



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**ACTITUD, PADRES E HIJOS
CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDOS**

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL
P R E S E N T A**
LIC. MARÍA DE LA LUZ ESLAVA LAGUNA

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN**

**COMITÉ DE TESIS
DRA. MIRNA GARCÍA MENDEZ
DR. ROLANDO DÍAZ-LOVING
MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO
MTRA. MARÍA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO**



MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Emilio Manuel y Pedro Israel

Hijos

Gracias por ser el motivo e impulso del trabajo

*Ser los aliados de mis proyectos, planes,
locuras, desengaños.*

*Por abatir mis desesperanzas y alentarme a
recuperar la Fe
Por haber tocado mi vida*

Soco, Víctor y Gerardo

Mamá y hermanos

*Por su paciencia, comprensión
y apoyo incondicional,
Por estar siempre*

Mary, Víctor y Esteban

Cuñada y sobrinos

*Por su cariño, respeto y
especialmente el amor
al esposo y padre*

*Todos los que comparten la
experiencia paterna de una
inesperada
singularidad*

AGRADECIMIENTOS

Universidad Nacional Autónoma de México (Mi Alma Mater), cada momento inhala de los muros del conocimiento, la fuerza, el compromiso, el respeto y la responsabilidad para continuar día a día, hacia el encuentro del camino que conduce a la sabiduría.

Facultad de Psicología, la esencia del conocimiento científico y especialmente del humano ha marcado el rumbo en la formación profesional y la solidaridad en la vida personal, ahora el compromiso y la responsabilidad es seguir en la búsqueda permanente del . . . espíritu.

Escuela Nacional de Trabajo Social, recuerdos vertiginosos invaden mi mente y hoy son parte de los años de formación docente y personal que se reflejan en éste documento.

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, siempre en movimiento, en la búsqueda, en el reto de alcanzar el conocimiento científico.

Dra. Sofía Rivera Aragón, no hay palabras con que agradecer la aceptación para la dirección de éste trabajo y de sus comentarios, apoyo y calidez que me alentaron a continuar, espero no haber defraudado su confianza.

Dr. Rolando Díaz Lovíng y Mtra. Luz María Javiedes Romero maestros, como un sello imborrable han sido sus clases, sus conocimientos, su trayectoria, ellas marcaron mi formación académica y profesional.

Dra. Mirna García Méndez y Mtra. Olga Bustos Romero, Jurado, por sus aportaciones, comentarios y sus palabras siempre motivadoras y fortificantes.

Magdalena Flores Valdés (Magda), gracias por su orientación, su guía, preocupación e insistencia, pero sobretodo sus palabras, fueron siempre un respiro, para llegar a la meta.

Dra. Patricia Andrade Palos, es imposible dejar de lado el apoyo para el primer intento de éste trabajo, en momentos de confusión, angustia y dolor, (lo había olvidado), quizá eso me impidió continuar, muchas gracias.

Familia Costantini, Luis Eduardo, Lautaro y Camila Nazarena, la realidad aunque difícil no deja de serlo y como analfabernauta abrí la puerta a los temibles virus del ciberespacio, así que las palabras son insuficientes para agradecer la recuperación de la información y el tiempo invertido, ello me permitió continuar el trabajo hasta ver su fin.

A mis amigos y compañeros docentes de la Escuela Nacional de Trabajo Social:

Lic. Luz María García Molina (tocayita), por enseñarme que lo que se cree que es adversidad, es más bien una oportunidad de aprendizaje para el crecimiento. . . espiritual.

Lic. María Guadalupe Cortés Osorno (Lupita), nuestras pláticas de pasillo apresuradas, porque los alumnos esperaban, lograron seguir conmigo en momentos de duda hasta lograr la meta.

Mtro. Régulo Marín Cortés, sus palabras me acompañaron y fortalecieron para confirmar que nunca es tarde y vencer los sentimientos de inseguridad, duda y temor hasta alcanzar el objetivo deseado.

Mtra. Margarita Pérez Durán, Alma Gloria Pérez García, Enrique González Moreno (SUAYED), inevitablemente cada pensamiento es un paso que retorna al origen de un aprendizaje disciplinado, constante, solidario y silencioso, con personas humanas que trabajan en equipo, con respeto y ética, gracias por enseñarme, por ser grandes profesionales y cálidos trabajadores sociales.

Mtra. Graciela Casas Torres (Chelita), la seguridad en el respaldo de los actos es ineludible, es un engrane en el cierre anhelado de un ciclo académico, en el que siempre permanecerá la jovialidad que por largos años ha caracterizado las charlas de pasillo.

Mtra. Elizabeth Bautista López, la experiencia es la mejor aliada cuando se desconoce el camino hacia logro de un objetivo, gracias por su orientación.

María del Rosario Silva Arciniega (Rosarito), los comentarios y conocimientos fueron un apoyo importante, preámbulo en la concreción de éste proyecto y sin lugar me quedo con el ejemplo y el aprendizaje de la dedicación y forma de observar el mundo.

En el afán de buscar explicaciones científicas, los seres humanos han generado un sinnúmero de conocimientos, a través de observar, modificar y dominar los acontecimientos de la vida, organizándolos y clasificándolos de acuerdo a sus características; tal es el caso de los fenómenos o entes sociales, de lo humano, del individuo, sus interacciones y de los resultados de ellas; en este sentido la observación se centra en los esquemas de pensamiento, reflejados en actitudes, cogniciones, sentimientos y conductas de implicaciones considerables para los participantes, en éste caso padres e hijos y en el ejercicio de la paternidad o paternaje, quienes desempeñan un rol fundamental en la socialización y en el aprendizaje de comportamientos, del concepto de sí mismo, de la capacidad para aceptarse, de la adaptabilidad al entorno. La falta de modelos y de posturas favorables paternas incrementa la posibilidad de problemas en la personalidad, en la dificultad de desarrollarse como un adulto saludable, capaz de formar su propia familia y de establecer relaciones positivas con los demás miembros de la sociedad.

Inevitablemente durante la fecundación, formación y crecimiento fetal, existe la posibilidad de la presencia de factores que impidan el desarrollo óptimo del ser humano en gestación, hay riesgo de la presencia de defecto al nacimiento o padecer alguna secuela, que tanto en México como a nivel mundial, se han incrementado y desplazado a otras causas de mortalidad infantil, cuyas repercusiones en la dinámica familiar, son ineludibles y los afectados presentan reacciones como: depresión, sentimientos de culpa, agresión, prejuicios, distorsiones, ideas o supersticiones, asociados con elevados niveles de ansiedad, especialmente cuando se trata de una anomalía facial, como el labio y/o paladar hendidos; ubicado en Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 Q35-Q37, dentro de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Las actitudes, padres e hijos con labio y paladar hendidos, involucran aspectos multi e interdisciplinarios, expuestos a lo largo del estudio, que tiene por objetivo presentar una propuesta de instrumento de medición con la formulación de reactivos dirigidos a explorar la cognición, afectividad, conducta, dirección, intensidad, la externalidad e internalidad, que los adultos responsables de la crianza, tienen sobre el defecto al nacimiento, desde los enfoques probablemente antagónicos -aprendizaje social, cognición social,

interaccionismo simbólico y locus de control-, *pero cada uno de ellos aporta elementos nodales para la comprensión, explicación y consecuencias de comportamientos aceptables o no socialmente, en la psique de quienes son socializados.*

ABSTRACT

In an effort to find scientific explanations, humans have generated a wealth of knowledge, by observing, edit and master the events of life, organizing and classifying them according to their characteristics; such is the case of phenomena or entities social, human, individual, their interactions and the results there from, in this sense observation focuses on thought patterns, reflected in attitudes, cognitions, feelings and behaviors considerable implications for the socialization and learning behaviors, the concept of self-acceptance capacity, adaptability to environment. The lack models and favorable parental attitudes increase the possibility of problems in personality, the difficulty of developing into a healthy adult, capable of forming their own family and to establish positive relationships with other members of society.

