

318525 3
2ej



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

1984 - 1988

**"DISTORSION DE LA IMAGEN CORPORAL EN NIÑOS
CON Y SIN LABIO PALADAR HENDIDO:
UN ESTUDIO COMPARATIVO"**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

AURA ESPERANZA ZARAUZ LOPEZ

ASESOR DE TESIS:

LIC. MARIA DEL ROCIO WILLCOX HOYOS

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

270790

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Paginación

Descontinua

- *Con todo mi amor por su importante e incondicional apoyo
a Jorge, Santi y Sebastián.*
 - *A mis padres
y mis hermanos Héctor y Rossana.*

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Justificación.....	10
Capítulo 1 Antecedentes históricos de la Imagen Corporal.....	11
Capítulo 2 Antecedentes históricos del Labio Paladar Hendido.....	26
Capítulo 3..Aspectos médicos del Labio Paladar Hendido.....	43
3.1 Procesos faciales y labio superior.....	43
3.2 Malformaciones congénitas.....	47
3.3 Corrección quirúrgica.....	53
3.4 Otras medidas de rehabilitación.....	59
3.5 Otros especialistas.....	65
Capítulo 4 Aspectos metodológicos.....	67
Capítulo 5 Resultados.....	77
Capítulo 6 Conclusiones.....	85
Bibliografía	93
Anexos.....	100

Resumen:

Esta investigación pretende determinar la diferencia en la distorsión de la imagen corporal, entre niños y niñas con y sin labio paladar hendido. La investigación se llevó a cabo con 30 niños y 30 niñas con labio paladar hendido y un grupo control de igual número que no presenta este padecimiento; el rango de edades fue de seis a nueve años once meses y todos los sujetos pertenecen a un nivel socio-económico medio-bajo. Se evaluó la distorsión de la imagen corporal con el test "Dibujo de la Figura Humana en los Niños" de Koppitz(1984). El diseño de la muestra fue de tipo no probabilístico intencional con una sola medición para más de dos grupos independientes. Se utilizó el análisis de frecuencia y porcentaje para conocer la distribución de los sujetos, la prueba χ^2 (chi cuadrada) para establecer diferencias en las categorías nominales y la prueba t para marcar las diferencias entre las variables atributivas: sexo, edad, residencia y coeficiente de inteligencia. De los resultados de esta investigación, y una vez aplicados los criterios metodológicos que se emplearon para la misma, se concluye que los niños con labio paladar hendido no presentan distorsión de su imagen corporal en las respuestas obtenidas en la entrevista. Sin embargo, en la observación, e interpretación de sus dibujos de la figura humana, sí se observan evidentes distorsiones que responden directamente a su padecimiento. Se pretendió demostrar la necesidad de una ayuda psicológica a estos niños y una buena orientación a sus padres para auxiliar en el tratamiento al labio paladar hendido, así como el conocimiento de los tipos de intervenciones quirúrgicas y tratamientos multidisciplinares. Se registran los mitos y creencias en torno al padecimiento, así como los accesos actuales para obtener información sobre el mismo.

Introducción:

*"Cuando miro se me ve por lo tanto existo.
Ahora puedo permitirme mirar y ver.
Ahora miro en forma creadora, lo que
apercibo y también lo que percibo.
En verdad no me importa no ver lo que no
está presente para ser visto".*

*D. W. Winnicott (1985)
Realidad y Juego.*

Actualmente, es de gran interés hablar de la imagen del cuerpo y de lo que el cuerpo puede proyectar, tanto interna como externamente. Se ha escrito mucho sobre cómo mejorar nuestra apariencia física —ya sea con vestimenta o ejercicios— o de cómo ser mejores con el mundo que nos rodea y con nosotros mismos.

Esto ha llegado a cambiar regímenes de alimentación y, en otros casos —con posibilidades económicas—, se ha llegado a las cirugías estéticas para dar una “mejor imagen”, más joven aunque por dentro se esté viejo.

La presente investigación encontró su motivación en un hospital infantil gubernamental, donde asisten niños con labio paladar hendido. Estos niños son sometidos a partir de los tres meses de nacimiento a cirugías de labio paladar y posteriormente, de paladar hendido, no con miras a proyectar una “mejor imagen”, sino para satisfacer la necesidad elemental de alimentarse.

Antes del nacimiento de sus hijos, los padres esperan y reciben al recién nacido con expectativas de vida, sexo y de conformación física que en ocasiones no coinciden con la que ellos imaginaban, provocando desilusiones o frustraciones. Desde el momento de su nacimiento el niño vive una serie de

cambios térmicos, alimenticios, ambientales, etc., que contribuyen a un futuro registro psíquico. Este registro se irá elaborando en la medida en que desaparece la barrera contra los estímulos, según Spitz (1983). En el caso del niño con labio paladar hendido, desde el momento de su nacimiento aparece una malformación que trae consigo una brusca adaptación al medio ambiente que lo rodea. Esta adaptación se ve complicada, ya que irrumpe en la barrera contra los estímulos, pues no contará con un desarrollo normal desde el momento en que no podrá prenderse del pecho de la madre y ser amamantado por ella. Aunado a lo antes mencionado, en el momento de ver al niño la madre encontrará una expresión extraña, sentirá culpa, tristeza, repulsión e incluso, enojo. La madre tendrá sentimientos encontrados que, probablemente, alterarán su depresión post-parto y que de una forma u otra será transmitida al infante.

Al no prenderse del pecho materno y, consecuentemente, no poder succionar, el niño tendrá que ser alimentado por gotero o cuchara. De acuerdo con Sariña (1982) el labio paladar hendido “se encuentra entre las malformaciones más comunes y en su mayoría, tienen causas genéticas, en donde se relaciona al paladar hendido con un gen dominante y al labio hendido con un gene anormal recesivo”.(p.22)

Los labios hendidos pueden ser unilaterales o bilaterales y pueden afectar solamente a tejidos blandos o acompañarse de lesiones al proceso alveolar. El tratamiento de labio paladar hendido es quirúrgico y la operación debe realizarse una vez que el niño cumpla tres meses de edad. Sin embargo, existen casos excepcionales en donde la operación se realiza antes de esta edad, ya que los padres desean una rápida o inmediata reparación del defecto físico de su niño. En estos casos, el médico familiar debe explicar a

los padres las conveniencias y beneficios de esperar a que el niño alcance una edad, con mayor constitución y peso, que aseguraría mejores resultados.

Durante todo este tiempo la supremacía de placer en la zona erógena oral, será minada ante la malformación. Esta problemática se deriva de que la zona con mayor pulsión placentera de esta etapa es la bucal y, por la malformación, se encontrará limitada. Bleichmar (1980) menciona que la fase oral se caracteriza por "el chupeteo como la búsqueda del placer", ya que el movimiento rítmicamente repetido de los labios no sólo procura satisfacer la necesidad de nutrirse, sino además le proporciona placer al infante. Más importante aún es considerar que a través del chupeteo el infante se encuentra ligado directamente a su madre.

En los niños con labio paladar hendido se rompe la posibilidad tanto del contacto directo con la madre, como la del placer que implica el chupeteo. Con esto observamos una alteración de una zona erógena de enorme importancia psicológica. Además de esta implicación, y como describe Schilder (1989), esta alteración afectará directamente a la imagen corporal ya que se limita el contacto de los orificios bucal y nasal con el mundo exterior.

Rincón (1971) ha definido a la imagen corporal como una estructura mental que "es dada en embrión en los primeros meses de la vida extrauterina" (p.21) y su elaboración será a través del ejercicio de la percepción, la sensación y adquisición de las necesidades básicas. Corroborando lo anterior, Doltó (1986) ha manifestado que esta imagen corporal es "la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, respectivamente vividas a través de las sensaciones erógenas".(p.21) De tal manera que podemos considerar a la imagen corporal como una representación propia de cada quien y que tiene íntima

relación con el sujeto y su historia personal. Por otro lado, es preciso recalcar que la imagen corporal no puede ser vista como algo separado del psiquismo; en el caso del niño, Ajuriaguerra (1983) asegura que “en las experiencias primarias no existe dicotomía alguna entre cuerpo y psiquismo”.(p.343)

La imagen corporal puede mutarse, dilatarse o retrasarse al introducir parte del mundo exterior dentro de sí. Se entiende que la imagen corporal se encuentra continuamente en construcción y reconstrucción por las influencias emocionales que llegan del exterior. Esta investigación intuye que la imagen corporal del niño con labio paladar hendido se verá distorsionada por las consecuencias de su alteración física y emocional que experimenta desde su nacimiento. De esta manera, el niño que padece la malformación de su labio paladar hendido proyectará su problemática para sí mismo, así como dentro y fuera de su núcleo familiar.

A través de estudios, como el realizado por Koppitz (1984) se ha observado que en el juego a través de los dibujos, los niños llegan a proyectar problemáticas similares a las que experimenta un niño con labio paladar hendido. Según Lebovici (1973) “los niños repiten en sus juegos aquello que en la vida les ha causado una intensa impresión” (p.105), llegando a sentirse “dueños de la situación” al liberarse de la energía interna que pueden llegar a provocarles estas impresiones. Por otro lado, Aberastury (1961) dice que en el juego “el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos, dominándolos mediante la acción” (p.32). En esta actividad el niño repite en el juego todas aquellas actividades excesivas para su yo débil, permitiéndole ejercer un dominio sobre objetos externos y volver activo aquello que sufrió pasivamente, “cambiar un final que fue

penoso, tolerarse papeles y situaciones que en la vida real le serían prohibidas desde dentro y desde fuera”.(p.32)

Durante las primeras etapas del desarrollo del niño, sobre todo en el aspecto emocional, el ambiente que lo rodea juega un papel determinante que en ese primer momento, forma parte esencial de él. El primer cambio ambiental objetivo ocurre cuando se produce la separación de la madre, según Winnicott (1985), “si no hay una persona que sea la madre, la tarea de desarrollo del niño resulta infinitamente complicada” (p.155). Es a partir de este momento que el niño se verá influido, afectado o reflejado por imágenes y situaciones; la familia desempeña un papel fundamental y primordial como espejo corporal del infante.

En el caso de niños con labio paladar hendido, el espejeo que se forma con su familia será de importancia trascendental para la formación o distorsión de su imagen corporal.

El interés por investigar la distorsión de la imagen corporal en niños con labio paladar hendido provocó inquietud por buscar investigaciones o referencias sobre conocimientos de este tema en el pasado. Se sabe que durante el siglo XVI se vivió un intenso encuentro de dos mundos que propició no sólo el mestizaje, cultural o político, sino también un mestizaje biológico y psicológico. La imagen corporal y espiritual de los hombres se transformó notablemente a partir de ese siglo: el encuentro conjugó tanto al lampiño con el barbado, como al desnudo con el cubierto de armaduras.

Desde los primeros años de estos dos mundos encontrados hubo un profundo interés por conocer casi todo lo que presentaban estas tierras y sus habitantes. Misioneros, protomédicos y autoridades virreinales se dieron a la tarea de recopilar datos referentes a plantas medicinales utilizadas en la terapéutica local. Este interés de la Colonia partió quizá de la simpatía o

rechazo que provocaron los sistemas o formas de curación empleados por los indígenas del México antiguo.

Las fuentes más importantes para el estudio de la medicina en el México antiguo son la obra de F. Bernardino de Sahagún (1547), el *Código Matritense* y el *Florentino* (1569), la obra de Martín de la Cruz (1552) y las investigaciones del protomédico Francisco Hernández (1615).

Esta investigación enumerará las principales obras que narran los antecedentes históricos de la conceptualización del labio paladar hendido y señalará vetas que contribuyan al conocimiento de las explicaciones o connotaciones populares que suscitan –aún actualmente– esta malformación.

A su vez, es preciso mencionar que existen muy pocos artículos actuales que refieran a la *imagen corporal con niños que presentan labio paladar hendido (LPH)*. Escalante (1982) realizó un estudio en donde desarrolla un instrumento que analiza las dificultades que tienen los niños con LPH al visualizar una imagen corporal. Broder y Strauss (1989) a su vez, realizaron un estudio en donde comparan puntajes de autoconcepto en niños con defectos visuales e invisibles, y también otro estudio en donde investigan los aspectos psicosociales relacionados con LPH. Clifford y Clifford (1986), investigan los problemas sociales relacionados con LPH, al igual que los psicológicos. Por otro lado, existe una investigación sobre las correlaciones psicológicas de hendiduras faciales, realizado por Tobiasen (1984) y, por último existe un estudio del impacto psicosocial de deformaciones cráneo-faciales, realizado por Lefebvre y Barclay (1982).

Esta investigación se enmarca teóricamente en los estudios que han demostrado las causas y cambios que puede experimentar la imagen corporal y se parte de la hipótesis de que en niños con labio paladar hendido aparecerá distorsionada su imagen corporal desde los primeros momentos de su

nacimiento; que se trata de una situación que se refleja con el medio que lo rodea y que puede ser expresada a través de los dibujos que realice.

Los niños a través de sus dibujos expresan sentimientos y realidades que los conforman. Se sabe que por medio de esta expresión los niños proyectan los traumas que han vivido. En los juegos, el niño llega a desplazar al exterior sus miedos y angustias. De esta manera, la presente investigación se valió de las expresiones dibujadas por 30 niños y 30 niñas con labio paladar hendido en un rango de edades de 6 a 9 años y cuya situación socio-económica fue de nivel medio-bajo, para medir la distorsión de la imagen corporal que proyecten en sus dibujos. A su vez, se realizó el análisis comparativo con otros niños de igual conformación y número, pero que no presentaban tal malformación.

El test que se utilizó para medir las diferencias significativas que existen entre los dos grupos estudiados fue el *Dibujo de la Figura Humana en los Niños*, diseñado por Elizabeth Münsterberg Koppitz (1984). Con estas herramientas la investigación cumplirá el propósito de medir la distorsión de la imagen corporal en niños y niñas con y sin labio paladar hendido.

Por otro lado, este estudio pudo contribuir a aclarar el ambiente de ignorancia y de explicaciones mágicas que rodean el padecimiento de labio paladar hendido. A lo largo de la investigación se observaron, tanto en los padres de familia con niños de labio paladar hendido, así como en el cuerpo médico que los atiende, una serie de explicaciones y de imprecisiones que corroboraron la desinformación e ignorancia que envuelve a este padecimiento. Esta situación genera desinformación que puede contribuir y repercutir en la imagen corporal.

Probablemente, si se llegara a formar un mejor conocimiento en torno a la problemática del labio paladar hendido, se mejoraría la conformación de la imagen corporal que presentan los niños que padecen esta malformación

El primer capítulo de esta investigación definió los antecedentes históricos de la imagen corporal, distintas posturas teóricas en torno a ella, y los elementos internos y externos que la conforman.

A continuación, el segundo capítulo versa sobre los antecedentes históricos del labio paladar hendido: las diferentes explicaciones mágicas, mitologías y cosmogonías que han intentado explicarlo en diversas culturas.

En el tercer capítulo se realizó un recorrido por los principales aspectos médicos del labio paladar hendido, los diferentes tipos de malformación, los tratamientos quirúrgicos y terapéuticos que se indican para sus causas aparentes, consecuencias y las formas o manejos médico-quirúrgicos que se indican para su tratamiento, así como algunas aportaciones.

El cuarto capítulo recoge los aspectos metodológicos que rodearon esta investigación y observa el desarrollo de la aplicación del test *Dibujo de la Figura Humana en Niños* de Koppitz, a los dos grupos estudiados. Los resultados que arrojó esta prueba fueron ponderados con la fórmula X^2 para más de dos muestras independientes y queda expuesta la explicación metodológica correspondiente.

Por último, el quinto capítulo muestra los resultados de las pruebas aplicadas y en el sexto se recogen las conclusiones obtenidas en la presente investigación. Se anexan algunos dibujos realizados por los niños y el cuestionario aplicado a los padres.

Justificación:

Debido a que existen numerosos casos de niños con labio paladar hendido en instituciones médico-sanitarias de nuestro país, esta investigación consideró importante el estudio general de este fenómeno. Se sabe que en el año de 1986-87 asistieron 116 niños con labio paladar hendido a un hospital infantil gubernamental, en el área de audiometría y en un hospital privado la frecuencia fué de labio 1:100 y de pladar 1:250 entre 1994 y 1996.

De esta manera, el interés se centró en los organismos gubernamentales que atienden a una población de niños y niñas que padecen esta malformación y que pertenecen a estratos socio-económicos medios y bajos.

La presente investigación encontró su justificación en que existe una gran necesidad de difundir el conocimiento general sobre labio paladar hendido, dado el nivel de desinformación e ignorancia que se ha percibido. Esta difusión debe incluir tanto a los médicos y al personal que colabora con ellos, como enfermeras, trabajadoras sociales etc., para un mejor manejo y tratamiento del padecimiento de sus pacientes, así como a los padres de los niños y niñas que padezcan esta malformación.

El buen conocimiento del padecimiento no sólo ayudaría a eliminar el pensamiento mágico que envuelve a pacientes y padres – y que nace de la desinformación –, sino que también podría cooperar en la transformación e integración de la imagen corporal que proyectan los niños con labio paladar hendido.

Capítulo I Antecedentes históricos de la Imagen Corporal.

Históricamente el concepto de imagen corporal se origina en el terreno de la neurología. Ambrosio Paré, en el siglo XVII, hizo alguna referencia a ciertas observaciones realizadas con fenómenos que seguramente antes también fueron detectados por eminentes médicos de la antigüedad en sujetos que sufrían amputaciones de alguna parte de sus cuerpos y que tenían sensaciones persistentes de que aquella parte amputada seguía siendo o seguía formando parte de ellos. Posteriormente, se le llamaría a esta sensación de tener el cuerpo que ya había sido amputado como “miembro fantasma”.

Hubo contribuciones importantes de Michell y Charcot, acerca de la intervención en la interpretación de lo que sería el funcionamiento central, responsable de persistencias sensoriales de aquellas amputaciones mencionadas. A fines del siglo XIX Sir Henry Head, aportó aspectos importantes del concepto de “esquema corporal” o de “modelo postural del cuerpo”. Para Head, el modelo que tenemos mentalmente de nuestro propio cuerpo reposa en nuestros cambios posturales. Su teoría se basó en la idea de que la corteza cerebral además de ser un órgano de función de la atención local, es también almacén de las impresiones pasadas. A su vez, estas impresiones pueden aparecer en la conciencia a la manera de imágenes, pero son más frecuentes ciertas impresiones, que quedan fuera del centro de la conciencia.

A partir de este momento, Head refirió que la corteza cerebral es donde se organizan y forman modelos de nosotros mismos y que estos a su vez pueden denominarse esquemas. Tales esquemas modifican las impresiones producidas por los impulsos sensoriales de nuevo ingreso, de tal modo que la sensación final de posición o localización emerge hacia la

conciencia impregnada con la relación de que algo ha sucedido anteriormente.

La presencia de esa integración a nivel central hace posible que el esquema corporal que tenemos de nosotros mismos, según quedó demostrado en investigaciones posteriores, transforma o hace aparecer a las lesiones periféricas como centrales. Es decir, por un lado se habla de la amputación de un miembro que va a ser la lesión periférica, y hace que persista el esquema postural, de movimiento y localización en su integración central. El individuo tiene la impresión de que ese miembro forma parte de su modelo corporal mental; dando como resultado la persistencia imaginaria de aquel miembro ya amputado.

Siguiendo con la cronología histórica de los conceptos, la teoría del esquema corporal pasa del dominio de la neurología al de la psiquiatría y al de la psicología. En la primera parte de este siglo, Paul Schilder, psiquiatra, psicólogo, (dentro del Gestaltismo), y filósofo, bajo la dirección de C.Lloyd Morgan, postuló la Teoría de la Evolución Emergente. Las ideas de Schilder no sólo se basaron sobre la imagen corporal o modelo postural del cuerpo de Head, sino su concepto de sensación, percepción, acción y otros fenómenos mentales enfocados a una psicología constructiva. La aportación de Schilder es una de las más importantes como compilador de Head para la teorización de la imagen corporal.

Otras aportaciones importantes del concepto de imagen corporal fueron las de los neurólogos con los descubrimientos obtenidos en su práctica profesional como son los casos de:

Bonnier (1900) quien reconoció explícitamente que la imagen corporal es un campo muy digno de atención científica. Introdujo el término de

“aschematia”, instancia en la que el individuo siente que su cuerpo ha desaparecido; como elaboración de la parte amputada del cuerpo del sujeto.

Pick (1900) aplicó el término de "autopagnosia" para referirse a los disturbios de orientación de la superficie corporal, es decir, a la incapacidad para distinguir el lado izquierdo del derecho, como resultado de la difícil elaboración de la lateralidad de la parte amputada.

Gerstman (1924) describió un síndrome inusual que involucra la incapacidad para reconocer los propios dedos o recordar el propio nombre de los mismos y observó que esta “agnosia” se encuentra relacionada con la amnesia de cálculos aritméticos .

Lhermitte (1935) hizo una descripción acerca del fenómeno que involucra la visión del individuo de un doble de sí mismo, llamándola “autoscopía”.

Teitelbaum (1941) realizó observaciones acerca de los resultados de la inducción hipnótica de distorsiones corporales sobre ciertas habilidades básicas.

Bollea. (1948) señaló que la estimulación eléctrica de las zonas posteriores de los lóbulos parietales producen sensaciones de elongación de la imagen corporal o de la desaparición de todos los miembros.

Critchley (1950) después de revisar los datos acerca del problema de localización cerebral de las distorsiones de la imagen corporal, concluyó que dichas patologías se asocian frecuentemente al daño del lóbulo parietal, pero que pueden estar asociadas también al daño en otras áreas.

Feed y Paster (1951) publicaron un estudio acerca de los efectos de la talatomía en la imagen corporal.

Benton (1951) encontró correlaciones significativas entre la incapacidad de discriminar el lado derecho del izquierdo y la facilidad de localización de los dedos.

Bender (1952) y Cohen (1953) analizaron las reacciones de los individuos cuando son estimulados simultáneamente en dos diferentes partes del cuerpo y encontraron que hay una tendencia de ciertas partes del cuerpo de dominar sobre otras como modelo de respuesta a dichas estimulaciones.

