UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Dpto. FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DEL NIÑO DE 3 A 6 AÑOS CON HENDIDURA LABIO PALATINA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"

VALENCIA, EDO. CARABOBO, 2005

AUTORA: Franco Grecia.
Tutor Metodológico:
Lic. Zulaima Sanabria.
Tutor de Contenido:
Lic. Carlos Sierra.

Valencia, Marzo 2005

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Dpto. FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DEL NIÑO DE 3 A 6 AÑOS CON HENDIDURA LABIO PALATINA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"

VALENCIA, EDO. CARABOBO, 2005

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Odontólogo

Autora:
Franco Grecia.

Valencia, Marzo 2005

DEDICATORIA

A Dios.... *Ante todo el ser supremo, que me ayudó en este arduo camino, a darme las fuerzas y mantener viva la esperanza de lograr este éxito , cuando tantas veces lo veía casi caído... cuando sentía que mis fuerzas desvanecían.*

Lino Antonio... *tu recuerdo grato ilumina mi vida. Me trae grandes y hermosos momentos de mi infancia y adolescencia... aunque no estas presente en cuerpo... mi viejo lindo, vives en todo mi ser y siempre te amaré abuelito.*

Olga.... Abuelita. *También se que me ayudabas desde el cielo en todos aquellos momentos que tanto te lo pedía, iluminabas mi camino ayudandome a dar firmes pasos.*

Graciela.... *Aún cuando nuestros pensamientos no sean iguales, este triunfo también es tuyo...abnegable madre tanto para mi como para mi biológica.*

AGRADECIMIENTOS

Padre:

Amado, no hay palabras para expresarte mi agradecimiento…. mas que el mismo hecho de ser Odontólogo! Gracias por tu apoyo, confianza y fé en mi.

…Tuya por siempre!

Mi Melquiades:

Que con tu fuerza y cariño incondicional has ayudado a que este sueño se haga realidad, siempre a mi lado…siempre constante, siempre mi amigo, siempre mi apoyo, siempre ese pedacito de cielo que me das con tu sonrisa y tu amor.

Madre:

Por haberme dado ese maravilloso derecho a la vida, y recuerda que todavía queda mucho camino por andar…espero que siempre estes a mi lado.

A todos mis ***familiares****, a ti* ***Consuelito*** *con tu paciencia y cariño; a los padres y representantes de los bellos niños que con su aporte ayudaron al buen desarrollo de esta investigación. A mis honorables y dedicados*

***profesores**, que con su paciencia, conocimientos y oportuna orientación afianzaron mis conocimientos y enriquecieron el potencial tanto personal como profesional, requerido para el logro eficiente del perfil en el campo de la Odontología.*

*A mis **compañeros** y **amigos**, que nunca olvidaré. Y a la **Facultad de Odontología** por abrirme las puertas a este hermoso camino del saber.*

INDICE GENERAL

Págs.

Dedicatoria…… III
Agradecimientos…… IV
Lista de Cuadros…… VIII
Lista de Gráficos…… IX
Resumen…… X
Introducción…… 1

Capítulo I
El Problema……3
Planteamiento del problema……3
Objetivos de la Investigación:
Generales……6
Específicos……..7
Justificación……7

Capítulo II
MarcoTeórico ……9
Antecedentes ……...9
Labio y/o paladar hendido (Anteced. Histórico)……..14
Fisura de Labio y/o paladar.Conceptualización……..15
Incidencia de LH y LHP……..19
Etiología……20
Embriología……22
Tratamiento……23
Desarrollo socioemocional del niño……...26
Definición de variables……30
Operacionalización de variables……30
Cuadro de operacionalización de variables……32

Capítulo III
Marco metodológico……33
Tipo y diseño de la investigación……..33
Población y muestra……33
Técnicas e instrumentos de recolección de datos……34
Validéz y confiabilidad……35
Procesamiento y análisis de los datos……36

Págs.

Capítulo IV
Análisis de los resultados……..37

Conclusiones ……..46
Recomendaciones……..48
Referencias Bibliográficas……49

Anexos:
Anexo A: Instrumentos. Aplicación a la muestra……56
Anexo B: Validación de expertos……..58
Anexo C: Resultados prueba piloto……..65
Anexo D: Padres y niños en el Hospital “Dr. Enrique Tejera”……67

LISTA DE CUADROS.

Págs.

Cuadro 1: Frecuencia de autoestima en niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3-6 años……39

Cuadro 2: Tipo de relaciones interpersonales con fisura de labio y paladar hendido entre 3-6 años……42

Cuadro 3: Rendimiento escolar de niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3-6 años……45

LISTA DE GRÁFICOS.

Págs.

Gráfico 1: Frecuencia de autoestima en niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3-6 años……..40

Gráfico 2: Frecuencia de relación interpersonal en niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3-6 años……42

Gráfico 3: Rendimiento escolar de niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3-6 años……45

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Dpto. FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DEL NIÑO DE 3 A 6 AÑOS CON HENDIDURA LABIO PALATINA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"

VALENCIA, EDO. CARABOBO, 2005

Autora:
Franco Grecia.
Tutor Metodológico:
Lic. Zulaima Sanabria.
Tutor de Contenido:
Lic. Carlos Sierra.
Año: 2005

RESUMEN

La hendidura labial y del paladar, malformación congénita conocida como labio leporino, en atención a sus particulares consecuencias funcionales y estéticas suele incidir negativamente en el desarrollo socioemocional del niño, dadas las reacciones que por lo general despierta tanto en su grupo familiar como en su entorno social, especialmente al ingresar al preescolar, en donde una baja autoestima y las limitaciones para establecer un buen nivel de interrelaciones sociales pueden afectar negativamente su rendimiento escolar. En base a estas premisas, la presente investigación de corte descriptivo tiene como finalidad determinar los efectos que en el área socioemocional puede llegar a provocar la fisura labiopalatina, a cuyos efectos se aplicó un cuestionario conformado por preguntas cerradas a una muestra constituida por veinticinco (25) padres de niños fisurados atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Valencia, Edo. Carabobo. Los resultados obtenidos permitieron evidenciar una importante incidencia de baja autoestima, alto índice de limitaciones para iniciar y mantener relaciones interpersonales y variados signos que influencian negativamente el rendimiento escolar de estos niños, expresados mediante poca adaptación, retraimiento, rebeldía, agresividad y actitud reacia para asistir al Preescolar. Por ello, se recomienda a los padres hacer intervenir quirúrgicamente al niño fisurado, preferiblemente antes de los tres meses de nacido, para evitar no sólo las secuelas funcionales de esta malformación sino para garantizar un adecuado desarrollo socioemocional en sus hijos.

Términos clave: Fisura labiopalatina, autoestima, relaciones interpersonales, rendimiento escolar.

INTRODUCCIÓN

El labio y/o paladar hendido son anomalías de nacimiento de la boca, el labio y el paladar que afectan aproximadamente a uno de cada 700 nacimientos y aparecen durante la etapa temprana del embarazo, cuando ambos lados del labio y del paladar no se fusionan como deberían hacerlo y que, amén de las implicaciones estéticas, involucra una serie de complicaciones de orden funcional y psicológico, ámbito este último en el que se ha verificado que el labio hendido (L.H.) y el labio y paladar hendidos (L.P.H.) producen alteraciones en la psique del ser humano.

Efectivamente, el rechazo, la compasión y a veces hasta la crueldad con que muchas personas observan al niño fisurado, llegan a provocar en éste un autoconcepto negativo, provocando efectos perjudiciales para la conformación de su personalidad, en la calidad de sus relaciones con el mundo que le rodea y su desempeño en los diversos ámbitos en que le corresponde interactuar.

Partiendo de estas premisas, la presente investigación tiene por finalidad analizar el efecto que el labio o paladar fisurados producen en el desarrollo socioemocional del niño y su rendimiento en el Preescolar, a cuyos fines se estructura de la siguiente forma:

Capítulo I, El Problema, en el que se aborda la problemática mencionada, se plantean los objetivos general y específicos y se justifica la realización del estudio.

Capítulo II, Marco Teórico, donde se plasman y analizan los antecedentes del estudio y las bases teóricas que conforman el objeto de investigación, para culminar con la definición y operacionalización de las variables contempladas.

Capítulo III, Marco Metodológico, sección en la que se describen y detallan todos los pasos metodológicos de los que se valió la investigadora para efectuar la investigación.

Capítulo IV, Presentación de Resultados, en el que mediante las actividades de procesamiento de la información, se presentan cuadros y gráficos que facilitaron el análisis descriptivo de la situación detectada mediante la aplicación práctica del estudio, así como su interpretación.

Para terminar, se presentan las Conclusiones, apartado en el que se especifican las deducciones derivadas de la interpretación de la información obtenida; las Recomendaciones, donde se detallan las sugerencias pertinentes con el fin de dar posible solución a la problemática detectada; las Referencias Bibliográficas, donde se especifica cada una de las fuentes bibliográficas y electrónicas consultadas y finalmente los Anexos producidos en el curso de la investigación.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo. Tal es una de las premisas fundamentales del Código de Deontología Odontológica (1992), aprobado en la XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela.

De este enunciado se desprende el enfoque holístico del quehacer Odontológico que, además de constituir una disciplina científica, debe estar caracterizado por una visión humanista, procurando el bienestar integral del paciente, toda vez que la salud buco-dental – entendida ésta desde los puntos de vista orgánico, funcional y estético -, influye en los aspectos psicológico, emocional y social del ser humano.

En cuanto se refiere a la estética Langlois y Roggman (1990), destacan la relación directa que tiene una mejor imagen como ingrediente clave para una autoimagen positiva, que a su vez se relaciona con una buena salud mental y con relaciones asertivas, todo lo cual se traduce como bienestar biopsicosocial; en opinión de estos autores, “... cuanto más temprano se mejora el aspecto físico, más probable es que la persona viva con una autoimagen positiva” (p. 117).

Ahora bien, la condición y aspecto saludables de la boca y los dientes constituyen uno de los elementos más importantes de una apariencia física estética; el rostro es la parte más importante del cuerpo a la hora de determinar el atractivo físico; en la jerarquía de la importancia de los componentes faciales, la boca ocupa el primer lugar y, por ello, considera

que cualquier anomalía presente en este órgano debería llevarse a cabo lo más precozmente posible, lo cual convalida la importancia de la Odontología como disciplina que puede contribuir en forma significativa al equilibrio psicológico y emocional del ser humano, que sin lugar a dudas, influye en sus relaciones sociales.

Dentro de esta perspectiva cabe mencionar que entre las múltiples anomalías que enfrenta el Odontólogo, y que inciden especialmente en la apariencia estética y por ende en la armonía biopsicosocial del hombre, se encuentra la alteración morfogenética conocida como labio fisurado, con o sin paladar hendido (labio leporino, queilosquisis), manifestación clínica que se presenta aproximadamente entre la cuarta y la onceava semana de gestación y que, generalmente, es detectada al momento del nacimiento.