Inevitably during fertilization, fetal development and growth, the possibility of the presence of factors that prevent optimal development of the unborn human being, there is risk of the presence of birth defects, or having a sequel, both in Mexico and at the level world have increased and shifted to other causes of infant mortality, whose impact on family dynamics, are unavoidable and those affected have reactions such as: depression, guilt, aggression, prejudice, distortions, ideas and superstitions associated with high levels of anxiety, especially when it come to facial anomalies such as cleft lip/palate, located on International Classification of Diseases CIE-10 Q35-Q37, in congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities.

Attitudes, parents and children with cleft lips and palate involves multi an interdisciplinary aspects, exposed along the study, which aims to present a proposed measuring instrument with the formulation of regents aimed at exploring the cognitive, affective, behavioral, direction, intensity, the externality and internality, adults responsible for raising, have the defect at birth, probably from conflicting approaches social learning, social cognition, symbolic interactionism and locus of control-, but each of them provides nodal elements for understanding, explanation and consequences of socially acceptable behavior or not, in the psyche of those who are socialized.

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	9
1. TEORIAS	16
1.1. APRENDIZAJE SOCIAL	19
1.2. INTERACCIONISMO SIMBÓLICO	25
1.3. LOCUS DE CONTROL	26
2. FAMILIA	32
2.1. CONCEPTOS	35
2.2. TIPOS DE FAMILIA	38
2.3. FUNCIONES DE LA FAMILIA	42
2.4. FAMILIAS E HIJOS CON DEFECTOS AL NACIMIENTO	45
2.5. ESTUDIOS EN MÉXICO	52
3. LABIO Y PALADAR HENDIDOS	56
3.1. CONCEPTOS	58
3.2. ANTECEDENTES	60
3.3. ETIOPATOGENÉNESIS Y EPIDEMIOLOGIA	63
3.4. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDOS	72

4. ACTITUDES	79
4.1. MODELOS	81
4.2. CONCEPTO	82
4.3. FORMACIÓN	86
4.4. CARACTERÍSTICAS	88
4.5. FUNCIÓN	89
4.6. CAMBIO DE ACTITUDES	90
4.7. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES	91
5. PROPUESTA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	95
5.1. ESCALA DE ACTITUD PATERNA	100
5.2. ESCALA DE LOCUS DE CONTROL	104
6. DISCUSION Y CONCLUSIONES	121
REFERENCIAS	132

INTRODUCCIÓN

*“Sin los animales, los humanos se morirían de una gran soledad de espíritu.
Lo que les pase a los animales y a las plantas, les va a pasar a los humanos.
Todo está relacionado. Lo que afecta a la tierra, afecta a las personas.
El ser humano no tejió la red de la vida, es un hilo de esa red.
Todo lo que haga a esa red se lo hará a sí mismo.
La tierra existía antes que el humano, y pertenece a aquello que hizo el mundo.
Dañar la tierra y sus seres es despreciar a esa Causa De Todas Las Cosas”*

Jefe Seattle de la tribu Suwamish

A la tierra han llegado los seres humanos, desde entonces dedican gran parte de su tiempo a la búsqueda de explicaciones acerca de la ocurrencia de eventos diversos, inexplicables, de aquellos que suceden en su entorno, de fenómenos con los que la naturaleza contribuye, los días, las noches, el agua, la vegetación, la vida, pero también de las transformaciones internas, desde su capacidad para concebir hasta el último suspiro; ha recorrido un trayecto largo en el que ha sido capaz de observar, conocer, modificar y dominar algunos de ellos, otros continúan escapando a su percepción y en otros más sigue una búsqueda afanosa, dirigida a la comprensión y posicionamiento para erradicarlos o por lo menos para mediar en favor de la subsistencia propia y de los demás con quienes interactúa. Así ha generado un cúmulo de conocimientos, organizados y clasificados acordes a sus características, todos dentro de un eje rector la Filosofía, quien se ocupa de todo cuanto existe o puede existir: material, orgánico, inorgánico, mental o extramental, e incluso de lo creado por él mismo, entre los incontables están las teorías, las leyes, los enunciados de fenómenos o entes exactos y naturales así como de los sociales, de la cultura, por ejemplo y corresponde a una rama de la Filosofía Social, relacionada con otras ciencias y disciplinas que tengan por objeto el comportamiento del hombre en la esfera social, ocuparse del análisis, del modo de ser de su objeto de estudio: el individuo y sus las interacciones, además de los resultados de ellas, y por su condición de ser intelectual y libre, no está abocado al determinismo cósmico, ello le permite construir una sociedad estructurada sobre relaciones acertadas o erróneas, que además de influir sobre él como un bien o una limitación inciden sobre el entorno perfeccionándolo o degradándolo, de forma

particular ante los múltiples padecimientos en cualquier parte del cuerpo, a los que está expuestos desde su concepción hasta el fin de su ciclo vital, ha generado estrategias basados en métodos y técnicas para mantener o elevar la calidad de vida y bienestar, de modo tal que curanderos indígenas, médicos, biólogos, químicos, interesados en la salud física y de la conducta han implícita o explícitamente realizado aportaciones para el esclarecimiento, sobre la presencia de cualquier desarmonía, física o psíquica, generando paradigmas de pensamiento que responden a un tipo de dolencias entre las que se consideran: 1) intratables, ya sea porque el cuerpo cuentan con la capacidad necesaria para combatirlos, como la indigestión, el estreñimiento o las mordeduras venenosas o porque no existe posibilidad de cambio como en el caso de retraso mental, defectos de nacimiento, todas importantes de atender; 2) enfermedades “pasajeras”, permanecen en el cuerpo durante un periodo considerable o bien persisten en el organismo, cuya causa obedece en el primer caso a una conducta relacionada a ciertos químicos peligrosos para el cuerpo, como la urticaria ó las úlceras, entre otras y 3) residentes, obedece a una conducta indebida con agentes nocivos, un ejemplo de paradigma o sistema de creencias es el referido por la tribu Pima, (Krippner) quienes dicen:

Los padres tienen la obligación de evitar la violación de la dignidad de objetos peligrosos, ya que esto puede provocar no sólo su enfermedad sino la de sus hijos. (Las infracciones de los padres se consideran causa frecuente de los defectos de nacimiento de los hijos). El conjunto de la sociedad tiene el derecho y la obligación de disponer de especialistas sanitarios al servicio de sus miembros, y la sociedad está también obligada a obedecer las leyes espirituales tradicionales, para que sus miembros estén protegidos de plagas y epidemia.

Así pues, estos esquemas de pensamiento, conllevan implicaciones tanto para el menor como para sus familiares, un problema de salud y por consecuencia un conjunto de recursos médicos, hospitalarios, económicos, psicológicos - emocionales, adaptativos, de autoestima, etcétera, que requieren de análisis y atención desde diversos campos profesionales para desarrollar habilidades y potencialidades de quienes los padecen, independientemente del lugar corporal en donde se localicen, pues hoy en día se conoce que ninguna parte del cuerpo está a salvo de perturbaciones de tipo motrices, mentales, del lenguaje, auditivas o visuales durante el desarrollo fetal o en los primeros años de vida. Según la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de la Secretaría de Salud en 2010, de acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), manifestaron que 600 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad en el mundo, el 80% de ellos se

encuentra en países en vías de desarrollo y alrededor del 10% de la población presenta algún tipo de discapacidad y únicamente el 2% de personas con discapacidades en América Latina recibe atención adecuada, por su parte la Confederación Mexicana de Asociaciones en Favor de la Persona con Deficiencia Mental, A.C., estima que del dos al cinco por ciento de los recién nacidos presentan algún tipo de defecto al nacimiento estructural, de ellos son cinco millones de personas con deficiencia mental y de seis a siete millones con otras discapacidades. Según la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad de la Presidencia de la República, cada año se suman en México, a las más de 10 millones de personas con alguna discapacidad, alrededor de:

125,000 discapacitados por secuelas de Fracturas

67,000 por Malformaciones Congénitas

43,000 por secuelas de Enfermedad Vasculiar Cerebral

20,000 como consecuencia de Trauma Cráneo-encefálico

12,000 por Parálisis Cerebral Infantil

2,400 por Sordera Congénita

Además se estima que en México cerca de medio millón de recién nacidos por año están en riesgo de presentar algún defecto al nacimiento o padecer alguna de sus secuelas como las vinculadas en su mayoría a asfixia, a nacimiento prematuro o bajo peso; por cada niño que muere debido a un defecto al nacimiento o enfermedad genética durante el primer año de vida, cinco sobreviven; las afecciones perinatales (asfixia, prematuridad, bajo peso, infecciones congénitas) y las malformaciones congénitas han desplazado a otras causas de mortalidad en los últimos años, dados los avances en fundamentalmente salud pública, debido a las estrategias implementadas como: las semanas nacionales de salud, de vacunación, prevención y atención de enfermedades infecciosas, embarazo saludable, lactancia materna, hidratación oral, mejoría en nutrición, suplementación con vitamina A, entre otras, aunque para Moreno et al. (1998, p. 4) hay la tendencia a incrementarse, sí se toma en cuenta que el concepto de defecto del nacimiento, va más allá de las obvias malformaciones observables al momento del alumbramiento, ya que los errores innatos del metabolismo, algunos defectos

inmunológicos y cánceres, pudieran ser considerados dentro de éste grupo, también estimaron que cerca del 3.5 % de todos los nacidos vivos, sufriría de alguna forma de defecto del nacimiento para la adolescencia, el 15 % de la población presentará alguna forma de enfermedad de base genética y esta cifra se elevaría hasta el 60 % para el comienzo de la edad madura. Así que, es inevitable que durante la etapa prenatal, esto es durante la fecundación, formación y crecimiento fetal puedan intervenir diversos factores que impidan el desarrollo óptimo del ser humano que inicia su vida y por lo tanto se presenten anomalías en las estructuras que lo van a conformar, de tal manera que generalmente se desconoce el estado de salud y bienestar, hasta que llega el nacimiento y es obvio que a ningún padre le resulte agradable conocer que su hijo o hija nació con una anomalía, sea biológica, física o conductual, por lo que de suceder esto, se pueden presentar diversas reacciones como: depresión, sentimientos de culpa, agresión hacia la pareja, prejuicios, distorsiones, ideas o supersticiones, asociados con elevados niveles de ansiedad, que pueden llevar a los padres, a no ser capaces de aceptar explicaciones, hasta que su ansiedad sea reducida o disminuida a niveles más manejables, (Norval, como se cita en Clifford, 1971, p. 298), especialmente cuando se trata de una anomalía facial que es visible como el labio y o paladar hendidos, ya que según Mc Gregor, (Clifford, 1971, p. 298) esto produce un impacto sobre la madre, porque la apariencia de ésta alteración es intolerable y puede provocar risa o sentimientos de repulsión, de tal forma que en los padres necesariamente se genera una actitud ante la nueva situación: la anomalía que indudablemente repercute en la dinámica familiar existente, por lo que se considera que las cogniciones y las actitudes paternas juegan un papel fundamental en el comportamiento de sus hijos, ya que a través de éstas, se inicia la asociación de conductas, de normas, reglas, creencias, percepciones, motivaciones e intereses, que le van a permitir al pequeño adaptarse a un grupo social, y si las actitudes no son positivas, hay posibilidad de que los niños o niñas presenten diversos problemas incluso un desarrollo inapropiado en cuanto a su personalidad, en el concepto de sí mismo o en su capacidad para aceptarse, que definitivamente le impedirán formar parte adecuadamente de un grupo e incluso convertirse en un adulto saludable, capaz de formar su propia familia y de establecer relaciones positivas con los demás miembros de la sociedad.

El estudio del labio y/o paladar hendidos, puede ser abordado desde diferentes puntos de vista: a) el genético, b) médico, c) odontológico, d) reconstructivo, e) lingüístico y f) psicosocial; en los primeros cinco, existen documentos que demuestran los tratamientos y técnicas que día a día han surgido y modificado para lograr la rehabilitación especialmente física del individuo afectado, sin embargo, él

último no ha sido prolífero, pues la revisión bibliográfica, ha permitido constatar que el camino por recorrer es largo aún, por lo tanto, en el presente estudio se relacionan dos aspectos que pertenecen a diferentes ramas de la ciencia, por un lado el correspondiente a la medicina: el labio y/o paladar hendido y por el otro el psicosocial: las actitudes, puesto que el impacto de los padres ante ésta anomalía, es generalmente fatal, ya que en su desconcierto, tienden más a la búsqueda de explicaciones a lo sucedido, esto es, a las causas que dieron lugar a la distorsión facial que al tratamiento o a la atención y bienestar del nuevo ser. No obstante, pese a los importantes avances científicos y tecnológicos, como la conquista del espacio, la comunicación simultánea en fracciones de segundo a través del ciberespacio, entre otros, y de habitar en el siglo XXI, en algunas culturas, entre ellas la nuestra, existe aún la creencia de que algunos eventos y situaciones suceden debido a fuerzas externas, como el caso concreto de la anomalía que aquí nos ocupa, atribuido a conductas y creencias sobre la madre durante el embarazo, como su falta de precaución ante los eventos que la naturaleza manifiesta, por ejemplo un eclipse, durante el cual permaneció desprotegida o presentó respuestas emocionales como los enojos, por mencionar sólo algunas, pero que de cualquier forma estas producen un impacto en quienes viven y llevan consigo una malformación, así pues, es claro que debido a la interacción dada, resulta de sumo interés conocer las repercusiones psicosociales en el desarrollo humano que se torna más vulnerable en comparación de individuos que nacen sin ninguna alteración.

Ahora bien, Vigotsky (como se cita en Álvarez, 2004, p. 6) consideraba que para explicar las formas más complejas de la vida consciente del hombre es imprescindible salir de los límites del organismo, buscar los orígenes de esta vida, no en las profundidades del cerebro ni en las alturas del espíritu, sino en las condiciones externas de la vida social, en las formas histórico-sociales de la existencia del hombre. En este sentido, la psicología científica contemporánea acepta el hecho contundente de que las personas, sin excepción alguna, construyen representaciones de la realidad y que utilizan sus procesos cognitivos para interpretar situaciones, predecir y comprender el comportamiento de otras personas y planificar el suyo propio. Esto supone aceptar que el psiquismo no es, como creyeron los defensores del Procesamiento Humano de la Información, un mero sistema de procesamiento de información, sino que además: El Psiquismo es un sistema de procesamiento de la información que adquiere significado dentro de una interacción social, o si se prefiere, en presencia de otros psiquismos, de tal modo que el medio social es crucial para el aprendizaje, ello permite la integración de los factores sociales y personales, el ser humano llega al mundo con un sistema anatomofisiológico complejo que le permite, desde

sus orígenes y de manera básica, sobrevivir; pero ello no le es suficiente, sin la interacción con las demás personas, por lo que se encuentra desde que nace, de manera ineludible, inserto en un mundo de relaciones; sin los otros no tiene posibilidad alguna de sobrevivir, ni mucho menos de humanizarse, (Schaffer, 1989, como se cita en Álvarez, 1999).

Actitudes, padres e hijos con labio y paladar hendidos, involucra la presencia de aspectos multi e interdisciplinarios, expuestos a lo largo de ésta búsqueda que tiene por objetivo la propuesta de un instrumento de medición sobre la postura, la dirección, el sentimiento y la conducta de los adultos responsables en la crianza, sobre un defecto al nacimiento, inherente la interacción entre ambos actores –padres e hijos-, el ejercicio de la paternidad o paternaje, la conformación del grupo familiar, todo visualizado desde enfoques probablemente antagónicos, cuya perspectiva difiere, sin embargo la coincidencia es el análisis y aportación al conocimiento sobre el comportamiento humano y la influencia recíproca en la interacción con los demás, pues la dinámica actual precisa la inclusión de elementos de cada uno de ellos para una explicación y comprensión de un ente con las características del que aquí se expone. Cabe mencionar que a lo largo del trabajo prevalecerán los estudios de corte funcionalista y notablemente menos los relacionados a la Teoría General de Sistemas útil para la comprensión de las conductas individuales reflejo de la dinámica y estructura del grupo al que se pertenece, por el momento baste mencionar que como un primer acercamiento al estudio psicosocial de defectos al nacimiento están las actitudes paternas con hijos de labio y/o paladar, de modo tal que el primer capítulo centra su atención en el análisis de las actitudes desde sus diversas conceptualizaciones, formación, características, cambio hasta los tipos de medición que hasta el momento se han propuesto. El segundo capítulo contiene las perspectivas teóricas que enmarcan el trabajo, como son aprendizaje social de Albert Bandura, cognición social, interaccionismo simbólico y locus de control, pues cada una de ellas aporta elementos nodales para la explicación del aprendizaje por observación que supone la aceptación de la intervención de funciones cognitivas, como la asociación, la integración de imágenes y recuerdos, la codificación de señales, el lenguaje e incluso una forma específica de ver los acontecimientos, como causal de comportamientos aceptables o no socialmente. En el capítulo tres se abordan aspectos que giran en torno al labio y paladar hendidos, desde conceptos, antecedentes, médicos, de salud pública hasta los psicosociales y algunas repercusiones en la conducta de quienes están alrededor de éste padecimiento, padres e hijos, así como actitudes y creencias. El capítulo cuatro, se centra en exponer información sobre el grupo considerado hasta hace algunos años como el más antiguo de la historia del hombre en la tierra,