Ajuriaguerra (1983) señaló que, según doctrinas neurológicas más o menos mecanicistas, tanto el sentimiento como el comportamiento del cuerpo están íntimamente ligados a la integración de un cierto número de aferencias y eferencias o a un circuito aferoefereencial que da al cuerpo su unidad y le permite crearse un modelo. Se pone sobre todo de manifiesto la propioceptividad, el sistema sensorial o la motricidad según la tendencia doctrinal. Se aprecia en estas teorías un mundo de sensaciones y emociones que se van a organizar en forma de sentimientos que abren, por operaciones múltiples, la vía al conocimiento del cuerpo y el mundo de los objetos. Este modo de concebir conduce a la valorización de los sistemas anatomofisiológicos y confiere a ciertas regiones del cerebro netamente localizadas (en las que la lesión produce por lo demás, desorganizaciones en la esfera corporal) el valor de centros de integración.

Partiendo sobre todo de la psicopatología del adulto, este modo de pensar basado en una patología lesional ha enriquecido las formas mecanicistas de concebir la organización del sistema nervioso central.

Desde el enfoque psiquiátrico de la imagen corporal, esta se estudió debido a las distorsiones observadas en pacientes neuróticos y psicóticos. En realidad, los especialistas que han tenido la oportunidad de tratar con pacientes que sufren daño neurológico, y con enfermos mentales cuya

patología es de tipo funcional, se han dado cuenta de que las distorsiones corporales que presentan ambos grupos están situadas en un continuo y no pueden distinguirse claramente. De aquí que muchos psiquiatras apoyan o inician teorizaciones dirigidas principalmente hacia lo psíquico, y no tanto al aspecto corporal del fenómeno.

Tausk (1933) señaló varios conceptos concernientes a la imagen corporal en paranoides, observando que en estos pacientes se presentó el delirio de estar controlados o influenciados por máquinas distantes, y que dibujaban dichas máquinas con elementos de sus propias partes del cuerpo en especial en el área genital y la anal.

Fenichel (1945) sugirió que este fenómeno (de sensación de despersonalización) es un recurso usado por el individuo para reprimir los sentimientos que por su intensidad, o por el hecho de ser amenazantes, no pueden ser admitidos en la conciencia.

Galdston (1947) habló por primera vez de estas sensaciones descritas por los pacientes como "despersonalización", que probablemente es la distorsión más ampliamente descrita por la observación en pacientes neuróticos y psicóticos.

Reed (1953) indicó que existe una diferencia básica en el aspecto de la masculinidad y la femineidad asumida entre los individuos psicóticos y normales.

Owen (1955) evaluó la estimación táctil en niños con relación a las distorsiones de la imagen corporal evidenciadas en los dibujos de la figura humana.

Fisher y Cleveland (1958) sintetizaron las formulaciones concernientes a la imagen corporal en varios sistemas teóricos; así como también

realizaron una clasificación de las alteraciones en la imagen corporal que presentaron individuos con trastornos funcionales:

a) Una parte es la agrupación proveniente de las actitudes corporales perturbadas que tiene que ver con el punto de masculinidad o femineidad. Incluye distorsiones tales como el sentimiento de que se tienen partes corporales del sexo opuesto, o uno es mitad hombre o mitad mujer.

b) Un segundo grupo de distorsiones se refiere a los sentimientos de desintegración corporal y deterioro. Frecuentemente, puede involucrar sensaciones de destrucción parcial o total del cuerpo; de que ha habido un catastrófico decremento del tamaño, o la fuerza, de alguna parte corporal o que alguna extraña influencia del exterior destruye o ataca constantemente algún miembro corporal.

c) Otra categoría de patología pertenece a los sentimientos de despersonalización. Involucra un sentido de irrealidad con respecto a la existencia de partes corporales o del cuerpo entero. Es decir, que el sujeto experimenta su cuerpo como parte perteneciente a otra persona, a un extraño o alienado.

d) El siguiente grupo de distorsiones se refiere al sentido de pérdida de los límites corporales. El paciente siente que lo que le sucede a otras personas las siente él o le están sucediendo a él.

Cabe mencionar que dentro de la psicología clásica pocas fueron las aportaciones dadas al concepto de imagen corporal. Este concepto no es tratado en los libros de psicología general como tal. Sin embargo se mencionan con cierta frecuencia en lo que respecta a tests psicológicos o se hacen algunas alusiones dando por hecho que la sola cita del concepto lo dice o se entiende *-per se..*

Una de las primeras aportaciones al concepto de imagen corporal fueron dadas por Werner y Wapner (1949), quienes propusieron una teoría de la percepción con una tónica sensorial en la que los aspectos motores de la misma se subrayan y en la que al cuerpo se le asigna explícitamente una importante función como punto de referencia. Mostraron en una serie de estudios que los cambios en la percepción de los individuos pueden ser producidos sujetando al individuo a experiencias que alteran su modelo de sensaciones propioceptivas. La percepción es resultado de un proceso de equilibrio que involucra los efectos de la estimulación desde un objeto y la existencia de distribución del tono corporal. El cuerpo, como campo de sensación y experiencia, debe tomarse en cuenta al entender la percepción. Claramente coinciden la conceptualización sensoriotónica del cuerpo y el concepto de imagen corporal.

Dentro de la corriente psicoanalítica, el tema de la imagen corporal se aborda muy posteriormente de los escritos de Freud, aunque él ya hacía ciertos acercamientos al tema, como lo demuestra en el libro del *Ego y el id*. Allí, Freud establece que el ego es ante todo un ego corporal, que se forma de derivaciones corporales y que tiene que ver con el aprendizaje que tiene que hacer el niño con la integración de sus sensaciones. Este aprendizaje conforma la base para discriminar entre el mundo exterior y el mundo interior, y su propio cuerpo. En el desarrollo de la realidad, el concepto del propio cuerpo juega un rol muy especial. Primero, existe solamente la percepción de tensión, de algo interior. Después, con la conciencia de que un objeto existe para calmar esta tensión, tenemos el algo exterior. El propio cuerpo se convierte en algo aparte del resto del mundo y la diferencia entre el yo y el no-yo, es posible. La suma de las representaciones mentales del

cuerpo y sus órganos constituye la idea de yo, y es de básica importancia para la formación del *Self*.

Algunas teorías psicoanalíticas sugieren que inicialmente el niño no discrimina su propio cuerpo del de su madre. Postulan que el niño no percibe el pecho materno como distinto de su propio cuerpo y que él comienza a hacer la distinción sólo gradualmente, cuando descubre que el pecho no está disponible siempre que lo desea.

Hoffefer (1952) y Linn (1954) hablan de la experiencia de la frustración del niño al no ser capaz de obtener gratificación oral cada que lo quiera, buscando otros modos de gratificación y de cómo el niño descubre sus dedos para calmar esta frustración, provocando la disminución de esta tensión oral. Este descubrimiento da como resultado una identidad y autonomía parcial.

Adler (1930) no menciona a la imagen corporal como tal. Sin embargo, muchas de sus descripciones de la dinámica de la personalidad, son ricas en referencia implícitas. Su teoría de la neurósis y otras manifestaciones de un mal ajuste son estrategias elaboradas y diseminadas para compensar la inferioridad orgánica, tiene connotaciones de imagen corporal. Indica que cuando un individuo tiene un órgano morfológicamente inferior, o que está por debajo de lo normal por razones funcionales, desarrolla sentimientos generalizados de inferioridad y trata de compensar su defecto usando otro órgano inferior. Por lo tanto, cuando el individuo percibe un aspecto corporal como inferior, generaliza esta inferioridad al concepto total de sí mismo. Un órgano en el esquema corporal total tiene exagerada importancia en relación al resto y conlleva un efecto de distorsión generalizado. Básicamente esta conceptualización tiene mucho en común con

la formulación de imagen corporal implícita en la descripción de la fijación libidinal.

Las teorías de Jung (1926) están menos enfocadas al fenómeno de imagen corporal pero, en tanto que postula que la libido cambia conforme el niño se desarrolla de las áreas nutritivas a las sexuales del cuerpo, toca de alguna manera lo referente a la imagen corporal. Asigna significancia a la idea de que diferentes áreas del cuerpo tienen una cambiante jerarquía con efectos definitivos sobre el comportamiento. El concepto principal de su trabajo, que involucra a la imagen corporal, es el del "Mandala o receptáculo protector". Muestra interés en la idea de que la figura materna se representa en varios contextos simbólicos como una forma envolvente y protectora. En la mitología, el folklore y los sueños, la madre se simboliza con imágenes y cuando el individuo se siente turbado por alguna presión, desarrolla deseos de retirarse a alguna representación materna. Desea encontrar refugio en un lugar cerrado y protector, volviéndose introvertido. La introversión puede ser un intento de cubrir el propio cuerpo y la personalidad en un recipiente análogo al materno. El mandala es un símbolo que usualmente tomó forma redonda o cuadrada, y se considera de valor mágico para quienes lo crean, por necesidades de protección y para prevenir la desintegración. Reviste especial importancia, y algunos jungianos lo han relacionado con la imagen corporal. La idea es que el individuo busca hacer un mandala de su propio cuerpo. Busca protección en la idea de que su cuerpo es un recipiente cerrado. Dibujos de niños y adultos perturbados muestran un mandala prominente.

Rank (1929) da gran importancia a los símbolos maternos y enfatiza sus propiedades protectoras. En este sistema teórico, la separación del vientre materno es un trauma tremendo. Muchos de los síntomas del

individuo pueden interpretarse como intentos de ganar la seguridad del útero. Las implicaciones de imagen corporal de esta teoría se observan principalmente en sus referencias a la idea de que los individuos pueden buscar seguridad visualizando sus cuerpos cubiertos por paredes invulnerables. Además, puede reforzar sus paredes corporales con ropas o utensilios que facilitan la visión del cuerpo como un recipiente que provee refugio.

Reich (1949) asigna importancia a la idea de imagen corporal a través de todo su trabajo. Habla de la compleja interacción entre los conflictos de la personalidad del individuo, la expresión de dichos conflictos en el tono muscular y las repercusiones de estos modelos de tono muscular, en la forma en que el individuo experimenta a los otros y a sí mismo. Ciertas clases de conflictos provocan una coraza en el individuo que trata de modelar su cuerpo de acuerdo a una superficie rígida. Cita muchos ejemplos clínicos de este fenómeno de coraza. Reich construye todo un sistema de psicoterapia en el que una de las principales metas es la de desarrollar la disolución de esta coraza corporal. Sugiere que mientras más identificado se encuentre el individuo con una realidad frustrante, más tenderá a rigidizarse.

Posteriormente, de la teoría reichiana surgió la bioenergética, que consiste en el estudio de la personalidad en términos de los procesos corporales. Esta técnica terapéutica tiene como principales objetivos ayudar al paciente a aumentar su contacto con la realidad, a través de su cuerpo y de su sexualidad. Lowen (1975) señaló que el énfasis en el cuerpo incluye a la sexualidad como una de sus funciones básicas, pero también incluye las aún más básicas funciones de respiración, movimiento, sensibilidad y autoexpresión.

Ya desde 1926, Piaget había formulado las nociones cognoscitivas del cuerpo. En sus estudios concluía que el mundo exterior del lactante se componía de una serie de cuadros que desaparecen en la nada, para luego reaparecer con los esquemas sensorio-motores, a los que alimentan y de los cuales se diferencian. En este esquema, la acción y el objeto, el cuerpo y el mundo exterior, no se encuentran disociados y la búsqueda en este espacio (que no es interno ni externo) no representa sino una *prolongación* de la acción interrumpida de los cuadros. Piaget llegó incluso a cuestionarse acerca de cómo se deberían concebir las acciones del cuerpo con la conciencia, desembocando en la definición de que la primera dimensión del ser es en tanto que cobra conciencia de su corporalidad, mientras que la segunda dimensión corporeidad se obtiene en tanto se llega a la conciencia de que el cuerpo es utilizado y conocido por otro. Una tercera dimensión de corporeidad, u ontológica, según Piaget es cuando "Yo soy para otro", en donde el otro se revela como el sujeto para el cual yo soy objeto.

La imagen corporal es una estructura mental que forma parte de las estructuras psicobiológicas con las que cuenta todo individuo al momento de nacer. Estas estructuras se consolidan en la maduración y a través de su propio desarrollo. La imagen corporal es dada, pues, como una idea e que inicia su formación desde el primer momento de vida extrauterina, mas será construida sólo a través del ejercicio de la acción, percepción y sensación.

Spitz (1983) afirma que la noción corporal comienza en cuanto la coordinación neuromuscular naciente y la conciencia misma conforman la noción del Yo-cuerpo. Señala varias fases de esta evolución y subraya que hay dos aspectos principales que distinguen la percepción de la experiencia del niño: la percepción de los propios estados de ánimo y su función

interoceptiva y la fase en la que interviene nuestro sistema sensorial en la percepción del mundo externo.

El propio Freud (1920) señaló que lo único que interesa al niño es su propio ser, y que el mundo exterior le resulta --en un primer momento-- totalmente indiferente. Luego de esta etapa de narcisismo primario sucede una etapa autoerótica, en la cual la libido se encuentra en ciertas partes del cuerpo que poseen una significación erógena especial. En primer lugar, se halla la libido autoerótica oral; el organismo intenta incorporar al mundo exterior dentro de sí y éste sólo es juzgado en tanto proporciona o no satisfacción oral. El niño también llega a disfrutar de su propia actividad muscular y de las sensaciones epidérmicas. Este erotismo muscular y cutáneo apareja el hecho de que los órganos genitales parecen constituir ya una fuente de placer especial. Posteriormente, el mundo exterior comienza a ser percibido por el niño y este proceso se entrelaza con las evoluciones o apariciones de sus etapas anales y el desarrollo del complejo de Edipo. Una vez que el niño adquiere una clara impresión del mundo exterior se produce la comprensión plena del propio cuerpo, en oposición con ese mundo exterior. Se reconstituye entonces el cuadro de su propio cuerpo y se presenta el narcisismo secundario, considerado como una gran fuente de energía libidinal, proyectada hacia los objetos externos.

Françoise Dolto (1984) hace diferenciaciones importantes respecto a la coceptualización del esquema corporal y la imagen corporal. Dice que no es lo mismo la imagen y el esquema corporal. Para ella, el esquema corporal es *"una realidad de hecho, que en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto con el mundo físico"*.(p.18) Habla en referencia a su vasta experiencia clínica con niños, que muestran que la realidad depende de la integridad del organismo o de aquellas lesiones transitorias o endebletes.

neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, cenestésicas. Algunas afecciones orgánicas pueden provocar alteraciones en el esquema corporal, y esto se puede deber a la falta, falla o interrupción de las relaciones con el lenguaje, lo cual puede acarrear modificaciones --tanto pasajeras como permanentes-- en la imagen corporal. Es común que en un mismo sujeto cohabiten un esquema corporal invalidado y una imagen corporal sana. Por ejemplo, en el caso de los niños con poliomielitis de parálisis motriz no-sensitiva, donde la enfermedad no aparece después de los tres años de edad y una vez adquirida la marcha, la continencia esfinteriana y el saber concierne a un sólo sexo, el esquema corporal, aunque afectado de manera duradera, sigue siendo compatible o la imagen corporal permanece casi siempre intacta. El caso contrario sería aquel donde el esquema corporal quede para siempre dañado en poliomielitis en edades muy tempranas, como en la edad de lactancia y cuna, y sobre todo, en los casos antes de la experiencia de caminar.

Dolto señaló que no sólo en el análisis de adultos se puede llegar al inconsciente, a través del análisis de los sueños o demás asociaciones libres, sino que también en los niños se puede acercar el análisis hacia los laberintos de su inconsciente a través de lo que ellos mismos dicen acerca de sus grafismos y composiciones plásticas, que son soportes de sus fantasmas y fabulaciones en sus relaciones de transferencia. Ella concluye que el lazo mediador entre el Ello, Yo y Super-yo, es precisamente la imagen del cuerpo. La imagen del cuerpo es siempre inconsciente y está estructurada a partir de una articulación dinámica de una imagen de base, otra imagen funcional y una imagen de las zonas erógenas en donde se expresan las tensiones de la pulsiones.

De los estudios de Dolto se obtiene la importante aportación que permite comprender el hecho de que se pueda hacer psicoanálisis de niños. El propio niño aporta los elementos de la interpretación con lo que dice acerca de sus dibujos fantasmagóricos. La imagen del cuerpo no es la imagen dibujada o representada en el modelado; la imagen del cuerpo ha de ser revelada por el diálogo analítico con el niño. Por esto, contrariamente a lo que suele creerse, el analista no puede interpretar de entrada el material gráfico, o plástico, elaborado por el niño. Es el niño quien, asociado sobre su trabajo, proporciona los elementos de una interpretación psicoanalítica de sus síntomas. Hablar de imagen, de imagen del cuerpo, no quiere decir que ésta sea únicamente de orden imaginario puesto que es asimismo de orden simbólico, sino de un determinado nivel de estructura libidinal expuesta a un conflicto que va a ser desanudado mediante la palabra del niño.

Un ser humano puede no haber estructurado su imagen del cuerpo en el transcurso del desarrollo de su esquema corporal. Esto puede deberse a lesiones, a enfermedades orgánicas neurovegetativas o enfermedades musculares precoces; también a enfermedades neonatales, secuelas de accidentes obstétricos o de infecciones que han destruido zonas de percepción sutil en la primera infancia (sordera, anosmia, labio leporino, ceguera, etc.).

Se podría pensar que la no-estructuración de la imagen del cuerpo se debe en gran parte al hecho de que la instancia tutelar, desorientada por no obtener nunca las respuestas habitualmente esperadas de un niño de esta edad, ya no intenta comunicarse con él de otra manera que mediante una suerte de lenguaje *cuerpo a cuerpo* dirigido solamente a la satisfacción de necesidades, y abandonando la humanización. Según Dolto, por mediación de referentes relacionales sensoriales, y por medio de una complicidad afectiva con alguien que lo ama, el sujeto será capaz de elaborar una imagen del cuerpo propia.

en la medida en que se introduce en una relación triangular que permita el posible advenimiento de la relación simbólica.

El esquema corporal 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 propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. 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 sólo cuando se asocia al lenguaje verbal.

La imagen del cuerpo, señala Dolto "es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas; la imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo, es actual, viva y se halla en situación dinámica, a la vez narcisística e interrelacional" (pp.32-33) lo que nos permite expresar todo lo que somos o lo que queremos ser. Nada de nosotros mismos podría dar cuenta de uno, sin la imagen corporal que entrecruzada con el esquema corporal nos permite entrar en comunicación con otros y dar cuenta de nosotros mismos, debido al soporte narcisístico, dando cuenta de quiénes somos.

Hasta aquí, este capítulo intenta formar un panorama ilustrativo de la formación del concepto de imagen corporal, los diferentes enfoques y teorizaciones que se han elaborado en torno a este concepto. No es un capítulo cronológicamente lineal, ni exhaustivo, sino una herramienta que contribuye a la ubicación teórica de la presente investigación y que sustenta las conclusiones de la misma.

Capítulo 2 Antecedentes históricos del Labio Paladar Hendido.

El mito es lenguaje, es palabra, es una expresión verbal que depende de la validez que tenga la palabra para encontrar en ella cualidades de antigüedad, presencia y destino.

Existen distintas apreciaciones del labio paladar hendido, según el entorno cultural, tradición local, época o incluso, el nivel socioeconómico en que se enmarcan tales apreciaciones.

En China, por ejemplo, la luna merecía devoción, se le dedicaba una de las tres fiestas solemnes del año. La adoraban particularmente los niños y las mujeres que le ofrecían unas figurillas especiales en forma de liebre o de guerrero de cara leporina, o bien papeles pintados con el palacio de la liebre y su habitante. La liebre tenía gran importancia porque se creía que fabricaba el maravilloso licor de la inmortalidad. Además de la liebre, vivía una mujer bellísima que era considerada como la divinidad propia del astro nocturno *Heng-ngo*. En cierta ocasión, subieron al cielo los diez soles al mismo tiempo y la tierra estuvo en grave peligro de perecer achicharrada. *Yi*, el Excelente Arquero, destruyó nueve de esos soles con sus flechas y los dioses agradecidos le concedieron el licor de la inmortalidad, que bebió su esposa *Heng-ngo*, aprovechando una ausencia de su marido. El indignado marido la persiguió hasta la luna, donde la defendió la liebre después de luchar con el fiero arquero, al que venció. *Heng-ngo* era también la diosa y el prototipo de la belleza femenina.

Rodríguez López (1943 citado en Pérez, 1987), relata como en España se atribuyen a los eclipses efectos nocivos sobre los productos vegetales comestibles o la leche de vacas que hayan pastado durante la ocurrencia del fenómeno. También menciona la creencia generalizada de que las mujeres

embarazadas que hayan sentido deseos de comer carne de liebre tengan, por ende, hijos con labio paladar hendido.

Se sabe que el domingo de Pascua se encuentra relacionado con la primera luna llena de primavera, y en Alemania la aparición de la "Liebre de Pascua" que pone huevos el Domingo de Resurrección, al igual que el *Easter Bunny* norteamericano, manifiestan un símbolo de fertilidad en donde la luna y la vegetación son renovadas por la llegada de la primavera.

Lévi-Strauss en su libro *Mito y Significado*(1978) tiene un apartado dedicado al análisis mitológico y su relación con labios partidos y gemelos. Allí rescata observaciones hechas por un misionero español llamado el padre P.J. de Arriaga, que a fines del siglo XVI publica su obra *La extirpación de la idolatría en Perú*, donde narra que en las épocas de frío muy intenso se convocaba a la iglesia a todo aquel habitante que había nacido con los pies por delante, a los que tuvieran un labio partido y a los gemelos, acusándolos de ser los provocadores del frío, debido a que habían comido sal y pimienta, con lo que les ordenaba que se arrepintieran y confesaran sus crímenes.

Lévi-Strauss señala que un posible origen del mito de la similitud entre gemelos y labios partidos viene de la historia legendaria de dos hermanas que viajaban para encontrar a sus futuros maridos. Su abuela les había dicho que reconocerían a sus esposos por tales y cuales características, pese a lo cual, fueron engañadas por burlones que encuentran en su camino y les hicieron creer que eran ellos los elegidos. Así, burladas de cada uno, nació después un niño.