Según informa la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1999), las hendiduras del labio, el paladar o ambos, se encuentran entre los defectos congénitos más comunes y tienen lugar en uno de cada 1.000 embarazos (Disponible en www.oms.com). Asimismo, indica que en la mayoría de los casos no atendidos oportunamente puede repercutir en el contexto físico, funcional, psicológico y social del afectado; su manejo ideal requiere del concurso de un grupo interdisciplinario de trabajo donde inicialmente deben intervenir, además del obstetra y el neonatólogo, el pediatra, el cirujano maxilofacial y el odontopediatra, y luego, según el compromiso y evolución del caso, el ortodoncista, el genetista, el fonoaudiologo, el nutricionista y el psicólogo.

En este orden de ideas cabe señalar que para muchos autores, la repercusión más significativa del labio hendido (L.H.) o el labio y paladar hendidos (L.P.H.), en consideración a la deformación facial y otras anomalías asociadas – pie Chapin, hidronefrosis, proboscis y otras -, los problemas de alimentación, la disfuncionalidad y el rechazo familiar y/o social que puede generar, está representada por un inadecuado desarrollo socioemocional del

niño, manifestado a través de timidez, baja autoestima, poca autonomía y otros signos.

Así, para Reyes (1999), la realidad socioambiental plena de burlas y rechazo que rodea al niño afectado por la fisura labial y/o palatina, provoca en éste aislamiento social, dificulta su adaptación socioemocional y aumenta el riesgo de futuros trastornos psicológicos, ya que esta malformación repercute notablemente no sólo a nivel estético, sino también en el plano afectivo y social, porque puede verse, oírse y palparse.

Efectivamente, los niños con L.H. o L.P.H. se sienten heridos en su imagen corporal; como el defecto es visible, son niños que desde su nacimiento han recibido miradas de curiosidad, de poco agrado, y esto los conduce a sentirse rechazados, a ser inseguros, poco sociables, pudiendo incluso llegar a ser agresivos y a tener problemas consigo mismos para aceptarse, quererse y valorarse.

Por su parte Sánchez (2003), opina que un bebé con labio hendido debe ser operado antes de los cuatro meses de nacido, pues las estructuras ya están completamente desarrolladas y el niño se encuentra apto para tolerar la cirugía, si se encuentra bien de peso y de salud.

En Venezuela, según datos emanados por el Ministerio de Salud y Sanidad Social (M.S.S.S., 2003, disponible en www.msss.gob.ve), más del 60% de los niños fisurados son intervenidos tardíamente – entre los seis y doce años de edad -, lo que en criterio de especialistas en la materia llega a presentar complicaciones de índole tanto funcional como de adaptación social, en especial éstas últimas por cuanto es precisamente durante los primeros seis años de vida cuando se dan lugar, tal como postula Piaget (1974) “... los principales procesos del desarrollo social y emocional” (p. 67): la conformación de la personalidad, la autoestima, la integración al medio a través de interacciones, la autonomía y otros.

Tal sería la situación que se estaría presentando en el Estado Carabobo, según observaciones preliminares efectuadas por la investigadora, en el Servicio de Cirugía Bucal de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (C.H.E.T.), donde se presentan con frecuencia casos de niños de buen peso y estado de salud general nacidos con L.H. y L.P.H. que, pese a las indicaciones efectuadas por el personal obstétrico y neonatólogo de la institución, no son intervenidos quirúrgicamente -por decisión de sus padres- durante los primeros meses o años.

Esta situación, en criterio de la investigadora, podría acarrear futuros problemas psicológicos y emocionales a los afectados, según las premisas previamente enunciadas. En consecuencia, y a efectos del estudio que se perfila, conviene elaborar una serie de interrogantes: ¿Qué porcentaje de madres sigue las recomendaciones del neonatólogo en relación a la intervención quirúrgica temprana del niño con fisura labial y/o palatina? ¿Cuáles son los efectos que pueden acarrear en el área socioemocional del niño las fisuras labio-palatinas? ¿Manifiestan los niños fisurados con edades comprendidas entre los tres y seis años, atendidos por el referido Servicio, signos de conflicto socioemocional?

Las respuestas a estas incógnitas enmarcan el estudio descriptivo-longitudinal a realizarse en el Servicio de Cirugía Bucal del C.H.E.T. durante el año 2005, con el fin de determinar la incidencia de la anomalía congénita L.H. y L.P.H. en el desarrollo socioemocional del niño de 3 a 6 años de edad.

Objetivos

Objetivo General:

Determinar el desarrollo socioemocional de los niños entre 3 y 6 años de edad con fisura de labio y/o paladar en el Servicio de Cirugía Bucal de la

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de la ciudad de Valencia, Edo. Carabobo, durante el período enero-febrero del año 2005.

Objetivos Específicos:

- Describir el autoestima y la autonomía de los niños de 3 a 6 años de edad con fisura labial y/o palatina sujetos a investigación.
- Precisar los tipos de relaciones interpersonales y desempeño escolar que manifiestan los niños investigados.
- Analizar las repercusiones socioemocionales del niño entre los 3 y 6 años de edad con L.H. y L.H.P. en el Servicio de Cirugía Bucal de la C.H.E.T.

Justificación

La malformación congénita de hendidura labio-palatina ha sido, tradicionalmente, objeto de numerosas investigaciones, orientadas en su mayoría al aspecto anatómico y funcional, esto es, a nivel clínico, encontrándose que muy pocas intentan esclarecer los efectos que esta alteración puede llegar a generar en el equilibrio psico-social de los afectados. En razón de esta circunstancia se considera que la presente investigación, conforme al criterio de Sierra (2004), constituye un aporte significativo desde varias perspectivas, a saber:

Por una parte, resultan beneficiados los infantes afectados por dicha anomalía, toda vez que la concientización de sus madres, padres o responsables en cuanto a la decisión de intervenir quirúrgicamente las hendiduras de labio y paladar a temprana edad puede llegar a prevenir probables limitaciones del desarrollo socioemocional infantil en cuanto se

refiere a autoestima, conformación de la personalidad y adaptación social, incrementándose así la posibilidad de criar niños sanos y felices.

Asimismo, se espera que el estudio se configure como fuente de referencia para estudios relacionados con el tema y como punto de partida para el desarrollo de futuras investigaciones que intenten esclarecer, con mayor profundidad, los efectos psicológicos, emocionales y sociales que pueden acarrear el labio o paladar hendido, en aras de generar alternativas de solución efectiva.

Finalmente, se considera que la investigación involucra la adquisición de nuevos conocimientos que enriquecen la formación académica de la autora, así como la comprensión de la carrera de Odontología desde una perspectiva más humana, lo que, sin lugar a dudas, constituirá un valor agregado en su futuro desempeño como profesional Odontóloga.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes de la investigación están conformados por los estudios relacionados con el tema o problema a investigar; en el presente caso, una amplia revisión de fuentes electrónicas sustenta la premisa según la cual el aspecto socioemocional del niño con L.H. y L.P.H. ha sido escasamente considerado como fenómeno de estudio. No obstante, a continuación se citan algunas investigaciones que de una u otra forma se relacionan y proporcionan orientaciones válidas para la elaboración del presente estudio.

En cuanto se refiere a las variables L.H. y L.P.H. y desarrollo socioemocional, un aporte importante lo presentan Cano y Sarmiento (1998), con su trabajo de ascenso “Diagnóstico prenatal: labio leporino, catástrofe en la sala de partos”, investigación documental efectuada en el Hospital Simón Bolívar de la ciudad de Bogotá, en la que sus autores enfatizan la importancia del diagnóstico sonográfico prenatal temprano como medio para optimizar el manejo neonatal y preparar adecuadamente a la familia a fin de enfrentar conscientemente las alteraciones estéticas y funcionales del futuro bebé, lo cual puede contribuir al equilibrio emocional del grupo familiar.

Por su parte Maza y cols. (1999), con su estudio “Labio y paladar hendidos. Reporte de un caso”, presentan el caso clínico de un paciente de nueve años de edad de sexo masculino que es llevado a consulta en el Servicio de la Cátedra de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela por presentar labio hendido. Durante la anamnesis, la madre refirió que el paciente es el tercero de cinco hermanos sin malformaciones de labio y/o paladar y, asimismo, que el niño presenta

problemas de conducta en el ámbito familiar y escolar; al examen clínico, el paciente presentó labio y reborde alveolar hendidos (paladar primario) del lado izquierdo, con una amplia fisura, clasificada como hendiduras de labio y proceso alveolar, sin involucrar el paladar.

Finalizan los autores su reporte indicando que si bien la recuperación física del paciente fue satisfactoria en cuanto a funcionalidad y aspecto, fue remitido al Departamento de Psicología y Orientación Familiar del Hospital Pediátrico “J.M. de los Ríos” con la finalidad de iniciar sesiones destinadas a hacerle superar las limitaciones socioemocionales, hipotéticamente asociadas a la malformación congénita.

En similar orden de ideas Reyes y Valencia (1999), con su “Estudio descriptivo de autoestima y habilidades sociales en niños entre 10 y 12 años de edad con fisura labial y/o palatina”, efectuaron una investigación descriptivo-transeccional que contó como muestra con 45 pacientes ambulatorios del Departamento Fisurados del hospital “Gustavo Frickede” de Viña del Mar. Refieren las investigadoras que de los resultados obtenidos mediante un Inventario de Autoestima de Coopersmith y una Escala de Comportamiento Asertivo para niños CABS, se observó que la mayoría de los niños se encontraban en un rango bajo de normalidad respecto a su autoestima, en tanto que en lo referente a las habilidades sociales se detectó que los sujetos, mayoritariamente, se encontraban en el nivel bajo lo normal, lo cual convalidó las hipótesis planteadas.

Dentro de esta perspectiva Maldonado y otros (2001), con su investigación “Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el niño”, presentan un estudio descriptivo-correlacional que tomó como muestra 109 padres que acudieron a la consulta pediátrica del Centro del Niño y la Familia de la Clínica Menninger de Arkansas, solicitando la atención para niños edades comprendidas entre los tres y siete años con problemas de adaptación escolar.

Resulta significativo el hecho que de la muestra estudiada el 18 por ciento de los casos presentaban fisura labial y/o palatina sin tratar o en corrección, habiéndose detectado en este grupo altos niveles de limitaciones para interrelacionarse con sus pares y otros adultos, especialmente en el ámbito escolar, así como una actitud sobreprotectora de sus padres, razones por las cuales, entre las conclusiones, los autores acotan que la actitud asertiva de la familia es fundamental para que los niños superen los problemas socioemocionales asociados a malformaciones congénitas.

Así, se hace evidente en virtud de las investigaciones previamente citadas, que la malformación congénita del labio y/o el paladar conocida como fisura resultaría un elemento determinante en el desarrollo social y emocional de los afectados, especialmente por cuanto las actitudes de rechazo de otras personas propias o ajenas a sus familias, aunado a la deformación física y las eventuales malformaciones asociadas, contribuyen a que el niño fisurado enfrente limitaciones para sentirse satisfecho consigo mismo y, adicionalmente, sienta temor de establecer interrelaciones personales fuera de su núcleo familiar.

Ahora bien, en cuanto compete a la oportunidad de la corrección quirúrgica de L.H. y L.P.H., una referencia importante la constituye el estudio retrospectivo realizado por Bennun y otros (1995), “Tratamiento neonatal interdisciplinario en pacientes con fisura labio-alvéolo-palatina” en el Hospital General de la Plata, cuyo propósito fundamental consiste en evaluar los beneficios y las complicaciones que pudieran resultar de la reparación quirúrgica neonatal del labio, el paladar y la nariz en pacientes portadores de fisura labio-alvélolo-palatina (FLAP).