la familia, fundamental para la plenitud subsistencial, proveedora y formadora de esquemas de pensamiento, creencias y conductas de respuesta al entorno y que por su dinamismo cotidiano tiene formas de expresión trastocadas por ejes o tensores como por el tiempo, económicos, políticos, culturales, educacionales, entre otros y finalmente se mencionan estudios en México sobre familia e hijos con defectos al nacimiento. La propuesta de medición de actitudes paternas forma el capítulo cinco donde se clasifican los reactivos acordes a las características principales de cognición, afectividad, conducta, dirección e intensidad, complementada con la Escala de Locus de Control de La Rosa (1986), cuya finalidad se encamina a conocer la tendencia en relación a la externalidad o internalidad de los acontecimientos en cuanto a una alteración corporal y en el último apartado, capítulo seis se exponen las conclusiones, la discusión y las sugerencias derivadas del trabajo.

1. TEORÍAS

*“Son muchas las maravillas del mundo
pero la mayor de todas es el hombre”*

Sófocles

Interrogantes, búsquedas, explicaciones, contemplaciones y reflexiones son movimientos que el ser humano realiza con la finalidad de minimizar su inquietud por lo que acontece en su entorno, ello incluye sus propias acciones de conocer, de alcanzar, de develar un ente, un fenómeno, un objeto, cosa o hecho que la naturaleza encierra, incluso aquello que él mismo ha producido en su trato con los demás, cuyo fin recae en la satisfacción de ordenar el saber en un espacio lógico, de enriquecerse intelectualmente, de verificar la información mediante el análisis y de comunicar la propia experiencia para de este modo, rigurosamente dilucidar verdades que se dan en las esencias observadas empíricamente (Botella, 2008). Luego entonces ha configurado con su inteligencia un orden del mundo que le rodea asignando nombre y definición a cada una de las cosas, surgiendo de éste conocimiento un sinfín de vertientes para el análisis de una sustancia; así dentro de éstas perspectivas y como una rama de la Filosofía se encuentra la Filosofía Social, quién se centra en el estudio del hombre como sujeto de toda relación social; de la persona como individualidad de quien dependerá la forma de vincularse, de comportarse; de la observación dentro del ámbito de la sociedad, para visualizar la naturaleza, objeto y fin de las relaciones humanas, y contemplar la naturaleza de las interacciones dentro de un grupo social, desde las más simples a las más universales; desde el género de las mismas: afectivas, laborales, políticas, culturales, etcétera y de la sociedad como el conjunto de acciones que se establecen entre los seres humanos, quienes en su unidad son únicos agentes en cada uno de sus actos, los que pueden ser directos tal como lo determina en su sustancia material o bien indirectos, según con quienes comparte la vida (Botella, 2008).

Luego entonces, es viable considerar que toda relación es direccional o bidireccional, requiriendo un sujeto y un objeto, particularmente cuando se da entre personas, cada una de ellas puede ser considerada como sujeto, pero también como fin u objeto de

la relación, lo no conocido o inexplicable puede ser objeto de enunciación más no de definición, hasta que alguna ciencia pueda desentrañar y reducir bajo alguna ley los elementos singulares que la caracterizan y puede mediante el análisis llegar a conocer la ley que ordena todo el mundo material, pero su propia identidad intelectual no puede ser conocida sino por reflexión, de tal forma que la unidad de la persona en su globalidad de ente psicológico se escapa a la determinación que se esperarí de la conjunción con los demás. La característica principal del ser humano no es que pueda pensar abstracciones a partir de las percepciones singulares asimiladas mediante impulsos sensibles, procesados y recreados en la mente, sino que a esos pensamientos corresponda una respuesta indeterminada, no vinculada necesariamente a una ley de acción-reacción, sino intelectualizada, creativa, con la facultad dinámica que mueve a actuar con dominio intelectual sobre el acto producido, sin perder la óptica de que la coexistencia humana en su encuentro con el otro, es ambivalente ya que con facilidad pasa del odio al amor o viceversa (Basave 1996, p. 190). Actividades fisiológicas como crecer, respirar, encanecer, llorar; o sentimentales como amar, disgustarse, desmoralizarse, tener antipatía; corresponden a actos humanos que no pueden considerarse libres porque no son consecuencia de una decisión evaluatoria inteligente, sino de una respuesta operativa motivada por un estímulo exterior, fuera de la voluntad porque es un acto espontáneo o necesario bajo una determinada situación de influjos, dados en un contexto que lo habilitan para el mayor o menor desarrollo de sus facultades, pues dentro de la naturaleza del ser humano está el encuentro intersubjetivo del que surge el afán de plenitud subsistencial y para ello está dotado de los órganos sensibles que le permiten conocer y relacionarse con los otros (Botella, 2008), valiéndose de sus habilidades creativas, entre ellas la construcción de un grupo social y su organización; del ejercicio del poder y el dominio para controlar la realidad exterior; de la confección de un lenguaje que le permite con un número limitado de unidades, combinarlas para obtener una ilimitada cantidad de unidades expresivas y de éste modo intercambiar sus dominios con otras sustancias sin que se mezclen ni confundan entre sí, sin perder su propia personalidad.

En las relaciones humanas se establece un vínculo generativo por el que todo hombre nace y es auxiliado en su indefensión posnatal por otras personas, su constitución física requerirá, por el resto de sus años –especialmente de la vejez- de la organización

social para conformarse como individuos, esto es de la sociedad, definida como la unión teleológica¹ de una pluralidad de hombres que se ayudan mutuamente en la consecución del bien personal y del bien común y surge porque el hombre quiere remediar su desamparo y cumplir su afán de plenitud subsistencial (Basave 1996, p. 189). Mientras que el hombre es relativamente para la sociedad, la sociedad es absolutamente para el hombre quién es el único ser de todas las especies que nace totalmente desprotegido y lo más probable es que aún cuando no necesitara de otros para alcanzar su plenitud subsistencial de igual forma que los demás seres vivos, persistiría su impulso a tener una vida en común, a huir del aislamiento y hacer cosas habituales, como un requerimiento de la naturaleza corporal y espiritual, a vivir en sociedad, ejemplo de ello están los estudios de científicos sociales: Bühler (1938, Munné, 1980, p. 17), encontró que el niño desde los primeros meses, desea estar en compañía de los demás, que cuando se le dejaba solo, lloraba a gritos y ante alguna caricia, sonreía; noto que a veces el bebé balbucea para atraer la atención de los adultos y que a medida que va creciendo, la privación de su relación con los demás se convierte en el peor castigo, aún más hay circunstancias en que la carencia de contacto social en la primera infancia ha tenido repercusiones irreparables; Kingsley Davis (1938, Munné, 1980, p. 17), describe el caso de una niña que fue aislada en una recóndita habitación, se le daba tan sólo comida suficiente para continuar viviendo, al ser descubierta a la edad de seis años, se observó que no sabía caminar, ni hablar, ni hacer algo que demostrara su inteligencia, por faltarle estímulo social. También los niños reclusos en orfanatos viven parcialmente sometidos a aislamiento social ya que no tienen las mismas oportunidades de establecer contactos con otros niños; René Spitz (1949, Munné, 1980, p. 17), ha concluido que la carencia del afecto materno, perturba hasta el punto de retardar la evolución de las facultades físicas y mentales, de modo tal que los niños presentan retraso intelectual y en el lenguaje; aprenden con dificultad, hay problemas para la adaptación a situaciones nuevas y muestran desarreglos afectivos y sexuales. Estos estudios son algunas evidencias sobre las implicaciones individuales como las emocionales –autoestima-; las perceptuales –autoimagen-; cognitivas –autoconcepto-; motivacionales -realización y logro- y las sociales -interacción, socialización e individuación- que conlleva la subsistencia, el vínculo, la conjunción con los otras materias, con otros cuerpos, otros seres humanos y una multiplicidad de procesos que se generan alrededor de tales circunstancias, contempladas dentro de la Psicología, particularmente de la Social, donde se

