

**CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR EMOCIONAL EN NIÑOS CON
FISURAS LABIOPALATINAS EN MEXICO**

MÉXICO

Exponente y autora: Claudia Almazán Bertotto

Investigación

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

PALABRAS CLAVE: fisuras labiopalatinas, calidad de vida y bienestar afectivo

INTRODUCCIÓN

A lo largo de más de 20 años de trabajo como especialista en Psicología Clínica infantil, he estado en contacto con niños, con necesidades particulares de atención, guiando mi curiosidad, el porqué de estos problemas, así como, lo que sucede a los padres de estos niños y su relación con el equipo de profesionales que los atiende. Es así que he tratado siempre de buscar en los fundamentos teóricos-metodológicos y clínicos, las posibles explicaciones a las manifestaciones expresadas en forma verbal y no verbal, lúdica y gráfica por los niños o descritas por sus madres, familiares, otros y vivenciadas por todos.

Una de las malformaciones congénitas de mayor incidencia en México, es la fisura labiopalatina (FLP). De cada 500 recién nacidos vivos uno presenta un tipo de malformación. Esta es producida por alteraciones embriológicas durante los dos primeros meses del embarazo y provoca en algunos casos malformaciones en la cara, precisamente en ciertas zonas del macizo facial (nariz, labio, alveolo y paladar). El daño repercute a nivel estético y funcional de los mecanismos orofaringonasales, pero sobre todo a nivel afectivo, psicológico y social, pudiendo comprometer seriamente el bienestar emocional y la inserción social del niño portador.

Es válido señalar que hasta hace unos años, estas situaciones y el integral proceso salud-enfermedad específicos de estos pacientes habían sido ignorados o subestimados por los especialistas de la salud, que sólo pensaban en realizar la cirugía reconstructiva para concluir con su tratamiento, obviando el hecho de que aunque la cirugía fuese “perfecta”, desde el punto de vista psicológico, el niño y su familia son sometidos a un serio estrés que puede comprometer su bienestar futuro.

Es importante considerar que posiblemente, la forma en que transcurra este proceso influirá en la manera en que la madre se acerque a su hijo y establezca su encuentro con él. De la forma en que se estructure este proceso inicial de afrontamiento materno y su posterior evolución, pueden derivarse resultados decisivos para el ulterior desarrollo emocional del niño en cuestión. Los objetivos del estudio fueron:

- Identificar los factores psicológicos característicos presentes en el niño con FLP.
- Determinar el impacto psicológico que provoca la malformación congénita sobre el psiquismo de la madre y cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan más frecuentemente.

Plasmar e interpretar estas experiencias son muestra de las primeras incursiones en este tema particular de investigación, desde los espacios de la Clínica de Comunicación Humana de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México; y posteriormente, en el Hospital del Niño Morelense a lo largo de varios años de colaborar con el equipo multidisciplinario que atiende a esta población infantil con eficiencia y algo más, calidad humana.

Hasta hace unos años, cuando se hablaba de las malformaciones congénitas faciales, se utilizaba la siguiente clasificación:

- Labio leporino¹ y paladar hendido, que correspondía a la porción antepalatal y palatal de la cara.
- Labio leporino con paladar hendido o sin él, que correspondía a la combinación de las dos anomalías antedichas.

A partir de los últimos 20 años, connotados especialistas han adoptado el término de fisura labial, fisura palatal o fisura labiopalatina en vez de la clasificación anterior, por considerarlo inapropiada o peyorativa, a la hora de expresarnos acerca del niño, adolescente o adulto con esta malformación congénita. Este trabajo de investigación asume esta nomenclatura y además se caracteriza al niño como un niño con condición limitante².

Estas fisuras en el labio superior, la premaxila, el paladar duro, los alvéolos y el piso de las fosas nasales, afectan a los mecanismos respiratorios, deglutorios, articulatorios del habla y de la voz, repercutiendo notablemente no sólo estética o funcionalmente, y su relación con distintas funciones cognitivas como el lenguaje y la audición, sino también en la vida emocional de estas personas y en su óptima integración social.

Por ello se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud (médico especialista en cirugía maxilofacial, pediatra, otorrinolaringólogo, especialistas en comunicación humana, audiólogo, ortodoncista, trabajadora social y

¹ Nomenclatura publicada en el informe 438 de la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el año 1970, al referirse a los factores genéticos y las malformaciones congénitas.

² Denominamos condición limitante a

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

enfermera) incluido al psicólogo, que interactúen entre sí para atender en forma integral esta condición limitante para la adaptación del niño portador.

Para entender la complejidad de la FLP, debemos mencionar que mundialmente el registro de malformaciones congénitas reporta una gran discrepancia en la frecuencia de las mismas, tal vez debido al modo en que se hace el registro, sin embargo, en países como Dinamarca, Estados Unidos de América, España y Cuba, se lleva un estricto control en el registro de estos casos, lo que sirve de referencia para otros países del mundo.

En el año 2005, Ferrero publicó los resultados del estudio de casos nacidos e interrumpidos a causa de las malformaciones congénitas³, donde menciona que éstos constituyen la segunda causa de muerte en menores de un año de edad, con una prevalencia al nacimiento de 1.7 por cada 10 mil nacimientos (datos que conservan su vigencia hasta este momento). Esta es la causa por la que el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) le ha conferido un lugar prioritario en los programas médico-sociales de Cuba.

En México, León 2007 y Campos, 2009, nos invitan a no olvidar que el 97 por ciento de los niños que nacen con FLP no presentan otras anomalías, y esta fisura no necesariamente afecta su coeficiente intelectual.

De ellos, sólo el 3 por ciento está asociado a un síndrome más nocivo y complejo. La alteración es debida a una herencia multifactorial o mendeliana, y dilucidar este diagnóstico es fundamental para poder impartir a los padres de familia un consejo médico adecuado respecto de un futuro embarazo, ya que genéticamente hay una predisposición a que la FLP se repita en los hijos que vengan posteriormente.

Por lo general un sexo resulta más afectado que otro, la mayor labilidad de determinado sexo, muestra que el umbral de expresión es diferente entre los productos del sexo masculino y del sexo femenino (González, 1972). La fisura de paladar es más común en la mujer. La fisura de labio y labiopalatina es más frecuente en el varón.

La incidencia de FLP es más frecuente en los caucásicos que en los negros (Vinageras, 1999). Cuanto más importante es la lesión, es mayor la probabilidad de que haya otros miembros de la familia afectados. Así mismo, si se hereda la región variable del padre afectado con FLP y se infiere que el hijo la presentará al nacer. La incidencia familiar varía desde un 4 por ciento con un hermano afectado, hasta un 17 por ciento cuando un hermano y los padres presentan la malformación. La edad de la madre no es el factor predominante, pues la FLP se da tanto en primigestas como en multíparas de cualquier edad. Estos datos corresponden a lo descrito por especialistas de México y se relacionan con las referencias de otros países (Habbaby, 2001).