A este fin, se tomaron como muestra 22 neonatos con diferentes tipos de FLAP, intervenidos con la técnica de Millard, quienes además de tolerar perfectamente el procedimiento quirúrgico, demostraron tener pérdidas sanguíneas inferiores a las de las intervenciones realizadas entre los 3-6

meses de vida, presentaron mejor alineación de sus segmentos maxilares y resultados cosméticos superiores; asimismo, ante la ausencia de complicaciones, los niños fueron dados de alta el mismo día de la cirugía. En consecuencia, los autores concluyen que la corrección quirúrgica temprana, al acortar los plazos del tratamiento y requerir un menor número de operaciones, representa un sensible beneficio social y económico.

Por su parte Azpúrua (1999), presenta su estudio “Incidencia de labio leporino y paladar hendido y su tratamiento en una región de Venezuela”, trabajo de Postgrado efectuado en el Hospital Universitario “Dr. Adolfo D’Empaire”, que estudia la prevalencia de hendiduras labiopalatinales y su correctivo en la región de Cabimas, Estado Zulia, mediante un estudio retrospectivo-descriptivo para el cual se utilizó como fuente de datos el servicio de Historias Clínicas del referido centro asistencial.

Para ello, el autor seleccionó como muestra 18 niños vivos con hendidura labiopalatina nacidos durante el período 1995-1999; entre los resultados obtenidos, destaca que la cifra en cuestión representó una tasa de 0,74 por mil nacidos vivos, así como que de la población total, sólo cinco (5) niños fueron intervenidos quirúrgicamente antes de los nueve meses de edad.

Entre las recomendaciones elaboradas por este investigador, destacan la necesidad de establecer un registro de malformaciones congénitas que permitan un estudio íntegro de estas alteraciones, así como de informar a los padres sobre la importancia de iniciar desde temprana edad la corrección de dichas anomalías.

Finalmente Córdova (2000), en su investigación titulada “Recomendaciones para el manejo de niños con fisuras labiales y/o palatinas”, efectúa un estudio retrospectivo de niños nacidos entre 1993-1999 en el Hospital General de Ciudad de México, tomando como base sus historias médicas. Para ello distribuyó la muestra, de 23 sujetos, en dos

grupos, siendo el primero el de operados entre los meses 1 y 18 de vida y el segundo el de intervenidos quirúrgicamente entre 2 ½ - 4 años de edad.

Mediante una exhaustiva comparación, el investigador encontró que las diferencias morfofuncionales entre ambos grupos resultaron significativas, toda vez que el primer grupo demostró mayores logros en cuanto a salud general, desarrollo del lenguaje y estabilidad emocional, en tanto que el segundo grupo manifestó antes de la cirugía importantes índices de infecciones crónicas del oído; pérdidas auditivas, caries dental, desplazamiento de los dientes, deficiencias en el habla y signos de excesiva dependencia de sus padres.

De todo lo reseñado puede afirmarse que la intervención temprana para corregir la anomalía L.H. o L.P.H. representa un factor fundamental a efectos de procurar la salud integral del niño afectado, toda vez que el inicio de las cirugías pertinentes, lo más próximo al nacimiento, reducen significativamente el período de normalización morfofuncional y, con ello, se incrementan las posibilidades de que el niño alcance un adecuado desarrollo socioemocional.

Bases teóricas.

La fundamentación involucra una serie de conceptos y teorías que sustentan el planteamiento de una investigación; a continuación, se exponen y analizan los postulados que proporcionan la base conceptual de las variables o aspectos involucrados en el estudio.

Labio y/o paladar hendido (labio leporino)

Antecedentes históricos

El término "leporino" proviene del latín "*lepus*", adjetivo que hace referencia a la semejanza a una liebre. Según refieren Cano y Sarmiento (1998), esta expresión se remonta al siglo XVI cuando un médico francés, valorando un paciente con labio hendido, acuñó el término "leporino" refiriéndose a la similitud del labio afectado con la hendidura facial propia de la liebre y de otros roedores. Desafortunadamente, en aquellos tiempos la liebre había sido relacionada con actos de superstición y brujería y, durante el oscurantismo, se creía que las brujas podían tomar la forma de liebres. Esta nefasta circunstancia llevó a la creencia que si una liebre asustaba a una mujer embarazada, ésta daría a luz un recién nacido con el defecto como marca.

Posteriormente, durante el siglo XVII, la histeria desatada por propagación de las prácticas de brujería terminó por asociar a la liebre con Satanás; se llegó a considerar que una mujer que daba a luz un producto con labio leporino, había mantenido relaciones con Satanás. El recién nacido, o "semilla del mal", era considerado como una evidencia irrefutable de su relación pecaminosa con el mal y se condenaba a la madre a un trágico fin.

Pese a este oscuro origen y significado, hoy en día aún se utiliza el término "labio leporino" para describir la hendidura facial que puede involucrar labio y/o paladar (queiloschisis o palatoschisis). Sin embargo, el término se antoja estigmatizante para los padres y el recién nacido, que frecuentemente perciben y reciben el rechazo social que aún evoca esta inadecuada y odiosa expresión.

Fisura de labio y/o paladar. Conceptualización.

La fisura de labio y la fisura de paladar son consideradas como dos de las más frecuentes anomalías del desarrollo fetal y muchos autores coinciden al afirmar que constituyen las malformaciones congénitas más comunes. Aunque desde el punto de vista embriológico y etiológico son distintas, es útil estudiarlas en conjunto, "... ya que se asocian en más del 50% de los casos" (Wood y Goaz, 1998, p. 657).

El labio leporino o L.H. afecta el labio superior en uno o ambos lados, siendo más frecuente del lado izquierdo; varía desde la simple fisura labial o facial hasta lesiones que abarcan tejidos blandos y óseos, en tanto que el paladar hendido consiste en la fisura medial longitudinal de la bóveda palatina, que comunica la cavidad bucal con la nasal; en opinión de Valenzuela y otros (1993, p. 858), puede estar asociado con el labio leporino o puede aparecer como una malformación aislada.

Esta afección se manifiesta a través de síntomas característicos que afectan los mecanismos respiratorios, deglutorios, articulatorios, del lenguaje, la audición y la voz. Ocupa el octavo lugar entre las malformaciones congénitas que más se presentan en las maternidades (Isaza y cols., 1989, p. 156), y es la malformación congénita de cabeza y cuello más frecuente (Hagberg y Milerad, 1997, p. 43).

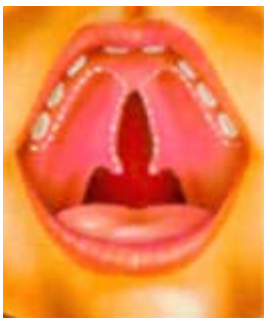
Ramírez (1997, p. 2), clasifica el L.H. y el L.P.H. conforme a un criterio basado en las características de la lesión, a saber:

1) Labio hendido:
    a) Unilateral o bilateral
    b) Completo (si compromete el labio y el arco alveolar) e incompleto.
2) Paladar hendido:
    a) Unilateral o bilateral
    b) Completo (incluye paladar duro y arco alveolar) o incompleto (paladar secundario).

Por su parte Thornton y cols (1996, pp. 7-8), clasifican estas lesiones de la siguiente forma:

1) Según lado afectado:
    c) Derecho
    d) Izquierdo
    e) Bilateral
2) Según grado del compromiso labio/paladar:
    a) Parciales
    b) Totales
3) Según compromiso de la encía
    a) Simples
    b) Complicadas
4) Según origen embriológico
    a) De paladar primario
    b) De paladar secundario
    c) Fisura del paladar blando: Cuando la falta de unión toma la úvula y alguna arte o todo el paladar blando.
    d) Fisura del paladar blando y duro: Cuando la fisura alcanza la úvula, paladar blando y parte del duro.
    e) Fisura total: Cuando el efecto toma desde la zona alveolar hasta la úvula.
    f) Fisura complicada: Cuando está asociada a la fisura labial.
5) De acuerdo a las estructuras anatómicas que se encuentran involucradas:
    a) Grupo 1: Hendiduras de labio solamente
    b) Grupo 2: Hendiduras palatinas solamente
    c) Grupo 3: Hendiduras de labio y paladar involucrando el proceso alveolar
    d) Grupo 4: Hendiduras de labio y proceso alveolar sin involucrar el paladar.

Fisura labial



Fisura palatina

El labio y paladar hendidos no son siempre una entidad aislada, sino que pueden asociarse con otro tipo de malformaciones que comprometen sobre todo la cara; se ha encontrado conexión entre fisuras orales y malformaciones adicionales y, en este sentido, Isaza y Manrique (1991), expresan que “... las fisuras completas bilaterales están asociadas con otras malformaciones en 35% de los casos” (p. 57).

En efecto, tal como señalan estos autores, las hendiduras faciales comprenden un amplio espectro de malformaciones que varían enormemente en su severidad; las lesiones pueden variar desde una simple úvula bífida, pasando por indentaciones lineales del labio, hendiduras submucosas del paladar blando hasta llegar a grandes defectos mucosos y óseos. El defecto en el labio hendido se extiende desde el borde labial hasta la fosa nasal y, en el caso de labio y paladar hendido, el detecto compromete el borde alveolar hasta el paladar duro, llegando a incluir el piso de las cavidades nasales o inclusive el de la órbita.

Por su parte Romero (1998, p. 85), indica que el L.H. se presenta unilateral en 80% de casos, mientras que en casos unilaterales el compromiso del paladar ocurre en un 70% de las veces o hasta en un 85% si el compromiso es bilateral, siendo las malformaciones más frecuentemente asociadas a L.H. y L.P.H las siguientes:

- Cara: Arrihnia, hipo-hipertelorismo, proboscis.

- Sistema Nervioso Central: Holoprosencefalia, hidrocefalia, porencefalia, agenesia del cuerpo calloso.
- Cardíacas: defectos septales. Renales: hidronefrosis, riñón poliquístico y agenesia renal.
- Esqueléticas: pie Chapin, agenesia de radio o de sacro, polidactilia.
- Abdominales: hernia diafragmática, mega vejiga.

Además de la anomalía estética, existen otras posibles complicaciones que se pueden relacionar con el labio leporino y el paladar hendido, entre ellas las reseñadas por Arredondo (1999, p. 824):

- Dificultades en la alimentación: La alimentación resulta más difícil con las anomalías del paladar hendido. Generalmente, el bebé no puede succionar adecuadamente porque el paladar no está formado completamente.
- Infecciones de oído y pérdida auditiva: Las infecciones de oído se deben a menudo a una disfunción del oído que conecta el oído medio y la garganta. Las infecciones recurrentes pueden producir una pérdida auditiva.
- Retardo del habla y del lenguaje: La función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del paladar y del labio, lo que origina un retardo en el habla o habla anormal.
- Problemas odontológicos: Como resultado de las anomalías, es posible que los dientes no puedan erupcionar normalmente y por lo general se requiere tratamiento de ortodoncia.