¹ Estudio de los fines o propósitos de algún objeto o algún ser, o bien literalmente, a la doctrina filosófica de las causas finales. Usos más recientes lo definen simplemente como la atribución de una finalidad u objetivo a procesos concretos. <http://es.wikipedia.org/wiki/Teleolog%C3%ADa>

han retomado aspectos básicos para explicar el acontecer en las esencias motivo de observación, como sujetos y la relación como objeto. De este modo ante la gama de posibilidades reflexivas, contemplativas y acreditadas para encaminarse al conocimiento de un hecho que la naturaleza encierra, y en el afán de encontrar una explicación sobre el objeto de estudio, las relaciones humanas, las interacciones dentro de un grupo social y las repercusiones psicosociales del individuo en los primeros años de vida, es que de todas ellas se han seleccionado para sustentar la presente pesquisa: 1) el Aprendizaje Social, ya que centra su observación en el proceso permanente de adquisición de conocimientos: roles, jerarquías y patrones conductuales que el entorno ofrece para que el neonato se convierta en un ser socializado y dentro de éste punto de vista la cognición social, pues a partir de la interacción es que hay un procesamiento de la información que cada ser humano realiza y que explica su comportamiento pues es cognitivamente activa; 2) el Interaccionismo Simbólico, que analiza el proceso de “dar sentido” y significado al mundo físico, biológico, psicológico y social y 3) al Locus de Control, como un rasgo de personalidad, específicamente sobre la creencia de quién o qué factores controlan la vida.

1.1 APRENDIZAJE SOCIAL

El proceso de socialización se lleva a cabo durante toda la vida, permitiendo que el individuo incorpore conductas para ser miembro de la sociedad y tener un lugar dentro de ella, en espera de la adquisición de valores, del ajuste del aprendizaje a comportamientos aprobados socialmente y se conforme de buena voluntad a los usos de la colectividad a la cual pertenece, donde a cualquier edad puede introducirse a nuevos grupos u organizaciones, especialmente en las fases de transición tales como la entrada a la escuela, el ingreso a un trabajo, al matrimonio, al servicio militar o una institución mental, la migración a otro país, a la paternidad, por ejemplo; no obstante que los rasgos más generales de una sociedad, sea ésta tecnológicamente atrasada o avanzada, de cultura de abundancia o de necesidad, es la definición respecto a la duración de la dependencia del niño con sus padres, quienes con sus actitudes moldean su psique, sin olvidar que también pertenece y reciben influencia de sistema social, económico, político y educativo, entre otros, que permiten de alguna manera predecir con una exactitud razonable hasta qué punto la sociedad hará hincapié en la educación de los niños en la sumisión y la obediencia o en la autenticidad, la afirmación y el perfeccionamiento, pues la ideología y los valores de una sociedad determinan directamente los patrones preferidos de socialización (Munné, 1980, p. 17), todo ello implica un aprendizaje social,

así pues, aprender es “adquirir conocimiento de alguna cosa por medio del estudio o de la experiencia” (Díaz 1999, p.163), Segall, dice que: “adquirir sus más significativas conductas a través del aprendizaje es propio de la naturaleza de los humanos. Lo que se aprende es influido poderosamente por fuerzas culturales y sociales, la cultura es lo que le da sentido a la vida humana, lo que la gente aprende a identificar, depende fundamentalmente de lo que exista previamente etiquetado, para aprenderse. Díaz Guerrero (1963) sugiere que además hay preferencias culturales por métodos de aprendizaje, e indica que en América Latina el aprendizaje es frecuentemente contemplativo y ocurre cuando lo que ha de aprenderse tiene sentido en el contexto de un sistema de valores” (Díaz 1999, p.163), luego entonces, existen distintas maneras, motivos y situaciones del individuo para adquirir conocimiento, vital en un recién nacido para la incorporación de su socialización, es decir los modos de conducta generalmente aceptados dentro del contexto familiar, escolar, la zona de residencia o bien su nación y que acepte su cultura en su vivir diario; del sexo biológico, encontrarse dentro del rango de conducta masculina o femenina aceptable; de la edad cronológica, emocional y física, si tiene edad suficiente, incluya tener algunos amigos, ocasionalmente asumir el papel de líder, ser capaz de seguir a otros cuando la ocasión lo amerite, adaptarse a la escuela.

Es claro observar que todos los puntos mencionados con antelación, conllevan la interacción y desde luego el aprendizaje, además de características intraindividuales relativamente incambiables de un niño hacen que la socialización le resulte fácil en mayor o menor medida; entre las principales están la inteligencia, que resulta una función combinada de factores genéticos, congénitos y ambientales o de oportunidades de aprender; la estructura corporal, la época y cultura, permiten la creación de modas sobre estilos y formas de lo que es aceptable en un cuerpo femenino y masculino; momento de la maduración sexual, se valoran las proezas sexuales como un importante aspecto de la masculinidad y ésta tiene un rango considerable en la jerarquía de la sociabilidad, por lo contrario en la mujer la proeza sexual sería una conducta inaceptable; nivel de actividad, de tenerse un ambiente benigno en el que hay oportunidades de moverse a gusto sin tropezar con frustraciones o rechazos, así un individuo activo y enérgico entrará en relación con un espectro más amplio de su ambiente, conocerá más personas, realizará más cosas, ampliará enormemente su rango de dominio ambiental, aumentará su sensación de autosuficiencia, y por tanto enriquecerá su sociabilidad, por lo contrario sí vive en un ambiente “maligno”, cuanto más explore, mayores frustraciones, rechazos y derrotas hallará, el mimo, uno de los problemas cruciales en la educación de los niños, especialmente mexicanos –y muy posiblemente de los iberos e iberoamericanos- se deriva de la confusión que muchos padres tienen

entre el amor materno y paterno y la sobreprotección y posesividad. Los niños recién nacidos son “los reyes de la casa”, y de este modo el amor y la protección que les dan toda la familia, parientes y amigos se vuelca en ellos. En esta etapa no hay objeción alguna, pues el bebé siente un poderoso apoyo emocional, pero luego, particularmente las madre, lo harán todo por el niño de uno, dos, tres y en ocasiones cuatro o más años de edad, lo cual le impide aprender por sí mismo, al tiempo que le demuestra que sin hacer nada lo merece todo y cualquier persona deberá siempre tratarlo como lo hace su madre, así el infante mimoso, puede esperar una mayor “aprobación social” a diferencia del que se resiste a ello. También es conveniente mencionar que desde el nacimiento son obvias las diferencias individuales de sensibilidad a la estimulación de todo tipo, cuya respuesta puede presentarse de forma vigorosa en algunos infantes y escasa en otros, por ejemplo un bebé puede dormir en medio de una violenta tormenta, llena de truenos mientras que otro caerá en algo parecido al pánico ante el ruido de un papel que se arruga. El niño que sea relativamente insensible a los estímulos buscará activamente estímulos nuevos, mientras que el niño hipersensitivo se retraerá para reducir la entrada de estímulos y evitar ser apabullado.