La hermana mayor deja a la menor y parte a visitar a la abuela, que es una cabra montés además de una especie de mago, y que ya sabe de la visita de la nieta, por lo que envía a una liebre para darle la bienvenida en el camino. La liebre se esconde debajo de un tronco caído en medio del camino

y cuando la joven levanta la pierna para pasar por encima del tronco la liebre puede ver sus partes genitales y lanza una parrafada muy poco apropiada. La joven se pone furiosa y le pega con un palo, hendiéndole la nariz. Esta es la razón por la cual los de familia leporina tienen ahora una nariz y un labio superior partido, a causa de esta particularidad anatómica de los conejos y liebres. El labio partido se considera entonces como una gemelidad incipiente.

Durante el siglo XVI, se vivió un intenso encuentro de dos mundos que propició no sólo el mestizaje cultural o político de ambos, sino también un mestizaje biológico y psicológico. La imagen corporal y espiritual de los hombres se transformó notablemente a partir de ese siglo: el encuentro conjugó al lampiño con el barbado, como al desnudo con el cubierto de armaduras.

Desde los primeros años de estos dos mundos encontrados hubo un profundo interés por conocer casi todo lo que presentaban estas tierras y sus habitantes. Misioneros, protomédicos y autoridades virreinales se dieron a la tarea de recopilar datos referentes a plantas medicinales utilizadas en la terapéutica local, entre otros muchos datos. Este interés de la Colonia partió quizá de la simpatía o rechazo que provocaron los sistemas o formas de curación empleados por los indígenas del México antiguo.

Las fuentes más importantes para el estudio de la medicina en el México precortesiano son las obras de Fray Bernardino de Sahagún, escritas en náhuatl en 1547 y en español entre 1569 y 1585, dentro de las cuales los textos dedicados a la medicina son la relación breve del *Códice Matritense* de la Real Academia de la Historia (llamado así por haberse encontrado en Madrid, España) y que es una pequeña lista de hierbas con propiedades curativas. Otra es la relación extensa del *Códice Florentino* (encontrado en

Florenxia, Italia por el cual recibe ese nombre), y por último la obra de Martín de la Cruz (1552), médico indígena, experto en medicina herbolaria, no por enseñanzas oficiales, sino por su vasta experiencia. Martín de la Cruz, redactó un herbario en idioma náhuatl que fue traducido al latín por otro indígena llamado Juan Badiano, del Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco, sin que se conozca el documento náhuatl previo. La obra recibió el título de *Medicinalibus Idurum Herbis* (1552); este Códice fue recientemente devuelto por su Santidad Juan Pablo II a México que consta de tres tomos, el primero presenta una serie de datos históricos correspondientes a la política española y una breve reseña de conquistas, el segundo así como el tercero, describen las plantas, minerales y animales usados en la terapéutica indígena utilizada por los náhuas.

Francisco Hernández, protomédico de la corte nombrado por Felipe II, recolectó plantas, animales y minerales de una gran parte de la Nueva España e hizo estudios importantes de sus propiedades terapéuticas y su aplicación en diversas enfermedades. Su obra se conoce como *Historia Natural de la Nueva España* y fue publicada en 1615 en México y 1740 en España. De hecho, desde el lecho de su muerte, Felipe II tuvo a la vista un dibujo de una planta mexicana realizado por el propio Hernández.

A partir de todas estas aportaciones a la medicina, acualmente podemos tener una idea de las conceptualizaciones que se tenían en el México Prehispánico sobre labio paladar hendido. En el México precortesiano las causas de enfermedades eran consideradas de diversas formas; algunas tenían que ver con la naturaleza o bien eran enviadas por los dioses, aunque las dolencias podían ser provocadas por los seres humanos, ya sea voluntaria (que era en el caso de trabajo de los brujos) o involuntariamente por el día de nacimiento.

Entre los autores que han escrito y analizado a la medicina prehispánica existe la duda acerca de la existencia o no de las causas naturales por la gran importancia que los indígenas le daban a la etiología religiosa. De acuerdo a esta religiosidad prehispánica, López Austin (1984), menciona que el universo se divide en dos polaridades, duales: la separación de estas polaridades se hacía por su naturaleza caliente o fría. Esta cualidad no se refiere estrictamente al estado térmico de los cuerpos, sino a atributos de diversos tipos que van más allá de la temperatura física. Según López Austin, la teoría de lo caliente y lo frío que se encuentra en Mesoamérica fue elaborada en este continente y no importada desde Europa. Él argumenta que la polaridad caliente-frío existente entre los nahuas, no se reduce al ámbito de la medicina, como en Europa, sino que se refiere al cosmos entero.

En general, la calidad fría proviene del agua, mientras que la calidad caliente proviene del sol o de la energía generada dentro de las plantas y animales. Así las frutas jugosas (limón, naranja, etc.) son consideradas frías, mientras que los alimentos picantes son calientes. Los animales que habitan en el agua o en estrecho contacto con ella (peces, ranas, patos etc.) son fríos. Existen algunas excepciones a la asociación entre lo frío y el agua: por ejemplo, las diversas formas de hielo (granizo, nieve, escarcha, etc.) se consideran calientes porque queman las plantas. Como derivación lógica de estas fuentes primarias de lo caliente y lo frío (sol y agua), son considerados calientes los seres oscuros (aquellos de color negro, café, rojo, etc.) así como aquellas cosas que producen una sensación quemante al ser ingeridas (tales como el chile, la cebolla, etc.), la mayoría de los aceites y las bebidas aromáticas. Los seres fríos son aquellos que son relacionados con la noche (como la luna), debido precisamente a la ausencia de luz y calor solar. Del mismo modo, son fríos los animales salvajes, las aves de corral, los conejos,

las frutas amargas, las frutas con cáscara gruesa como el aguacate (porque los rayos solares no pueden atravesarla), la mayoría de los vegetales, el maíz, el frijol, y las cosas con colores claros (blanco, azul, etc.).

En este sistema bipolar, el hombre se hallaba ubicado en el centro del universo, y era partícipe del grado máximo de armonía. Sólo un trastorno interno o externo podía provocar la inarmonía, que se resolvía comiendo alimentos o medicamentos de naturaleza contraria a la enfermedad. La medicina indígena, y en especial la azteca, fue la que encontró mayor difusión en el mundo prehispánico. Principalmente en lo que se refiere a la terapéutica por medio de plantas y también en el ámbito quirúrgico. Aunque de manera rudimentaria o diferente, los conocimientos nosológicos, patológicos, fisiológicos y anatómicos fue mayor que los conocidos por los europeos de ese tiempo.

La medicina indígena se situaba en el plano de lo sobrenatural, en el cual los médicos participaban de los atributos sagrados de los sacerdotes. La magia desempeñaba un papel importante en el trabajo y tratamiento de las enfermedades y muchas de ellas, se creía, provenían de los dioses, como castigo para los hombres que en alguna forma habían pecado.

En la sociedad mexicana, el aprendizaje de la medicina *Ticlotl* se llevaba a cabo en habitaciones próximas a los templos o *Teocallis*, con el acceso a la interpretación de los libros sagrados, la lectura de los horóscopos, el conocimiento del padecimiento y los síntomas, la manera de curar, ya fuera con baños, cirugías, medicinas naturales o exorcismos. Los médicos ejercían poderes mágicos y profetizaban con un lazo común entre la medicina, la magia y la religión.

Al parecer fueron muchas las enfermedades que atacaron a la población indígena prehispánica. Algunas de ellas fueron claramente

identificadas por los europeos quienes tradujeron el nombre indígena del mal al castellano, como es el caso del asma, de la hidropesía, el catarro, la epilepsia, la ictericia, la sífilis y la lepra. Sin embargo, registraron a otras enfermedades con diversos nombres o le dieron el nombre de algún síntoma, como es el caso de la artritis que se le asignó el nombre de gota. En otras ocasiones, se menciona al proceso de la enfermedad como nombre de la misma: tal el caso de dolor de articulaciones, dolor de huesos por frío, etcétera. Otro grupo de enfermedades fueron aquellas a las cuales los indígenas les atribuyeron un origen o causa sobrenatural y que los europeos, al no explicarse la etiología del mal, les dieron un nombre que en nada se refería a la causa.

Después de la llegada de los españoles, con el relajamiento de las costumbres y el exceso de trabajo a que fueron sometidos los indígenas, aparecieron epidemias de sarampión, viruela y cólera, las cuales diezmaron notablemente a la población local.

Por medio de las obras escultóricas hechas por los artesanos, o bien los dibujos de los *tlacuilos*, se representaron de manera fidedigna no sólo a individuos de distintos grupos étnicos, sino también a aquellos que presentaban deformidades y anormalidades, como por ejemplo el cráneo encontrado por Sterling en La Venta, Tabasco. Se trata de una cara monstruosa que hace pensar en un sujeto atacado por el síndrome de Froelich: deficiencia de hipófisis, con manifestaciones adiposo-genitales. (Dávalos Hurtado, 1965).

Estos artesanos, escultores, ceramistas y pintores, aquellos que habitaron y cubrían en especial el occidente de México, el área actual de los estados de Colima y Nayarit, hicieron esculturas en barro de estilo realista que representan a individuos con malformaciones congénitas o atacados por

alguna enfermedad. Aparecen esculturas con labio leporino, jorobados, enanos, individuos con tuberculosis o mal de Pott. Los padecimientos bucales, como el caso de procesos infecciosos de la arcada alveolar, fueron corroborados mediante los restos óseos encontrados.

Una vez determinada la causa del mal médico indígena se aplicaba la terapia adecuada para cada caso; siendo ésta casi siempre la combinación de procedimientos mágicos con otros de naturaleza médica. También había un conocimiento empírico, acumulado a lo largo del tiempo de las propiedades terapéuticas de algunas plantas, productos animales, minerales, aplicación de sangrías, vómitos, masajes, inmovilización de huesos fracturados por medio de entablillados, baños de térmicos y la extracción de piezas dentarias en intervenciones quirúrgicas.

Además de la propensión natural hacia determinadas formas de muerte en las enfermedades y al infortunio de acuerdo a la hora que se había nacido, la etiología de las enfermedades, así como la salud y la muerte mismos, dependían de múltiples factores que se traducían en el equilibrio de las relaciones entre el individuo y el cosmos, su medio ambiente natural, social y cultural. Así, los astros como el Sol y la Luna, los fenómenos meteorológicos: eclipses, lluvias, granizo; ciertos días y ciertas horas de la noche; o los elementos: la tierra y cuevas, las deidades y seres sobrenaturales, los hombres con poderes superiores; los estados de ánimo del individuo, de un familiar o de un vecino; o bien, la falta de higiene, los accidentes y los parásitos, eran sólo algunas causas que provocaban dolencias y enfermedades a los indígenas.

Existen diversas interpretaciones antropológicas en torno a las creencias y supersticiones sobre el eclipse. Una de ellas sugiere que se pensaba que durante un eclipse de luna ésta era devorada; un efecto similar

tenía lugar en el vientre de la mujer embarazada, en donde parte de los labios del producto en gestación eran también devorados, "labios comidos" Este tipo de interpretaciones, sin embargo, suponen una visión mecánica del funcionamiento del universo, en donde se propone que algunos de los fenómenos naturales repercutían directamente en el cuerpo humano.

Diversas fuentes muestran la creencia en el peligro directo que representa un eclipse de sol o de luna para los habitantes del mundo antiguo, y aún es posible confirmar esta tradición en el mundo actual. Dentro del pensamiento náhuatl, la naturaleza de los conejos iba estrechamente asociada a su mitología. Los conejos se asociaban con la desgracia y los infortunios. Por ejemplo, el primer año de cada ciclo náhuatl de 52 años era llamado *ce tochtli*, "uno conejo", quizá el año más temido pues se pensaba que sería de escasez y pobreza. Durante ese primer año de cada ciclo, los indígenas hacían penitencia y ofrecían sacrificios a los dioses, ante la amenaza de los posibles peligros. Sahagún recogió testimonios que atribuían como signo de mal agüero mirar a un conejo entrando a la propia casa. Era visto como sentencia de que algún miembro de la familia desaparecería o que la casa en sí sería robada.

En estas creencias subyacen las posibles claves para entender la asociación entre el riesgo de tener un hijo con labio paladar hendido y su asociación con los eclipses de sol o las apariciones de luna llena. De acuerdo con el mito de la creación del sol, un conejo dañó a uno de estos dioses para "robarle algo de luz". Otros mitos nahuas asocian al conejo con cosas que serán robadas de las casas; de aquí que un conejo que entra a la propia casa debe ser visto como el conejo que regresa para dañar a sus habitantes y desapareciéndolos en las barrancas. El conejo es asociado a la idea de disminución de la visibilidad de las cosas.

En la clasificación cósmica dual (frío-caliente), el sol era considerado caliente, mientras que la luna y los conejos, fríos. La lógica que subyace en la etiología de las enfermedades frías o calientes puede encontrarse en tanto que la amenaza de la luna y el conejo, como entidades frías, viene de afuera. Entendido así, durante un eclipse de sol, la luna es la que lo oscurece. Es una victoria temporal o efímera de la luna sobre el sol, en donde el astro frío de la noche goza de plenos poderes, como en las noches de luna llena. En estos períodos puede volver el conejo, replicarse a sí mismo en los seres aún nonatos haciendo que su rostro se parezca al de él mismo, comiéndoles sus labios, o bien entrando al hogar primario (sea este el útero materno) y robar una porción de sus rostros.

En la cultura purépecha se creía que los eclipses solares se debían a los pleitos que tenían *Tata Jurhital*, el Sol, y *Nana Kujtsi*, la Luna y su esposa. Se trata de presagios de que las cosas en el cielo andan mal y en consecuencia acarrearán malos acontecimientos en la tierra; por lo que las mujeres embarazadas se tenían que ocultar para evitar que los eclipses provocaran un mal en el niño que llevaban en el vientre.

Entre los mayas el *Chib-au* era la mordida de luna, la mancha mongólica morada de los recién nacidos que, cuando era de color rojo, la atribuían al eclipse de sol.

Para los nahuas y popolucas del sur de Veracruz, el Sol y la Luna son hermanos, hijos el mismo principio creador del universo, así como la noche y el día, Dios y el diablo. El Sol y la Luna, Jesucristo y la Virgen del Carmen, son los que sostienen al mundo, cuando se cansan, se lo cambian de mano. A esto se deben los temblores. Cuando hay eclipse de Luna también se cree que el Sol y la Luna se pelean y el Sol empieza a comérsela. Se acostumbra sacrificar al puerco de color alazán o rubio para ofrendarlo al

sol. A los niños de esta región, y hasta la época actual, se les dice que no deben mentir porque la Luna les puede entonces manchar la cara. Las mujeres embarazadas no deben ver los eclipses y se les rocía agua sobre el vientre para que la luna no muerda al niño. Así, el labio leporino también es considerado como causa de una mordida de Luna. En las latitudes de nuestro hemisferio, la Luna tiene dibujada una liebre, de aquí que el labio partido, semejante al del conejo, sea asociado a la Luna. A los niños pequeños se les toma la cabeza con las manos y se les levanta con el fin de que en el futuro crezcan y no se queden chaparros por efecto del eclipse.

En la región de los Tuxtlas, Veracruz, así como entre los purépechas, el período de embarazo se considera particularmente riesgoso en dos sentidos: en relación a los peligros que corre el producto y a los daños que la mujer embarazada por su condición puede provocar a otros niños. En el primer caso, la idea que explica la formación de labio paladar hendido, es si una mujer embarazada sale de su casa cuando ocurre el eclipse de luna, la cual le come el labio al niño que al nacer presentará tal tipo de malformación. Para evitar este efecto nefasto de la luna, la mujer debe protegerse usando una tela de color rojo sobre el vientre y evitar salir de casa cuando se presenta el fenómeno, y también colocar un trozo de obsidiana en el vientre o en la boca, (López Austin, 1969). De la segunda causa, la mujer embarazada puede provocar con su mirada que el niño pequeño enferme y comience a pujar; si esto se prolonga, puede ocasionar que se le salte el ombligo.

Entre los dioses del universo prehispánico que ocasionaban malformaciones, se encontraba *Xólottl*, que tenía relación con la malformación en el nacimiento de los niños o la muerte. También *Tlátoc*, Dios de la Lluvia, que provocaba la desviación de la comisura bucal, la

atrofía de algunas extremidades y algunas otras deformaciones. Según Martínez Cortés (1965), aparte de *Tláloc*, *Macuixóchitl*, *Tezcatlipoca* y otros son los dioses que mandan ese castigo a los hombres por haberlos ofendido.

Respecto a la herbolaria prehispánica López Austin (1984) también menciona que para la herida del rayo, el tocado por el cielo o fulminado debe beberse una poción bien preparada con las ramas de estos árboles: *ayauhcuahuítl*, *tepapaquilti*, *cuáhuítl*, ciprés muy verde, ramas de *itzáuhyatl*, hierba *cuauhiyauhtli* y *teamoxtli*. Estas pócimas debían siempre administrarse una vez calentadas al fuego, lo que nos remite a las dicotomías de la bipolaridad calor-frío que sustenta la etología prehispánica.

Para los otomies el labio hendido se debe a que la madre ve un eclipse embarazada. La deformidad de algún miembro, principalmente de los labios, proviene del eclipse y se suele decir que a los recién nacidos o los nacidos en día de eclipse, son comidos por "eclís". Para precaverse de ellos, aconsejan a las comadronas que se cuelgue a la madre una llave de puertas en la cintura y así nada (ni nadie) pasará. También aconsejan que si el "eclís" es de luna y en la noche, se encierre a la madre, y por dentro cubra todos los agujeros por donde pueda penetrar la luna, o la luz de la misma, a fin de que no entre su luz ni antes ni después del eclipse porque está dañada y podría dañarla a su vez. Otros dicen que se hagan grandes fogatas en torno a la casa donde está el niño, a fin de que la gran cantidad de luz que ellas despiden, ofusque a la de la Luna. En los eclipses de sol la llave citada es el único talismán que puede librar de los posibles peligros, aparte de encerrar a las madres en un cuarto herméticamente cerrado, a fin de que no penetre el rayo del Sol.

De forma similar, los totonacas atribuyen a la Luna la responsabilidad de las malformaciones congénitas: creencia vinculada al papel que juega durante la concepción. Si la mujer en cinta sale de su casa en el momento de

un eclipse, el niño nacerá anormal y frecuentemente con labio leporino. Según Eileen Reed, en Apapantilla, el labio leporino (llamado allí *qas-skau*) no sólo se considera nefasto, sino que hasta hace poco tiempo se dejaba morir a los niños que nacían con esta malformación. Se dice entonces que el recién nacido "se eclipsó" y el único remedio consiste en no salir jamás sin una aguja o un alfiler doble ensartado en las ropas y sobre el vientre.

El nombre de los eclipses en casi todas las lenguas indígenas de México revela la creencia de que algo o algún ser sobrenatural se comía al Sol o a la Luna. En náhuatl, el eclipse de Sol se llama *Tonatiuh Cualó* que literalmente es "comedura de Sol" (de *tonatiuh*, "sol" y *cua* raíz del verbo "comer"), mientras que el eclipse de Luna se dice *Metzli cualó*. La reacción de la gente ante un eclipse era congruente con la creencia de que la Luna o el Sol efectivamente eran comidos: si era de Luna, las mujeres preñadas temían que, así como la luna era comida, lo mismo podía suceder con el niño que llevaban en el vientre y que nacería sin labios o sin nariz, o con algún otro defecto o malformación. Para impedir que eso pasara se ponían una navaja de obsidiana en la boca o sobre el vientre para defender al feto de la mala influencia del eclipse. También era creencia común que el niño que una preñada esperaba podía convertirse en ratón por efecto del eclipse de luna y eso sería lo que pariría.

El "comimiento del Sol" podía ser más peligroso. Si era comido por completo, ya nunca más alumbraría ni "haría su obra diaria", como los mexicanos acostumbraban decir. Por lo tanto, al iniciarse un eclipse solar, toda la gente daba grandes gritos y hacía ruido para ahuyentar al ser que se estaba comiendo el Sol. Esa forma de actuar, era, por decirlo así, "pragmática", había que espantar al comedor del Sol, pero era necesario complementarla con autoflagelaciones y con el sacrificio de víctimas apropiadas: los primeros

consistían en punzarse las orejas con púas de maguey y luego pasar por la herida pajuelas o cordeles; para lo segundo, se sacrificaban seres humanos, pero no simplemente para "alimentar al Sol", fin que tenían en general los sacrificios humanos, sino que se buscaban en especial hombres "de cabellos blancos y caras blancas" a quienes sacrificar, pues tenían atributos del dios solar. Durante estos eclipses venían a la tierra los *tizimime*, seres sobrenaturales espantosos y feroces que se comían a la gente. Estos personajes se adueñarían del mundo y acabarían comiéndose a todos sus habitantes en medio de tinieblas perpetuas.

Lo que sabemos de las creencias de otros pueblos en el momento del contacto entre los dos mundos no es tan completo y detallado, pero siempre que se encuentra información sobre cómo entenderían los antiguos mexicanos los eclipses, coincide en lo general con lo que anteriormente he mencionado. Además, se debe subrayar que existen notables paralelismos entre culturas diversas y divergentes, de otras latitudes y otros continentes, en cuanto a las asociaciones de conejos con la luna y mitos leporinos en torno a los eclipses. El propio Rodríguez López (1943) menciona que en España tradicionalmente se ha asociado a la liebre con la luna y sus fenómenos. Lo mismo podríamos decir de otras culturas que, hasta la fecha, mantienen vigentes creencias y explicaciones lunares asociadas a liebres o conejos. Distintas tradiciones de otras latitudes del mundo coinciden en considerar que los cráteres de la luna proyectan sombras que, en distintos puntos de la tierra, han sido asociados a la figura de una liebre: ya como un conejo agazapado dentro de un templo japonés de Yota o bien, como describe Marcela Serrano en *El albergue de las mujeres tristes*, la tradición chilena de la ceremonia de Cloketén que conmemora los golpes que recibió la Luna y las mujeres a costa del Sol y de los hombres, lo cual provocó que la Luna

huyera cual conejo y mantenga hasta la fecha las manchas de los golpes y quemaduras que "todavía pueden verse" en su cara.

En México, las creencias actuales en relación con los eclipses entre los actuales grupos étnicos que aún conservan una lengua indígena mantienen igualmente vivas las antiguas creencias mesoamericanas sobre los mismos.