En la actualidad, se ha detectado a través de estudios genéticos⁴, que altos niveles de contaminación ambiental, una mala nutrición, intoxicaciones por pesticidas, además de

3 Datos obtenidos por el Registro Cubano de Malformaciones Congénitas (RECUMAC)

4 Estudios genéticos de gabinete, que están fuera del alcance económico de la mayoría de esta población.

otros factores presentes durante la gestación (infecciones virales o parasitarias en el primer trimestre del embarazo, alteraciones hormonales, una cantidad anormal de líquidos uterinos, susceptibilidad monogénica a corticoides, anticonvulsivantes, entre otros), producen deficiencias metabólicas y alteraciones de este tipo. Por lo tanto, se puede decir que hay un gran número de factores que inciden en la aparición de la FLP (Saavedra, 1988).

Así, cuando nace un niño con esta malformación congénita, se canaliza al especialista o equipo de especialistas (Habbaby, 2001), entre ellos el psicólogo, para determinar las acciones imprescindibles a realizar durante los primeros días.

Mientras esto ocurre, la familia encuentra las maneras para enfrentar este acontecimiento inesperado, para manejar el impacto psicológico que la presencia de la deformación facial les genera y para encontrar las formas de realizar de la mejor manera posible la alimentación, la crianza y la adherencia a los tratamientos y buscar alcanzar la calidad de vida y el bienestar emocional que se merecen.

En este periodo ocurren las acciones de aprendizaje del paciente y de todos los miembros de la familia en los procesos de afrontamiento que deben llevar a cabo, necesariamente siempre en función de cada caso particular y sus complejidades a corto, a mediano y a largo plazo respectivamente.

Estas acciones, así como las expresiones que reflejan la realidad objetiva por la que atraviesan los involucrados en cada momento del largo proceso de tratamiento y rehabilitación, encuentran sentido si ello justifica la recuperación del portador de la FLP (León, 2006).

En estos casos, la intervención psicológica se propone diferentes objetivos⁵ dependiendo de las necesidades de atención de las personas que comparten el problema de la FLP. Se abordan las crisis familiares, los cambios de la imagen facial, se refuerza la autoestima y se apoya a todos en cualquier momento ante las dificultades presentes entre el médico y el paciente.

También se manejan adecuadamente las expectativas de éxito y los alcances reales que tuvieron frente a las cirugías para resolver la FLP, que les impide hacer una vida en común como los demás niños, limitándolos todo el tiempo en harás de alcanzar la esperada imagen facial. Casi siempre los cambios anatómicos que se pueden alcanzar para obtener la imagen facial deseada, son directamente proporcionales a la afectación de las estructuras óseas afectadas morfológica y funcionalmente. Su valoración médica nos permite realizar el pronóstico general o específico sobre los problemas secundarios y las alteraciones que se

⁵ De diagnóstico y evaluación dirigida a constatar alteraciones psicológicas o conocer posibilidades y recursos de los niños y adolescentes para enfrentar un evento estresante como: problema de neurodesarrollo, adaptación psicosocial (institución escolar, familia, u otras), una enfermedad, una intervención quirúrgica, entre otros problemas. Y que a nivel secundario de atención, se explora la actitud del niño y su familia ante la enfermedad o problema de salud, el nivel de información que poseen, el apoyo social que tienen, así como, el estilo de afrontamiento, educación y funcionamiento familiar (Roca, 2000 y Lorenzo, 2005. Pp. 3 y 4).

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

puedan ir presentando en cada etapa del crecimiento o del desarrollo del tratamiento de la FLP (Saavedra, 1988 y Castro, 2006).

Podemos mencionar algunos problemas secundarios que se presentan en diferente forma en cada paciente con FLP, a saber:

Se presentan alteraciones en la fisiología y en la dinámica muscular del aparato fonarticulador, que incluye alteraciones en el habla ocasionadas por la FLP (Tripputi, 1970);

- Aparecen problemas de resonancia y malos hábitos al realizar el mecanismo correcto de respiración (Juri, 1984);
- Tienen disfunciones de origen faríngeo, laríngeo, torácico y otológico (Segovia, 1979);
- Esta fisura se acompaña de alteraciones secundarias a las técnicas quirúrgicas (Mandelbaum, 1987; Ávila, 1994; Saunders, 1997);
- Padecen de deformaciones maxilares; anomalías dentarias o de mala oclusión que pueden llevar al infante a sufrir ante los ajustes estéticos de satisfacción con la apariencia facial (Tobiasen, 1993; Thomas, 1997);
- Sufren la influencia de las vivencias estresantes causadas por vivir con la FLP (Simkis, 1985);
- Viven problemas de adaptación a su condición limitante (Vanpoelvoorde, 1986;
- Vasan, 1999) que pueden repercutir en su desarrollo psicoafectivo (Cabrera, 1980; Endriga, 1997);
- Presentan problemas en la estructuración de su imagen corporal, que repercute en su propio autoconcepto (Rodríguez, 1997), (Polaino, 1994);
- Tienen dificultad en la adaptación a los cambios que se dan a causa de la etapa de desarrollo por la que cursan o por los procedimientos de rehabilitación (Broder, 1994);
- Aparecen dificultades para el desarrollo cognitivo, para el buen rendimiento o para la reinserción escolar (Speltz, 1993);
- Muestran dificultades para el restablecimiento y el mejoramiento de su salud posterior a los tratamientos (Fragoso, 1996); así como, para el establecimiento de las interacciones sociales (Clifford, 1971 y 1986).

Como puede apreciarse, son múltiples, diversos y por toda su vida los efectos que sobre el niño tiene el hecho de haber nacido con una FLP.

Para coadyuvar en la atención del niño con fisuras labiopalatinas, desde el campo de la psicología clínica y de la salud con vistas a alcanzar los niveles de desarrollo, bienestar y calidad de vida que se desean, se deben tomar en cuenta los factores psicológicos sui generis, presentes en el niño y su relación con el afrontamiento materno.

Esta posibilidad de identificar los pensamientos, sentimientos, actitudes y formas de actuar cotidianamente nos llevara a conocer de su situación, del sentido y significación que se le

otorga desde un principio a la malformación del hijo, y de las formas de afrontarlo, así como, de la posibilidad de resignificación del evento, al analizarse en forma conjunta los procesos de afrontamiento materno y las necesidades reales en juego cada vez que las demandas externas e internas se lo exigen.

De ahí que en la medida en que se profundizó, en las diferentes aristas del objeto de investigación, fueron surgiendo varias interrogantes como las siguientes: ¿qué repercusiones tiene la FLP en el desarrollo físico, psicológico, cognitivo y afectivo-emocional del niño que lo presenta?, ¿qué efectos tiene en la comunicación, subjetivación y el establecimiento de las relaciones interpersonales?, ¿qué significado tienen las manifestaciones conductuales tales como la inhibición, la ansiedad, el temor, la culpa, la vergüenza, la tristeza, la oposición, el estrés y el desinterés en las relaciones con los compañeros y para el aprendizaje escolar?, ¿qué alternativas de atención requieren o pueden contribuir, no sólo al restablecimiento u optimización de la salud, sino, al manejo de estas conductas y a potenciar una mayor calidad de vida e integración social?, ¿qué impacto psicológico tiene la fisura labiopalatina sobre la función materna?, ¿qué significación e importancia le da a la situación?, ¿de que recursos personales y ambientales disponen para superar la crisis?, ¿cuál es la dinámica del afrontamiento materno como proceso?, ¿a cuales estrategias de afrontamiento recurren con más frecuencia y por qué?.