Ahora bien, dentro de las principales teorías de la socialización de los seres humanos están la de: 1) Sigmund Freud (1917, citado en Rice, 1997), quién la consideró como “un cambio a partir del principio del placer, en el cual el infante busca satisfacer de inmediato sus necesidades primarias o biológicas, para llegar al principio de la realidad, en el cual el niño ajusta, su conducta a las realidades de su situación vital íntegra. En contraste con el principio del placer, el de la realidad es previsto más que de inmediato; afirma que se abandonan muchas satisfacciones inmediatas en bien de satisfacciones futuras y mayores y que, a la larga, los placeres inmediatos de los sentidos quedan a menudo mejor servidos y, por ello, más subordinados a las reglas de intercambio social. En otras palabras, es mejor ser amados o al menos aceptados que tener exactamente aquello que se desea, en gran cantidad, exactamente cuando se lo desea (que, desde luego, siempre es ahora)” (Reese, 1974, p. 682-683); 2) Erikson (1950,1959, citado en Rice, 1997), basó sus observaciones en las fuerzas sociales que actúan sobre el organismo humano en diferentes etapas de madurez biológica y física, así el proceso de socialización está compuesto de ocho etapas, cada una de ellas considerada como una crisis psicosocial que debe ser resuelta antes de que el individuo pueda pasar, de un modo constructivo y efectivo, a la siguiente etapa; cada una de ellas es bipolar pues supone una socialización sumamente buena y al otro extremo una socialización pobre, sin embargo para él pocos individuos caerán en los extremos de la población. Las etapas son: 1) confianza en oposición a desconfianza, considera que esta tendencia básica

hacia el optimismo o el pesimismo queda desarrollada en los dos primeros años de vida. Por ello, desde el punto de vista del aprendizaje, se considera que pertenece a los conceptos de aprendizaje de la familia del condicionamiento clásico; 2) autonomía en oposición a vergüenza, se presenta entre el año y medio o dos años y los tres y medio o cuatro, corresponde a la etapa anal del desarrollo psicosexual de Freud, donde el énfasis está en controlar el esfínter y la vejiga, así que para Erikson (1950,1959, citado en Rice, 1997), un manejo suave de este proceso hará que el niño aprenda a ser autosuficiente y a sentirse orgulloso de sí mismo, mientras que un manejo poco inteligente de la situación hace que se sienta vergüenza o miedo del modo en que la sociedad lo considera; 3) iniciativa en oposición a culpa, el niño aprende a interactuar con su ambiente con razonable confianza de poder dominarlo o, al contrario queda inmovilizado y se retrae y abarca de entre los tres años y medio hasta aproximadamente los seis; 4) laboriosidad en oposición a inferioridad, se caracteriza al niño que va a la primaria hasta la adolescencia, así quienes presentan una socialización adecuada, se enfrentan realista y enérgicamente a la tarea de aprender las capacidades necesarias para vivir en su sociedad; las siguientes etapas tienen relación con edades más avanzadas que ya no implican una socialización importante como en las anteriores, por tal motivo solo se mencionarán, con la finalidad de que el lector las identifique 5) identidad en oposición a difusión de la identidad, es en la adolescencia; 6) intimidad en oposición a aislamiento, adulto joven; 7) fecundidad en oposición a absorción en sí mismo, madurez y 8) integridad en oposición a desesperación, etapa que se presenta en la madurez última y en la vejez y 3) Conductista, particularmente el “condicionamiento clásico, aplicado a pulsiones biológicas, que son satisfechas gracias a recompensas primarias o incondicionadas. Las pulsiones biológicas que más influyen en los comienzos de la socialización son aquellas que exigen interacción social entre el infante inerte y el adulto que lo cuida, la dependencia, que en los niños más grandes se transforma parcialmente en amor, parece ser el mecanismo más plausible para lograr la socialización. Las personas son agentes de socialización, es muy probable que la primera socialización consista, simplemente, en aprender que la gente es importante, idealmente, y que está bien dispuesta respecto del infante, la posterior depende de la interacción compleja entre la dependencia y el gusto que el niño tiene ante las personas, modificando su conducta de acuerdo a como vaya percibiendo la forma en que los otros la afectan, directa o indirectamente, aprendiendo de ellos las técnicas que les permiten resolver problemas, y dar respuestas de aprobación y desaprobación y a las recompensas y castigos tangibles que vienen con ellos. Desde esta perspectiva la socialización ocurre de dos maneras: una cuando el niño modifica su conducta porque las personas le resultan importantes, porque las ama y depende de ellas, otra cuando, al observarlas, nota que esas personas poseen

fuentes importantes de poder y competencia que pueden afectarlo o que lo afectan y que les permiten alcanzar metas que él mismo desea alcanzar, este poder abarca por lo general, el poder de otros para recompensar o castigar al niño en formas tangibles, en contraste con las formas psicológicas, que serían darle amor y aprobación (Reese, 1974, p. 683). Cabe mencionar que ésta perspectiva incluye elementos cognitivos como son las representaciones, estructuras y procesos mentales, perceptibles a los demás actores sociales, quienes se encargan de proveer incentivos, como premios, elogios, estimular el autoreconocimiento, pero también la posibilidad de manifestar respuestas negativas que impidan los cambios positivos; estas acciones, contribuyen al incremento o disminución de las posibilidades de recurrencia en el comportamiento de quien aprende socialmente. Luego entonces, el proceso de socialización conlleva al aprendizaje social, -también denominado aprendizaje vicario, observacional, imitación, modelado, o cognitivo social- quién recibe este nombre por darse en un contexto social, en el que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta y un individuo que la observa y que determina la adquisición de nueva información, así este tipo de aprendizaje descansa en la observación del comportamiento de los demás, en sí mismo y en los resultados físicos visibles; 4) Albert Bandura (1977), basado en el conductismo, aunque incluye elementos cognitivos como son las representaciones, estructuras y procesos mentales, sostiene que el niño aprende de manera activa los comportamientos sociales por observación e imitación de modelos, de un contexto social, y el aprendizaje humano es más complejo que un simple condicionamiento, en el que se refuerza la conducta por premios o castigos, de modo tal que el aprendizaje se logra mediante la influencia cognoscitiva y a través de la observación, de modo tal que la identificación de los niños con los padres es el elemento que más influye en la manera como adquieren su personalidad, el lenguaje, estilos de enfrentar la agresión, desarrollan un sentido moral y aprenden los comportamientos que la sociedad considera apropiados para cada género; desde temprana edad, permitiendo que el individuo intervenga en su aprendizaje, eligiendo de entre sus padres u otras personas a quién desea imitar, la selección se ve influida por las características de los modelos, el niño y el ambiente.

Bandura (1977), mencionó dos fases importantes en el aprendizaje de un conocimiento en la conducta social: 1) adquisición y dentro de ésta, dos divisiones de atención y retención y 2) ejecución con las divisiones de reproducción motora y de la motivación y refuerzo. Este tipo de aprendizaje presenta varias ventajas: 1) ampliar las habilidades en el control del medio y hace el aprendizaje menos costoso y duro que el de condicionamiento, se basa en la transmisión cultural, pues permite que las habilidades adquiridas por

algún miembro de la comunidad, se transmitan al resto, sin que sea preciso que cada uno las adquiera a partir de su propia experiencia y los cambios de comportamiento son el resultado de la interacción de la persona con el medio ambiente; el cambio es bi-direccional pues involucra al individuo y a aquellas personas con las que interactúa y 5) Jacques-Philippe- Leyens y Codol Jean-Paul (1991, p. 101-105) Cognición Social, los procesos cognitivos orientan su funcionamiento a medida que las personas observan los modelos, de ellos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los asientan en nuevos y complejos patrones. Los autores mencionados sostienen que las personas no son meros objetos sometidos a influencia y que el procesamiento de la información que cada persona realiza, explica su comportamiento, puesto que es cognitivamente activa. Estos autores definen a la cognición como el conjunto de actividades a través de las cuales es procesada la información por el sistema: 1) psíquico, como se recibe, se selecciona, se transforma y organiza la Información; como se construyen las; 2) representaciones de la realidad y como se crean los conocimientos; 3) conocimientos, que permiten comprender, adaptarse y actuar sobre el ambiente; 4) percepción, social, incluye la apreciación de otras personas y de sí mismos; 5) memoria, que es el proceso de reaccionar a la repetición parcial de una situación-estímulo anterior; 6) pensamiento que es definido como el tipo de experiencia ideacional simbólica y 7) lenguaje, cualquier sistema de comunicación entre seres, mediante símbolos convencionales.

