida por padres y cuidadores.²⁹ Este aspecto se considera como la ignorancia que en algunos lugares prevalece hasta nuestros días, de ahí la importancia para que se dé la orientación a la sociedad en general y en particular a la familia.

En el lineamiento técnico editado por la Secretaría de Salud,³⁰ se señala que el niño con fisura labiopalatina se puede encontrar en desventaja socio-académica en ocasiones, no por deficiencias cognitivas o emocionales, sino por la falta de información sobre este padecimiento, además de que los padres pueden bloquear su desarrollo por creencias erróneas, limitando su autonomía y creando dependencia e inseguridad. Los niños por su parte se sienten heridos, rechazados y desconfiados, lo cual les dificulta su socialización; en algunos casos se pueden presentar comportamientos de aislamiento o agresión.

En el estudio sobre las características psicológicas de los pacientes entre los 7 y 10 años con fisura

labio palatina del Hospital Pediátrico de Villa Clara, Cuba,³¹ la población estudiada tiene dificultades en las relaciones interpersonales, dependencia de la figura materna, sobreprotección, inseguridad, dificultades en la esfera escolar, inmadurez emocional, sentimientos de culpa, rebeldía e irritabilidad.

En nuestra Clínica de Labio y Paladar Hendidos (LPH), algunos de los pacientes pueden presentar los trastornos mencionados anteriormente, además de las características propias de su situación tanto física como funcional, que influyen en gran medida en su adaptación al medio y por ende repercuten en su salud emocional, afectando su comportamiento social y su rendimiento escolar. A lo largo de estos 18 años de trabajo los síntomas más comunes que se han encontrado en los pacientes con LPH son: falta de aceptación ante la imagen física, que influye negativamente en el proceso de identidad que se resuelve finalizando la etapa de adolescencia; bloqueo en el proceso de la formación de una autoestima sana; trastornos en el desarrollo del lenguaje que repercuten en su socialización y en su rendimiento escolar; conductas inadecuadas ante la autoridad, observadas en la falta de límites en su comportamiento social, y trastornos concomitantes del desarrollo basados en síndromes acordes a su diagnóstico, afectando esto al proceso de aprendizaje que ayuda a la adaptación de su vida cotidiana.

Estamos convencidos de que el modelo clínico-educativo de intervención propuesto es un método eficaz y eficiente para el tratamiento del niño diferente en general y en especial de los pequeños con LPH, pudiéndose observar el cambio de conductas y de actitudes de pacientes y sus padres en cuanto a la situación que se enfrenta.

La familia logra reorganizarse de una manera que favorece el tratamiento quirúrgico debido a la orientación familiar que ayuda al cambio de los constructos cognitivos que los padres expresan en ideas y pensamientos sobre la situación, además de compartir y acomodar las emociones y sentimientos ante el hecho de tener un hijo con LPH.

En los pequeños se logra dentro del proceso de intervención la catarsis de sensaciones, emociones y sentimientos, disminuyendo así su ansiedad a causa del temor y el dolor ante lo desconocido.

El trabajo grupal, como base esencial del modelo, facilita el proceso de socialización entre los pacientes, por lo que la percepción de sí mismo ante los demás eleva el nivel de su autoestima, logrando así ver reflejadas más sonrisas en los niños que participan en el grupo.

Al lograr obtener una evaluación del desarrollo de acuerdo con la etapa de vida y del contexto en que se

encuentra el paciente, se logra estimular su desempeño escolar, favoreciendo así su rendimiento escolar, su conducta y, por ende, su lenguaje y socialización.

La valoración de resultados y el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud, nos dan la pauta para ir modificando el modelo clínico-educativo en la práctica, descubriendo así nuevas estrategias y técnicas que enriquecen cada vez más la intervención psicológica, tanto individual, grupal como familiar a través de pautas y fundamentos de la terapia de arte, lo cual será motivo y base para realizar investigación en este campo.