La integración de pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas utilizados cotidianamente por el niño y que expresan el nivel de desarrollo alcanzado en cada uno de los siguientes aspectos, son lo que consideramos factores psicológicos presentes en esta población particular: Percepción de su entorno y aceptación social, Percepción de su Apariencia e Imagen Corporal, Percepción y Adherencia a los Tratamientos, Integración y Fortaleza del Yo, Autonomía y Validismo, Normas y capacidad de puesta en práctica de Límites, Habilidades para la Solución de Problemas y de Tolerancia a la Frustración, Habilidades para las Relaciones Interpersonales, Habilidades Lúdicas o de Juego, Rendimiento Escolar y Adaptación.

Para alcanzar los objetivos de la investigación, la muestra, de carácter intencional, por tratarse de niños bien conocidos por la autora por su profundo conocimiento longitudinal y tratamiento durante años, se fundamentó en el estudio a profundidad de 12 niños, seis varones y seis niñas, en edad escolar que tienen como característica predominante secuelas de fisuras labiopalatinas y que han sido intervenidos en por lo menos dos ocasiones, estando en un rango de edades de entre 6 a 8 años, cursando primer y segundo grado de primaria regular que los coloca en el contexto de la Edad Escolar Temprana, en su mayoría en escuelas oficiales.

Vienen acompañados de sus madres que han mostrado responsabilidad en el tratamiento, interés por recibir atención psicológica, para ellas o para sus hijos, con capacidad de escucha y adherencia a la institución.

Como estrategia fundamental de investigación, se utilizó el método de Estudios de Casos en Profundidad a partir del Método Clínico, así como del uso flexible de un determinado tipo de instrumentos con los que se abordan a los sujetos en estudio durante la práctica clínica psicológica profesional cotidiana, seleccionados a partir de las demandas concretas de la

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

marcha de cada estudio de caso en particular, en su contexto real. Instrumentos clínicos que han demostrado efectividad en otras investigaciones o poblaciones del mundo y ahora en nuestra sociedad mexicana.

En consecuencia, podemos aclarar que la evaluación realizada, en un contexto natural, de la práctica clínica psicológica real, supuso la integración de la información encontrada en cada caso, más allá de la fría sumatoria de datos alcanzados en cada instrumento muy valioso que este fuera. Para recopilar los datos se utilizó de manera privilegiada la entrevista psicológica.

Los instrumentos utilizados fueron: la entrevista clínica semiestructurada aplicada a profundidad, el laminario CAT-A, dibujos proyectivos y la escala de afrontamiento materna.

Instrumento de investigación predilecto fundamentado en el método clínico, es utilizado de forma semiestructurada con la connotación de ser aplicada en profundidad, recopilando la mayor cantidad de información, incluida aquella más allá de la propuesta por el propio instrumento. Cabe resaltar que la técnica del dibujo es...

“...una especie de proyección de su propia existencia y de la que le rodea. Nos conduce a los problemas que para él se plantean –cotidianamente-, permite conocer de la historia personal y las situaciones que vive. Es decir, lo que dibuja el niño obedece a una cadena de asociaciones intelectuales y afectivas que están en función de su experiencia personal” (Cambier, 1990; citado por Esquivel, 1994; Pp. 151).

El Test de Apercepción Temática constituye un método eficaz para el descubrimiento de determinadas tendencias, emociones, sentimientos, complejos y conflictos dominantes de una personalidad. Su valor especial reside en su poder de revelación de las tendencias subyacentes inhibidas que el sujeto o paciente no quiere o no puede admitir a causa de su índole inconsciente (Alonso, 2003). Su versión para niños, el Laminario CAT (Children Aperception Test) elaborada por Bellak (1986), está compuesta por diez láminas con personajes específicamente animales y otros ligeramente antropomórficos, consiste en presentarle al niño una serie de cuadros estímulo estandarizados para que relate una historia de cada una de ellas. A manera de prueba de imaginación, la tarea podrá absorber tanto al sujeto que revele cosas de sí mismo, que nunca hubiera dado a conocer en un interrogatorio directo (imagen radiográfica de su yo interno). La experiencia demuestra que se pueden obtener historias reveladoras e interpretaciones de gran validez como problemas de alimentación, de satisfacción o no de necesidades, rivalidad entre hermanos, atención proporcionada por las figuras más importantes y/o de relación desplazadas en otros, (como pueden ser los especialistas del equipo multidisciplinario), miedos, hábitos de limpieza, conductas agresivas o de agresión así como sobre el proceso psicológico interno y las estrategias a las que recurre con más frecuencia, como mediadores en la situación estresante.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dando respuesta al primer objetivo, en la Tabla siguiente indicamos la identificación de los niños en cuanto a su nivel de adaptación, tal y como se sugiere en los procedimientos del Capítulo Metodológico, a partir de lo anterior, presentaremos un resumen del análisis obtenido, tomando en cuenta las variables y su relación con los resultados adaptativos del grupo de niños con FLP.

Durante la realización de la investigación la demostración de conductas y actitudes de aceptación para con los niños, hizo que se pudiera constatar que conforme se sienten en confianza o perciben un entorno benevolente se muestran más cooperativos y se expresan más favorablemente (esto sucedió con casi todos los niños que evaluamos y que han recibido atención psicológica).

Las expresiones verbales, gestuales, simbólicas o de elaboración narrativa obtenidas durante las entrevistas y con los materiales de evaluación, permiten corroborar lo dicho sobre su situación actual, su mundo interno y reconocer aquello que les preocupa, que lleva a pensar, sentir y actuar como lo hacen cotidianamente y que es un reflejo del nivel alcanzado en su desarrollo, subjetivación y calidad de vida, además de la adaptación e integración social. Todo ello, desde una perspectiva clínica, fue tomado en consideración para dar respuesta al presente objetivo.

ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO CON FLP

En esta forma podemos (véase cuadro en el final del documento); identificar las características de los niños con FLP, en función de su nivel de adaptación, desde la clínica derivada de los estudios de caso en profundidad, el niño JJ es un “caso tipo” representativo de buen nivel de adaptación a pesar de sus condiciones de salud (con cuadros múltiples de IVAS, en ocasiones pobre calidad de alimentación, particulares problemas dentarios, como son la falta de dientes y mala oclusión, entre otros), pero sin embargo ha alcanzado un importante desarrollo en todas las variables estudiadas que le han permitido un óptimo nivel de integración social.

Por el contrario, niños como C., caso tipo representativo de mala adaptación e integración social, tienen serias incompetencias en cada una de las variables estudiadas lo que los lleva a tener dificultades en su adaptación e integración social.

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

CONCLUSIONES

La optimización de los recursos en Salud Pública y de atención en materia de intervención en Psicología Clínica y de la Salud a complejos y sensibles problemas sanitarios es una demanda creciente en el México de hoy.

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

La realización del presente trabajo tuvo a bien contribuir en la atención de esta demanda y constatar, desde la práctica profesional y personal, las necesidades y requerimientos que tienen tanto el paciente infantil con una condición facial tan compleja como la FLP, como sus madres que están convocadas a un activo papel de afrontamiento durante largos años.

Ello presupone un complejo proceso de atención integral llevado a cabo por especialistas del equipo inter y multidisciplinario, donde la Psicología tiene un papel predominante en aras de contribuir a fines esenciales: la rehabilitación facial tanto como sea posible, pero sobre todo desde una perspectiva de óptima adaptación e integración social, facilitadas por la óptima estructuración de su personalidad y con ello alcanzar los niveles de bienestar social y la calidad de vida que todo ser humano debe gozar.