Los lacandones llaman al eclipse *chibil*, "mordedura", lo cual coincide con la creencia más generalizada en Mesoamérica de que algún ser se come a la luminaria que sea el caso (la Luna o el Sol). Los lacandones creen que es un jaguar el que se come al Sol, y que si se lo comiera por completo, el mundo se acabaría. Para que esto no suceda rezan a *Hachekyum*, el dios principal y superior a todos, para que lo impida.

Los antiguos mayas creían que quien se comía al sol o a la luna podía ser uno de varios seres monstruosos (semejantes a aves, mamíferos o reptiles), mientras que los nahuas actuales de la Huasteca piensan que se trata de un gran pájaro, que podría ser un águila.

Si los lacandones rezan pasivamente, otros grupos indígenas, así como miembros de otras familias lingüísticas, procuran ayudar al Sol. Frecuentemente se hace gran ruido (tañer de campanas, golpeteos de objetos, gritos, etc.) para ahuyentar al animal comedor y aún hay quienes prenden grandes fuegos para suplir la luz que pierde el sol. No es claro si armarse con rifles, machetes y cuchillos, y hacer alardes con ellos, tenga la finalidad de apoyar al sol o simplemente protegerse del influjo nocivo del eclipse.

El temor de los nahuas de la Huasteca era de que los metates y sus manos se convirtieran en animales que pudieran devorarlos. Tales temores hacen recordar algunas versiones del fin que tuvieron eras o "soles" cosmogónicos anteriores. Dicen ellos que las estrellas que caen durante un eclipse matan a los objetos domésticos transformándolos en animales.

mientras que algunas fuentes antiguas dejan la idea de que la caída de las estrellas forma parte del fin del mundo.

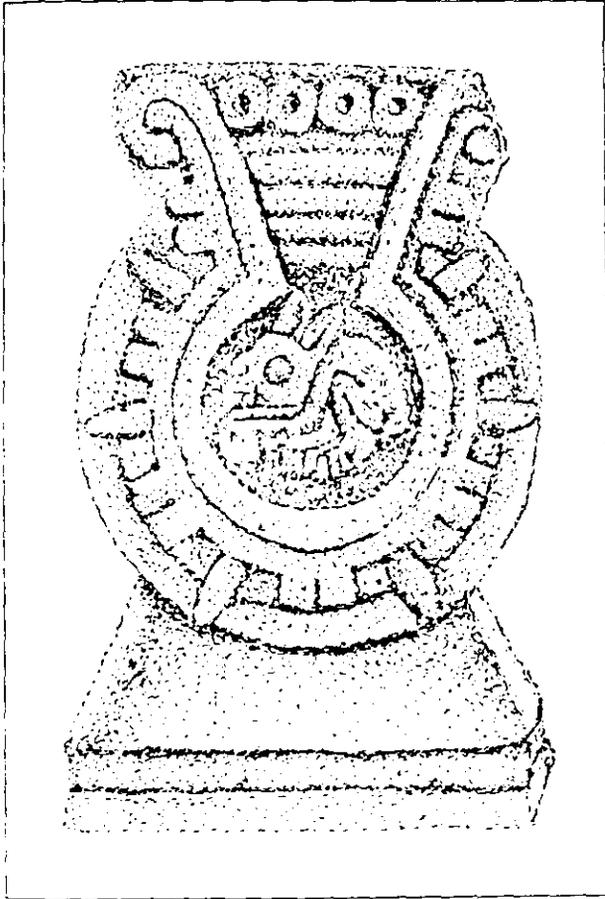
Entre los actuales *tzeltales* de Pinola, Chiapas, se cuenta el mito (mitad herencia antigua y mitad historia moderna) de que en una feria de un pueblo, una mujer y su hijo fueron a divertirse en los juegos mecánicos. Subieron a la rueda de la fortuna, la madre llevaba consigo un conejo y muchos hombres envidiosos que estaban en la feria, sintieron coraje porque el niño y su madre habían podido subir a la rueda al primer intento. Les arrojaron piedras, logrando una dar en el ojo de la mujer. La rueda de la fortuna giró, subiendo al niño y a su madre al cielo. El niño se convirtió en el Sol y su madre en la Luna. Por haber sido golpeada en el ojo, la Luna-Madre no brilla tanto como el Sol.

Entre varios grupos indígenas de México, las ideas antiguas se encuentran entremezcladas con las traídas por los europeos, frecuentemente en una compleja reinterpretación sincrética. Por ejemplo, las creencias de que un eclipse solar acarrea enfermedades y muertes parece propiamente europea, como también el temor de que anuncia cataclismos, hambrunas, la muerte u otros acontecimientos considerados negativos. Con todo, estas consideraciones de nuestra cultura prehispánica --y los paralelismos con las interpretaciones de otras culturas y civilizaciones del mundo-- dan cuenta de la diversidad y amplitud de la cosmogonía que rodea a los conceptos de labio y paladar hendido. Además, es evidente que aún ejercen influencia y explicación en el México moderno.

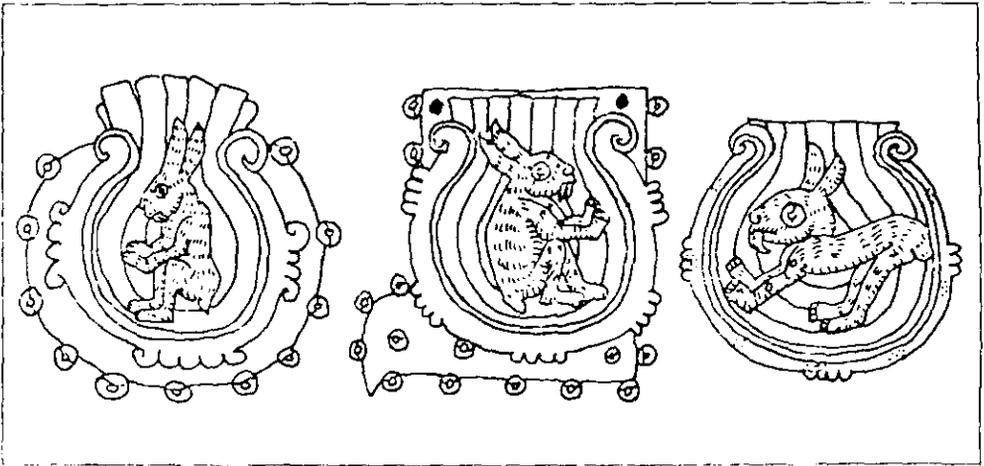
Al preguntarle a los padres que fueron entrevistados para la presente investigación sobre cuál creían ellos que sería la causa del padecimiento, la gran mayoría contestó que sus hijos eran "comidos de luna" con el referente mágico del eclipse y ecos de mitos y explicaciones tradicionales.

No se puede dejar de lado lo que uno es ni de dónde uno proviene. Nuestros antepasados legaron un gran acervo de pensamiento mágico y explicaciones fantásticas que dan cuenta de quiénes somos. Este capítulo, sin pretender ser exhaustivo ni cronológicamente lineal, brinda un panorama que ubica y antecede las actuales explicaciones en torno al labio y paladar hendidos.

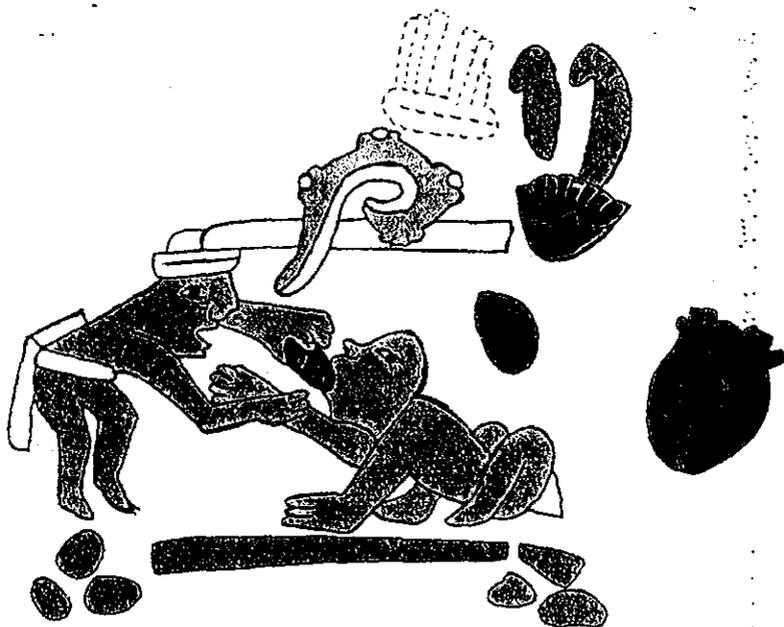
En las siguientes páginas se presentan cuatro láminas que muestran diferentes representaciones de la luna en la cultura prehispánica de Mesoamérica.



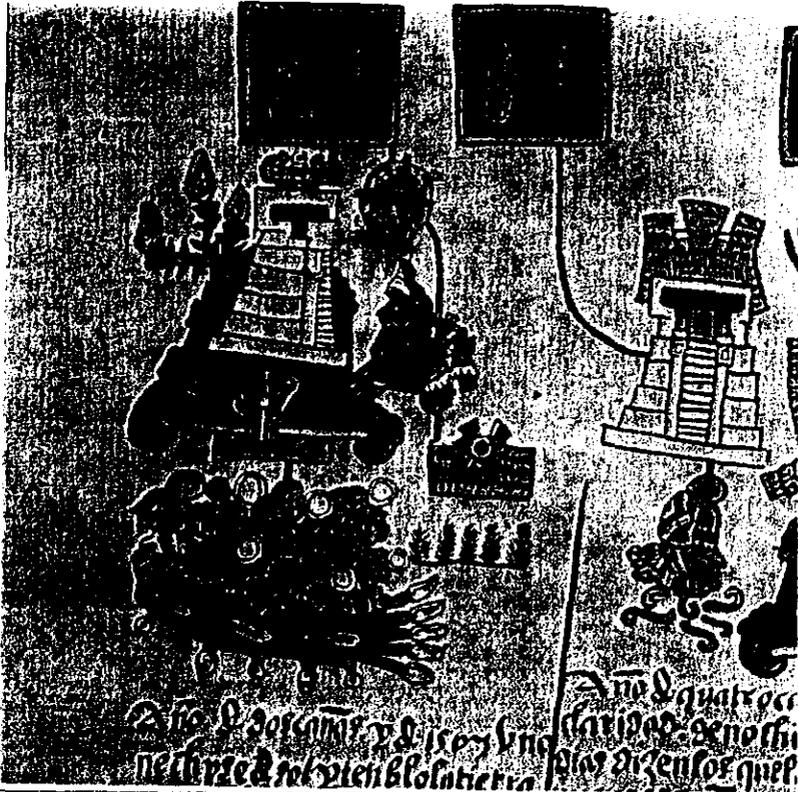
Representación mixteca de la Luna en la estela de Tlaxiaco, Oaxaca.



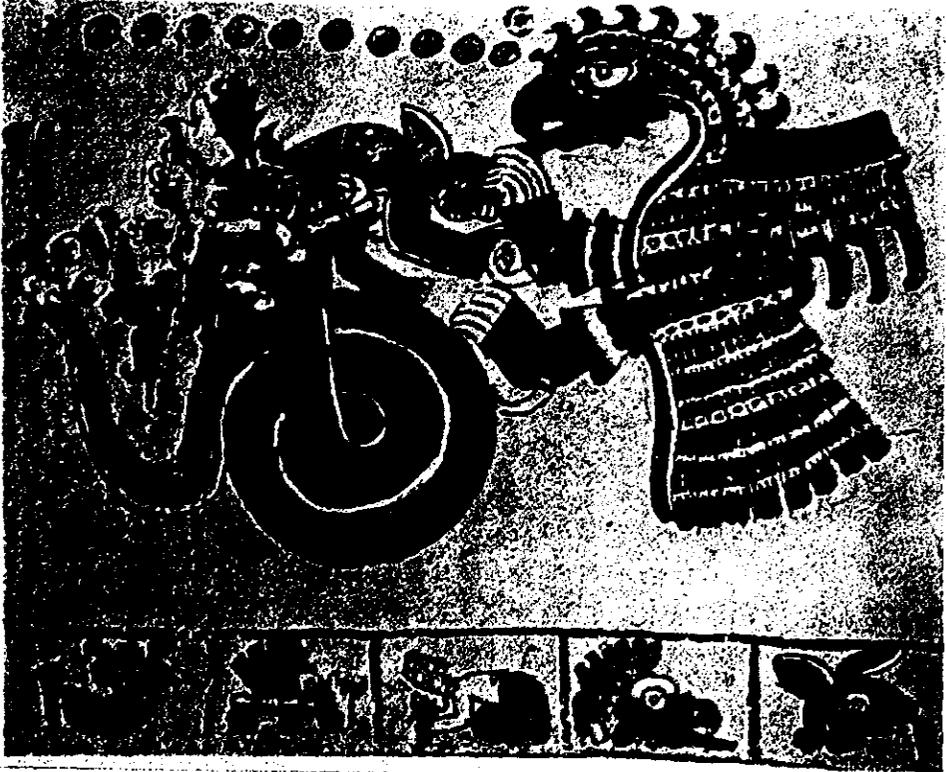
Tres representaciones de la Luna como vasija, con el conejo en su interior, que aparecen en el *Códice Borgia*.



Fragmento del mural denominado "La ciencia médica", descubierto en Tepantitla, Teotihuacán. Muestra a un curandero atendiendo la boca de un enfermo, o bien mutilando sus dientes con un cuchillo de pedernal que sostiene en su mano izquierda. La voluta de la palabra que sale de su boca significa que profiere alguna fórmula dirigida a los dioses.



En el *Códice Telleriano-Remiense* el eclipse se presenta por el disco solar, con un sector oscurecido que corresponde a la palabra que denomina al eclipse en muchas lenguas nativas: "El Sol es comido (o mordido)". En esta escena se ven numerosos guerreros ahogados al cruzar un río, suceso que quizá fue provocado por el eclipse.



La lucha de estos tres animales en el *Códice Vaticano* parece plasmar algunas ideas prehispánicas acerca de los eclipses. El Sol es un águila, el conejo corresponde a la Luna y la serpiente da cuerpo a la Tierra.

Capítulo 3 Aspectos médicos del Labio Paladar Hendido.

3.1 Procesos faciales y labio superior:

Al final de la cuarta semana del embarazo, el centro de las estructuras faciales en desarrollo está formado por una depresión ectodérmica, llamada estomodeo, rodeada por el primer par de arcos faríngeobranquiales. En el embrión de cuatro y media semanas de edad, pueden identificarse cinco elevaciones formadas por la proliferación del mesénquima. Los procesos o apófisis mandibulares se advierten caudalmente al estomodeo, los procesos maxilares lateralmente, y la prominencia frontal, elevación algo redondeada, en dirección craneal. A cada lado de la prominencia, e inmediatamente por arriba del estomodeo, se advierte un engrosamiento local del ectodermo superficial: la plácoda nasal.

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido, los procesos nasolaterales y nasomediano, que rodean a la plácoda nasal, la cual forma el suelo de una depresión, la fosita nasal. Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz, y los nasomedianos originarán las porciones medias de nariz, labio superior y maxilar, y todo el paladar primario. Mientras tanto, los procesos maxilares se acercan a los procesos nasomedianos y nasolaterales, pero están separados de los mismos por surcos definidos.

En las dos semanas siguientes, se modifica mucho el aspecto de la cara. Los procesos maxilares siguen creciendo en dirección interna y comprimen los procesos nasomedianos hacia la línea media. En etapa ulterior, estos procesos se fusionan entre sí y también se unen con los procesos maxilares hacia los lados. En consecuencia, el labio superior es formado por los dos

procesos nasomedianos y los dos procesos maxilares. En el desarrollo normal, el labio superior nunca se caracteriza por hendiduras.

En etapa inicial, se supuso que los procesos maxilares también se fusionaban en una corta distancia con los mandibulares, formando así los carrillos. Sin embargo, el estudio cuidadoso de las relaciones de los diversos componentes de la cavidad bucal comprobó que la anchura de la boca no es regida por fusión de los procesos o apófisis maxilares y mandibulares, y que los carrillos se desarrollan por cambios de posición de la lengua, suelo de la boca y por ensanchamiento del maxilar inferior.

De manera secundaria, carrillos y labios son invadidos por mesénquima del segundo arco faríngeo o branquial. Este mesénquima originará los músculos de las mejillas y labio, innervados por el facial. La forma en la cual los procesos maxilares se unen con los procesos nasolaterales es algo más complicada. Al principio, estas estructuras están separadas por un surco profundo: el surco nasolagrimal. El ectodermo en el suelo de este surco forma un cordón epitelial macizo que se despega del ectodermo suprayacente; después de ser canalizado, el cordón forma el conducto lacrimonasal o nasolagrimal. Posteriormente, el despegamiento del cordón, los procesos maxilares y nasolaterales se fusionan entre sí.

Segmento intermaxilar:

Los procesos nasomedianos se fusionan en la superficie, y también a nivel más profundo. Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben en conjunto el nombre de segmento intermaxilar. Consisten en los siguientes: 1. componente labial, que forma el surco del labio superior, también llamado *filtrum*; 2. componente maxilar superior, que lleva los cuatro incisivos, y 3. componente palatino, que forma el paladar primario

triangular. Una pequeña porción de la parte media externa de la nariz probablemente también provenga del segmento intermaxilar. En dirección craneal, el segmento intermaxilar se continúa con la porción rostral del tabique nasal, el cual proviene de la prominencia frontal .

Paladar Secundario:

El paladar primario, como ya se mencionó, se deriva del segmento intermaxilar. Sin embargo, la porción principal del paladar definitivo es formada por las excrecencias laminares de los procesos maxilares; estas elevaciones, llamadas prolongaciones o crestas palatinas, aparecen en el embrión de seis semanas y descienden oblicuamente hacia ambos lados de la lengua. Pero durante la séptima semana, la lengua se desplaza hacia abajo y las crestas palatinas ascienden y se tornan horizontales, por arriba de la lengua, y se fusionan una con otra, formando así el paladar secundario.

Durante la octava semana, las prolongaciones palatinas se acercan entre sí, en la línea media, se fusionan y forman el paladar secundario. Hacia adelante, las crestas experimentan fusión con el paladar primario triangular, y el agujero incisivo puede considerarse el detalle mediano de separación entre los paladares primario y secundario. Al tiempo en que se fusionan las prolongaciones palatinas, el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del paladar neoformado.

Cavidades nasales:

Durante la sexta semana del desarrollo, las fositas nasales se profundizan bastante, en parte a causa del crecimiento de los procesos nasales, y en parte porque se introducen en el mesénquima subyacente. En etapa inicial, estas fosas están separadas de la cavidad bucal primitiva por la membrana

buconasal, pero después de que ésta se ha roto, las cavidades nasales primitivas desembocan en la cavidad bucal por virtud de los orificios neoformados: las coanas primitivas.

Las coanas primitivas están situadas a cada lado de la línea media e inmediatamente por detrás del paladar primario. En etapa ulterior, las coanas definitivas se sitúan en la unión de la cavidad nasal con la faringe y forman el paladar secundario, mientras que continúa el desarrollo de las cavidades nasales primitivas.

Los senos paranasales se desarrollan en forma de divertículos de la pared lateral de la nariz y se extienden al maxilar superior etmoides, frontal y esfenoides. Alcanzan dimensiones máximas durante la pubertad.

3.2 Malformaciones congénitas:

Labio y paladar fisurados:

Las deformidades congénitas del labio fisurado (queiloesquisis) y el paladar fisurado (palatoesquisis) han afectado al hombre, según se sabe, desde la época prehistórica. Los esfuerzos por corregir estas anomalías han evolucionado con los siglos, con creciente éxito a medida que avanzó el conocimiento científico. Se verá que las fisuras bucales comprenden un complejo tratamiento a largo plazo y aparecen con suficiente frecuencia como para constituir un problema de salud pública. Hace ocho años, uno de cada 800 nacimientos vivos se produce algún tipo de fisura labial y fisura palatina (Ortíz Monasterio, 1990). Actualmente, la frecuencia de fisura de labio es de 1:1000; mientras que la de paladar es de 1:2500 (Revista Mexicana de Anestesiología, 1998). Las fisuras combinadas del labio y paladar son más frecuentes que los padecimientos aislados de ambas regiones. Con la falta de un conocimiento completo con respecto a la etiología, no se dispone de medidas preventivas efectivas para eliminar esta deformidad.

La disminución psicológica y socioeconómica de los fisurados bucales puede ser grave. Es una deformidad que puede verse, palpase y oírse, y constituye una afección mutilante. La deformidad facial con el labio fisurado comprende las estructuras del labio y de la nariz. Se ve, además, cierta deformidad facial en algunas formas de paladar fisurado. La disminución más grave impuesta por el paladar fisurado es un mecanismo que impide la fonación y deglución normales.

Las zonas comprometidas o afectadas por las fisuras bucales comunes son el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar

blando. Una clasificación útil del conducto nasopalatino divide la posición normal del labio y del reborde alveolar (paladar *primario*), de aquellas de paladar duro y blando (paladar *secundario*).

Ligeramente más del 50% son fisuras combinadas del labio y del paladar. Aproximadamente la cuarta parte de ellas es bilateral. Las fisuras aisladas del labio y del paladar constituyen el resto de las variedades que se conocen. Las fisuras del labio son más frecuentes en los varones, mientras que las fisuras aisladas del paladar son más frecuentes en las mujeres. El labio fisurado es más común del lado izquierdo que del derecho. Estos fenómenos carecen de explicación científica, y la causa subyacente de la deformidad se comprende sólo de una manera parcial. La falta de unión de las partes que normalmente forman el labio y el paladar se produce en un momento temprano de la vida fetal.

Embriología:

El problema de la fisura bucal se produce entre la sexta y la décima semana de vida embriofetal. Una combinación de falla en la unión normal y de desarrollo inadecuado, puede afectar a los tejidos blandos y a los componentes óseos del labio superior, el borde alveolar y los paladares duro y blando. La cara del feto sufre rápidos y extensos cambios durante el segundo y tercer mes del desarrollo. La formación embrionaria del labio a partir de los procesos frontal y lateral del maxilar superior indican una íntima relación con las estructuras nasales.