Este protocolo también puede ser aplicado en distintas situaciones presentadas por pacientes en diferentes contextos, como es el tener una diferencia tanto física como funcional que afecta la adaptación del ser humano a la vida en general y en particular a los ámbitos familiar, escolar y laboral.

REFERENCIAS

1. Freud S. *Tres ensayos sobre teoría sexual*. 5ª Ed. Madrid, España: Alianza, 1980.
2. Erickson E. *El ciclo vital completado*. México: Paidós Studio, 1993.
3. Piaget J. *La Representación del Mundo en el Niño*. 1ª Ed., 9ª reimpresión, Madrid, España: Ediciones Morata, S.L., 2001.
4. Adler A. *El sentido de la vida*. México: Espasa Calpe, 1978.
5. Freire P. *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI, 1979.
6. Adler A. *La ciencia de vivir*. México: Diana, 1974.
7. Núñez C, Fals O, Caruso A. *Investigación participativa y educación popular en América latina hoy*. IMDEC. Guadalajara, México, 1990.
8. Freud S. *Introducción al psicoanálisis*. 8ª Ed, Madrid, España: Ed. Alianza, 1978.
9. Piaget J. *La psicología de la inteligencia*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Psique, 1975.
10. Erickson E. *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI, 1978.
11. Hellinger B. *Órdenes del Amor*. Barcelona, España: Ed. Herder, 2001.
12. Hellinger B, Bolzman T. *Imágenes que solucionan*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Alma Lepik, 2003.
13. Hoffman L. *Fundamento de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
14. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa Mexicana, 1985.
15. Bertalanffy L. *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1968.
16. Watzlawick P, Jackson D, Beavin J. *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires, Argentina: Tiempo Contemporáneo, 1971.
17. Satir V. *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax México, 1991.
18. Boszormenyi N, Gerald Z. *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
19. Haley J. *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1980.
20. Jara H. *Para sistematizar experiencias*. Costa Rica: Alforja, 1994.
21. Dalley T. *El arte como terapia*. Barcelona, España: Herder, 1987, pp. 33.
22. Fanning P. *Visualization for change*. New York: New Harbinger Publication, 1998.
23. Houston J. *The possible human*. New York: Putnams, 1992.
24. Kreidler W. *Creative conflict resolution*. London: Scott & Company, 1995.
25. Rubin E. *Approaches to art therapy*. New York: Brunner & Mazel, 1987.
26. Ortiz MI, Macías VGL, Sánchez RL, Ramírez AL. Ansiedad y depresión en niños con diagnóstico de labio y/o paladar hendido de la Clínica Craneofacial del Hospital del Niño DIF, Hidalgo, 2011. Revista electrónica de psicología. http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/article.php?id_article=155
27. Meléndez R, Pérez M, Pernalet V, Vargas E. *Autoestima del escolar con labio paladar hendido antes y después de la cirugía reconstructiva, perspectiva de la madre de barquisimeto*. Venezuela: Universidad Centro Occidental «Lisandro Alvarado», 2008.
28. Kong AB. *Indicadores emocionales más comunes en niños con labio leporino y paladar hendidos*. Guatemala: Universidad Francisco Marroquín, Departamento de Psicología, 2004.
29. Koppitz E. *El test gestáltico viso motor para niños*. Buenos Aires, Argentina: B Guadalupe, 1999.
30. Martín JD, Contreras LO, Díaz LS, Martínez OL, Sánchez HM. *Prevención, tratamiento, manejo y rehabilitación de niños con labio y paladar hendidos*. México, D.F.: Secretaría de Salud: Lineamiento Técnico. Programa «Contigo es Posible», 2006.
31. Alfonso C, Díaz R, Medina J, Hernández R, Villa S. Características psicológicas de los pacientes con fisura labio-palatina en Villa Clara. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara Dr. "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Facultad de Estomatología. *Revista Científica Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba* 2010.

Dirección para correspondencia:
Dra. María Gabriela Martínez Montes.
Calle Villaurrutia edif. F-8, Zona Urbana Río,
22010, Tijuana, Baja California.
E-mail: gabys_54@hotmail.com