1. Dada su propia condición física, a los niños con FLP, les ha llevado mucho tiempo y esfuerzo adaptarse a su situación y adquirir un aceptable nivel de adaptación e integración social en el momento del ciclo vital en que se encuentran: la edad escolar temprana.
2. A pesar de evidentes diferencias individuales, los factores psicológicos que parecen caracterizar a los niños con mejores niveles de adaptación son: una positiva percepción de su entorno y aceptación social (que les permite apreciar favorablemente las reacciones y actitudes de los otros para con él o ella y reaccionar ante esto de la mejor manera); el desarrollo de una objetiva autoconciencia de su situación, básicamente en cuanto a la percepción de sí mismo y su imagen corporal (que se presentan y se van modificando a través de los tratamientos y la rehabilitación); la activa adherencia a los tratamientos (mientras más responsable y activo en los procedimientos más beneficios y resultados obtendrá); el desarrollo de su integración y fortaleza yoica (hasta que punto es asertivo y capaz de lograr un equilibrio entre las exigencias de la realidad y su capacidad interna de manejarlas); un buen nivel de desarrollo de su autonomía y validismo (principio de organización de su incipiente desarrollo de la personalidad e independencia física, psicológica y social); desarrollo de la habilidad para poner en práctica límites (asumiendo como propios los principios, normas, valores familiares, sociales, etc.); desarrollo de habilidades para solucionar problemas (ser práctico, resolver necesidades y conflictos de manera adecuada para su edad); desarrollo de la tolerancia a la frustración a la hora de hacer frente a los infortunios, sorpresas, rechazos; así como desarrollar su habilidad para las relaciones interpersonales estableciendo enlaces significativos con todo tipo de figuras de relación, básicamente para el juego, actividad humana consciente y singular como alternativa para satisfacer necesidades, deseos y oportunidad para solucionar conflictos externos o internos y confrontar las ansiedades de la vida cotidiana, la internación y los procedimientos rehabilitatorios; y finalmente un satisfactorio rendimiento escolar que evidencia la integración del niño a la actividad básica por la cual se evalúa su desempeño social en este momento del ciclo vital.
3. En cuanto al afrontamiento materno, el Impacto Psicológico Emocional que provoca la malformación congénita sobre el psiquismo de todas las madres,

las lleva a replantear su existencia y a recurrir a procesos de evaluación de la situación en aras de buscar un óptimo afrontamiento.

4. Al igual que ocurre con los niños, las óptimas formas de afrontamiento materno parecen caracterizarse por una mezcla “noble” de emociones negativas, donde coexisten lógicas manifestaciones tanto de depresión como de ansiedad y cólera aunque sin una marcada prevalencia, en cuanto a frecuencia o intensidad, de una de ellas, sin una connotación desorganizada, y acompañadas de otras emociones positivas como el amor al hijo y satisfacción con lo logrado hasta aquí, lo que se traduce en acciones con mayor connotación positiva y de optimismo; capacidad de revalorar y resignificar eficientemente la situación, adherirse a los tratamientos en forma responsable y apoyar en el desenvolvimiento del hijo; enfrentan con aceptación y optimismo lo que significa la malformación, en forma desafiante, abriendo camino al proceso activo de desarrollo, autonomía y validismo del hijo.
5. Una tendencia hacia lo positivo la realiza principalmente la madre, que muestra un afrontamiento complejo, en que predomina la realización de acciones directas para dar soluciones a los problemas concretos, haciendo a su vez un eficiente uso de estrategias creativas que favorecen el control de los negativos efectos emocionales generados por la limitación.
6. Una presencia activa e implicación afectiva, facilita que la madre realice acciones que promueven gratas experiencias emocionales y el desarrollo de una buena capacidad para ofrecer y recibir experiencias y vivencias de afecto, de esperanza, educativas y de comunicación, las que han transmitido a los hijos en tiempo y forma; a través de un consistente manejo y exigencia de pautas de conducta, reglas y valores que permiten al hijo acceder con mejor desempeño al proceso de desarrollo y asimilación adecuada de roles.
7. Así es que las estrechas relaciones entre los procesos de afrontamiento materno y los resultados adaptativos y de integración social en niños con FLP, fundamentalmente desde una perspectiva positiva, nos lleva a suponer que: aquellos niños con mejor adaptación tienden a ser hijos de aquellas madres con mejor proceso de afrontamiento.
8. Resaltan en los niños con buena adaptación, dos elementos del proceso de afrontamiento de sus madres que son el referido al componente emocional en que tras el nacimiento, y desde entonces, de un hijo con FLP, han vivenciado una mezcla no desorganizadora de lógicas emociones negativas asociadas a una situación objetivamente estresante, pero acompañadas de la convicción y deseo de que algo puede hacerse desde una posición optimista y una tendencia a un afrontamiento complejo, pero ajustado a las demandas de cada situación específica en particular, básicamente con acciones directas y una eficaz resignificación desde una óptica positiva de lo acontecido.
9. Por su parte, las madres con buen afrontamiento parecen influir favorablemente en aspectos sustantivos para la adaptación e integración social del niño como son la aceptación de la limitación la buena adherencia a los tratamientos, habilidades para poner en práctica límites y seguir reglas establecidas, las habilidades para solucionar problemas y el desarrollo de una buena capacidad de tolerar las frustraciones, así como un sobresaliente desempeño escolar

RECOMENDACIONES

1. Con el fin de sensibilizar a la población y optimizar los recursos asistenciales, educativos y de desarrollo social, que den cuenta de las necesidades y de lo que se requiere por implementar en el sociedad mexicana en pleno siglo XXI, es recomendable transmitir esta información en los medios disponibles y de divulgación científica, así como a autoridades competentes que puedan multiplicar la aplicación, haciendo énfasis fundamental en profesionales de la Salud que se ocupan de esta particular situación de salud, con vistas a optimizar su atención, tratamiento y rehabilitación integral. Apoyándose en los resultados teóricos y empíricos derivados de la Tesis, diseñar y demostrar la efectividad de Programas Profilácticos y o de Intervención en aras de mejorar el bienestar, calidad de vida e inserción social de los niños con FLP.