Durante la sexta y la séptima semanas, los procesos maxilares del primer arco branquial crecen hacia adelante para unirse con los procesos nasales laterales y seguir para unirse con los procesos nasales medios, formando el labio superior, el piso de las fosas nasales, y el paladar

primario. Todas las estructuras se desarrollan rápidamente, y la lengua está adelantada en tamaño y diferenciación, creciendo verticalmente para rellenar la cavidad estomodeal primitiva. Los procesos palatinos se expanden hacia la línea media y, a medida que la cara se ensancha y se alarga, la lengua descende. Durante la octava a novena semana, los procesos palatinos se extienden aún más en sentido medial hasta contactar en la línea media y fundirse desde adelante hacia atrás para crear la separación palatina entre ambas cavidades nasal y bucal.

El punto de fusión del futuro paladar duro con el tabique es el sitio de osificación del futuro vómer. El desarrollo asincrónico y la falta de proliferación mesodérmica para formar uniones de tejido conectivo a través de las líneas de fusión, se citan como variantes embriológicas involucradas en la formación de la fisura. Sin una unión mesodérmica, los componentes del labio se separan. Las bandas epiteliales residuales no han sido penetradas por el mesodermo y quedan dividiendo algunas fisuras del labio y del reborde alveolar. En una variedad de fisuras del paladar completas o incompletas, y unilaterales o bilaterales, se observa el efecto de las influencias teratogénicas. Otras fisuras anormales pueden interesar otras zonas de la cara.

Las deficiencias centrales progresivas de la premaxila y el prolabium se ven en las fisuras bilaterales. En la arrinenceflia se observan disminuciones de la distancia interorbital en grados progresivos hasta la ciclopia. Estas últimas son incompatibles con la vida, dado que los defectos del sistema nervioso central en la línea media y sus deficiencias forman parte de este cuadro. Aunque las fisuras bilaterales graves del labio y del paladar primario incluyen deficiencias en la estructura de la línea media y disminución de la distancia interorbital, lo opuesto parece ser cierto en

algunas fisuras aisladas del paladar secundario. Aquí el espacio interorbital está aumentado en grados variables de hipertelorismo con o sin pliegues epicánticos.

Etiología:

La base genética de las fisuras bucales es importante, mas no predice las tendencias hereditarias. Los casos en donde existe evidencia de algún miembro de la familia afectado por este padecimiento no avalan o explican nuevas apariciones del mismo. Aún así, la herencia aparece como una explicación recurrente en muchas publicaciones de distintas partes del mundo.

Otros factores causales deben contribuir evidentemente a la producción de las anomalías fisuradas. Una gran variación se observa en manifestaciones dominantes y recesivas de una tendencia genética que no logra adaptarse a sus leyes comunes. Aunque un niño con una fisura bucal tiene 20 veces más probabilidades de tener otra anomalía congénita que un niño normal, no se evidencia correlación alguna con zonas anatómicas específicas de compromiso anómalo adicional. Aparte de la aparición en algunos síndromes de anomalías congénitas múltiples, las fisuras bucales están relacionadas genéticamente sólo con fosas labiales congénitas que aparecen como depresiones en el labio inferior asociadas con glándulas salivales accesorias.

El defecto genético del labio fisurado y el paladar fisurado se manifiesta como una falta de potencial de proliferación mesodérmica, a través de la línea de fusión, después de que los bordes de las partes componentes se han puesto en contacto. Un hallazgo clínico bastante común de bandas atróficas de epitelio, a través de las zonas fisuradas y la ausencia

de desarrollo muscular en las zonas de la fisura, es evidencia de la hipoplásia mesodérmica.

Otra teoría de la producción de la fisura describe un error en un cambio transicional del suministro sanguíneo embrionario. El aumento de la edad de la madre también parece contribuir a la vulnerabilidad embrionaria a la producción de la fisura. El descubrimiento de anomalías cromosómicas como causa de una malformación congénita múltiple ha dirigido la atención a los antecedentes genéticos del labio y el paladar fisurados. Parecería haber perturbaciones genéticas separadas para las fisuras del tipo habitual, que comprenden el labio o el paladar o ambos, y aquellas que toman el paladar en forma aislada (paladar secundario). Varios síndromes de trisomía autosómica incluyen fisuras bucales junto con otras anomalías congénitas.

Los factores ambientales desempeñan un papel contribuyente en el momento crítico de la fusión de las partes del labio y del paladar. Los estudios en animales han dirigido la atención hacia la deficiencia nutricional como elemento que aumentaría la incidencia de las fisuras bucales. Se ha demostrado que la energía radiante, la inyección de esteroides, la hipoxia, la aspirina y muchas otras drogas, la alteración de líquido amniótico y otros factores ambientales, aumentan la incidencia de fisuras bucales. Sin embargo, estos factores incrementan la incidencia de fisuras cuando se emplean cepas de animales susceptibles con tendencias genéticas conocidas a la fisura. Fueron menos importantes en su efecto cuando la cepa del animal no tenía tendencia genética. La trasposición de la malnutrición materna y otras teorías ambientales para explicar la aparición de las fisuras bucales humanas no ha producido una correlación constante. Sin embargo, puede sacarse una

conclusión: la intensidad, duración y tiempo de acción parece ser de mayor importancia que el tipo específico de factor ambiental.

La obstrucción mecánica de los márgenes que se están aproximando de las partes componentes a menudo ha sido citada como contribuyente de la producción de la fisura. El papel posible de una lengua obstructiva se sugiere en la embriología de las partes. Cierta desarrollo asincrónico de la posición fetal puede provocar la retención de la lengua y de la zona nasal entre los procesos palatinos. El paladar fisurado aislado, que aparece más esporádicamente y a menudo con menos predisposición genética, sugiere esta influencia mecánica o contribuyente de la lengua al desarrollo de las estructuras bucales. La adhesión de una margen de paladar fisurado a la mucosa del piso de la boca, ha sido comunicada como resultado de fusión, cuando el proceso palatino es bloqueado por la lengua.

El momento actual, la etiología de las fisuras bucales parece depender de factores tanto genéticos como ambientales, que son sutiles en su expresión, y aparte de los principios generales de salud materna, desafían los métodos conocidos de prevención.

3.3 Corrección Quirúrgica:

Queilorrafia: La evaluación pediátrica general debe hallar que el niño está en óptimo estado físico para una reparación de una fisura labial. La operación se emprende generalmente entre las 3 semanas y los 3 meses de edad, cuando el recién nacido a término ha vuelto a alcanzar su peso original al nacer o se aproxime a los 4.5 kg.

Esto permite un tiempo adecuado de manifestación de otras anomalías congénitas de mayor importancia que la fisura bucal. El primer problema de alimentación ha sido superado por una instrucción cuidadosa, empleando una tetita blanda con abertura agrandada, o una jeringa con bulbo para alimentación artificial. Los defectos estructurales del labio y el paladar fisurados impiden la presión bucal negativa requerida para una succión efectiva. Considerando que se degluten cantidades de aire más grandes que la normal, el niño debe alimentarse lentamente mientras se le mantiene en una posición con la cabeza levantada y se le hace eructar frecuentemente.

La fisura del labio superior comprende la pérdida del importante complejo muscular del orbicular de los labios. Sin el control de este grupo muscular que actúa de esfínter, las partes de desarrollo del maxilar fisurado se desvían para acentuar la fisura del reborde alveolar cuando se observa en el momento del nacimiento. En todas las fisuras importantes del labio existe un defecto en la nariz, que varía desde una leve asimetría hasta la ausencia del piso de las coanas y una grave deformación del cartílago del ala de la nariz y del tabique. La premaxila y el prolabium se encuentran desviados, alejándose de la fisura en los casos unilaterales y proyectándose hacia adelante en las fisuras bilaterales del labio y del paladar. Esto refleja una diferencia en la dinámica potencial de crecimiento en las estructuras de la línea media, en comparación con las estructuras laterales, diferencia que ha

tenido más de 6 meses para manifestarse estructuralmente antes del nacimiento.

Así, la premaxila que no está controlada por el labio se desvía para acentuar la fisura en los casos unilaterales y protruye monstruosamente en las fisuras bilaterales completas del labio y el paladar primario. El suministro sanguíneo de todas estas estructuras es excelente. Es interesante notar que en las fisuras bilaterales completas el suministro nervioso y sanguíneo a la premaxila y el prolabio se distribuye a lo largo de la línea media desde la arteria maxilar superior y el asa de la segunda rama del trigémino.

Objetivos quirúrgicos y técnicas: La seguridad de la cirugía del labio fisurado ha sido notablemente aumentada por los refinamientos en la anestesia moderna, que emplea técnicas de intubación endotraqueal por vía bucal.

La corrección quirúrgica del labio fisurado se preocupa por lograr un labio simétrico y bien contorneado, con preservación de todos los repartos funcionales y mínimo tejido cicatricial en el resultado. Dado que los márgenes de las fisuras están compuestas por tejidos atróficos, deben ser preparados para proveer capas musculares adecuadas y una definición estructural en todo el espesor. Dado que todas las cicatrices se contraen, deben hacerse esfuerzos por minimizar el traumatismo y las fuentes de inflamación en el procedimiento y para diseñar la preparación de los márgenes en varios planos. Este esquema de preparación impide la contracción lineal de una cicatriz en línea recta, que tendería a producir una escotadura residual en el tejido de la pseudomucosa. Todo tejido de calidad se preserva y se utiliza en la operación. En las fisuras unilaterales, el lado

no afectado sirve como guía de la longitud y la simetría en la restauración del labio.

La preparación de los márgenes de la fisura labial para ganar longitud, preserva los reparos y compensa la contracción de la escara. Se han desarrollado numerosos esquemas que se aplican a los distintos tipos de fisuras . En el pasado, se posponían las reparaciones labiales definitivas de las fisuras amplias para evitar el trauma quirúrgico del socavamiento extenso de tejidos en el recién nacido. Para establecer cierto control sobre la musculatura del orbicular de los labios, que recubre la premaxila desviada y protruida, se ha desarrollado una preparación marginal mínima denominada "adhesión labial". Aunque inadecuada para el mejoramiento cosmético, se ha establecido un control muscular que provee la acción de cerrar la fisura alveolar y simplifica notablemente la reparación definitiva más tarde, cuando el niño tiene aproximadamente 1 año de edad. Cuando se sigue este programa en las fisuras anchas, hay menos socavamientos de los tejidos blandos en la región anterior del maxilar superior, así menos limitación cicatricial en el desarrollo del hueso.

Palatorrafia: La función palatina es necesaria para la fonación y deglución normales. El paladar duro forma la división entre las cavidades bucal y nasal, mientras el blando funciona junto con la pared faríngea en una importante acción valvular, denominada mecanismo velofaríngeo. En la fonación normal esta acción valvular es intermitente, rápida y variable, para efectuar los sonidos normales y las presiones, desviando las corrientes de aire con sus ondas sonoras hacia afuera de la boca. Sin la acción valvular, la fonación es hipernasal y la deglución está dificultada. Cabe recordar que, además de su acción en la elevación y tensión del paladar blando, los

músculos elevador y tensor efectúan una apertura del conducto auditivo. Esta acción se demuestra cuando las presiones del oído medio se igualan por deglución durante cambios de presión atmosférica, tales como los experimentos en las variaciones rápidas de altura.

Cuando este mecanismo de la abertura de la trompa está deteriorado, se experimenta una mayor susceptibilidad a las infecciones del oído medio. La anomalía de la fisura palatina entraña este problema y el peligro adicional de hiperplasia linfoidea sobre el orificio de la trompa de eustaquio en la nasofaringe. Puede apreciarse que la pérdida auditiva por infecciones del oído medio, agregada a un mecanismo defectuoso de fonación normal, complica e intensifica la discapacidad del paladar fisurado.

Los tejidos palatinos reciben un copioso suministro sanguíneo por parte de las ramas palatinas, mayor y menor, y nasopalatinas de las arterias del maxilar superior. La rama palatina ascendente de la arteria facial y las ramas de la arteria faríngea ascendente contribuyen aún más al flujo sanguíneo. La inervación a los músculos del paladar y la farínge para la acción motora, emana principalmente del plexo faríngeo vagal, exceptuando el tensor, que es inervado por la rama motora del nervio trigémino y el estilofaríngeo, que es inervado por el nervio glossofaríngeo. La inervación sensitiva de la mucosa de esta región proviene de la segunda rama del nervio trigémino, así como de ramas novena y décima de nervios craneales del plexo faríngeo.

El propósito de la palatorrafia es la corrección del defecto embrionario para restaurar la función palatina para la fonación y la deglución normales y realizar esta restauración con mínima perturbación del crecimiento y desarrollo del maxilar superior. La cirugía de la fisura palatina es siempre electiva y el niño debe estar libre de infección y en

óptimo estado físico antes de realizarla. Debido a que el tejido cicatricial se opone al objetivo funcional de lograr un paladar blando y flexible, y además se contrae deformando las partes en desarrollo del maxilar superior, debe hacerse todo esfuerzo posible por minimizar este tipo de tejido y por establecer las cinchas musculares funcionales del mecanismo velofaríngeo.

Para la operación se requieren tejidos sanos y un mínimo trauma quirúrgico. Los procesos en la anestesia, con la utilización de las técnicas de intubación nasoendotraqueales, han aumentado aún más la seguridad de esta operación.

Dado que existe una gran cantidad de variación en el grado de deformidad que se ve en el ancho de la fisura, así como en la calidad y cantidad de tejidos, no puede establecerse un momento ideal para obtener los mejores resultados quirúrgicos. Sin embargo, la mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en los niños de edades entre los 18 meses y 3 años de edad.

Los cirujanos que están a favor de la palatorrafia antes de que el niño tenga 9 meses de edad, enfatizan las ventajas del desarrollo muscular en la posición funcional restaurada para la deglución, el comienzo de la fonación y la función de las trompas. Señalan las ventajas higiénicas de la división buconasal y los beneficios fisiológicos de la operación en una edad temprana.

Los que abogan por la postergación de la cirugía hasta después de que el niño tenga 6 años de edad enfatizan la necesidad de evitar la perturbación quirúrgica en las porciones del maxilar superior que se encuentran en desarrollo. También citan las ventajas técnicas de las estructuras musculares más grandes y más claramente definidas para la operación en una edad más avanzada. La operación más ampliamente aceptada para las fisuras promedio de los niños de alrededor de 2 años de edad, provee un mecanismo

velofaríngeo antes de que se adhieran hábitos refinados de fonación, con la ventaja psicológica agregada de la pronta reparación. Aunque pueden inducirse ligeras perturbaciones en el desarrollo del máxilar superior con la cirugía en esa edad, la utilización correlacionada y racional del *tratamiento* ortodóncico puede *corregir* las tendencias a la construcción en el arco superior. En las fisuras más anchas, el paladar blando puede cerrarse sin esfuerzo quirúrgico por hacer lo propio con el efecto del paladar duro. Esta zona se obtura entonces con un aparato plástico removible hasta que sea posible su reparación en una edad mayor.

3.4 Otras medidas de rehabilitación:

Ortopedia prequirúrgica: El hecho de encontrarse la premaxila en las fisuras completas, en posiciones distorsionadas influidas por la presión intrauterina, señala el posible beneficio de las presiones externas antes de la cirugía. El ancho de la fisura alveolar puede reducirse con cinta a presión sobre la premaxila sobresalida. La restauración de la musculatura labial por la reparación queilorráfica aplica el mismo control de moldeo. Sin embargo, el segmento posterior del maxilar superior del lado de la fisura puede desviarse con esta presión demasiado hacia la línea media, para producir lo que se llama un "arco colapsado". Se han utilizado en el tratamiento elementos protésicos para impedir este colapso o corregir tales contracciones o expandir el maxilar superior.

En los últimos años, esta expansión en edades tempranas se ha combinado, en algunos centros de tratamiento, con injertos óseos en la fisura alveolar. Tales injertos están destinados a estabilizar el arco y a construir un fundamento para base de la nariz. Se espera la evaluación de los resultados a largo plazo con respecto a los potenciales de crecimiento y las posibilidades ortodóncicas posteriores. Las limitaciones del crecimiento y la resistencia a la expansión del arco parecen probables. Se ha demostrado no sólo la temprana alineación prequirúrgica del arco superior con elementos protésicos en recién nacidos, sino que también ha influido sobre el nivel de los procesos palatinos y disminuido el ancho de las fisuras del paladar duro por medio de la influencia del contacto protésico en la estimulación del crecimiento.

Procedimientos quirúrgicos secundarios: El potencial funcional de un paladar reparado para una fonación efectiva puede diferir de las

estimaciones de la morfología que sugiere un exámen clínico. Pueden estar involucradas una cantidad de acciones compensatorias por la contracción de la faringe lateral y por la existencia de tejido adennoideo. Las radiografías cefalométricas laterales para observar los contornos blandos y la cinerradiografía (cineflurografía) son útiles ayudas diagnósticas para las estimaciones de la función palatina.

Si no se han logrado o no han podido lograrse cierres del paladar blando por los métodos presentados, se ha demostrado que el procedimiento conocido como operación a colgajo faríngeo mejora la función velofaríngea. Quedan entre la nasofaringe y la orofaringe dos puertos laterales. La acción constrictora media de las paredes faríngeas laterales producen la acción valvular intermitente deseada. Se han hecho colgajos faríngeos con base superior e inferior, pero el resultado neto parece ser una combinación de sostener el paladar blando hacia atrás y hacia arriba, y llevar la parte posterior de la pared faríngea hacia adelante. También se han utilizado otras técnicas faringoplásticas y se insertaron materiales para adelantar la pared faríngea posterior en el caso de incompetencia faríngea.

La estructura palatina corta ha motivado a algunos cirujanos a agregar un colgajo faríngeo de base superior al cierre primario del paladar blando. Es difícil emitir una opinión sobre estos procedimientos dado que el potencial funcional del paladar para moverse no siempre se correlaciona con las observaciones de su longitud. Se están desarrollando otras pautas para las decisiones en cuanto al uso de estos procedimientos.

Aparatos protésicos para ayudar a la fonación: Otras soluciones para el problema de insuficiencia velofaríngea pueden lograrse por medio de una

prótesis. Ocasionalmente, una deformación de paladar fisurado supera la posibilidad de reparación funcional por medio de la cirugía.

Los resultados postoperatorios de la fisura palatina pueden ser deficientes en su potencial funcional. En tales casos, se ha logrado la habilitación satisfactoria por parte de la diestra construcción de un aparato que ayude a la fonación.

Si un paladar está razonablemente restaurado, pero no logra elevarse en forma adecuada para cerrar el istmo velofaríngeo, puede extenderse una prolongación hacia atrás de un aparato dental. A menudo el paladar blando reparado es insensible y puede tolerar el contacto de este aparato y su extensión sin provocar el reflejo del vómito. Si el paladar es deficiente en longitud, se agrega un obturador en forma de bulbo a la extensión de elevación posterior. La extensión posterior en forma de bulbo puede disminuirse gradualmente a medida que se produce una mayor constricción muscular faríngea, logrando un mejor cierre velofaríngeo. Este tipo de aparato puede utilizarse para desarrollar la acción muscular antes de realizar una operación a colgajo faríngeo. Tal aparato puede emplearse también para reemplazar dientes ausentes, cubrir defecto de paladar duro, y ayudar a soportar el labio superior por medio de que el aparato quede anclado a dientes sanos y correctamente restaurados.

Tratamiento odontológico: La importancia de la preservación de los dientes en el paciente con paladar fisurado no puede exagerarse. Los dientes sanos son fundamentales para el desarrollo de las apófisis alveolares que son deficientes en la zona de la fisura. Estos dientes son básicos para la corrección ortodóncica de la posición de los segmentos del maxilar superior, que muestran tendencia a colapsarse y a desarrollarse poco. Todos los

dentistas deben tener presente la urgente necesidad de la preservación y la restauración de la dentición de los niños con paladar fisurado.

Reparación de deformidades residuales: Las deformidades residuales de la nariz y del labio pueden requerir operaciones adicionales para lograr resultados definitivos. Las aberturas residuales hacia la nariz constituyen un peligro por la posibilidad de escape de los materiales dentales para impresiones. Las aberturas del vestíbulo labial hacia la nariz son fuentes de irritación e impiden un sellado periférico de las prótesis. Un cierre con un colgajo de dos capas tapiza las superficies nasal y bucal con epitelio.

Foniatría: El criterio más interesante de la habilitación del paladar fisurado es el logro socioeconómico que es apreciado sólo cuando uno se encuentra con un individuo disminuído en cuanto a su capacidad de fonación. La cirugía puede ser capaz de proveer estructuralmente un paladar, pero generalmente se requiere entrenamiento foniátrico para lograr su máxima función. El cierre velofaríngeo en la fonación no es una simple acción de esfínter, y los refinamientos de este mecanismo son sumamente exigentes. Además de la acción valvular que determina la calidad de nasalidad en la voz, hay muchos problemas de articulación que se asocian con la fonación del fisurado palatino. Estos problemas pueden ser complejos y requerir la habilidad de un foniatra competente.

El estado del tejido linfoide hipertrófico de las adenoides y de las amígdalas es a menudo cuestionado. Tal agrandamiento de tejido puede ocupar espacio y compensar un cierre velofaríngeo insuficiente. Una tonsilectomía y una adenoidectomía pueden producir una repentina manifestación de un mecanismo defectuoso y una marcada hipernasalidad de

la fonación. El tejido linfoide en esta zona sufre atrofia gradual, después de la pubertad, pero algunos autores creen que la compensación es más favorable con un período de atrofia prolongada. Si hay adenoides y amígdalas enfermas que contribuyen a infecciones auditivas, deben extirparse. Se requiere una cirugía cuidadosa para tales procedimientos, para evitar el exceso de tejido cicatricial, que reduciría aún más el potencial funcional del mecanismo velofaríngeo.

El otorrinolaringólogo debe manejar el problema de la otitis media serosa crónica, que es dos veces más común en niños con paladar fisurado que en niños sin él, y que se encuentra en los primeros años de la infancia. La timpanotomía y la colocación de tubos de plástico temporarios serán efectivas para la preservación de la audición y la fonación.