La cognición social, tiene varias funciones, entre las principales esta la regulación y la actividad; la identificación y el reconocimiento de los objetos del ambiente; darle el significado y sentido a los objetos y categorizarlos, es decir, de acuerdo a una o más características en común formar conjuntos, así se obtiene una correspondencia entre lo nuevo y lo adquirido con antelación, de modo tal que el sistema psíquico, reagrupa en un mismo conjunto, algunos objetos, mediante su razonamiento, por ello, entre los objetos al que mejor definen o representan la categoría se le denomina prototipo, por ejemplo: defecto del nacimiento: síndrome Down, pie equino, columna bífida, labio y paladar hendidos, anomalía cromosómica, etcétera, tal generalización, -defectos del nacimiento-, afecta los procesos de filtrado, organización, en donde el resultado es la información referida del objeto (defectos del nacimiento), luego entonces, la cognición social tiene un: origen en la interacción humana; un objeto social, se trata de la cognición de lo que es social y que esa construcción es socialmente compartida, por lo tanto común a los diferentes miembros de un grupo o sociedad.

1.2 INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

En la sección introductoria de éste capítulo se hizo referencia a la Filosofía Social como el estudio del hombre, sujeto de toda relación con los demás; de la persona como individualidad de quien dependerá la forma de vincularse y de comportarse, a partir de las interacciones dentro de un grupo, cuya conducta es mediatizada por el contexto de significados previamente definidos, es decir que los actos son motivados por estímulos externos, por lo general fuera de la voluntad, pero valiéndose de la expresión de las habilidades creativas y lingüísticas, para alcanzar la plenitud subsistencial, dando lugar a un sinnúmero de aspectos que modulan la forma de responder una vez que se tienen códigos y signos en común, así que William James, Cooley , John Dewey, W. I. Thomas (Álvaro, 1995, p. 33), sentaron las bases para el desarrollo de uno de los procesos que es fundamental incluir en el análisis psicosocial, dado que está vinculado de manera importante con la percepción de los seres humanos y la internalización en cuanto a la forma de sentir, de pensar, de resolver problemas, de hablar y especialmente de actuar, éste es el Interaccionismo Simbólico, término acuñado por Herbert Blumer (1938, citado en Rizo, 2004) y considerado como el proceso intraindividual y subjetivo de “dar sentido” y significado al mundo físico, biológico, psicológico y social; moldeado por el desempeño de roles, por la relación con los otros, por el aprendizaje y la interpretación de los estímulos de todo aquello que forma parte del universo de las personas, de modo tal que la actividad humana en gran medida esperada y asumida es simbólica y lo que resulta de ello también es simbólica y creadora, pues cada interactuante tiene en cuenta al otro para conducirse y dar satisfacción tanto a sus propios impulsos como a los de los demás, donde hasta cierto punto es una negociación socialmente establecida a través del lenguaje, -de las palabras que se utilizan para significar las cosas- del aprendizaje social y del contexto.

Al interactuar se va formando el SELF, término propuesto por George Herbert Mead (1934, Álvaro, 1995), también recibe el nombre de SÍ MISMO o MISMIDAD, referido a la capacidad de observar, responder y de dirigir la conducta, de considerarse como sujeto y al mismo tiempo como objeto, refleja la sociedad global y su formación se va integrando a través de un proceso de carácter reflexivo donde lo social es interiorizado y las conductas que las personas llevan a cabo en los grupos constituyen el desempeño de roles. Cabe mencionar que durante la interacción, además del SELF (Mead, 1934), se forma también el “YO” (el “yo espejo” Cooley, 1909 citados en Rizo,2004) que surge de la experiencia del individuo al vincularse con otros y se considera que es la reacción del organismo a las

actitudes de los otros hacia uno mismo es decir al SELF y el “MI” o “ME” que es el recuerdo de la memoria, la del “YO”, es la serie de actitudes organizadas de los otros que uno mismo asume o adapta y adopta, de aquí que es posible resumir que la interacción simbólica: 1) comparte sus principios básicos con la hermenéutica; 2) se deduce, ya que es posible aprehender el significado de la interacción, significado que es el que tiene para los interactuantes; 3) busca representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida; 4) aprehender el comportamiento en la situación que se da; 5) aprehender a incluir a las demás acciones; 6) a colocarse inconscientemente en el lugar de otros y de actuar como actuarían ellos, asumiendo los roles de terceros y 7) aprehender la identidad y también el SELF de los otros (Munné, 1989).

Interacción por demás compleja, expresada en reglas, normas, costumbres, hábitos, conductas; ideas, pensamientos experiencias, cogniciones; significados, sensaciones, valores, percepciones, emociones y estados de ánimo, aprendidos socialmente, que conforman la subjetividad del ser humano de quién ha de observarse su comportamiento, colocándose en su situación, en su perspectiva a fin de acercarse al análisis y a la comprensión de sus significados, interpretaciones, de sus sentimientos a través del cual se han generado sus acciones y como Blumer (1969) lo plantea influyen en el comportamiento de cada uno, así como los otros influyen en la formación del sí mismo, pues la asociación humana es que cada participante tiene en cuenta a los demás, por lo que al ser consciente de otra persona, teniéndola en cuenta, tanto a ella como a sus actos, permite orientarse uno mismo y a dirigir la propia conducta, entablándose una relación de sujeto a sujeto, donde se da una acomodación de la acción en desarrollo de cada uno a la del otro, con objeto de conjuntar o enlazar ambas.

1.3 *LOCUS DE CONTROL*

Una reflexión más que es conveniente mencionar y que se considera como parte de las cogniciones del individuo, propuesto a partir de la teoría del aprendizaje social por J. B. Rotter y por Murly en 1965 y posteriormente reformulado en 1966, es el locus de control; Rotter, lo ubica como un rasgo de la personalidad y a ésta como un aspecto direccional de la conducta dirigida a metas, de acuerdo con la historia de aprendizaje y la susceptibilidad a ciertos eventos reforzantes, lo esencial son las expectativas del individuo sobre sus

posibilidades de éxito o fracaso, lo que se refleja en una particular forma de percepción personalizada; por su parte La Rosa, lo define como “la creencia que uno tiene respecto a quién o qué factores controlan su vida” (La Rosa, 1986, p. 40).

En esta postura, se ubica a las personas en un continuo según la responsabilidad que aceptan sobre los eventos que experimentan en la vida diaria, tales eventos pueden ser positivos, negativos o neutros, con ello se muestra el grado en que un individuo percibe el origen de su propio comportamiento de manera intrínseca o extrínseca a él, además se consigue evaluar mediante la capacidad de control y autocontrol, es decir, hasta qué punto los sujetos logran no afectarse ante eventos sociales o de lo contrario cómo son influenciados por éstos en su actuar (Manrique, 1999, p. 118); de este modo las personas pueden ubicarse en un locus de control interno, que pertenece a quienes perciben que los eventos positivos o negativos ocurren como efecto de sus propias acciones y que están bajo su dominio personal, precisamente supone un grado significativo de independencia particular y mayor capacidad de logro; así, éstas personas valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad personal, por otro lado, están quienes tienen una creencia en el control externo, ellas perciben el refuerzo como no contingente a alguna acción suya, por ejemplo en nuestra cultura, típicamente el individuo percibe sus acciones como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder de otros, o como impredecible por causa de gran complejidad de las fuerzas que lo rodean (La Rosa, 1986, p. 4), luego entonces es la percepción de que los eventos no se relacionan con la propia conducta y que por ende no pueden ser controlados, luego entonces, no se valora el esfuerzo ni la dedicación. Sí la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se denomina creencia en el control interno”, así que cuando más interna es una persona, menos externa será y viceversa. “Hersch y Scheibe (1967), encontraron que los sujetos internos presentaban puntajes más altos que los sujetos externamente orientados, en dominación, tolerancia, buena impresión, sociabilidad, eficiencia intelectual, bienestar y logro; otros estudios muestran que también los internos manifiestan más iniciativa en sus esfuerzos para alcanzar metas y controlar el medio ambiente que los externos (La Rosa, 1986, p. 5-6).