CUADROS Y TABLAS

CUADRO 1.- SUJETOS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

CASOS	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	ADAPTACIÓN
1 "C"	6 6/12	♂	1° PRIMARIA	NA
2 "Liz"	6 7/12	♀	1° PRIMARIA	BA
3 "U"	6 9/12	♂	1° PRIMARIA	BA
4 "S"	7 4/12	♂	1° PRIMARIA	NA
5 "L"	7 4/12	♀	2° PRIMARIA	RA
6 "G.D."	7 6/12	♀	2° PRIMARIA	RA
7 "JE"	7 11/12	♂	2° PRIMARIA	BA
8 "A"	8 3/12	♂	2° PRIMARIA	RA
9 "Abi"	8 4/12	♀	2° PRIMARIA	RA
10 "B"	8 6/12	♀	2° PRIMARIA	BA
11 "T"	8 9/12	♂	2° PRIMARIA	RA
12 "JJ"	8 11/12	♀	2° PRIMARIA	BA

Leyenda: NA = no adaptado RA = relativamente adaptado BA = bien adaptado

TABLA 1.- RESULTADOS INTEGRALES DEL ANÁLISIS DE CATEGORIAS

ψ Niños Adaptados e Integrados Psicosocialmente	Niños con claras dificultades para Adaptarse e Integrarse Psicosocialmente
--	--

1. Percepción de su entorno:	
Tienen una percepción de su entorno que se mueve dentro de lo placentero, tolerante y educativo hasta lo sobreprotector y de aceptación social, con muestras claras de demostración de afecto, que le permiten sentirse cómodos y manejar sus emociones favorablemente.	A diferencia del otro grupo, perciben su entorno como intolerante, hostil y esto los lleva a no tener interés de dar y/o recibir afecto, o sentirse cómodos en cualquier lugar.
2. Autoconciencia de su Situación Real, Percepción de Sí mismo e Imagen Corporal:	
Presta atención selectiva a la percepción de su imagen facial y la contrasta con las expectativas, manifestándose sentirse satisfecho con su apariencia y es autoconciente de su situación real; se saben defectuosos porque así se lo hacen ver los adultos, pero, en forma creativa salvan esta situación, siendo asertivos como sus figuras de identificación se los han enseñado; siendo objetivos, tienen una tendencia a percibir su apariencia sin grandes diferencias, lo que les permite adquirir una autoimagen corporal conforme a lo deseado.	A estos niños, en cambio se les dificulta, tener una clara autoconciencia de su situación, en realidad la perciben muy negativa, por las experiencias que les genera la malformación, lo que les lleva con frecuencia a recurrir a estrategias de evasión, regresión y falta de adecuación, lo que impide estructurar sus pensamientos, sentimientos y conductas conforme a lo esperado. La percepción de su apariencia es de ser defectuosos, y rechazados por ser muy distintos a los demás, esto los hace sentirse culpables, avergonzarse y auto castigarse.
3. Adherencia a los Tratamientos:	
Son responsables y se hacen cargo de su autocuidado, cooperan activamente con los especialistas, siguen las indicaciones, muestran interés y hasta pueden minimizar la tensión que estos procedimientos o las demandas sociales les generan, siendo resilientes la mayoría de las veces. Se observa una tendencia a percibir que los tratamientos han sido eficaces.	Este grupo de niños muestra una actitud irresponsable y poco compromiso ante los tratamientos, cuidado de los aparatos, o asistir puntualmente a sus citas, etc., a pesar de esto no se produce una negación o rechazo total acerca de la necesidad de los tratamientos
4. Integración y fortaleza yoica:	
Tendencia regularmente asertiva, activa y capaz de imponerse, mostrando un desenvolvimiento socialmente aceptado a	No asertividad, pueden ser muy agresivos o sumisos ante los demás, con predominio de un estado emocional negativo. Tienden

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

<p>la par que hacen valer sus derechos con firmeza y flexibilidad. Clara emancipación de sus figuras de identificación.</p>	<p>a reaccionar en forma impulsiva ante las fallas de habla o en situaciones de temor, ansiedad, y estrés vivenciadas cotidianamente.</p>
<p>5. Autonomía y validismo:</p>	
<p>Tendencia a la autonomía, a pesar de no ser completamente independientes de acuerdo a lo esperado para su edad, muestran un desarrollo relativamente autónomo en las áreas, cognoscitivo, psíquico y social, lo que favorece su autoestima, subjetivación y desarrollo de habilidades propias para la comunicación e interacción social.</p>	<p>Variabilidad más hacia la dependencia, mostrando dificultad para independizarse de los adultos responsables de su atención, muchas dificultades para aceptar los cambios y hacerles frente de manera autónoma, etc. Todo ello muy relacionado con una baja autoestima y pobre capacidad de expresión.</p>
<p>6. Habilidad para poner en práctica los límites:</p>	
<p>Se apegan fácil y esencialmente al cumplimiento de reglas y límites. Ello implica un adecuado grado de autocontrol y conocimiento y respeto de valores, principios transmitidos y aceptados socialmente.</p>	<p>Es inestable en el cumplimiento de reglas y límites. Muestra poca habilidad para poner en práctica límites, indicaciones y autocontrolarse, lo que los hace ser percibidos como mal educados o rebeldes.</p>
<p>7. Habilidades para la Solución de Problemas:</p>	
<p>Capaces y con habilidades para la solución de problemas de diferentes tipos. Comprensivos ante situaciones inesperadas, conflictos o demandas de la vida que les hacen tomar decisiones importantes, mostrándose activos y resilientes y capaces de salir adelante a medida que se presentan los requerimientos.</p>	<p>Presentan inestabilidad y dificultades para la resolución de todo tipo de problemas. Se les dificulta desarrollar habilidades para tomar decisiones importantes, se muestran débiles o vulnerables ante cualquier situación estresante que puede aparecer en su vida cotidiana.</p>
<p>9. Habilidades para las Relaciones Interpersonales:</p>	

Tendencia más hacia la sociabilidad, a comunicarse con los demás y establecer lazos afectivos fuertes, buscando fuentes potenciales de Apoyo Social y un acercamiento estable a las demás personas. Son hábiles hábil comunicadores de sus sentimientos y necesidades, situación que les permite adquirir una óptima integración social.	Tendencia más hacia el retraimiento, poco sociable y comunicativo, evitando o desaprovechando fuentes potenciales de Apoyo Social y mostrando un alejamiento de las demás personas. Son irritables, impulsivos y se sienten poco valorados, lo que compromete más aún sus lazos con los demás.
10. Habilidades para el Juego:	
Hábiles para disfrutar las actividades de juego que se convierte en una importante actividad rectora en sus vidas cotidianas, muestran disposición a satisfacer sus necesidades en forma activa y de modo placentero.	Irregularidades lúdicas aunque con tendencia a dificultades o torpezas y evasiones de los contextos de juego grupales. Pasivos, poco hábiles para jugar, dibujar o platicar acerca de sus problemas, necesidades, deseos, aún en situaciones lúdicas.
11. Rendimiento Escolar:	
Demuestran un alto rendimiento académico y se desenvuelven sin ningún problema, disfrutan ir a la escuela, estudiar, ya sea actividades escolares obligatorias y planificadas o actividades que reflejen el deseo de aprender.	Por debajo de lo esperado, no es hábil en estos menesteres y/o presenta dificultades para estar a gusto en la escuela, estudiar o realizar actividades que impliquen un esfuerzo académico.

RESUMEN

Trigos Micoló, 2008; Director del Programa Nacional de Cirugía Extramuros, S.S.A. ha reportado que en México: “La incidencia es 1 por cada 750 recién nacidos (1.26 X 1000 habitantes) con una variación nacional de 0.8 a 1.6, donde predomina la malformación congénita en 1000 recién nacidos vivos. La Prevalencia se iguala a incidencia por año, menos mortalidad, de 1.25 X 1000 = 121,750 casos en 97.5 millones equivalen a 125,000 pacientes, correspondientes a aquellos casos acumulados en México”.