Asimismo Andrews (1997, p. 56), sostiene que los defectos de la hendidura labiopalatina conducen a desajustes psicosomáticos en el niño y alteran el equilibrio de su grupo familiar; conforme a esta apreciación, en opinión de la autora de esta investigación es necesario profundizar en su

indagación como entidades aisladas y en su relación con otras para la definición de un proceso morboso, conocimiento que permitiría generar información de fuentes primarias, favoreciendo la definición de áreas para futuras investigaciones y el conocimiento de aspectos genéticos y epidemiológicos de estas alteraciones.

Incidencia de L.H. y L.H.P.

La incidencia de las anormalidades congénitas que comprometen el labio y el paladar varían de acuerdo con el área geográfica y al grupo étnico estudiado; en término global, tal como acotan Baird y cols (1999, p. 449), la incidencia no sindrómica de lesión labial con o sin compromiso del paladar ha sido estimada en 1:800-1000 nacidos. La lesión palatina aislada ocurre en 1 :2500 nacidos, se ha visto que en aproximadamente un 50% de afectados existe compromiso de labio y paladar, mientras que en el restante 50% están incluidos compromiso labial o palatino aislado en porcentajes similares.

En esta perspectiva Hagberg y Milerad (1998, p. 45), señalan que el riesgo de recurrencia para estos defectos parece ser dependiente del tipo especifico de daño. Por ejemplo, cuando se ha presentado un paciente con compromiso labial y palatino, el riesgo de recurrencia debe estimarse específicamente para este tipo de lesión, en tanto que luego de un primer producto afectado por lesión labial y palatina, el riesgo de recurrencia es de aproximadamente un 4% y, luego de dos hijos afectados, dicho riesgo se eleva a 9%.

Por lo tanto, una historia familiar de hendidura labial y/o palatina debe poner en alerta al obstetra, pues la posibilidad de recurrencia está aumentada en 40-170 veces y debe ser una indicación absoluta para la cuidadosa valoración prenatal de la cara fetal en un siguiente embarazo.

Aun cuando existen más de 180 síndromes relacionados con hendiduras de labio y paladar, éstos solo representan un 5-10% de casos; el restante corresponde a lesiones esporádicas de comportamiento epidemiológico muy variable, conforme demuestran las investigaciones realizadas por Baird y cols (1999., p. 450). Así, las lesiones parecen ser más frecuentes en grupos poblacionales como los japoneses y algunas tribus indígenas de Alaska, la raza negra presenta una menor incidencia en relación a los caucásicos, el sexo masculino tiende a verse más afectado y especialmente en casos mas severos, y el sexo femenino se ve más afectado en casos de paladar hendido aislado.

Etiología.-

La etiología en casos aislados y no sindrómicos de labio y/o paladar hendido es incierta; en criterio de Andrews (ob.cit, p. 58), parece ser una combinación multifactorial de elementos genéticos y ambientales. Estos autores han postulado que la aparición de labio hendido con o sin paladar y paladar hendido aislado, pueden clasificarse en tres grupos genéticos:

1. Anomalía aislada, no-familiar.
2. Etiología sindrómica monogénica, cromosómica o ambiental.
3. Antecedente de afección familiar en primer, segundo o tercer grado de consanguinidad.

Así, tal como señalan dichos investigadores, el 75-80% de casos de L.H. y/o L.P.H. pertenecen al primer grupo; describen 184 síndromes -la mayoría raros- en los cuales el L.H. y el L.P.H. hacen parte del criterio diagnóstico. En estos casos es importante establecer el síndrome específico pues la posibilidad de recurrencias puede llegar a ser del orden del 25-50%.

En esta perspectiva, un porcentaje importante de casos se ve asociado a trisomías 13 y 18, en tanto que los factores ambientales pueden ser teratógenos (fenitoina, ácido valproico, alcohol, aminopterina o talidomida) o el síndrome de banda amniótica; en estos casos el riesgo de recurrencia es mínimo, mientras que en casos de herencia familiar han sido reportados patrones autosómicos dominantes (por ejemplo el Síndrome de Van der Woude) y recesivo ligado al X.

Por otro lado Raspall (1997, p. 515), argumenta que la etiología en casos aislados y no sindrómicos de labio y/o paladar hendido es incierta, pues parece ser una combinación multifactorial de elementos genéticos y ambientales. Este autor señala que se acepta en general que el factor etiológico principal de estas malformaciones es de carácter genético y, en algunos casos, se ha sugerido una causa ambiental y/o una causa mixta, razón por la cual se afirma que la fisura labiopalatina es un proceso de origen multifactorial.

De fecha reciente, otros estudios han efectuado hallazgos importantes; tal es el caso de Murray (2004), quien además de confirmar que la L.H. y/o L.P.H. se deriva de una mezcla de factores genéticos y ambientales - tales como la exposición del feto y de la madre a toxinas específicas, como las benzodiacepinas, las dioxinas y el humo del tabaco-, ha comprobado que un sólo gen cumple una significativa función en el desarrollo del labio leporino o paladar hendido.

En efecto, los resultados de un estudio internacional realizado con unas 2.000 familias permiten verificar que una mutación en un gen que codificaba una sustancia química relacionada con la inmunización llamada interferón factor regulador 6 (IRF6), parece explicar al menos del 12 por ciento de los casos de hendiduras labio-palatinas.

Según esta teoría, para aquellas familias en las que al menos uno de sus miembros ya sufre de labio leporino o paladar hendido, la transmisión por

herencia de la mutación podría triplicar las posibilidades -del 3 al 9 por ciento- , de que un bebé nazca con dichas lesiones.

Embriología

Entre las semanas 4 y séptima de gestación y a partir del quinto arco branquial, tal como indican Amidei y cols (2000, p. 234)), aparecen varios pliegues de tejido mesenquimal que forman elevaciones ectodérmicas que rodean el estoma oral primario; estas estructuras darán origen a cinco prominencias: una fronto-nasal, dos mandibulares y 2 maxilares., estructuras que inicialmente se verán separadas por hendiduras que posteriormente se obliterarán con el desarrollo de las prominencias. Luego, las dos maxilares crecen medialmente para fusionarse con las porciones intermedias de la prominencia nasal, para formar el segmento intermaxilar: a éste pertenecen el labio superior, el componente maxilar superior (incisivos y alvéolos) y el paladar primario. El labio hendido resulta de la inadecuada fusión de las prominencias con persistencia de las hendiduras.

Embriológicamente, el paladar se divide en primario o secundario; el primero comprende el triángulo anterior (que incluye alvéolos y los cuatro incisivos), mientras que el secundario comprende el resto del paladar duro. En efecto, el paladar se origina de la fusión de tres procesos palatinos: uno medial que depende de la prominencia nasal, y dos laterales, que dependen de los procesos maxilares, paso que, en opinión de Carinci y cols (2000, p. 35), aparentemente ocurre una semana mas tarde en el sexo femenino. La inadecuada fusión de estas estructuras deriva en la existencia de paladar hendido.

Tratamiento.

La cirugía es el tratamiento indicado para corregir el labio o paladar hendidos; en el caso de hendidura labial, la meta de la intervención es cerrar la separación del labio y de la nariz en una sola operación, aunque ocasionalmente se requiere una segunda intervención.

Si bien es cierto que existen hoy en día diversas técnicas para la corrección de L.H., el procedimiento común consiste en realizar unas incisiones a ambos lados de la hendidura para desplazar las partes y reunirlas en su posición definitiva, restaurando la función muscular y el "arco de cupido", en tanto que la deformidad del ala de la nariz puede mejorarse en este momento o en una segunda intervención.

En opinión de Cedeño y Rincón (1996, p. 84), el momento de la corrección quirúrgica depende de muchos factores y de la experiencia del cirujano plástico u otorrinolaringólogo encargado del caso, aunque lo usualmente aceptado y recomendado es programar la corrección para las 10 semanas de vida o cuando las condiciones prequirúrgicas del paciente sean optimas.

Estos autores refieren cierres primarios temporales "de adhesión" a los 10 días de vida, en tanto que en casos de compromiso del paladar, recomiendan la intervención quirúrgica entre los tres y seis meses; de igual manera, cuando existe compromiso del maxilar superior, este tratamiento puede postergarse hasta los 8 años de vida e, inclusive, la corrección definitiva de los defectos nasales puede demorarse hasta los 16 -18 años.

Dentro de esta perspectiva Vinageras (2003, p. 3), considera que el tratamiento de labio y paladar hendido depende del compromiso morfológico y funcional que presente la lesión, razones por las cuales lo define de la siguiente forma:

- Reparación primaria: a efectuarse a las 10 semanas

- Reparación del paladar: Aproximadamente entre los 9 -12 meses
- Reparación secundaria: Entre los 4 - 6 años
- Hendidura alveolar: Entre los 8-10 años.
- Reparación final: Entre los 14 y 16 años.

Igualmente, este autor indica la importancia de considerar que cada niño es distinto y que algunos pueden requerir más cirugías que otros; todo esto depende de la severidad de la hendidura y cómo se sana el niño después de que se complete la cirugía. Al respecto, McDonald y Avery (1998, p.p. 325-326), argumentan que el tratamiento de estas anomalías incluye la cirugía y un enfoque integral de equipo para ayudar con las múltiples complicaciones que pueden presentarse, por lo cual los especialistas han de determinar el tratamiento para cada caso específico en base a las siguientes consideraciones:

- La edad del niño, su estado general de salud y su historia médica
- Las cualidades específicas de la anomalía.
- La tolerancia del paciente a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- El compromiso de otras partes o sistemas del cuerpo
- La opinión de los padres

No obstante las acotaciones precedentes estos autores opinan que, generalmente, para la mayoría de los bebés que solamente tienen labio leporino la anomalía puede repararse en los primeros meses de vida (normalmente cuando el bebé pesa entre 4,50 y 5,50 kgs), cirugía que tiene como fin reparar la separación del labio, siendo algunas veces necesaria una segunda operación.

En cuanto a las reparaciones del paladar hendido, refieren que normalmente se hacen entre los 9 y 18 meses de edad, pero antes de los 2

años, por cuanto es una cirugía más complicada y debe efectuarse cuando el niño es más grande y puede tolerarla mejor; su objeto es reparar el paladar de forma que el niño pueda comer y aprender a hablar normalmente. De igual forma que en el L.H., en estos casos también a veces es necesaria una segunda intervención.

Es importante destacar, para finalizar este aspecto, que en el tratamiento del niño con labio y/o paladar fisurado debe intervenir un equipo multidisciplinario que, en criterio de Amidei y cols (ob.cit., p. 238), idealmente debe estar conformado por los siguientes especialistas:

- Cirujano plástico/craneofacial: Cirujano con especialización en el diagnóstico y tratamiento de las anomalías esqueléticas del cráneo, los huesos faciales y las partes blandas.
- Pediatra: Médico que controlará al niño durante su crecimiento y ayudará a coordinar los múltiples especialistas comprometidos.
- Ortodoncista: Dentista que evalúa la posición y alineación de los dientes del niño y coordina un plan de tratamiento con el cirujano y otros especialistas.
- Odontopediatra: Dentista que evalúa y cuida los dientes del niño.
- Terapeuta del habla y del lenguaje: Profesional que realizará una evaluación integral del habla del niño para evaluar sus capacidades de comunicación y lo supervisará de cerca durante todas las etapas de su desarrollo.
- Otorrinolaringólogo (especialista de garganta, nariz y oído): Médico que asistirá en la evaluación y control de las infecciones de oído y de la pérdida auditiva.
- Audiólogo (especialista de la audición): Profesional que asistirá en la evaluación y control de las dificultades auditivas que el niño pueda tener.