Enfoque en equipo del tratamiento del fisurado palatino: Dado que los problemas de la habilitación del paciente requieren los servicios de múltiples disciplinas del tratamiento de la salud, se han desarrollado centros que cumplen con estas necesidades. En este esfuerzo participan pediatras, cirujanos, odontopediatras, ortodoncistas, prostodoncistas y foniatras. Además de que el personal clínico, las trabajadoras sociales y las enfermeras de Salud Pública contribuyen en gran medida a la función de estos programas para niños con labio paladar hendido.

Sugerencias de apoyo terapéutico en casa. La práctica de apoyos, terapias y ejercicios en el hogar puede lograr que un mayor interés en los niños con este padecimiento y no reviste mayor problema o dificultada para sus padres. Con el objetivo de obtener una mejoría en el habla del niño se recomienda una regularidad en la práctica de los ejercicios. Los padres

deberán procurar no regañar al niño durante el transcurso de los ejercicios, ni infundarle temores adicionales que lo conduzcan al fracaso ni hacerlo pensar demasiado en su defecto. Estas actividades deberán ir acompañadas de abundantes estímulos y elogios. El ejercicio que se ha empleado con mayor éxito se desarrolla de la siguiente manera: presentar un rehilete al niño y mostrarle cómo puede hacerlo girar con sus soplidos; hacerlo soplar un popote en un vaso con agua, con la intención de crear burbujas; por medio de una trompeta o un silbato, hacer que el niño procure hacer sonidos, lo cual hará que el velo de su paladar dirija una corriente de aire por la boca; hacer que el niño mueva una ligera pelota de pin-pon con la fuerza de sus soplidos sobre la superficie de una mesa; enseñarle al niño a hacer burbujas de jabón con soplidos. En una siguiente etapa se sugiere invitar al niño a que infle unos globos y proporcionarle paletas de dulce que contribuyan a estimular el velo del paladar y su lengua.

Para implantar y fortalecer el hábito de los movimientos de mandíbula, lengua y labios se sugiere que los padres procuren que el niño pronuncie palabras cortas, simples. También se sugiere estimular sus respuestas por medio de un album que suscite palabras y coadyuvar en el estímulo muscular de la boca por medio de chocolates embarrados alrededor de la boca.

Los padres notarán mayores logros en la medida en que los ejercicios terapéuticos en el hogar se asemejen más a un juego y no rebasen los límites de tolerancia y tedio del propio niño.

3.5 Otras investigaciones:

Ortiz Monasterio (1990) ha realizado con éxito cirugías intrauterinas de corrección de labio y paladar hendidos. Luego de haber experimentado con animales, el Dr. Ortiz Monasterio ha efectuado estas operaciones en niños que han podido ser detectados con el padecimiento, una vez cumplidos los cinco meses del embarazo y por medio de un ultrasonido que detecta la deformidad. En su etapa experimental, con primates, Ortiz Monasterio refiere que abría matriz, extraía la cabecita, reparaba y volvía a meterla. Todo el proceso tardaba no más de hora y media, lo cual permitía que el embarazo siguiera un curso normal y no afectaba en absoluto la gestación, ni el parto de los bebés. Actualmente, el Dr. Ortiz Monasterio realiza estas intervenciones intrauterinas por vía de láser en seres humanos.

Por otro lado, Lagunes (1987) realizó una investigación en el Hospital Gea González, en donde aplicó un cuestionario a 27 padres de familia (13 hombres y 14 mujeres), de niños que presentaban labio y paladar hendidos; en un rango de edades entre los 2 meses a los 14 años. De éstos, 17 (63%) padecían una fisura de labio unilateral y sólo el 14.81% del total fueron prematuros; 18.5% nacieron por cesárea y sólo el 28.5% de las madres tuvo amenaza de aborto. Es decir, no se encontró relación directa del problema con los pacientes prematuros ni con los que habían presentado amenaza de aborto.

El 48.1% de estos pacientes no fueron planificados, sólo el 37% respondió afirmativamente y el resto (14.9%) respondió afirmativo, además de que desconocían lo que significaba planificar la familia.

El 77.7% no usaba con anterioridad al embarazo métodos anticonceptivos; sólo el 14.8% usaba algún método y el 7.4% no supo que significaba esto.

El 48.1% de estos niños fue producto de la primera gesta y el 63% a raíz de que tuvieron niños con labio y paladar hendidos no han tenido más hijos.

Sólo el 18.5% presentó antecedentes familiares de labio y paladar hendidos y el resto (81.5%) no tenían antecedentes.

Capítulo 4 Aspectos metodológicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la considerable incidencia (uno de cada 800, Sariña 1982) de casos con labio paladar hendido, la presente investigación pretendió encontrar algunas diferencias significativas respecto a la distorsión de la imagen corporal entre niños y niñas con y sin esta malformación.

¿Existe diferencia entre niños y niñas con y sin labio paladar hendido respecto a su imagen corporal?

HIPÓTESIS

H₀1: No existe diferencia en cuanto a la distorsión de la imagen corporal entre niños y niñas con y sin labio paladar hendido.

H₁1: Existe diferencia en cuanto a la distorsión de la imagen corporal entre niños y niñas con y sin labio paladar hendido.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variables Independientes:

- Niños y niñas con labio paladar hendido.
- Niños y niñas sin el padecimiento.

Operacionalización: - Niños que presenten este padecimiento que consiste en una malformación congénita que en su mayoría tiene causas genéticas LPH, el labio hendidado se relaciona con un gene anormal recesivo y el paladar hendidado con gene dominante; los labios hendidados pueden ser unilaterales o bilaterales. Sariña (1982).

Variables Dependientes:

- Distorsión de la imagen corporal

Operacionalización: - Niños que presenten una mala imagen corporal entendida esta como la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales; interhumanas, repetitivamente vividas a través de la sensaciones erógenas, arcaicas o actuales. Dolto (1986) medidas a través de un instrumento proyectivo creado por Koppitz (1982).

Variables Atributivas:

Nivel socio-económico, medio-bajo.

Variables Extrañas:

- Número de hermanos.

- Lugar que ocupan los sujetos en la familia.

-Tipo de malformación, ya sea unilateral o bilateral

Se utilizó como técnica de control la aleatorización que postula los efectos de estas variables se distribuyó al azar aleatoriamente. Esto garantiza que los sujetos serán afectados en forma similar.

TIPO DE MUESTRA

Es un tipo de muestreo no-probabilístico, intencional y por cuota, ya que sólo se escogieron a niños y niñas con labio paladar hendido de edades comprendidas entre los 6 años y los 9 años 11 meses, de un hospital infantil gubernamental y con nivel socioeconómico medio-bajo. De igual manera, a niños sin labio paladar hendido que comprenden el mismo rango de edades y nivel socio-económico, formando así un tipo de muestreo no-probabilístico, de cuota o accidental.

Criterios de selección de muestra

Inclusión:

- Niños con labio paladar hendido.
- Edad de seis a nueve años 11 meses.
- Nivel socio -económico medio-bajo.
- Sexo femenino o masculino.
- Niños sin labio paladar hendido.

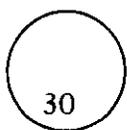
Exclusión:

- Sujeto que no quiera participar.
- La no elaboración del Dibujo de la Figura Humana..

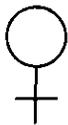
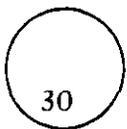
Diseño de la investigación:

Según los criterios propuestos por Pick, S. y López, A. (1979), esta investigación fue un diseño de más de dos muestras independientes, siendo éstas: sexo, niños y niñas con y sin labio paladar hendido.

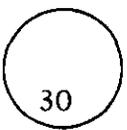
ESQUEMA:



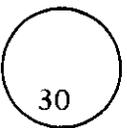
con labio paladar hendido.



sin labio paladar hendido.



con labio paladar hendido.



sin labio paladar hendido.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron para la presente investigación fueron el *Dibujo de la Figura Humana en los Niños* y un "Cuestionario para Padres".

El test proyectivo de lápiz y papel, *Dibujo de la Figura Humana en los niños* de Koppitz (1982); con escala nominal, donde la calificación fue dada por ausencia y presencia de los items esperados para las edades correspondientes a la muestra de niños ha sido escogida para esta investigación.

Koppitz (1982) realizó junto con psicólogos clínicos, trabajos de diseño y estandarización de este test para niños de cinco y doce años, dividiendo en dos tipos diferentes de signos objetivos para la interpretación.

Items Evolutivos: van a ser un conjunto de signos que considera que está primeramente relacionado con la edad y el nivel de maduración; basados los 30 items en el sistema de evaluación de Goodenough-Harris (1950) y de la propia experiencia de la autora. Efectuó un estudio normativo para determinar la frecuencia con que aparecen 30 items evolutivos en los DFH de varones y niñas entre cinco y doce años. Dicho estudio se basó en una población de 1856 alumnos de escuelas primarias públicas. El segundo conjunto de signos se estima que está relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño; a estos signos se les llama Indicadores Emocionales.

Estos items se derivaron de los trabajos de Machover (1949) y Hammer (1958) y las experiencias de la autora. Se dividen en tres tipos de items, calidad del DFH, detalles especiales que habitualmente no se observan en los DFH realizados por niños; y el tercero se comprenden las omisiones de items que son esperados en un nivel determinado de edad. De los treinta y ocho elegidos sólo treinta de ellos quedaron como indicadores emocionales,

ya que los demás no se apegaron a los criterios propuestos. Los sujetos para éste estudio fueron 76 pares de alumnos de escuelas públicas equiparables en sexo y edad.

Utilizó la X^2 para encontrar dos hipótesis, en donde la primera se afirmaba que los indicadores emocionales se dan más a menudo en los DFH de niños con problemas emocionales que los dibujos de niños bien adaptados.

La segunda hipótesis sostiene que los DFH de los niños perturbados mostraron un número mayor de indicadores emocionales que los protocolos de los niños adaptados.

La calificación se llevó al cabo con items esperados y excepcionales en los DFH de varones y niñas entre 6 años y 9 años con presencia o ausencia de estos; y las interpretaciones de los puntajes obtenidos será de:

Puntaje DFH	Nivel de capacidad mental:
8 ó 7	Normal alto a superior (CI de 110 o más)
6	Normal a superior (CI 90-135)
5	Normal a normal alto (CI 85-120)
4	Normal bajo a normal (CI 80-110)
3	Normal bajo (CI 70-90)
2	Borderline (CI 60-80)
1 ó 0	Mentalmente retardado o funcionando a un nivel retardado debido a serios problemas emocionales.

El DFH puede aplicarse a niños de cinco a doce años de edad en forma colectiva o individual; se recomienda en forma individual para tener un mejor acceso a la observación del niño a la hora de realizar su dibujo.

Debe proporcionársele a los niños hojas de papel blancas de tamaño carta las que él necesite, un lápiz del número dos y una goma de borrar.

Para la realización del DFH la consigna será:

“Quisiera que en esta hoja dibujes una persona ENTERA.

Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre y cuando sea una persona completa y no una caricatura o una figura de palotes ”

Por último, se aplicó un cuestionario dirigido a los padres de niños que presentan labio paladar hendido con el fin de conocer algunos datos relativos a la dinámica familiar. En primera instancia se realiza una *Ficha de Identificación* con los datos generales del niño o niña. Después se presenta un espacio destinado a la elaboración de un *Familiograma* que contiene la edad, el sexo y ocupación de cada uno de los miembros de la familia. Una vez llenado éste, se pasa a la *Historia de Desarrollo* que está dirigido principalmente a ser contestado por la madre, ya que contiene datos del desarrollo del embarazo, o de su salud durante el desarrollo de su embarazo y si hubo o no complicaciones de algún tipo. El siguiente apartado se refiere a la alimentación; cómo se llevó a cabo debido a las condiciones específicas de estos niños, el control de esfínteres se encuentra incluido en este apartado también. *El Sueño* y el *Desarrollo Sexual* son los dos apartados siguientes que investigan si el pequeño sufre de algunas pesadillas, o si duerme solo, si ha tenido algún tipo de información acerca de su desarrollo sexual y de quién ha recibido esta información.

La *Historia Escolar* permite investigar cómo es el aprovechamiento del pequeño y desde cuando se encuentra en una escuela. Con quién se relaciona más: si con el padre o con la madre es el siguiente punto que se nombra *Relaciones*; toma en cuenta también si existen relaciones estrechas con alguno de los hermanos o con algún miembro de la familia.

La *Historia de Salud* pregunta acerca de las enfermedades que ha presentado el niño, así como el tipo de intervenciones que ha sido sometido. También si algún miembro de la familia ha tenido algún tipo de adicciones y si ha presentado labio paladar hendido.

PROCEDIMIENTO

Para la presente investigación se tomó en cuenta la participación de 30 niños y 30 niñas con Labio Paladar Hendido, que fueron tomados de un hospital infantil gubernamental del sur de la ciudad de México, con un rango de edades de seis a nueve años 11 meses y que pertenecían a un nivel socio-económico medio-bajo.

De igual manera, se tomó en cuenta como grupo control, niños y niñas sin malformación, de igual conformación y número y que pertenezcan al mismo estrato social antes mencionado para los niños con labio paladar hendido.

La aplicación en ambos grupos se llevó a cabo en cubículos. En el caso del hospital se realizó en un cubículo pequeño con una pequeña mesa y dos sillas, en el caso de la escuela se hizo en un pequeño privado, al lado de la dirección del plantel.

Para un mayor *rapport* se aplicó un dibujo libre, dándole al niño un lápiz y una hoja de papel tamaño carta, color blanco, y una goma de borrar. Se le pidió que dibujara lo que él o ella quisiera dibujar, sin ningún límite de tiempo.

Una vez terminado el dibujo libre, se le aplicó el test proyectivo DFH de Koppitz. Se le dio otra hoja de papel en blanco y a continuación se le dio la consigna para la realización de esta prueba.

Tanto el dibujo libre como en el DFH y en la aplicación del test se hizo en forma individual, permitiendo una mejor observación de los niños en el diseño de los dibujos.

En el caso del grupo de niños y niñas con labio paladar hendido se pidió a los padres de éstos que contestaran a las preguntas del cuestionario para padres acerca del desarrollo del niño, historia de salud, etc.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenidos los datos, éstos fueron trabajados mediante el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Series) de Niet y Col, 1985.

Los siguientes análisis estadísticos se utilizaron como apoyo al anterior:

1.- Análisis de frecuencia y porcentaje para conocer la distribución de los sujetos.

2.- Prueba X² para establecer diferencias en las categorías estabilidad como individuos emocionales.

3.- Prueba T para conocer las diferencias entre las variables atributivas, considerando en este estudio como sexo, edad, lugar de residencia y coeficiente de inteligencia.

Capítulo 5 Resultados

Los resultados encontrados a través del paquete estadístico SPSS de Niet y Col (1988) son los siguientes:

La muestra se conformó por 112 sujetos, de los cuales 46 eran niñas (41.07%) y 66 niños (59%). A su vez, estos grupos fueron divididos, dependiendo si presentaban o no el padecimiento de Labio y Paladar Hendido. El resultado quedó en 14 niñas (31%) y 31 niños (68.9%), que presentaban dicho padecimiento y se detalla a continuación:

Cuadro I: grupo por sexo y padecimiento:

	Masculino	Femenino	Total
L.P.H.	31	14	45
Sin L.P.H.	32	35	67
T O T A L			112

Cuadro II: frecuencia por edad (X= 7.64)

Edad	Frecuencia	Porcentaje%
6	8	7.14%
7	41	36.6%
8	43	38.3%
9	20	17.8%

La edad general del grupo iba de 6 a 9 años, lo cual arrojó una media de 7.64.

Con respecto a su residencia, el total del grupo control (sin diagnóstico de LPH) residen en la Ciudad de México, mientras que del grupo que presentan LPH, sólo 18 sujetos el (40%) residen en la Ciudad de México y 27 de los casos (60%) residen en provincia, principalmente en los estados de Veracruz y Oaxaca.

Escolaridad:

Los datos están dados por edad, frecuencia y el equivalente en porcentajes.

Cuadro III: frecuencias y porcentajes de escolaridad.

Año escolar	Número de sujetos	Porcentaje (%)
Primero de primaria	15	13.3%
Segundo de primaria	36	32.14%
Tercero de primaria	53	47.32%
Cuarto de primaria	8	7.14%
Suma	112	100%

Embarazo:

Para el grupo de niños con el padecimiento de LPH, 24 madres (53.3%) sí habían planeado su embarazo y 21 (46.7%) refirieron no haberlo planeado.

Situación Familiar:

En 11 familias (24.4%) la situación familiar era inestable; 18 familias reportaron tener una situación regular, que corresponde al 40% y por último, 16 (35.5%) mencionaron tener una situación estable.

Salud durante el embarazo:

Al preguntarle a las madres sobre su salud durante el embarazo el 75% respondió haber tenido los síntomas propios del embarazo y sólo 11 madres reportaron haber tenido un embarazo que iba desde delicado a muy delicado.

El 75.6% tuvieron un parto natural y el 24.5% fué por cesárea y cuando se los pregunto quiénes habían estado expuestas a rayos X, 24.4% reportó haber estado expuestas, mientras el 75.6% no lo estuvo.

Primera impresión materna:

Al preguntarles sobre la impresión que habían tenido al enterarse de que su hijo presentaba L.P.H. contestaron según se muestra a continuación:

Cuadro IV Frecuencias y porcentaje sobre la primera impresión materna.

Frecuencia	Porcentaje	Descripción
19	42.2%	Manifestaron dolor
16	35.5%	sorpresa
4	8.8%	pena
3	6.6%	decepción
3	6.6%	no contestaron

En el 44.4% de los casos fué su primer embarazo y el 15.6% contestaron que se trataba de su segundo embarazo; el resto era su tercer o más embarazo (40%). Cabe mencionar que aquellas madres que reportaron que era su primer embarazo, informaron no haber vuelto a embarazarse.

Alimentación:

En cuanto a los hábitos de alimentación, el 97.8% de las madres reportó haber recibido orientación al respecto, de las cuales 46.7% informó haber alimentado con biberón; 17.8%, mediante gotero; el 11.1%, por vía del pecho y el resto, a través de sonda, cuchara u otro (24.4%).

Adicciones:

El 24.4% de las madres con hijos con L.P.H. respondió que sus esposos ingerían bebidas alcohólicas, y en cinco casos (11.1%), se reportaron problemas de adicción a otro tipo de drogas en la familia.

Familiares con L.P.H.:

Con respecto a la pregunta de que si había algún familiar con L.P.H., 19 casos (42.2%) reportaron tener un familiar con este padecimiento, mientras que 25 casos (55.5%) informó no tener ningún familiar con labio o paladar hendido.

Explicación sobre el origen del L.P.H.:

Al preguntarles su explicación personal sobre los motivos que pudieron haber ocasionado la aparición de L.P.H. en sus hijos, las madres respondieron según se desglosa a continuación:

Cuadro V: Explicación sobre el origen del L.P.H. según los padres de los niños.

Frecuencia	Porcentaje %	Explicación
11	24.4%	Eclipse
9	20.0%	Problemas en la sangre.
8	17.8%	Uso de medicamentos durante el embarazo.
7	15.6%	Herencia
5	11.1%	No saben
5	11.1%	Rubeola o uso de anticonceptivos.

Nombres asignados al L.P.H.:

A continuación se desglosan las frecuencias y los nombres con los que las madres designan o conocen al L.P.H.:

Cuadro VI: Identificación de L.P.H.

Frecuencia	Porcentaje %	Identificación
20	45.4%	Labio leporino
10	25.6%	Comido por la luna o eclipsado.
9	20%	Sin nombre.
4	8.8%	Chueco, roto o deforme.

Coefficiente intelectual del DFH e indicadores emocionales:

A continuación se muestran los cuadros que midieron el coeficiente intelectual entre niños y niñas con y sin labio paladar hendido y los indicadores emocionales:

	Coefficiente Intelectual	Indicador Emocional
NIÑOS	95.87	3.18
NIÑAS	82.28	3.76

CI= los niños (X=95.87) y las niñas (X=82.28); T=5.59 y P< .02

IE= los niños (X=3.18) y las niñas (X=3.76); T=2.068 y P< .05

Con Labio Paladar Hendido	Coefficiente Intelectual	Indicador Emocional
NIÑOS	83.38	2.96
NIÑAS	78.57	4

CI= niños (X=83,38) y niñas (X=78.57); T=1.40 y P< .04

IE= niños (X=2.96) y niñas (X=4); T= 4.13 y P< .01

Sin Labio Paladar Hendido	Coefficiente Intelectual	Indicador Emocional
NIÑOS	83.93	3.84
NIÑAS	84.11	3.50

CI= niños (X=83.93) y niñas (X=84.11); T=.885 y P> .06

IE= niños (X=3.84) y niñas (X=3.50); T= .037 y P> .84

De los resultados de esta investigación, y una vez aplicados los criterios metodológicos que se emplearon para la misma, se concluye que los niños con labio paladar hendido no presentan distorsión de su imagen corporal en las respuestas obtenidas en la entrevista. Sin embargo, en la observación, e interpretación de sus dibujos de la figura humana, sí se observan evidentes distorsiones que responden directamente a su padecimiento.

Por lo anterior, es necesario subrayar que los números de la estadística no necesariamente reflejan una realidad total. Es preciso analizar caso por caso, a través de la detenida observación de sus dibujos y demás manifestaciones, así como a través del análisis individual y emocional de cada sujeto.

La muestra arrojó que los niveles de coeficiente intelectual de niños, y en particular los niños con labio paladar hendido, resultaron más elevados que los arrojados por las niñas de ambos grupos. A este respecto, es preciso subrayar que los niños tienen una propensión mayor a la intelectualización de sus actividades que la que muestran las niñas. Gesell (1995) afirma que “*las niñas prefieren disponer representaciones teatrales y montar espectáculos musicales. Las muñecas de papel proporcionan un vehículo para este impulso dramático*” (p.102). Con respecto a los niños, afirma que estos no sólo se interesan por la actividad motriz gruesa más que las niñas, sino que son atraídos por “*los números y les gusta leer cualquier número que cae bajo su vista. Muchos de los juegos de mesa del niño de seis años se adaptan bien a sus intereses intelectuales*” (p.105). Corroborando los datos de la estadística de esta investigación, se observa una tendencia a la actividad intelectual, más que a la emocional, de los niños estudiados, más que las niñas de ambos grupos.