Esta es la causa por la que es muy importante estudiar a fondo acerca de lo que piensan, sienten y hacen estos niños y los adultos responsables de su atención, educación y formación, y de los recursos emocionales, personales y sociales con los que cuentan para

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

hacer frente a este acontecimiento sumamente estresante. Estas experiencias producidas por la tensión que resulta de esta condición, irán produciendo efectos sobre la valoración personal del niño, entre otras, que lo puede llevar a sobrevalorarse, infravalorarse o a alcanzar niveles de normalización y de salud mental, cuando se produce un óptimo afrontamiento. Padecer de FLP coloca al individuo en una situación desfavorable para el desarrollo de su personalidad, lo que convoca a la óptima utilización de los procesos de afrontamiento, en tanto los mismos resultan expresión individual del sujeto en búsqueda de la adecuada adaptación, aceptación personal e inserción social.

A partir del método clínico con su intencionalidad fundamental de estudio de casos en profundidad, se realizó un estudio retrospectivo, esencialmente descriptivo -aunque sin obviar acciones, tanto exploratorias como correlacionales y explicativas, donde fuera posible hacerlas-, de corte transversal con infantes atendidos en la consulta de cirugía maxilofacial del Hospital del Niño Morelense, en Cuernavaca, México, en el periodo anual ubicado entre 2002 y 2003. El grupo estudiado estuvo compuesto por un grupo de 12 infantes en edad escolar temprana, con diferentes problemas secundarios derivados de la malformación, con mejoras significativas producto de los diferentes tratamientos a los que se han sometido y que no presentaran deficiencia mental u otros problemas sociales, culturales y económicos que les impidiera asistir regularmente a sus consultas. Asimismo se trabajó con un segundo grupo compuesto por 12 mujeres, madres de los niños referidos.

Para explorar las estrategias psicológicas que utilizan estos sujetos en el enfrentamiento al impacto psicológico que genera la malformación congénita sobre su psiquismo, que les genera tensión, con sus consecuencias psíquicas correspondientes, se realizaron entrevistas semiestructuradas aplicadas en profundidad. Teóricamente el estudio de los factores psicológicos en niños con FLP y su relación con los procesos de afrontamiento materno, vistos desde una postura transaccional y clínica, nos permite caracterizar a los sujetos estudiados y determinar algunas regularidades, además de analizar de forma intensiva a cada uno de ellos, y teniendo en cuenta que, según este marco de referencia, lo general se expresa a través de lo singular.

En el hijo, este modo adecuado de proceder de la madre le lleva a acceder con mejor desempeño al proceso de desarrollo y adaptación a la FLP. El análisis de resultados nos indica que seis de los niños mejor adaptados del grupo estudiado, resultan ser hijos de las seis madres con mejores niveles de afrontamiento (respectivamente), lo que nos indica que contribuyen eficazmente al desarrollo de su incipiente personalidad y a la participación activa en la rehabilitación, con lo que se ha obtenido éxito en los diferentes tratamientos. Estos resultados, muestran la relación que existe entre la evaluación cognitiva, los procesos de afrontamiento materno a la FLP, su dinámica, re significación del acontecimiento, los recursos personales, los motivos y los factores psicológicos presentes en los hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almanza J. (1999) La comunicación de malas noticias en la relación médico-paciente. Guía clínica práctica basada en la evidencia. Revista de sanidad militar de México. México. Vol. 52, No2.
2. Almazán, Cl. (2001); Aspectos Psicológicos. Proyecto de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Morelos y el Hospital del Niño Morelense. Presentado en el II Congreso Nacional de Labio y Paladar Hendido y Anomalías Craneofaciales. Octubre 24, Cuernavaca, Morelos. México.
3. _____ (2002); Niño con Necesidades Especiales y su Atención Social. Congreso Panamericano de Psiquiatría, Psicología Infanto Juvenil y Profesiones afines. Marzo 7. Palacio de Convenciones de la Habana en Cuba.
4. _____ (2002); Comunicación Humana y Atención a Niños con Fisura Labiopalatina. IV Congreso al encuentro de la Psicología Mexicana y II Congreso Latinoamericano. Nov. 22. Puebla, México.
5. _____ (2003): Acerca del Proceso Salud-Enfermedad en Infantes con Malformación Congénita. Artículo publicado en la Rev. de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. N° 4 2/Agosto.
6. _____ (2004); Psicología Clínica y de la Salud Aplicada en Pacientes con Malformación Congénita denominada Fisura Labiopalatina. III Congreso Nacional de Labio y Paladar Hendido, 22 de Octubre, Chiapas, México.
7. _____ (2005); Psicología Clínica y de la Salud Aplicada en Pacientes con Malformaciones Congénitas y Necesidades Especiales. Ponencia presentada en el Congreso Internacional IV Congreso Nacional de Labio y Paladar Hendido, Zacatecas, México.
8. _____ (2008); “Los factores psicológicos presentes en los niños con fisuras labiopalatinas y su relación con los procesos de afrontamiento materno”. Tesis de Doctorado en Ciencias psicológicas. Universidad de la Habana, en Cuba.
9. Armesto, J. (1977); Enfoque psicológico del fisurado labiopalatino. Buenos Aires: Fonoaudiología.
10. Ávila, R. (1994) Labio Leporino, fisuras palatinas, su rehabilitación protésica y procedimientos quirúrgicos. Tesis profesional. ULV México.
11. Azcoaga, J. (1981); Los retardos del Lenguaje en el Niño; Paidós, Barcelona.
12. Benjamin, Y. y Levental, H. (1997) Coping with stressful medical procedures Health and medicine. Cambridge University Press.
13. Bradbury, FT, Hewison J. (1994) early parental adjustment to visible congenital disfigurement. Child Care Health Dev; Jul-August; 20 (4)
14. Bressmann, T. Sader R. Ravens-Sieberer U, Zeilhofer HF. Horch HH; (1999) Quality of life research in patients with cleft lip and palate: preliminary results. Vol.29. (3) International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery.
15. Broder, HL, Smith, FB, Strauss RP; (1994) Effects of visible and invisible Orofacial defects on self-perception and adjustment across developmental eras and gender. Cleft Palate Craniofacial J., Nov; 31 (6)
16. Buscaglia, L. (1990) Los Discapacitados y sus Padres. Buenos Aires, Emecé.
17. Cabrera, D. (1980) Manejo Psíquico del Niño Enfermo. Revista Cubana de Pediatría Vol. 52