- Asesor genético: Profesional que revisa la historia médica y familiar y también examina al niño para ayudar en el diagnóstico, aconsejando igualmente a la familia acerca del riesgo de recurrencia en futuros embarazos.
- Psicopedagogo o psicólogo: Profesionales que proporcionan guía y consejo para el niño y su familia en cuanto a los aspectos emocionales y sociales de la anomalía del labio leporino y/ o paladar hendido.

Desarrollo socioemocional del niño.

El área socioafectiva o socioemocional del niño –ambos términos aplican-, comprende las formas de interacción social del niño con otros niños y con los adultos, así como la formación y expresión de sentimientos, contexto que juega un papel esencial en la formación de la personalidad del niño e incluye tanto los sentimientos con respecto a sí mismo como aquellos suscitados por otras personas o situaciones.

Es muy complejo proporcionar definiciones y criterios generales sobre la vida socioemocional de los niños, ya que las formas de interacción niño-niño y niño-adulto están fuertemente influenciadas por actitudes o juicios de valor y por la manera en que se relacionen los adultos con los niños y éstos entre sí.

Para Piaget (1974), el desarrollo socioemocional del niño tiene un especial impulso en el período que va desde los tres hasta los seis años, pues en esta época donde el infante comienza a adquirir las nociones de respeto, autoridad y justicia y a establecer relaciones afectivas fuera de su núcleo familiar, por cuanto se comienzan a concretar ciertos aspectos básicos en la formación de su personalidad, a saber:

a) identidad: Es la representación que el niño tiene de sí mismo, de sus características personales y de la valoración, positiva o negativa, de esas características.
b) Sentimientos de confianza en sí mismo y autoestima: La autoconfianza es esencial para el desarrollo socioemocional positivo y se genera en experiencias que permiten al niño tener visión positiva y optimista de sus posibilidades y capacidades.

En torno a estos principios Barroso (1987), considera que la autoestima es un sentimiento que se manifiesta a través del comportamiento, que las personas expresan a través de "... qué hace y cómo lo hacen" (p. 46). Según este autor, una elevada autoestima se demuestra a través de ciertos signos, a saber:

- Independencia en los actos, toma de decisiones.
- Toma de responsabilidades
- Orgullo y satisfacción por los logros alcanzados.
- Deseo de enfrentar situaciones nuevas
- Aceptación de fracasos y frustraciones.

Paralelamente, un individuo con baja autoestima:

- No reconoce sus propias capacidades.
- Tiene dudas sobre el aprecio de los demás.
- Se deja influenciar fácilmente en contra de su voluntad
- Manifiesta dificultad para enfrentar situaciones nuevas o difíciles
- Se frustra con facilidad
- Se muestra tímido e inseguro.

Asimismo, este autor señala que el entorno familiar es el principal agente que puede ayudar al individuo a adquirir una alta autoestima, por cuanto la idea que un individuo tiene acerca de sí mismo y su valor personal proviene de su familia y su autoimagen proviene de los mensajes que recibe

en el hogar a través de actitudes y sentimientos: “Para el niño es importante que los padres lo quieran y se lo demuestren, es preciso que el niño perciba el amor, tenga confianza, sepa que está seguro, atendido y amado” (p. 48).

En esta misma postura se ubica Bandura (citado en Hurlock, 1997), quien manifiesta que entre los tres y los seis años el niño, dependiendo de las actitudes de sus adultos significativos y de quienes forman parte de su medio social, puede llegar a desarrollar una autoestima elevada que, aunada a los sentimientos de autoconfianza, genera la autonomía, es decir, la disposición y capacidad para tomar gradualmente iniciativas, así como la capacidad de expresar sentimientos y emociones, los cuales forman parte del repertorio normal de reacciones afectivas del ser humano, aprendiendo a expresarlos y desarrollarlos en forma adecuada a la naturaleza de los factores que las causan, todo ello en base a esquemas específicos:

- Esquema social-emocional: Presenta una gran evolución, expresada desde la imitación y aprendizaje que se evidencian durante la interacción social, ya que el niño adquiere confianza en sí mismo y conciencia de su valor como ser humano; al emular actitudes, comienza a independizarse, aprende a jugar y a compartir juegos y adquiere paulatinamente habilidades comunicativas conforme al estímulo otorgado por quienes le rodean.
- Esquema de independencia personal: La dependencia absoluta del ser humano se presenta hasta el primer año, para ir disminuyendo paulatinamente hasta que el niño, generalmente hacia los tres años, da los primeros pasos hacia su independencia, si es debidamente preparado por sus padres.

Por tanto, de lo referido se desprende que entre los múltiples factores que conforman tanto la personalidad del ser humano como la calidad de sus interrelaciones sociales, tienen especialísima relevancia la autonomía y la

autoestima, que serán tanto más altas cuanto mayores sean los estímulos positivos que el niño reciba.

Ahora bien, en el caso de los niños fisurados, el aspecto socioemocional ha sido uno de los más preocupantes, tanto como lo es el morfofuncional. Tal como se menciona con anterioridad, la actitud de rechazo o hasta repugnancia de la mayoría de las personas hacia el niño con esta lesión, así como el desafortunado término de "labio leporino", utilizado comúnmente, se combinan para generar serios peligros para un sano desarrollo social y emocional.

Cabe señalar que también los padres, generalmente en forma inconsciente, suelen contribuir a que el niño presente problemas socioemocionales, ya que pueden adoptar diversas posturas: bien de rechazo, generado por la decepción de no tener un hijo sano o por la deformidad misma, bien de sobreprotección, llegando incluso a ocultar a sus hijos y a obstaculizar su inserción al medio social. Al respecto Madrazo (2004), observa que en ocasiones, los padres se sienten tan abrumados por la situación de sus hijos, que sienten que éstos no podrán desenvolverse como otros niños y se interponen en los logros del desarrollo que el infante puede ir alcanzando, en especial a nivel de autonomía, haciendo que el niño se considere una prolongación de ellos y se muestre inseguro al enfrentarse al mundo.

En consecuencia, una información clara y honesta a los padres por parte de los especialistas en cuanto al pronóstico y posibilidades de corrección del L.H. o L.P.H., así como una adecuada orientación destinada a manejar, enfrentar y superar las secuelas físicas y emocionales que pueden generar estas malformaciones en el niño afectado y su grupo familiar, son elementos fundamentales para lograr que el niño fisurado pueda alcanzar un óptimo desarrollo socioemocional.

Definición de variables o aspectos a investigar.

En opinión de Orozco, Labrador y Palencia (2002), una variable es una propiedad característica o cualidad que es susceptible de asumir diferentes valores, cuantitativa o cualitativamente y "... puede asumir denominaciones tales como aspectos de estudio, características observadas, cualidades, sentimientos, comportamientos, acciones de los informantes, percepciones del observador, etc." (p. 36). Así, el sistema de variables es la precisión y organización de los aspectos que son tratados en el estudio; siendo preciso definirlos conceptual y operacionalmente.

Para el presente estudio, las variables o aspectos considerados se estructuran conforme a tal disposición de la siguiente forma:

- Principales aspectos que conforman el desarrollo socioemocional del niño: autoestima y autonomía.
- Efectos del adecuado desarrollo socioemocional en el establecimiento de relaciones interpersonales y en el desempeño escolar
- Incidencia de las fisuras labiales y/o palatinas en el desarrollo socioemocional del niño.

Operacionalización de variables o aspectos a estudiar.

A objeto de observar y medir los aspectos que configuran una investigación, éstos han de descomponerse a fin de facilitar su recolección, tal como indica Sierra (ob.cit., p. 48). A tales efectos, a continuación se presenta la Tabla de Especificaciones o Tabla de Aspectos, conforme a un plan predeterminado por la investigadora

.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Describir la autoestima de los niños de 3 a 6 años de edad con fisura labial y/o palatina sujetos a investigación	Desarrollo socioemocional	Evolución del niño que involucra lo concerniente a su personalidad e interacción social: autoestima, identidad, valores, expresión de sentimientos y autonomía.	Superación del egocentrismo del período sensomotor; asimilación de reglas y de normas sociales	Autoestima del niño con L.H. y/o L.P.H.	Autoestima alta	- Seguridad en sí mismo - Extroversión - Facilidad para las interrelaciones
					Autoestima baja	- Inseguridad - Introversión, timidez - Desinterés - Dificultad para establecer relaciones
Precisar los tipos de relaciones interpersonales que manifiestan los niños investigados	Relaciones interpersonales	Establecimiento de relaciones personales fuera del contexto familiar	Facilidad para la comunicación y trato con personas ajenas al hogar	Tipos de relaciones personales	Nivel alto	- Convicción de rechazo de parte de los demás - Aislamiento - Baja autoestima - Rebeldía
					Nivel medio	- Indecisión - Poca comunicación - Temor a integrarse al grupo - Tendencia a la introversión
					Nivel bajo	- Independencia - Adaptación al grupo - Buena comunicación - Apertura, decisión
Analizar las repercusiones socioemocionales del niño entre los 3 y 6 años de edad con L.H. y L.P.H. en el Servicio de Cirugía Bucal de la C.H.E.T.	Rendimiento escolar	Productividad en las actividades escolares	Desempeño social en el Preescolar	Actitudes y conductas en el Preescolar	Actitudes y conductas apropiadas	- Adaptación al Preescolar - Integración al grupo - Aceptación de normas
					Conductas y actitudes inapropiadas	- Reticencia para acudir al Preescolar - Conductas agresivas - Retraimiento

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de investigación

Las investigaciones, según sean sus objetivos, pueden asumir diversos tipos; Labrador y cols (2002), señalan que cuando el investigador pretende explorar, describir, explicar o predecir eventos de un fenómeno, "...se trata de una investigación cientificista, orientada a la producción de nuevo conocimiento y enfocada al desarrollo del componente cognoscitivo en la búsqueda de una verdad probabilísticamente reproducible" (p. 7).

Así, conforme a las características de este estudio, se trata de una investigación cientificista que, conforme a sus propósitos, asume la modalidad descriptiva, esto es, aquella que establece frecuencias descriptoras de un conglomerado respecto a los factores a estudiar o, como indica Sierra (2004), "...la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando ese fenómeno" (p. 57), utilizando el diseño no experimental-transversal ya que, conforme a la apreciación de este autor, el estudio se realiza sin manipular deliberadamente las variables y la información es recopilada en un solo momento, en un tiempo único.

Población y muestra.

La población de estudio, que viene a constituir el conjunto de elementos donde se realiza una investigación, en este caso está constituida por los padres de niños fisurados atendidos por el Servicio de Cirugía Bucal de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Valencia, Estado Carabobo

(86 sujetos), en tanto que la muestra está integrada por los padres de niños fisurados operados y no operados, con edades comprendidas entre tres y seis años.