Por lo que respecta al factor emocional de los niños entrevistados, se encontró que las niñas son más afectivas emocionalmente que los niños. Mientras que la medición del factor intelectual mostró que los niños presentan un coeficiente intelectual más elevado que el de las niñas. Es importante recalcar aquí que las perspectivas masculinas de los niños con labio paladar hendido auguran un mejor desarrollo que el esperado por las niñas, destinadas a un universo femenino de belleza estética difícil de enfrentar.

Capítulo 6 Conclusiones

Tres viñetas

Antes de presentar las conclusiones de este trabajo, quisiera dejar escritos tres ejemplos de los muchos que motivaron la realización de esta investigación. Son tres viñetas, más que anecdóticas, que revelan el impacto doloroso del padecimiento del labio paladar hendido.

En primer lugar, se observa la portada de un número de la revista "Libro Sentimental" en donde aparece un recién nacido con labio paladar hendido que es presentado a sus padres, en brazos de un médico. Los padres del infante que parece dormido muestran no sólo asombro, sino horror y repudio. El título de la revista para este número es "No puede ser mío" y lo ví en el kiosko que se ubica afuera del Hospital Gea González, al tiempo que me encontraba realizando esta investigación.

Más que por la coincidencia, he querido incluir esta imagen en mi trabajo, pues me parece que revela gráficamente muchas de las respuestas y opiniones que me confiaron los padres de niños con labio paladar hendido al ser entrevistados. Por otro lado, la revista fue hecha con la intención de *difundir el trabajo que se lleva a cabo en el Hospital Gea González con niños que padecen labio paladar hendido*. Se trata de un medio de difusión eficaz, que sin elaborar demasiado en las teorías científicas o explicaciones teóricas del problema, orienta e ilustra a los padres por medio de dibujos y prosa accesible. Incluso quien no tenga un nivel medio de lectura se identifica con los personajes allí dibujados y terminará por conocer mejor aquello que tradicionalmente se explicaba sólo por medio de mitologías y que socialmente se ocultaba.

Otra viñeta que deseo incluir en este trabajo es un testimonio que me fue comunicado en el Hospital Infantil Federico Gómez. Me encontraba

13 DE MARZO DE 1960

LIBRO *Sentimental*

NO PUEDE
SER MIO

AÑO X
No. 630



\$500

realizando mi servicio social en tal institución y, en consulta externa del área de cirugía, escuché a una niña que venía de Guadalajara, Jalisco, que al acercarse con el médico que la atendía preguntaba “¿Verdad que me veo más linda?”. Sucede que la madre de la niña le había confeccionado un album con fotografías de su rostro, desde que la niña había nacido, y constantemente le reiteraba a su hija que la cicatriz que ella se veía en el espejo mejoraba día con día. Quizá lo que más me llamó la atención de lo que escuché de la madre era que le decía a su hija, tocándole la hendidura de los labios, que lo más importante era la belleza que tenía en su interior, más que las cicatrices o huellas de las intervenciones quirúrgicas a las que había sido sometida.

Lo que más me conmovía de esta experiencia era que se trataba de una señora de evidentes escasos recursos, pero con un espíritu interior que lograba rellenar con palabras de afecto, caricias, miradas que no rehuían del rostro de su hija y amor las heridas imborrables de la niña.

Por último, en el mismo Hospital Infantil Federico Gómez tuve oportunidad de entrevistar a un adolescente que se había mandado tatuar una lágrima en la comisura del ojo izquierdo como testimonio de su dolor ante el padecimiento del labio paladar hendido. “No importa que me operen y me operen y me operen... Yo voy a seguir llorando siempre que haya nacido así...”.

No es suficiente que, por naturaleza, el joven haya nacido marcado. Él se marca con un tatuaje, su propia lágrima fabricada, sin importar que algún Otro lo haya marcado.

Tres conclusiones teóricas

De los antecedentes teóricos sobre imagen corporal y labio paladar hendido que investigué para este trabajo he querido desglosar mis conclusiones en tres campos diferentes: Psicoanálisis, Historia y Orientación Médica Integral.

Psiconálisis:

Una vez revisada una amplia bibliografía descriptiva, y cronológica, de la evolución del concepto de labio paladar hendido por un lado, y de la imagen corporal, por el otro, es importante preguntarse de qué manera psicoanalítica se ven afectados ellos mismos por el labio paladar hendido y de qué manera se pueden interpretar sus propias apreciaciones sobre su imagen corporal.

Es decir, si Freud (1926) habló de que la primera causa de ansiedad en el individuo se asoma en el “trauma de nacimiento”, lo cual proporciona una suerte de patrón de todas las demás ansiedades ulteriores y marca las primeras relaciones del bebé con el mundo exterior, una primera conclusión teórica que apareció en mi investigación es la necesidad de conferir la debida importancia a que el padecimiento de labio paladar hendido irrumpe de manera violenta y dolorosa en el proceso mismo del nacimiento del afectado. Además, Freud se refiere al trauma de nacimiento también como una impresionante cisura que puede llegar incluso a limitar el conocimiento que le hemos otorgado a la continuidad que existe entre la vida intrauterina y la primera infancia. El bebé que nace con labio paladar hendido presenta una impresionante fisura que recibe el asombro, rechazo y horror de sus padres y que, de alguna manera, también exacerba el propio trauma del recién nacido.

Melanie Klein (1983) menciona que la vida emocional del bebé, entre los tres o cuatro primeros meses de vida, está estrechamente ligada a las ansiedades que ella denomina "posición esquizo-paranoide". La pérdida del estado intrauterino es sentida como un ataque de fuerzas hostiles que persiguen al bebé, por lo que la ansiedad persecutoria entra desde un inicio en la relación que se establece entre el bebé y los objetos que lo rodean. Según concluye Klein, la relación con el objeto exterior es parcial porque las pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas están dirigidas desde el principio de la vida hacia el pecho de la madre. Con la experiencia del bebé con el alimento y la presencia de la madre se inicia una relación de objeto con ella. El niño con labio paladar hendido no puede prenderse al pecho de su madre y, por ende, sus ansiedades persecutorias y la hostilidad ante la pérdida del estado intrauterino, se ven aumentadas con mayor fuerza.

De hecho, Klein (ibid) habla de pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas en tanto que se establece una relación directa entre el pecho de la madre, en particular, con el deseo del bebé de alimentarse. En la medida en que el niño con labio paladar hendido no puede satisfacer su necesidad de alimento predominarán las pulsiones oral-destructivas y serán vividas o fantaseadas como "un pecho malo" que frustra. Habrá más perseguidores internos, complicaciones en la configuración del super-yo y déficit en sus primeros procesos introyectivos.

Por otro lado, Klein (ibid) sostiene que cualquier aumento de voracidad en el bebé fortalece los sentimientos de frustración, y estos a su vez, fortalecen las pulsiones agresivas. En niños con labio paladar hendido, si bien su componente agresivo no es innato, se concluye que la ansiedad persecutoria, la frustración y la voracidad se despertarán fácilmente, lo que

contribuye a la dificultad del niño para tolerar privaciones y manejar la ansiedad.

Si partimos de la idea de que “el pecho malo” es percibido por el lactante como una persecución, esta ansiedad persecutoria será mayor en tanto que se crea amenazado con la misma voracidad con que él desea devorar al pecho materno. Estos ataques fantaseados generan mayor ansiedad y un miedo al contraataque.

Aparte de la relación mamaria, la intervención de otros aspectos de la madre son sumamente importantes debido a que la relación con ella, y en respuesta a su sonrisa, a sus manos, voz o mirada, atiende a las necesidades del niño contrarestando las ansiedades persecutorias y los sentimientos de pérdida despertados por la experiencia del nacimiento. En niños con labio paladar hendido no se establece una respuesta entre las miradas, o incluso caricias, de ambos. La madre puede pasar por una depresión post-parto mucho más intensa, no mirará a su hijo desprovista de rechazo y de horror y no podrá apaciguar las ansiedades persecutorias antes mencionadas.

Lacan y Winnicott (1971), principalmente, han referido la importancia de que los ojos del recién nacido encuentren respuesta en el espejo de la mirada de su madre. El recién nacido para conformar su propio yo necesita que la mirada de la madre le devuelva su propia mirada. No necesariamente se trata de una mirada en un espejo en donde el niño se regodea con la recreación de su propia visión, sino una mirada que le devuelve la integración y diferenciación de su no-yo y el yo. En niños con labio paladar hendido, en tanto que no reciben esta mirada especular, crecerán con desconcierto hacia el rostro materno que no responde a algo dentro de lo cual se mira. Un espejo no es entonces más que algo que se mira, y no algo en lo que se mira. Sin un espejeo, la percepción ocupa el lugar de la

apercepción. La imagen que se refleja en el espejo es una totalidad organizada que le devuelve, al igual que la mirada de la madre, un sentimiento de unidad y completud que su propia cenestesia, aun incoordinada, no posee.

En niños con labio paladar hendido la ausencia de una respuesta en la mirada materna puede traer consigo una atrofia en la capacidad creadora, se complican aún más los procesos de maduración y se multiplican las posibles identificaciones más allá de los rostros de los padres. Paradójicamente, el niño con labio paladar hendido se sentirá constante y mayormente observado e, incluso, podría buscar defensa en no mirar él mismo a los demás, salvo como un mecanismo de autodefensa.

Otra conclusión teórica importante que rodea al padecimiento de labio paladar hendido se refiere al complejo de castración y envidia del pene mencionados por Freud (1914). En su estudio, Freud señaló que ambos sentimientos tienen su origen en la diferencia de sexos. El pene es un órgano de placer privilegiado, que se excita a través de la masturbación. El niño teme, como resultado de la masturbación, un castigo que puede asumir múltiples formas en su fantasía, pero que se origina en el temor de que le sea amputado su pene. En el momento en que algún elemento de la realidad confirma la posibilidad de esa amputación, de esa castración, y en la medida en que se descubre que existen seres que realmente no tienen pene, surge la posibilidad de que la temida amenaza se vuelva realidad. Por su parte, la niña cuando descubre que carece de un órgano externo similar al del niño, no acepta esta diferencia y se aferra tenazmente a la expectativa de adquirirlo, incluso podría llegar a considerar a su clítoris como un pene en crecimiento.

En el padecimiento del labio paladar hendido, la amenaza de castración puede volverse aún más real pues se ha experimentado una mutilación

original por la malformación. En el caso de los niños, a mi parecer, esta amenaza podría ser atenuada con las supuestas garantías de que, al crecer, la marca de la sutura (o incluso las huellas mismas del padecimiento) pueden ser ocultadas por los bigotes. Probablemente, se podría concluir que en las niñas con labio paladar hendido hay una castración real en los labios que exacerba su propia amenaza de castración, o ausencia de pene.

Historia:

La realización de la presente investigación me permitió acercarme a elementos fundamentales, fundacionales, de nuestra cultura e historia. Considero que la exploración histórica de los antecedentes culturales y antropológicos de la imagen corporal y labio paladar hendido no quedan agotados con lo aquí investigado.

Sin embargo, puedo concluir que hasta la fecha, el México moderno no puede hacer caso omiso de las explicaciones mágicas, tradicionales, míticas que se han heredado desde nuestro pasado prehispánico. De igual manera, concluyo que tampoco se puede negar la influencia de explicaciones e interpretaciones de otras latitudes que, en fusiones sincréticas, enriquecen los temas de este trabajo.

Así como las explicaciones populares obturan el conocimiento del padecimiento del labio paladar hendido, también lo enriquecen en tanto lo hacen partícipe de un marco cultural. Conforme se mencionan los mitos y se adentra en el conocimiento del folklore que los rodea, no dejan de ser fascinantes y atrayentes para cualquier investigador.

Orientación Médica Integral:

A mi parecer todas las posturas médicas desarrolladas que fueron revisadas para esta investigación deberían acompañarse de una comunicación más accesible para todos aquellos que padecen o conviven con el fenómeno del labio paladar hendido.

Al empezar la investigación observé que había poca literatura accesible para la realización de la misma. Ahora, conozco a través de Internet diversas páginas que orientan y proporcionan datos sobre este padecimiento. Predominan, como en otras áreas de interés, los autores, investigadores y centros de atención extranjeros, lo cual limita el acceso a esta información tan importante y necesaria en familias, investigadores y centros nacionales. Además, sobra mencionar que el acceso a la Red de Información Internet dista mucho de ser popular y generalizada en México.

Me parece importante, y necesario, que así como se realizan campañas de información masiva sobre la osteoporosis, el dengue o el cólera, debería procurarse la apertura de espacios de información general, educación básica y conocimientos mínimos sobre el labio paladar hendido y las diversas opciones de tratamiento.

Concluyo que se precisa de una orientación médica integral en donde los padres de los afectados por este padecimiento desempeñen un activo soporte y participación; los médicos generales procuren una labor integrada a la de terapeutas, enfermeras, trabajadoras sociales, maestras, además de dentistas, foniátras, terapeutas de lenguaje y psicólogos.

Bibliografía

Aberastury, A. (1961), *El Juego de Construir Casas*. Buenos Aires: Paidós.

Adler, A. (1930, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), *Problems of Neurosis*.

Ajuriaguerra, J. de (1983), *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona-México: Toray Masson.

Álvarez, L. (1972), *La enfermedad y la cosmovisión de Hueyapán, Morelos*. México: Instituto Nacional Indigenista.

Bender, M.B., Green, M.A. y Fink, M. (1952, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), *Patterns of perceptual organization with simultaneous stimuli*.

Benton, A.L. (1951), "Right-left discrimination and finger localization in defective children", *American Medical Association, Archives of Neurology and Psychiatry*.

Bleichmar, S. (1980), *La constitución psicosexual de la infancia*. Apuntes.

Bollea, G. (1948), *Contributo sperimentale alle fisiopatología del cosiddetto schema corporero.*, en Fisher, S. y Cleveland, S.E. (1958).

Bonilla, M. (1987), *Manual para la Elaboración de Tesis*. Universidad Intercontinental. Facultad de Psicología.

Bonnier, P. (1900, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.).

Broder, H., Strauss, R.P. (1989), *Self Concept of Early Primary School Age Children with Visible or Invisible Defects*. North Carolina University. *Cleft Palate Journal*.

Carrasco Pinzana, P. (1979), Los otomíes. Edición facsimilar de 1950. México: Biblioteca Enciclopédica del Estado de México.

Clifford, E., Clifford, M. (1986), Social and Psychological Problems Associated with Clefts: Motivations for Cleft Palate Treatment. *International Dental Journal*.

Critchley, M. (1950), *The Body Image in Neurology*. Nueva York: Lancet.

Debienne, M.C. (1979), *El dibujo en el niño*. Barcelona: Planeta.

Dolto, F. (1986), *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.

Eco, U. (1984), *Cómo se hace una tesis*. México: Gedisa.

Escalante, P. (1982), La imagen corporal en niños. Estudio preliminar en pacientes con labio hendido, paladar hendido o ambos. *Revista Médica*. 20 (6).

Feed, H. y Paster, J.R. (1951, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.) Evaluation off Draw-a-Person Test in the Thalamotomy with Particular Reference to the Body Image.

Fenichel, O. (1945, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.) Perversionen, Psychosen, Charaktersstörungen.

Fisher, S. y Cleveland, S.E. (1958), *Body Image and Personality*, Nueva York: Dover.

Freud, S. (1914), Tres ensayos de teoría sexual. *Obras Completas*. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Ibid (1914), Introducción al narcisismo. *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Ibidem. (1926), Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas.Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.

Galsdston, I.(1947, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), On the Etiology of Depersonalization.

Gerstmann, J. (1927, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), Fingeragnosie.und isolierte Agraphie.

Gesell, A. (1995), El niño de 5 y 6 años. México: Paidós.

Ibid. (1995), El niño de 7 y 8 años, México:Paidós.

Goodenough, F. L. (1950), Measurement of Intelligence by Drawing. New York: Harcourt, Brace & Would.

Goodenough, F.L. y Harris, D.B. (1950), Studies in the Psychology of Children's Drawings. New York: Psychology Bulletin.

Head, H. (1958, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), Sensory disturbance from cerebraal lesions.

Hoffer, W.(1952, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), The Influences in the Development of Ego and Id: Earliest Stages.

Ichon, A. (1973), La región de los totonacas de la Sierra. México: Instituto Nacional Indigenista.

Jung, C. G. (1926, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), Psychological Types.

Klein, M. (1983), Obras Completas. Tomo III. Buenos Aires: Paidós.

Koppitz, E. (1982), El test gestáltico visomotor de Bender. Buenos Aires: Guadalupe.

Ibid. (1984), El dibujo de la figura humana en los niños. Buenos Aires: Guadalupe.

Lacan, J. (1984), Escritos 1. México: Siglo XXI.

Lagunes, O. (1987), Entrevista.

Lebovici, S. (1973), El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica.

Lefebvre, A. y Barclay, S. (1982), Psychosocial Impact of Cranio-Facial Deformities Before and After Reconstruction Surgery. Canadian Journal of Psychiatry. 27(7).

Lévi-Strauss, C. (1989), Mito y significado. México: Alianza Editorial.

Lhermitte, J. (1935, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), L'image de notre corps.

López-Austin, A. (1984), Textos de medicina náhuatl. México: UNAM.

Ídem (1969), Augurios y ablusiones. México: UNAM.

Ibid, (1994), El conejo en la cara de la luna. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Instituto Nacional Indigenista. Colección Presencias.

López-Austin, J. (1980)), Breve reseña histórica de la odontología. Tesis de licenciatura. UNAM.

Lowen, A. (1975), Bioenergetics. Nueva York: Coward, Mc Cann & Georghagan Inc.

Machover, K. (1949), Personality Projection in the Drawing of the Human Figure. Springfield: Charles C. Thomas.

Manrique Castañeda, L. (1991), El eclipse en el mundo prehispánico. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Masotta, O. (1997), Lecciones de introducción al psicoanálisis. México: Gedisa.

Munch, G. (1983), Etnología del istmo veracruzano. México: UNAM.

Muuss, R. (1978), Teorías de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.

Niet et Col, (1985), Statistical Package for the Social Series. New York: McGraw Hill.

Olavarrieta, M. (1989), Magia en los Tuxtlas, Veracruz. México: Instituto Nacional Indigenista.

Owen, M. (1955, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), Perception of Simultaneous Tactile Stimuli in Emotionally Disturbed Children and its Relation to their Body.

Piaget, J. (1926, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.).

Piaget, J. (1983), El desarrollo intelectual del adolescente, en Canton, V. et.al., Conocimiento de la Adolescencia. Lecturas. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Pick, A. (1900, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), Störung der Orientierung am eigenen Körper.

Pick, S. y López, A. (1979), Cómo investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas.

Rank, O.,(1929, citado en Muus, R.) Will Therapy and Truth and Reality.

Reed, M.R. (1953, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), A Study of Masculinity-Feminity Dimension of Personality in "Normal" and "Pathological" Groups: An Investigation of Differences in M-F Test Production of Hospitalized and Nonhospitalized Women.

Reich, W. (1949, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.) Character analysis.

Revista Mexicana de Anestesiología (1998) Consultada en Internet.

Rincón, C. (1971), La imagen corporal. México: Pax.

Rodríguez López, J. (1943), Supersticiones de Galicia y preocupaciones populares. Buenos Aires: Nova.

Sariña, C. (1982), Guía para el diagnóstico y tratamiento de los problemas quirúrgicos básicos de pediatría. México: Colección de Textos Médicos.

Schilder, P. (1989), La imagen y apariencia del cuerpo. Barcelona: Paidós.

Sepúlveda, M. (1988), La medicina entre los purépechas. México: UNAM.

Serrano, M. (1998), El albergue de las mujeres tristes. México: Alfaguara.

Spitz, R. (1983), El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

Strauss, R.P. y Broder, H. (1985), Interdisciplinary Team Care of Cleft Lip and Palate: Social and Psychological Aspects. Clinics in Plastic Surgery. 12(4).

Tausk, V. (1933, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), On the Origin of the Influencing Machine in Schizophrenia.

Teitelbaum, H. (1941, citado en Fisher, S. y Cleveland, S.E.), Psychogenic Body Image Disturbances Associated with Psychogenic Aphasia and Agnosia.

Tobiasen, J.N. (1984) Psychosocial Correlates of Congenital Facial Clefts: A Conceptualization and Model. *Cleft Palate Journal*.21(3).

Werner H. y Wapner, S. (1949) *Comparative Psychology of Mental development*. New York: International Universities Press.

Williams García, R. (1972), *Mitos tepehuas*. México: SEP-Setentas.

Winnicott, D.W. (1985) *Realidad y juego*. Buenos Aires:Gedisa.

Anexos

Cuestionario a padres

I. Ficha de identificación:

Nombre. _____ Sexo. _____

Edad. _____ Fecha de nacimiento. _____

Lugar de residencia. _____

Escolaridad. _____ Diagnóstico. _____

II. Familiograma (edad, sexo y ocupación de cada uno de los miembros de la familia):

III. Historia de desarrollo:

a) Concepción, embarazo y parto:

¿Había planeado tener al niño(a)?

Sí(..)....No(..)

b) Al encontrarse la madre embarazada, la situación familiar era:
inestable (...) regular(...) estable(...).

c) ¿De cuál sexo prefería que fuera su bebé?

niño (...)...niña(...) indiferente(...).

d) ¿Cómo fué la salud de la madre durante el embarazo?

Con los síntomas esperados (...) Delicada (...).... Muy delicada (...)

e) ¿Ingerió la madre algún tipo de medicamento o se expuso a rayos X durante el embarazo?

Si (...) No (...).

f) ¿Cuántos meses duró el embarazo?

_____ meses.

g) ¿Cómo fué el parto?

Espontáneo (...) Inducido (...) Cesárea (...)

h) ¿Hubo complicaciones?

Si (...) No (...) ¿Cuáles?:

Tardó en respirar (...) Parto prolongado (...) Fórceps (...)

Anestesia general (...) Tenía circular de cordón (...)

Estrechez pélvica (...) Otro (...) ¿cuál?.....

i) Relate brevemente la impresión que tuvo al ver nacer a

j) ¿Este es su número cuál de embarazo logado? _____

IV. Alimentación:

a) Se alimentó con pecho (..) Biberón (...) . Gotro (...) Sonda (...)
Cuchara (...) Otro _____.

b) ¿Hubo oreintación respecto a la alimentación del niño(a)?