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

18. Cantor, B. (1968) A Comparative Study of Conditions as They Affect the Rehabilitation of the Cleft Palate Patient in Japan, United States and, Canada. *J Orthod*, Vol.5 (4).
19. Caplan, G. (1967) Aspectos Psicosociales de la Relación Médico-Paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos. Buenos Aires.
20. Carmichael, S., Shaw, G. (1999); Maternal Life Event Stress and Congenital Anomalies. Birth Defects Monitoring Program, Emeryville, University of California.
21. Chancholle, A. (2000) Unité de Traitement Des Fentes Labials et Palatines; Toulouse, France. *J. Pediatric*. Vol. 7 (11), pp. 1228-34.
22. Chapados, Cl. (1997) Lorsque L'enfant naît avec une fissure; Labiopalatine; Université du Québec. Pp. 31-36
23. Chen, Y. (1988) Combined Cleft and Craniofacial Team-multidisciplinary Approach to Cleft Management. Vol. 17 N° 3 *Ann Acad Med Singapore*.
24. Clifford, E. (1971) Cleft Palate and the Person: psycho logic studies of its impact. Publicado en *South Med J*, Vol.64 (12), USA.
25. Corominas, R. (1995) El Minusválido Físico y su Entorno. Barcelona, Paidós.
26. Corona, M. (1987) Desarrollo Mental en Pacientes con Fisura Labiopalatina; Ediciones Médicas del HI.
27. Cruz, L. (2001) Psicología del Desarrollo, en Selección de Lecturas de Psicología del Desarrollo; Ciudad de la Habana.
28. Delval, J. (1994) El Desarrollo Humano; México: Siglo XXI.
29. Dorsch, F. (1994) Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder.
30. Endriga, M. (1997) Face-to-face interaction between infant//with orofacial clefts and their mothers. *J Pediatric Psychol*. Vol. 22 (4)
31. Esquivel F, Heredia, C y Lucio E, (1994); Psicodiagnóstico Clínico; Manual Moderno. México, UNAM.
32. Epsteen, CM. (1988) the Psychological and Emotional Trauma in Cleft Palate- Cleft Lip. *Int. Surg* Vol. 73 N° 4 Italy.
33. Fogh-Ardesen. (1961) Citado por Habbaby, A. (2000). Edit Panamericana.
34. Franco, P. (2000) Caracterización Psicológica de Adolescentes con Malformaciones Craneofaciales. Tesis de Especialista en Psicología de la Salud. Hospital Pediátrico Centro-Habana. La Habana, Cuba.
35. Fragoso, D. (1996) El Niño con Labio y Paladar Hendido y la Interdisciplinariedad. Tesis de Licenciada en Comunicación Humana.
36. García, M. (1981) El niño Nacido Defectuoso. Buenos Aires. Paidós.
37. Giacomantone, E. (1992) Influencia de los Factores Psicológicos en la Evolución Postoperatoria. *Rev., Arg, Círg*. Vol. 62, No.6.
38. González, F. (2003); Psicología del Desarrollo Escolar, citado por Domínguez 2003, Pp.124. Colectivo de Autores,. Editorial Félix Varela. La Habana.
39. Grobeinsen, N, y Ruiz, M. (1996) Manual de Manejo y Asimilación de Información Médica para Disminuir la Angustia en Niños con Labio y Paladar Hendidos. Tesina de Lic. en Psicología. Universidad Iberoamericana, México, DF.
40. Habbaby, A. (2001) Enfoque Integral del Niño con Fisura Labiopalatina; Edith. Médica Panamericana. Buenos Aires.

41. Hernández, S. (2000) Metodología de la Investigación; Editorial McGraw Hill. México.
42. Juri, S. (1984) Deterioro Fonoarticulatorio en las Malformaciones Craneofaciales. Buenos Aires. Fonoaudiológica, Tomo 30 (2).
43. _____ (1987) Lenguaje y Escolaridad en el Niño Fisurado (nota a padres).
44. Kapp, K. (1979) Self Concept of the Cleft Lip and or Palate Child. Cleft Palate J, Vol. 16 N°. 2
45. Kasuya, M. (2000) Psychological Study of Cleft Palate Children with or without Cleft Lip by Kinetic Family Drawing. University of Nagoya.
46. _____ ((2001) Spatial Image of School Environment in Children with Cleft Lip and/or Palate. University of Nagoya.
47. Lamarche, C. (1987) L'enfant inattendu, Montréal, Boréal Express.
48. Lansdown, R. (1990) Psychological Problems of Patients with Cleft Lip and Palate J R Soc Med Vol. 83 N° 3. England.
49. Launay, CL, y Borel-Maisonny, S. (1989) Transtornos del Lenguaje, la Palabra y la Voz. Masson, Barcelona.
50. Lazarus, R. (1966) the Study of Psychological Stress. Spielberg, Nueva York, Academic Press.
51. L'Écuyer, R. (1985) El Concepto de Sí Mismo. Edit. Oikos-Tau. Barcelona.
52. Lew, K. (1990) the use of psychometric test in the evaluation of patients presenting for ortognatic surgery a preliminary report. National U. Singapore
53. Lipkin, G. Cohen, R. (1984) Atención Emocional del Paciente. México. La Prensa Médica.
54. Maier, H. (2001) Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño. Ericsson, Piaget y Sears. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
55. Mandelbaum, S. (1987); Vamos al hospital. Guía para Preparar a su Hijo para una Internación; Argentina: Libros del Quirquincho.
56. Mc William, BJ. (1982) Social and psychological problems associated with cleft palate. Clin Plast Surg. Vol 9 N° 3.
57. Meroni, C. (1986) Manual para el Tratamiento Ortognático de las Hendiduras Labiovelopalatinas. Bogotá.
58. Milard, T. Richman, LC. (2001) Different cleft conditions, facial appearance, and speech: relationship to psychological variables. Cleft Palate J, Vol. 38 N°1
59. Montonati, J. (1973) Enfoque Precoz del Lenguaje del Niño Fisurado Palatino. Buenos Aires. Tomo 19:3.
60. Ortiz M. (1987) Final Results from Delayed Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate. Scand J Plast Surg, 8: 1.
61. Otto, Franck, Och, Kriseistenen, (1979) Speech, Language, and Psychosocial Aspects of Cleft Lip and Cleft palate: The of88 the Art.
62. Pelchat, D. (1989) Programme d'intervention précoce auprès des parents d' un enfant atteint d'une déficience physique. These de doctorat. Université de Montreal.
63. Perry, S y Viederman, M. (1981) Management of emotional reactions to acute medical illness, Med. Clin. N. Amer., Vol. 65, N°1
64. Inhelder, (1981) Psicología del Niño; Ediciones Morata, Madrid.
65. Pruzinsky, T. (1992); Social and Psychological Effects of mayor Craniofacial Deformity; Cleft Palate-Craniofacial Journal, 29 (6).

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

66. Roca, M. (1998); Elementos Básicos de Psicoterapia Infantil; Editorial Academia, Habana, Cuba.
67. _____; (2000); Psicología Clínica: Una Visión General. Editorial Félix Varela.
68. _____ Y Pérez, M. (1999); Apoyo Social, su Significación para la Salud Humana; Editorial Félix Varela.
69. Rodríguez, E. (1997) Impacto de la Figura Corporal en el Desarrollo Psicosocial del Niño y el Adolescente Rev. Mexicana de Pediatría Vol.64 N° 3
70. Rodríguez, G. y cols. (1999); Metodología de la Investigación Cualitativa; Madrid España.
71. Ruiz M. (1988); Tratamiento de las Secuelas de la Fisura Palatina., Buenos Aires; Rev. Hosp. Niños. Vol. XXX. Pp. 128.
72. Saavedra, D. (1988); Malformaciones Congénitas de Etiología Multifactorial, Genética Clínica, México: Comp. Guízar-Vázquez, Manual Moderno.
73. Shaw, E. (1993); Children's Stress and Coping, A Family Perspective; Editorial: The Guilford Press. NY.
74. Segovia, M. (1979); Tratamiento del Paciente Fisurado; Buenos Aires: Fonoaudiología Tomo 23: pp. 2-3.
75. Siquier de Ocampo, M., (1986); Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico; Buenos Aires: Nueva Visión.
76. imkis R. (1985) Las Vivencias Psicológicas en el Niño Quirúrgico. Caracas. Venezuela. Vol. 2.
77. Smith, R. (1972); Psychosocial Problems Related to Speech and Language; Bzoch, K. (comp.), EUA: Litle, Brown and Co.
78. Smith, G. (1924); Egyptian Mummies. Londres: George Allen & Unwin
79. Speltz, ML. (1993) Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers Follow-up From late infancy to school entry. Cleft Palate Craniofacial J, Vol 30 N° 5 USA.
80. Strauss, R. (1990); prenatal detection and fetal surgery of clefts and craniofacial abnormalities in humans: social and ethical issues. J Cleft Palate; Vol. 27, 2.
81. Taylor, S. (1986); Health Psychology; University of California at Los Angeles; Random House, New York.
82. Tesserra, L. (1986); Tratamiento del Labio Leporino y fisura palatina; Barcelona: Jims.
83. Tobiasen, JM. (1993) Clefting and psychosocial adjustment Influence of facial aesthetics. Department of Psychiatry, University of Kansas Medical of aesthetic Clin Plast Surg. Vol 20 N° 4.
84. Thomas, P. (1997); Satisfaction with Facial Appearance Among Subjects Affected by a Cleft; University of Bristol, United Kingdom.
85. Trianes, M. (1999); Estrés en la Infancia; Narcea, Madrid.
86. Tripputi, J. (1970); Dislalias ocasionadas por las Fisuras Labiopalatinas. Buenos Aires. Tomo 26.
87. Turner SR, Rumsey N; Sandy JR; (1998); Psychological aspects of cleft lip and palate, Eur. J. Orthod. Division of Child Dental Health, Bristol University Dental School, UK. Vol. 20 (4) England.
88. Tyl, J. Helclová, H. (1990) Psychological and social stress in children with cleft lip and palate. Cesk Pediatric. Vol. 45 N° 9. Czechoslovakia.