En cuanto se refiere al tamaño de la muestra, se toma como criterio de selección el expresado por Canales (citado en Sierra, 2004), para quien el treinta por ciento es considerado como representativo de una población. Así, la muestra está constituida por 25 padres, seleccionados probabilísticamente en forma aleatoria, es decir, al azar, previa revisión de historias clínicas que permitan verificar la condición de fisurados, bien sea a nivel labial, palatino o ambos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas de recolección constituyen los recursos de que se vale el investigador para recolectar y reunir la información que precisa para llevar a cabo el estudio. En este caso, se empleó como técnica la encuesta, que según Sierra (2004), consiste en obtener directamente de las fuentes primarias la información pertinente.

En cuanto a los instrumentos, que constituyen los elementos de registro de los datos, para la presente investigación se empleó el cuestionario a padres de niños con L.H. y/o L.P.H., conformado por ocho items cerrados policotómicos, esto es, con opciones de respuesta Siempre, Casi siempre, A veces y Nunca, el cual según Arias (1999), debe ser sometido a pruebas especificas a fin de garantizar la validez de su contenido y su confiabilidad.

Validez y confiabilidad.

La validez, que se refiere a la pertinencia del instrumento con respecto a lo que se quiere medir o comprobar, en el presente caso se cumple mediante el sometimiento del cuestionario a juicio de expertos en materia de desarrollo socioemocional infantil: un psicólogo, un psicopedagogo y un docente orientador, quienes expresaron su opinión y aprobación mediante un formato especialmente diseñado tales fines.

En cuanto compete a confiabilidad, que es el grado en que la aplicación del instrumento produce iguales resultados en repetidas oportunidades, el cuestionario se comprueba mediante prueba piloto aplicada a 10 sujetos con características similares a la muestra, siendo el coeficiente alfa de Cronbach el procedimiento utilizado para determinar cuán confiable resulta, dada la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1 - \frac{\sum S^2}{S^2}\right]$$

Donde:

α = Coeficiente de confiabilidad

K = Número de preguntas

ΣSi^2 = Sumatoria de la varianza por ítems

Si^2 = Varianza total del instrumento

Cálculos:

$\Sigma x^2 = 13.640$

$$\alpha = \frac{12}{12-1}\left(1 - \frac{13.640}{1.44}\right)$$

$S_i^2 = 1.44$

$$\alpha = 1.090(1 - 9.472) \;=\; -8.472 \;=\; 0.8472$$

$$\alpha = 1.090 \;\; x\, 0.8472 \;=\; 0.92323$$

$$\boxed{\alpha = 0.92}$$

Entonces, el instrumento es altamente confiable, pues la tabla de confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach establece los siguientes rangos:

+ 1	Perfecta
0,81 – 0,99	Muy alta
0,61 – 0,80	Alta
0,41 – 0,60	Moderada
0,21 - 0,40	Baja
≤ 0,20	Nula

Fuente: Hernández y Cols(2000).

Procesamiento y análisis de los datos.

Una vez obtenida la información mediante la aplicación del instrumento, el investigador se encuentra con una cantidad de resultados que, aislados y sin ser sometidos a ningún procedimiento estadístico, no proporcionan ningún dato. En atención a ello, se procedió a organizar, codificar, tabular y representar mediante gráficos los datos obtenidos con la finalidad de determinar las tendencias de las variables o aspectos del estudio y, por intermedio de un tratamiento estadístico descriptivo, se procedió a efectuar los análisis correspondientes.

CAPÍTULO IV
Presentación y Análisis de Resultados

Tal como se menciona con anterioridad, los datos resultantes de la aplicación del cuestionario a los padres de niños con fisuras labiales y/o labio-palatinas fueron sometidos a un tratamiento estadístico descriptivo que permitió procesarlos, analizarlos e interpretarlos, tal como se precisa a continuación.

Análisis e interpretación de datos.

Los resultados obtenidos en relación a la variable autoestima, cuyos indicadores estuvieron contemplados en los ítems 1 al 4 y se reflejan en el Cuadro y Gráfico 1, expresan que en el aspecto referido a facilidad para interrelacionarse el 13% (tres sujetos) manifestaron que sus hijos nunca han expresado esta limitación, en tanto que el 35% (ocho) y el 37% (nueve) contestaron a veces y casi siempre, respectivamente, mientras cuatro individuos (17%) manifestaron que sus hijos siempre muestran dificultad para interrelacionarse con otras personas.

En cuanto al indicador correspondiente a timidez, es decir, a manifestación de inseguridad en ambientes poco conocidos, se obtuvieron los siguientes datos: nunca 12%, a veces 36%, casi siempre 32% y siempre 20%, lo que implica que la tendencia de actitudes reveladoras de timidez por parte de los niños fisurados es alta.

Lo concerniente al indicador seguridad en sí mismo se ve reflejado de la siguiente forma: un sujeto (4%) manifestó que su hijo siempre se muestra inseguro, cinco (20%) seleccionaron la opción casi siempre, 14 (56%) a

veces y cinco (20%) nunca; esta información convalida que uno de los aspectos más significativos de una baja autoestima infantil, la autoseguridad, reflejó tendencias negativas.

Por último, en el ítem referido a desinterés, expresión característica de los niños con baja autoestima, reflejó: 8% siempre, 16% casi siempre, 60% a veces y 16% nunca.

En síntesis, estos resultados muestran la clara tendencia general de baja autoestima; agrupando las respuestas a cada indicador, se pueden resumir de la siguiente forma: la opción nunca alcanzó un 16%; opción a veces 46%; opción casi siempre 24% y opción siempre 13%. En definitiva, se confirma que la mayoría de los niños fisurados objeto de estudio muestra fuerte tendencia hacia un bajo nivel de autoestima.

Los hallazgos precedentes pueden interpretarse desde el punto de vista de Bandura (1974), quien sostiene que la autoestima, que viene a constituir el juicio o apreciación que el niño tiene de sí mismo, se desarrolla conforme éste adquiere conocimientos acerca de él mismo, de igual forma en que aprende sobre otros aspectos del mundo que le rodea: a medida que crece, ya que va adquiriendo conceptos de sí mismo, de sus rasgos, de su valor y una comprensión del lugar que ocupa dentro de la sociedad.

Así, la autoimagen o autoconcepto que el niño tiene de sí es el resultado de su capacidad cognoscitiva para percibir sus propias características, para identificar las diferencias y similitudes que existen entre él y los demás; el autoconcepto, entonces, proporciona al niño una imagen de él mismo como individuo.

A los efectos de los resultados obtenidos con respecto al nivel de autoestima de los niños fisurados, se desprende que los bajos niveles detectados serían producto de la forma como se sienten a causa de su malformación congénita, influenciada definitivamente por la retroalimentación proveniente de las personas significativas para ellos, lo que implica que el

autoconcepto y la autoestima de los niños fisurados es directamente proporcional a la forma en que las personas más allegadas a él le aceptan y quieren tal cual es.

Cuadro 1

Autoestima en niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3 y 6 años

Item	Indicadores	S		CS		AV		N	
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1	Poca facilidad para las interrelaciones	4	17	9	37	8	33	3	13
2	Timidez	5	30	8	32	9	36	3	12
3	Escasa seguridad en sí mismo	1	4	5	20	14	56	5	20
4	Desinterés	2	8	4	16	16	60	4	16

Fuente: Instrumento aplicado a los padres.

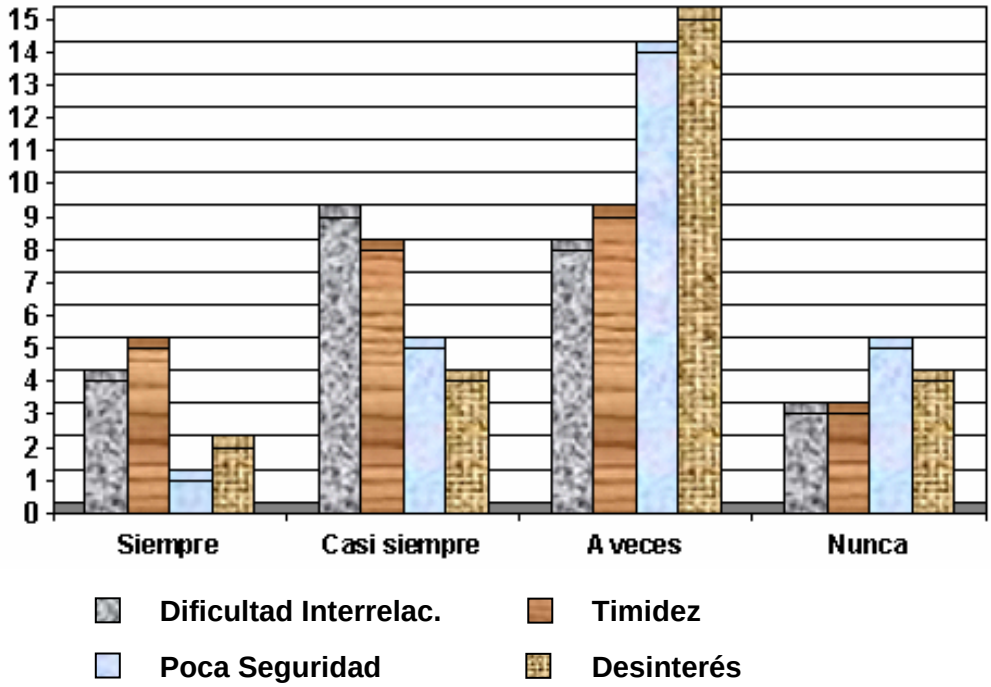


Gráfico 1: Frecuencia de autoestima en niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3 y 6 años. Fuente: Cuadro N°1.

Ahora bien, en lo que compete al tipo de interrelaciones personales que expresan los niños objeto de estudio, la información recabada permite confirmar, tal como se refleja en el Cuadro y Gráfico 2, que la mayoría se ubica en el rango identificado como de bajo nivel, habida cuenta de las frecuencias obtenidas: en el primer indicador, convicción de rechazo por parte de los demás, ocho sujetos (32%) confirmaron que sus hijos casi siempre demuestran esta característica; nueve (36%) afirmaron que ello sucede a veces, en tanto que las alternativas siempre y nunca obtuvieron idénticos resultados, esto es, cuatro sujetos (16%).

En lo pertinente al aislamiento, los resultados fueron similares, por cuanto el 23% (seis individuos) contestó siempre, 31% casi siempre y a veces (ocho sujetos) y el 12% restante (3 personas) nunca.

En el último indicador de la variable, temor a integrarse al grupo, se encontró que seis sujetos (24%) contestaron siempre, nueve (36%) casi siempre, siete (28%) a veces y tres (12%) nunca.

Así la tendencia predominante, dados los promedios de respuesta en las distintas alternativas -siempre 21%, casi siempre 35%, a veces 31% y nunca 13%-, indica que los niños fisurados, generalmente, expresan un bajo nivel de interrelaciones personales.

Al respecto cabe señalar que los indicadores convicción de rechazo de parte de los otros, el aislamiento y el temor a integrarse al grupo, son manifestaciones emocionales que influenciarían de manera determinante la psique del niño fisurado como producto del efecto que su disformidad causa en quienes le rodean ya que, conforme a los postulados de Woolfolk (1996), las expresiones de quienes rodean al niño, conforme sean positivas o negativas, influencian positiva o negativamente sus relaciones personales y su adaptación social. De igual forma, es importante destacar que la frecuencia detectada de baja autoestima en la mayoría de los niños objeto de estudio coincide con el promedio de bajo nivel de interrelación social.