Si (...) No (...) ¿De quién? _____.

c) ¿Cómo era el apetito del niño(a)?

Bueno (...) . Regular (...) Malo (...).

d) ¿Cómo es actualmente el apetito del niño(a)?

Bueno (...) Regular (...) Malo (...)

V. Desarrollo motor:

a) ¿A qué edad sostuvo la cabeza? _____.

b) ¿A qué edad se sentó sin ayuda? _____.

c) ¿A qué edad caminó sin ayuda? _____.

d) ¿Cómo fueron sus movimientos en general? _____.

VI. Desarrollo del lenguaje:

- a) ¿A qué edad dijo sus primeras palabras? _____.
- b) ¿Cuáles fueron? _____.
- c) ¿A qué edad dijo frases completas? _____.

VII. Entrenamiento de esfínteres:

- a) ¿A qué edad empezó a educarlo para que fuera al baño a orinar?
_____.
- b) ¿A qué edad lo logró? _____.
- c) ¿A qué edad obró en el baño? _____.
- d) ¿A qué edad lo logró por sí solo? _____.
- e) ¿Se sigue orinando en la cama? Si (...) No (...).
- f) ¿Cuándo lo hizo por última vez? _____.

VIII. Sueño:

- a) ¿Es inquieto al dormir? Si (...) No (...).
- b) ¿Desde cuándo? _____.
- c) ¿Duerme solo? Si (...) No (...) ¿Con quién? _____.

IX. Desarrollo sexual:

- a) ¿Qué información se ha dado al niño(a) acerca de su desarrollo sexual?

_____.
- b) ¿Quién la ha proporcionado?
Padre (...) Madre (...) Escuela (...) Otro (...): _____.
¿Cómo? _____
_____.

X. Historia escolar:

- a) ¿A qué edad entró por primera vez a la escuela? _____.
- b) ¿En qué grado?
Maternal (...) Kinder (...) Primaria (...)
- c) ¿Cómo es en general su aprovechamiento escolar?
Bueno (...) Regular (...) Malo (...).
Malo: porque no le gusta el estudio (..) le cuesta trabajo aprender (..) por enfermedad (..) Otra (..)_____.

XI. Relaciones:

- a) ¿Con quién se relaciona el niño(a) más cercanamente?
Mamá (...) Papá (...) Hermano (...) Otro (...)_____.
- b) Explique brevemente cómo es la relación del niño(a) con su padre:

- c) ¿y con la madre? _____

- d) ¿Se relaciona con sus hermanos?
Si (...) No (...)
- e) ¿Con qué frecuencia?
Siempre (...) Algunas veces (...) Nunca (...).
- f) ¿Qué ambiente se respira actualmente en casa?
Con problemas esperados (..) Tensiones (..) Difícil convivencia (...)

XII. Historia de salud:

a) ¿Qué enfermedades ha presentado el niño(a)

Nombre	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

b) ¿Ha tenido algún tipo de intervención quirúrgica?

c) ¿Algún miembro de la familia es alcohólico?

Si (...) No (...) ¿Quién y desde cuándo? _____

d) ¿Algún miembro es fármacodependiente?

Si (...) No (...) ¿Quién y desde cuándo? _____

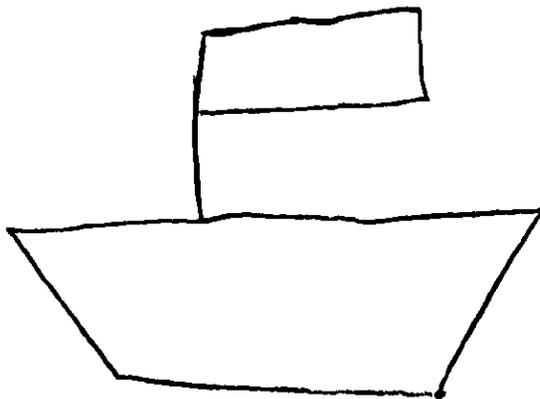
e) ¿Algún miembro de la familia tiene paladar hendido?

Si (...) No (...) ¿Quién? _____

f) ¿Por qué cree que el niño(a) tiene paladar hendido? _____

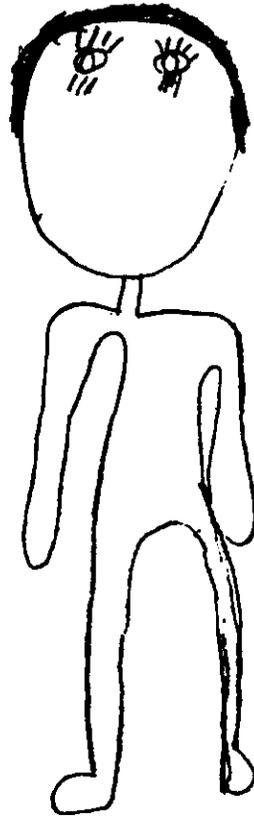
g) ¿Qué nombre dan al padecimiento donde usted vive? _____

Dibujo libre:

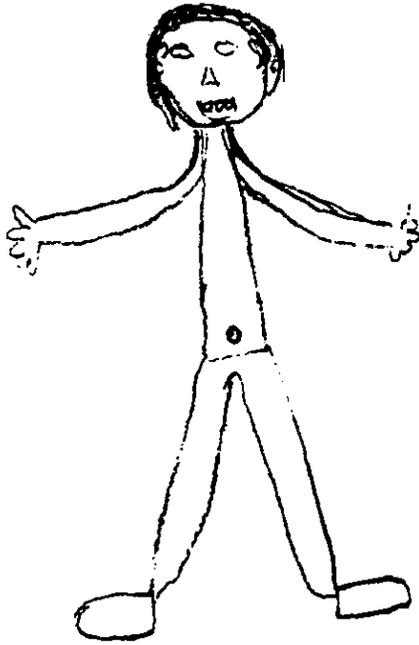


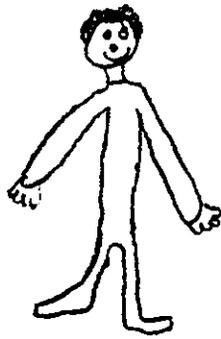
Gabriel 9 años.

Dibujo de la figura humana:

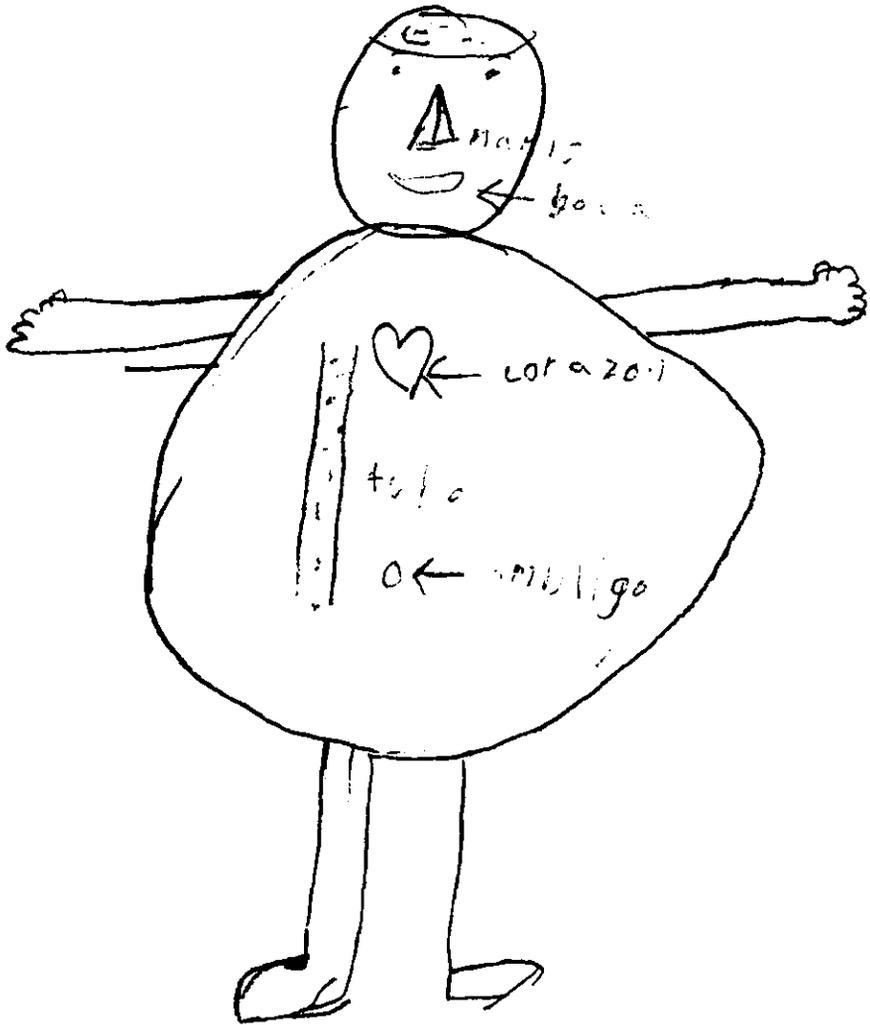


Gabriel 9 años.

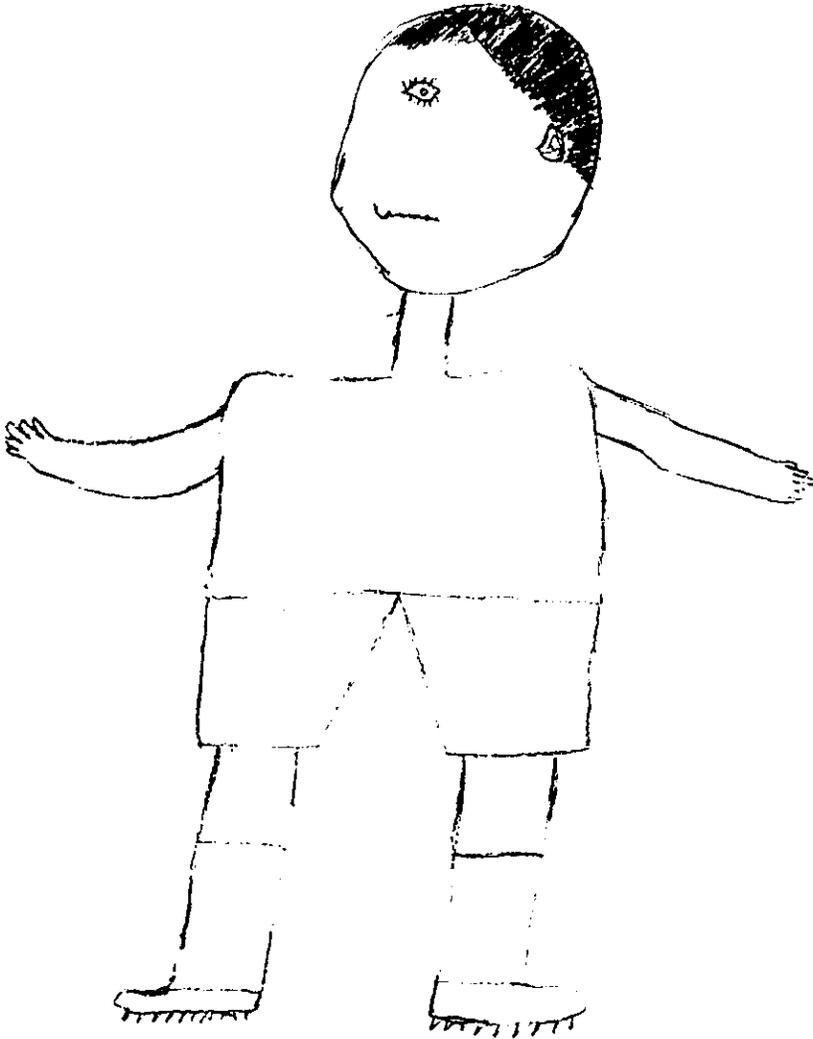




Juan Pablo 9 años.



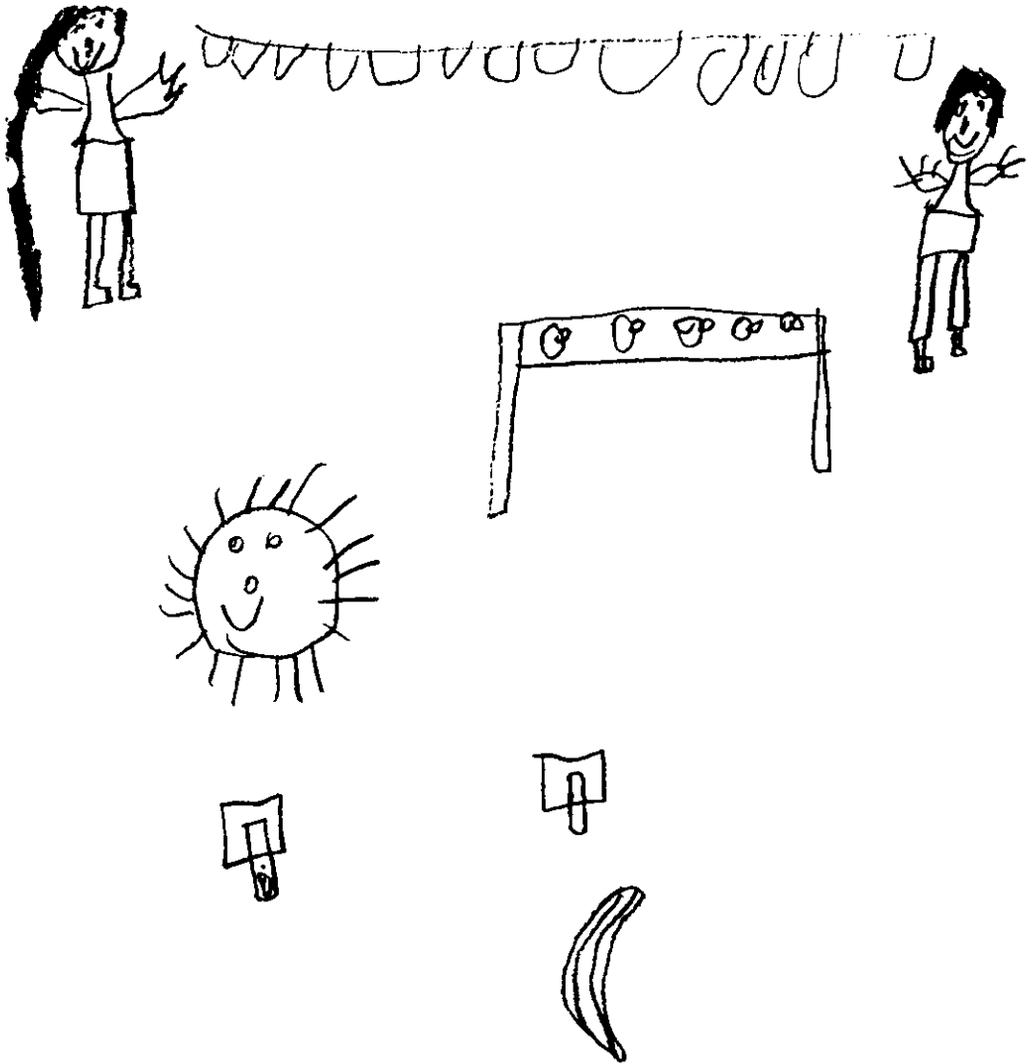
Félix 9 años.



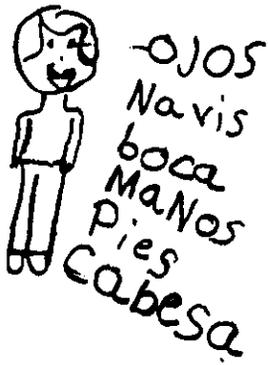
Salvador 7 años.



Juanito 7 años.



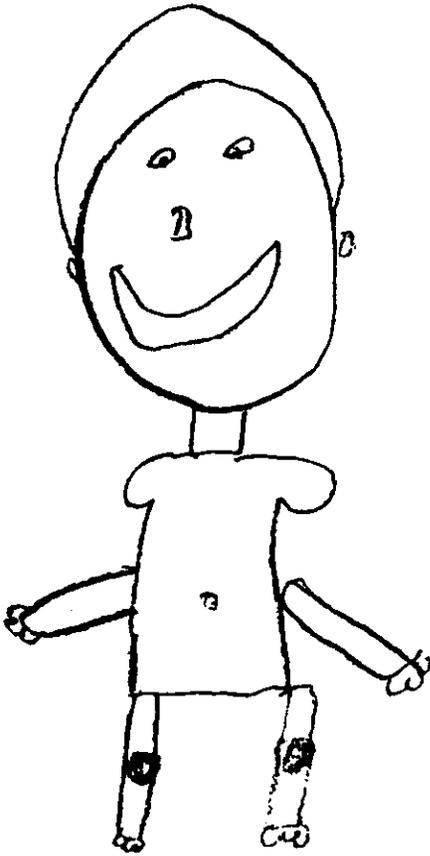
Luis Alberto 9 años.



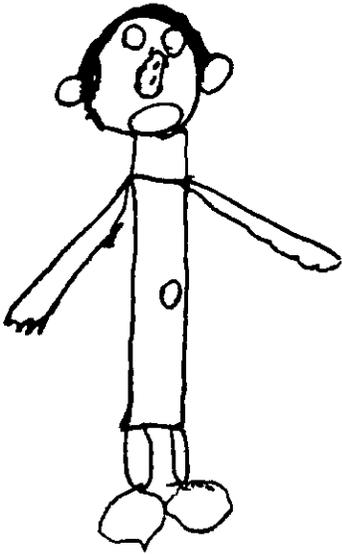
Nadia 7 años.



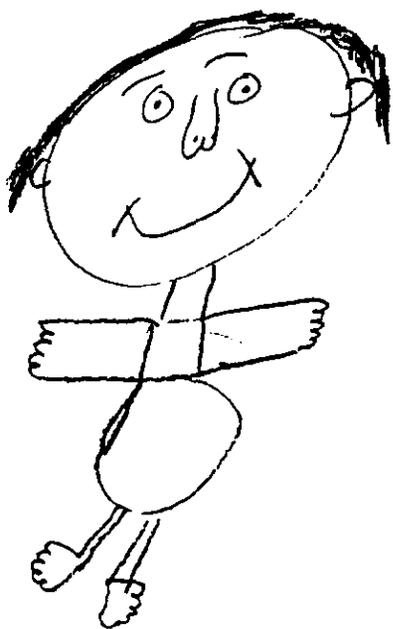
María de Lourdes 7 años.



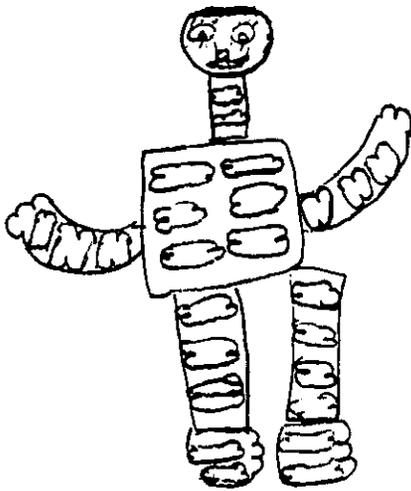
Norma 7 años.



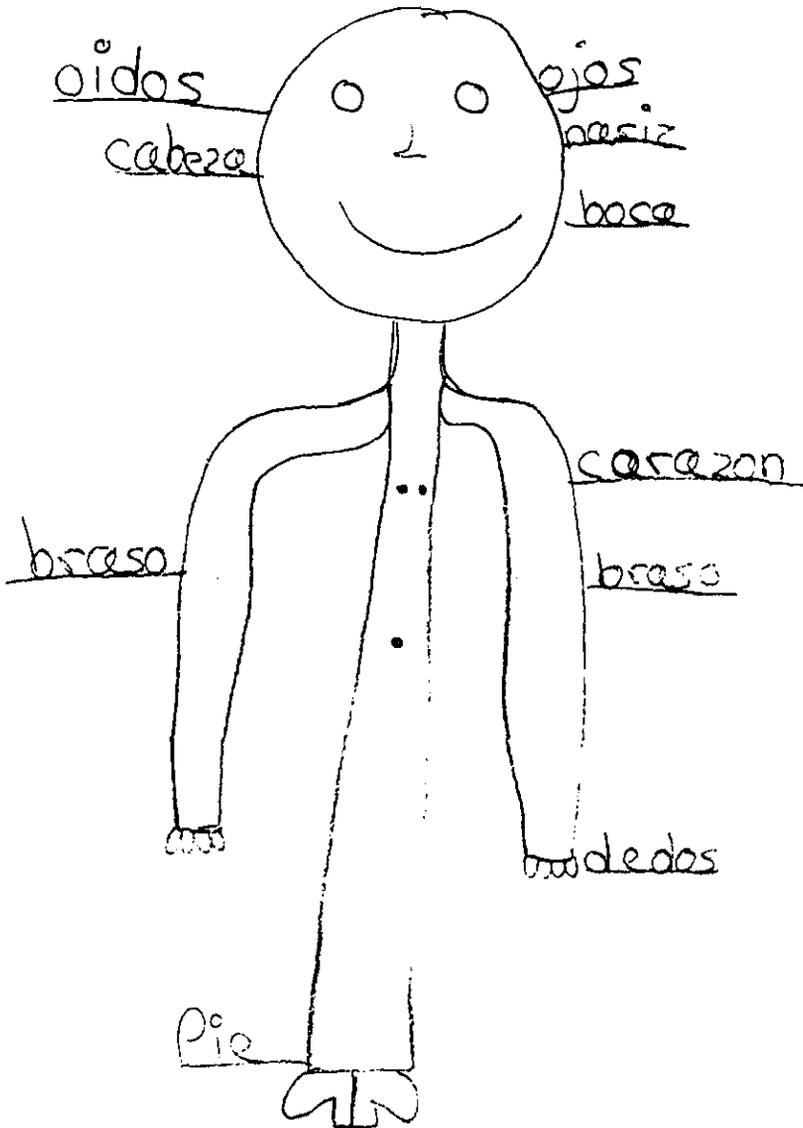
Marcela 7 años.



Carolina 7 años.



María Angelica 9 años.



Yuritzky 9 años.