89. Vanpoelvoorde, L. (1986) Parental Reactions to Cleft Palate Children. *Journal of Special Education*. Vol 15 N° 3. Canada.
90. Vasan N. (1999); Management of children with clefts of the lip or palate; *Dent J*, Mar; 95/1419.
91. Vázquez G. y Marcovich, C. (1993) *Psicoprofilaxis Quirúrgica en la Infancia. Aspectos clínicos*. Buenos Aires.
92. Vinageras E. (1987) *Manejo y Tratamiento Integral los Pacientes con Fisura Labiopalatina*. Ed. Médicas. HIM. México.
93. Ysursa A. Pamplona C. (1992) *Diagnóstico y Tratamiento de los Transtornos de Articulación de Niños con Paladar Hendido*. HMGG. México.
94. Witzel, M. (1990); *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*; pp. 763-776. Philadelphia: W.B, Saunders.
95. Zaldivar, D. (1994); *Teoría y Práctica de la Psicoterapia*; Ministerio de Educación Superior. Universidad de la Habana.
96. _____ (1996); *Conocimiento y Dominio del Estrés*; Madrid: Editorial Científico-Técnica.
97. _____ (1988); *Incidencia de Factores Psicosociales en el Proceso Salud-Enfermedad*: *Revista Cubana de Psicología*, Volumen 5, No.3.

RESEÑA AUTORA

CLAUDIA ALMAZAN

Es egresada de la UAEM en donde obtuvo la Licenciatura en Comunicación Humana (1986), tiene la Maestría en Psicología Clínica Infantil por la Facultad de Comunicación Humana (1991) y el Doctorado en Ciencias Psicológicas por la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana en Cuba (2008). Ha participado en cursos y conferencias en diversas escuelas y universidades de México, tales como la UAQ, UANL, INP, HNM, ULA-campus Cuernavaca, y con la AMLPHyMC Asociación de Labio y Paladar Hendido y Malformaciones Congénitas. Asimismo, ha colaborado en forma voluntaria en el Hospital del Niño Morelense prestando sus servicios como especialista y responsable del área de Psicología de la Clínica de Malformaciones Craneofaciales (2000-2010). Por su formación profesional, colaboró en el proyecto “Operación Sonrisas”, brindando atención a pacientes y asesoría al equipo Multidisciplinario del DIF-Morelos. Ha publicado artículos en diversos medios impresos, *Revista de La Salle*, *CLIN-CUM*, otros, de su experiencia con pacientes con Fisuras Labiopalatinas, en México.

Su experiencia académica ha sido en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, en donde también, fue Coordinadora del Área de Psicología en el Centro Médico Universitario, 1990-1991, Coordinadora del Área de Prácticas en 1992, Coordinadora del Área de Servicio Social de la Facultad de Comunicación Humana en 1993, Coordinadora de la Clínica de Comunicación Humana en 1994-1996, y Secretaria Académica de la Facultad de Comunicación Humana de la UAEM 1996. Ha impartido docencia en la Licenciatura en Comunicación Humana, desde 1987, en diferentes materias y es titular de la materia de “Psicohigiene y Psicoprofilaxis”, en Pregrado en la asignatura de Psicología

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Médica, en la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Latinoamericana Campus Ciencias de la Salud, Cuernavaca, Morelos. Asesora de Materias tales como Sensopercepción, Pensamiento y Lenguaje, Psicología Clínica, Psicología Educativa, Teoría y Técnica de la Entrevista e Investigación Educativa, en la Universidad Mexicana de Estudios a Distancia (UMED), Cuernavaca, Morelos. Ha sido Tutor de Trabajos de Especialidad en pasantes de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Mexicana de Educación a Distancia, formando parte del jurado y miembro del tribunal de Tesis de estudiantes de la Licenciatura en Comunicación Humana de la UAEM y de la licenciatura en Psicología Educativa en la UMED.

Participa en Asesoría a Estudiantes PRONABES, apoyo en los Comités de Seguimiento y Evaluación del Plan de Estudios de la FCH, y de la Facultad de Médico Cirujano de la FM, colaboró en la implementación de la Licenciatura en Nutrición de nueva creación de la FM de la UAEM. A partir del año 2000, realiza investigación en Psicología Clínica y de la Salud, incursionado en ambientes infantiles, con adolescentes y comunidades con necesidades educativas especiales (atendiendo a los problemas de lenguaje, comunicación afectiva y baja autoestima de pacientes con fisuras labiopalatinas tributarios de atención integral), apoyado en la formación de estudiantes de FCH por más de 20 años y con más de 10 años de experiencia a Psicólogos de la UMED, asesorando trabajos de investigación, tesis y programas preventivos en diferentes comunidades del Estado de Morelos. Actualmente, se desempeña como Profesor de Tiempo Completo por la Universidad del Estado de Morelos en la que realiza entre otras actividades Docencia, Tutoría, Extensión e Investigación. Desde el año 1991 hasta el año 1997, investigó sobre “Niños de la calle”, presento tesis de Maestría titulada “Taller de expresión libre” la casa de los niños de la calle en la calle; y una serie de presentaciones en distintos foros Universitarios y del Estado que llevo a la construcción de la “Casa del Menor”. A partir de 1998, realiza investigación sobre los problemas de lenguaje que presentan los niños con secuelas de labio y paladar hendido, para caracterizarlos y así, ofrecer alternativas de atención, orientación y prevención; lo que en varios años a llevado a optimizar los servicios de Salud y generar conciencia en las adolescentes, y en los psicólogos encargados de la Salud Mental, a su vez transmitiendo a los pacientes con estas características la necesidad de enfrentar la situación en edades tempranas para alcanzar los niveles de bienestar y calidad de vida.

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