Cuadro 2
Tipos de relaciones interpersonales en niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3 y 6 años

Item	Indicadores	S		CS		AV		N	
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1	Convicción de rechazo por parte de los demás	4	16	9	36	8	32	4	16
2	Aislamiento	6	23	8	31	8	31	3	15
3	Temor a integrarse al grupo	6	24	9	36	7	28	3	12

Fuente: Instrumento aplicado a los padres.

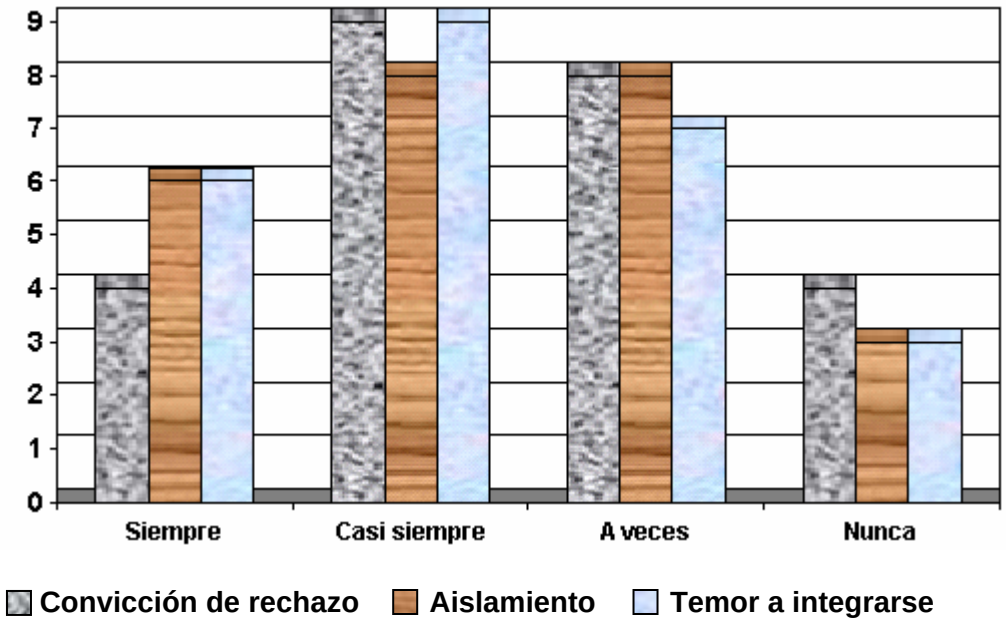


Gráfico 2: Frecuencia de relaciones interpersonales en niños con fisura de labio y paladar hendido entre 3 y 6 años. Fuente: Cuadro Nº 2.

La última variable, rendimiento escolar desde la perspectiva del desempeño social en el Preescolar, arrojó los siguientes datos: en el aspecto relativo a la poca adaptación, 6 padres (25%) seleccionaron la opción siempre, ocho (33%) casi siempre, siete (29%) a veces y tres (13%) nunca, lo que revela que la mayoría de los niños fisurados en estudio no han logrado una buena adaptación al jardín de infancia.

En el indicador correspondiente al temor del niño a integrarse al grupo de compañeros de aula, los resultados fueron idénticos al ítem precedente.

En lo que concierne al rechazo o desagrado del niño para asistir al preescolar, ocho padres (32%) seleccionaron siempre, siete casi siempre y a veces (28% cada opción) y tres (12%) nunca.

Las conductas rebeldes o agresivas constituyen el siguiente indicador, en el que la opción siempre acumuló el 25% (seis sujetos); casi siempre y a veces el mismo promedio, es decir, 29% (a razón de siete selecciones en cada opción) y 17%, correspondiente a la elección de la alternativa nunca, esto es, cuatro sujetos.

El último ítem, cuyo objeto fue determinar la frecuencia de actitudes infantiles de retraimiento en el preescolar, reflejó que seis padres (25%) opinaron que esta conducta siempre es asumida por sus hijos, mientras que las opciones casi siempre y a veces acumularon igual número de selección: siete = 29%, y la opción nunca fue seleccionada por el 17% restante (cuatro individuos).

En definitiva, se tiene que la variable referida al bajo nivel de rendimiento escolar en cuanto a la conducta social del niño en el jardín de infancia, refleja las siguientes tendencias: siempre 26%, casi siempre 30%, a veces 27% y nunca 17%. Por consiguiente, se estima que la mayoría de los niños con fisura labial y/o labiopalatina expresan un grado significativo de problemas para iniciar y mantener relaciones en el preescolar, lo cual es

reflejo del conflicto emocional que enfrenta el niño como secuela de su malformación física, que le lleva a expresar sus sentimientos, en ambientes en los que se sienten muy poco seguros, de una forma particular, bien sea en forma conductual, verbal o una combinación de ambas.

Al respecto Wallon (citado en Universidad Experimental Pedagógica Libertador, U.P.E.L.,1997) señala que la integración social durante la etapa preescolar se define por el grado en que el niño busca y disfruta la interacción con sus compañeros, el disfrute de su compañía y la participación en actividades grupales, todo lo cual involucra el aporte e intercambio de ideas y opiniones y la práctica de normas de convivencia social

En atención a este concepto, se desprende que un porcentaje significativo de los niños fisurados contemplados en esta investigación enfrenta limitaciones para integrarse al grupo de niños del preescolar, evidenciadas a través de su poca adaptación a la institución, rechazo para asistir a clase y retraimiento, -ya que la tendencia en cuanto a conductas rebeldes o agresivas fue relativamente baja-, actitudes todas que dificultan su adaptación social y por ende su rendimiento escolar, ya que la poca participación en las actividades grupales puede perjudicar sensiblemente los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Es preciso, por último, destacar que uno de los sujetos encuestados no seleccionó ninguna opción en los ítems 8, 9, 11 y 12, ya que por cuanto su hijo siempre expresa rechazo por asistir al Preescolar se abstiene de enviarlo; de allí la disparidad de frecuencias expresada en el Cuadro y Gráfico 3:

Cuadro 3
Rendimiento escolar de niños con fisura de labio y paladar hendido de 3 a 6 años de edad

Item	Indicadores	S		CS		AV		N	
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
8	Poca adaptación al Preescolar	6	25	8	33	7	29	3	13
9	Temor a integrarse al grupo	6	25	8	33	7	29	3	13
10	Rechazo para asistir al Preescolar	8	32	7	28	7	28	3	12
11	Conductas rebeldes o agresivas	6	25	5	25	5	25	8	33
12	Retraimiento	6	25	7	29	7	29	4	17

Fuente: Instrumento aplicado a los padres.

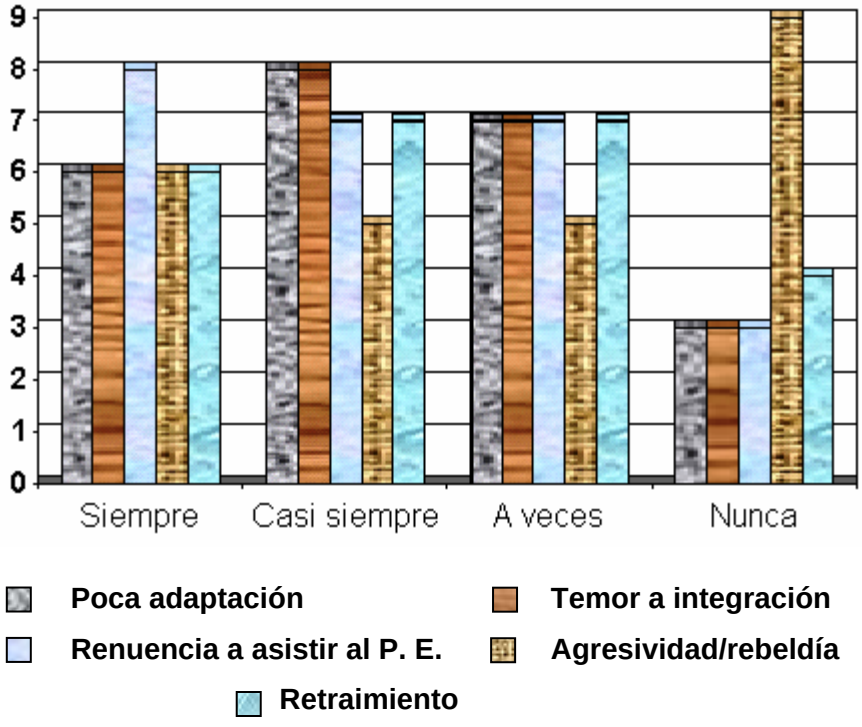


Gráfico 3: Rendimiento escolar de niños con fisura de labio y paladar hendido de 3 a 6 años de edad. Fuente: Cuadro Nº 3.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a través de la investigación desarrollada en el Servicio de Cirugía Bucal de la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” de la ciudad de Valencia, Edo. Carabobo, permiten extraer conclusiones puntuales respecto al desarrollo socioemocional del niño con labio y/o paladar hendido:

La presencia de un nivel bajo de autoestima, evidentemente, es una característica de la mayoría de los niños con fisura y paladar hendido, toda vez que la conducta de las personas es reflejo de la imagen que tienen de sí mismas; la autovaloración del niño se forma a partir de las actitudes y mensajes emanados de las personas más significativas en su vida y de lo que la sociedad piensa de él; en otros términos, los mensajes positivos o negativos de la gente contribuyen a modelar una imagen positiva o negativa en estos niños.

En este sentido, deben señalarse dos elementos básicos: por regla general, los padres se sienten abrumados y hasta culpables por la malformación congénita del niño y, convencidos de que éste no podrá desenvolverse como los demás, se interponen en los logros del desarrollo emocional, psicológico y social que el infante está capacitado para alcanzar, lo que aunado a una excesiva protección, provoca en éste una gran sensación de inseguridad y temor al rechazo y opinión de las personas.

El segundo elemento lo constituye la sociedad misma, ya que las personas tienen la tendencia a mirar con curiosidad, compasión y hasta desagrado al niño con fisura y paladar hendido, mensajes que el niño percibe y le hacen sentir en desventaja ante otros niños; en fin, este contexto provoca que el infante desarrolle una pobre autoimagen, lo que conduce a la

expresión de una baja autoestima y limitación para establecer relaciones con la mayoría de las personas ajenas a su grupo familiar.

Así, una imagen desvalorizada de sí mismo en el niño con fisura y paladar hendido en edad preescolar, en opinión de Habbaby (2000), puede traducirse a futuro en dificultades en su relaciones interpersonales, desconocimiento de los propios recursos y de las diferentes opciones que están presentes en una situación y la adopción paulatina de conductas que satisfacen más las expectativas ajenas que las propias necesidades.

En consecuencia, el escaso desarrollo de la autoestima en el niño con labio y/o paladar hendido perjudica su adecuado desarrollo socioemocional, ya que le impide adquirir confianza en sus habilidades y potencialidades y por ende afecta su capacidad para establecer relaciones interpersonales asertivas y satisfactorias tanto para él como para las demás personas y, obviamente, su desempeño escolar es afectado toda vez que la permanencia en la institución preescolar involucra toda una serie de experiencias tanto individuales como colectivas que forman parte del proceso de enseñanza-aprendizaje y por tanto, la inseguridad en sí mismo y el temor a relacionarse con los demás puede interferir seriamente en todo el complejo proceso de construcción de personalidad, de socialización y de evolución dentro del sistema educativo.

Recomendaciones

La primera recomendación estaría dirigida a los padres de niños con fisura labial y/o hendidura labiopalatina, en dos vertientes: la primera, procurar que el niño sea intervenido quirúrgicamente lo antes posible, de preferencia antes de los tres meses de nacido, con lo cual no sólo se estaría corrigiendo oportunamente la malformación, sino que se solventarían tempranamente probables secuelas orgánicas asociadas y posibles trastornos en el adecuado desarrollo socioemocional del niño. La segunda vertiente se refiere a la aceptación del niño tal cual es, demostrándole cariño, seguridad y confianza, sin sobreprotegerlo ni hacerlo dependiente; la conjugación de estos dos elementos, además de eliminar el defecto congénito y la posibilidad de trastornos del oído, del lenguaje y otros efectos orgánicos de la fisura labial o palatina, asegura que el niño pueda alcanzar un alto grado de autoestima, establecer efectivas interrelaciones personales y lograr un adecuado rendimiento escolar.

La segunda recomendación se remite a los profesionales de la Odontología y en particular a los especialistas en Odontopediatría, en el sentido de orientar a los padres de niños con fisura y paladar hendido en cuanto a los aspectos orgánico, funcional, estético y psíquico del niño, lo que implica instruirles acerca de los efectos que la malformación puede acarrear en los infantes, especialmente desde el punto de vista emocional.

Con la implementación de esta sugerencias, por tanto, se estaría garantizando a los niños con labio y/o paladar hendido el derecho a crecer como personas sanas, equilibradas y contentas consigo mismas, es decir, individuos con un óptimo desarrollo socioemocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amidei R., Hamman R., Kassebaum D., Marshall J. (agosto 2000) ***Birth prevalence of cleft lip and palate in Colorado by sex distribution, seasonality, race, ethnicity and geographic*** *variation*. Spec Care Dentist. 14(6) :233-40.

Andrews M., Johnston D., Fletcher J. (enero 1997) ***Cleft lip with or without cleft palate: effect of family history on reproductive planning, surgical timing, and parental stress***. Cleft Palate Craneofac J. 35: 52-57.

Arias, F. (1999) **El Proyecto de Investigación**. Caracas: Episteme.

Arredondo, G, Rodríguez R., Treviño, M., Arreola, B., Astudillo, G., Russildi, J.M. (abril 1999) ***Malformaciones congénitas en recién nacidos vivos***. Bol Med Hosp Infant Mex. 47(12): 822- 27.

Azpúrua, E. (1999) **Incidencia del labio leporino y paladar hendido y su tratamiento en una región de Venezuela**. Trabajo de Postgrado no publicado. Universidad del Zulia, Maracaibo.

Baird, P.A., Sadovnick, A.D., Yee, I.M. (octubre 1999) ***Maternal Age and oral cleft malformations: data from a population-based series of 576,815 consecutive livebirths***. Teratology. 49(6) :448-51.

Bandura, A (1974) **Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad**. Madrid: Alianza.

Barroso, J. (1987) **Autoestima y crecimiento**. Caracas: Ediciones de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Bennun, R., Canasron, C., Sarasqueta, P., Dogliotti, P., Fogel, A., Kornar, D., Schuryn, O., Ulfe, M. (diciembre 1995) ***Tratamiento neonatal interdisciplinario en pacientes con fisura labio-alvéolo-palatinal***. Med. Infantil. 2(4): 242-8.

Cano, A., Sarmiento, A. (1992) **Diagnóstico prenatal: labio leporino, catástrofe en la sala de partos**. Trabajo de Grado no publicado. Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá.

Carinci, F., Pezzetti F, Scapoli, L., Martinelli, M., Carinci, P., Tognon, M. (enero 2000) ***Genetics of nonsyndromic cleft lip and palate***. Cleft Palate Craneofac J. 38: 33-39.

Cedeño, R., León, A., Romero, R. (julio 1996) ***Epidemiología de las malformaciones congénitas externas en una Maternidad de Venezuela***. Bol Med Hops Infant Mex. 53(3) :117-22

Código de Deontología Odontológica (1992) *.XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, San Felipe, Estado Yaracuy. 13, 14 y 15 de Agosto de 1992*. Disponible en: www.pantin.leyes.ve.com Consulta: enero 3, 2005.

Córdova, L. (mayo 2000) ***Recomendaciones para el manejo de niños con fisuras labiales y/o palatinas***. Pediatría al día. 15(2): 109-12

Habbaby A. (2000) **Enfoque integral del niño con fisura labiopalatina**. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Hagberg, C., Milerad, J. (enero 1997) ***Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations***. Cleft Palate Craneofac J. 35: 40-45.

Hernandez F., Fernandez S., Baptista N. (2000). **Metodología de la Investigación.** Mexico. MacGraw-Hill Interamericana.

Hurlock, Elizabeth (1997) **Desarrollo psicológico del niño**. México: MacGraw-Hill

Isaza, C., Martins, D., Estupiñán, J., Starck, C., Rey, H. (nov. 1989) ***Prevalencia de malformaciones congénitas diagnosticadas en las primeras 24 horas de vida***. Colomb Med. 20: 156-159.

Isaza, C., Manrique, L.A. (nov. 1991). ***Anomalías y síndromes asociados con labio y/o paladar hendido***. Colomb Med. 22: 55-61.

Labrador, M., Orozco, C., Palencia, A. (2002) ***Metodología***. Valencia: OFIMAX.

Langlois, J.H., Roggman, L.A. (febrero 1990) ***Attractive face are only average.*** Am Ppasychol. Soc. 1(2): 115-121.

Madrazo, M. (2004) ***Repercusiones emocionales del labio-paladar hendido tanto en niños como en sus familias.***
Disponible en www.himfedericogomez.mx.com,
Consulta: enero 06, 2005

Maldonado, M., Helmig, L., Moody, C. (2001) ***Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el niño***. Trabajo de Grado no publicado. Universidad de Arkansas, Arkansas.

Maza, W. (1999) ***Labio y paladar hendidos. Reporte de un caso. Trabajo de Grado no publicado***. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

McDonald R, Avery D. (1998) ***Odontología pediátrica y del adolescente***. 6ª Edición. Madrid: Harcourt Brace.

Murray, J. (2004) ***Gen aislado produce labio leporino o paladar hendido***. Disponible en www.healthday.com.
Consulta: enero 05, 2005

Piaget, J. (1974): Psicología del Niño. Madrid: Morata.

Ramírez G. (1997*) **Manejo odontológico integral del paciente con labio y paladar figurados**.* Academia Colombiana de Odontología Pediátrica [revista electrónica] Disponible en www.encolombia.com
Consulta: enero 05, 2005

Raspall G. (1997) ***Cirugía Maxilofacial***. México: Editorial Médica Panamericana.

Reyes, C. Valencia, P. (1999). ***Estudio descriptivo de autoestima y habilidades sociales en niños entre 10 y 12 años de edad con fisura labial y/o palatina***. Trabajo de Postgrado no publicado. Universidad Nacional de Chile, Santiago.

Romero R, (junio 1998) *The **Face in "Prenatal Diagnosis of Congenital** Anomalies.* Appleton & Lange. 14: 81-113.

Sánchez, A. (2003) ***Labio leporino: se detecta y corrige antes de nacer***. Disponible en: www.aupec.com
Consulta: enero 5, 2005

Sierra M., Carlos A. (2004) ***Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación***. Maracay: Insertos Médicos de Venezuela

Thornton, J.B., Nimer, S., Howard, P. (ene-feb 1996) ***Incidencia, clasificación, etiología y embriología de las fisuras orales***. Sem Ortodon; 2: 5-11

Universidad de Carabobo (1995) ***Normas para la elaboración y presentación del Trabajo de Grado para optar al Título de Magíster***. Valencia: Autor.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1997) ***Guía de Desarrollo Socioemocional del Niño***. Caracas: Autor.

Valenzuela R, Luengas J, Marquet L. (1993) ***Manual de Pediatría de Valenzuela***. 11ª Edición. México: McGraw-Hill Interamericana.

Vinageras, E.. (2003) ***¿Qué es el labio y el paladar hendido?*** Disponible en www.himfedericogomez.mx.com Consulta: enero 06, 2005

Wood, N.K., Goaz, P. (1998) ***Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales***. 5ª Edición. Madrid: Harcourt Brace de España.

Woolfolk, A. (1996). ***Psicología Educativa***. 6ª Edición. México: Editorial PMH

ANEXOS

Anexo A

Instrumentos Aplicados a la Muestra

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Dpto. Formación Integral del Hombre.
Asignatura: Informe de Investigación.

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como fin recabar información relevante para un estudio relacionado con aspectos importantes del desarrollo social y emocional del niño con fisura de labio y/o del paladar, razón por la cual agradecemos sinceridad en sus respuestas.

A continuación encontrará una serie de preguntas en las que deberá seleccionar la opción que más se ajuste a su opinión, conforme a las siguientes claves:

¿Suele su hijo aislarse al asistir a reuniones o fiestas fuera del hogar?

S= Siempre / CS= Casi siempre / AV= A veces / N= Nunca

#	Ítemes	S	CS	AV	N
1	¿Muestra su hijo poca facilidad para relacionarse con personas ajenas al grupo familiar?				
2	¿Es común que el niño se muestre inseguro en ambientes poco conocidos?				
3	¿Utiliza el niño expresiones tales como: no puedo yo solo; es muy difícil para mí, ayúdame?				
4	¿Es habitual en su hijo mostrar desinterés por conocer lugares o personas?				
5	En su opinión, ¿el niño cree que las personas lo rechazan por su malformación congénita?				
6	¿Suele el niño mostrarse tímido o introvertido?				
7	¿Debe usted intervenir para lograr que su hijo se relacione con otros niños o adultos?				
8	¿Ha recibido por parte del docente reportes de poca adaptación del niño al jardín de infancia?				
9	¿Considera Ud. que el niño muestra temor para integrarse al grupo de niños en el Preescolar?				
10	¿Expresa su niño desagrado o rechazo para asistir al jardín de infancia?				
11	¿Ha sido comunicado acerca de conductas rebeldes o agresivas expresadas por el niño en el Preescolar?				
12	¿Es usted informado sobre actitudes de retraimiento del niño en el jardín de infancia?				

Gracias por su colaboración

Anexo B
Validación de Expertos

Anexo C
Resultados Prueba Piloto

RESULTADOS PRUEBA PILOTO

Clave: Siempre: 4 Casi siempre: 3 A veces: 2 Nunca: 1

Sujetos	ÍTEMS												Total	X^2
#	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	33	1089
2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	35	1225
3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	33	1089
4	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	35	1225
5	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	33	1089
6	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	39	1521
7	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	39	1521
8	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	40	1600
9	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	40	1600
10	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	41	1681
													Total:	13640

Anexo D
Padres y Niños en el Hospital "Dr. Enrique Tejera"

PROMOCIÓN DE ODONTOLOGÍA
UC
2005
XXVIII