Otros conceptos clave en la teoría de Rotter asociados con las expectativas personales son: el potencial de conducta, que es la probabilidad de ocurrencia del comportamiento entre el tipo de expectativas, el valor de satisfacción buscada y la fuerza de otras conductas potenciales en la situación: el potencial de respuesta, que es el grado de valor subjetivo que el individuo da a las consecuencias de lo que hace, en relación con el grado de preferencias y locus de control personales; el potencial de necesidad, que es

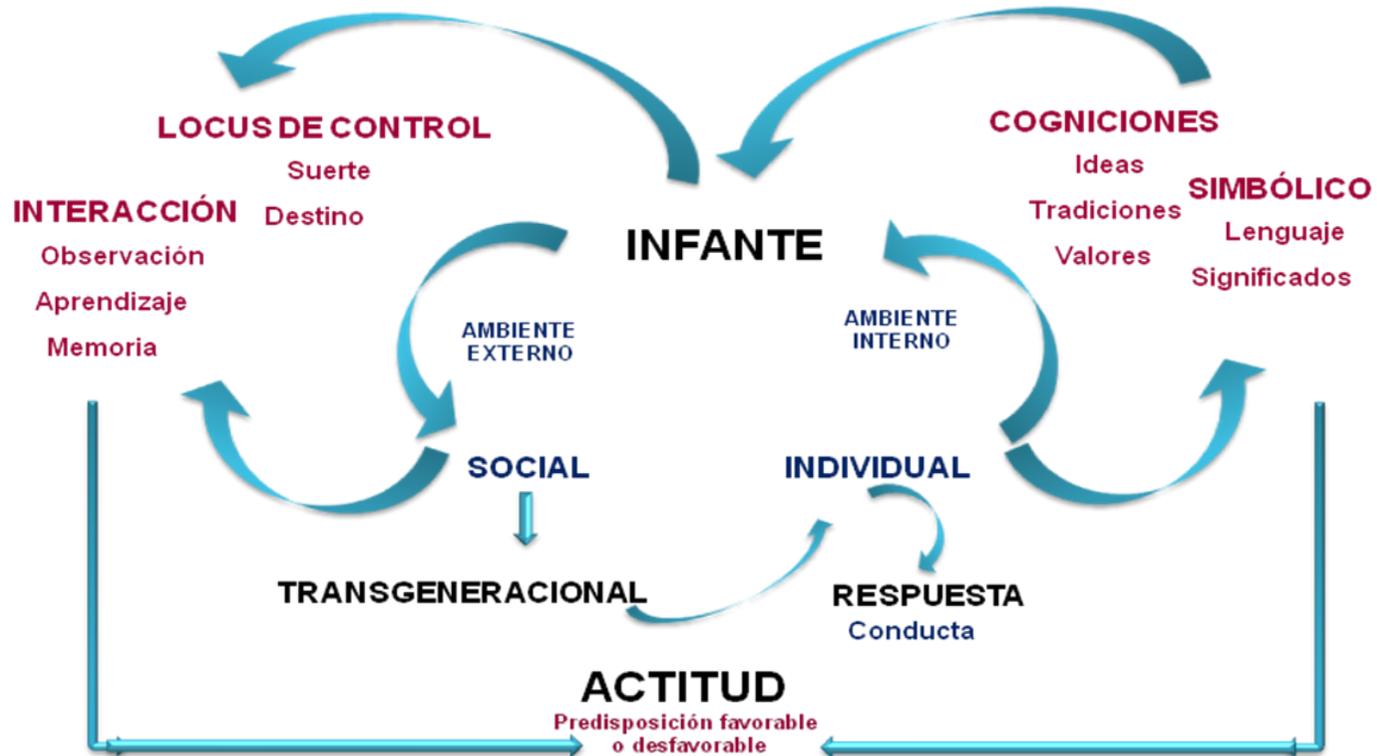
la intensidad de búsqueda de metas determinada por la historia personal y las tendencias direccionales son potenciales de necesidad que implican búsqueda de fuentes reforzantes, tales como reconocimiento (sobresalir, ser considerado por los demás), dominio (liderazgo), independencia (confiar en sí mismo, lograr metas sin ayuda), protección (ayuda ajena), amor/afecto (ser aceptado/amado), y bienestar físico (comodidad). Otros conceptos son los hallazgos de Díaz Loving y Andrade Palos (1984), en la escala de locus de control, que elaboraron para niños mexicanos, en la que encontraron tres dimensiones: 1) subescala fatalista/suerte, se refiere a creencias en un mundo no ordenado, es decir, los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte y el destino, aquí se describen situaciones en las cuales el niño considera que no puede hacer nada para controlar su medio ambiente; 2) subescala afectiva, describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de relaciones afectuosas con demás, por tanto se refiere a situaciones en las que el niño modifica su medio ambiente a través de sus relaciones afectivas con quienes le rodean y 3) subescala instrumental, se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su esfuerzo, trabajo y/o capacidades, para el estudio realizado, se describen situaciones en las que el niño trata de hacer algo por conseguir lo que quiere o modificar directamente el ambiente.

De este modo, es conveniente puntualizar que el aprendizaje social, la cognición social, la interacción simbólica y el locus de control son dimensiones características de los seres humanos e interrelacionadas entre sí, las tres últimas producto del primero, de la adquisición de todos los elementos que le permiten a un individuo incorporarse y pertenecer a la sociedad, así las perspectivas teóricas mencionadas evocan representaciones, cogniciones, significados y conductas, esto es actitudes, tema central del presente trabajo en donde se ha reconocido el papel fundamental de los padres y la importancia de la socialización en la formación de un neonato y del cual generalmente se desconocen las condiciones anatomofisiológicas y psicológicas de su gestación y de su nacimiento, pero es claro que habrá repercusiones en la dinámica familiar ante la adquisición del nuevo rol paterno y los cuidados que conlleva esta iniciación, ahora bien, incluyamos un elemento inesperado: un defecto al nacimiento que se adquirió 1) antes de nacimiento, principalmente por una alteración genética, por herencia, por la exposición o el consumo de sustancias químicas; 2) en el momento del nacimiento, por negligencia médica y 3) por infecciones, virus o accidentes y a fin de cuentas, persiste la responsabilidad de dotar de todo lo necesario para lograr el bienestar y la calidad de vida de quien tiene un padecimiento de este tipo con el claro objetivo de incorporarlo(a) a la vida

adulta en las mejores condiciones, atendiendo, formando, socializando y potencializando las capacidades sensoriales, intelectuales y conductuales. En conclusión se presenta el siguiente esquema:

ESQUEMA 2.

ASPECTOS DE INFLUENCIA EN LA FORMACIÓN PSICOSOCIAL DEL INFANTE



La formación psicosocial del niño está fuertemente influenciada por dos grandes áreas, la social y la individual, en la primera se circunscribe la interacción con el ambiente, dentro de éste los grupos familiar, y de iguales, medios masivos de comunicación, incluso la tecnología de punta, zona geográfica, lugar de nacimiento y residencia, la cultura, economía, momento histórico y por supuesto las actitudes especialmente paternas; dentro de la individual, es decir las propias del pequeño, se consideran a las cogniciones, las representaciones, los significados y la afectividad, que si bien estas también están vinculadas a lo social, su efecto es básicamente en el propio sujeto.

Así pues desde la Filosofía Social, psicología social, el aprendizaje social, la cognición social, el interaccionismo simbólico y locus de control (determinismo cósmico), es conveniente reflexionar sobre las posibles causas que motivan la privación de estimulación especialmente de la social, que los menores enfrentan y cuyas repercusiones impactan sus potencialidades, habilidades, y la percepción de sí mismos ¿qué motiva a un adulto a conducirse ajeno de generar un ambiente propicio para el desarrollo de las potencialidades humanas?, la ignorancia, la economía, enfermedad física y/o mental o quizá una situación que a nivel cultural tenga una connotación negativa cómo sería un defecto al nacimiento, pues el rechazo social es evidente, porque entre otros aspectos no se cumple con los estándares de belleza esperados y establecido en y por la sociedad, pero es conveniente también conocer las causas de modo tal que sea viable intervenir profesionalmente para intentar disminuir o erradicar aquellas circunstancias que afectan el bienestar o la calidad de vida. Por el momento baste mencionar que aquí se expondrán puntos vinculados con los seres humanos, por un lado una circunstancia física, fisiológica o psicológica que posiblemente provoque sensaciones y reacciones desagradables y por otro las repercusiones, aunque lo idóneo sería estudiar el impacto en la socialización de éstos niños que nacen con alguna alteración y su incorporación a la sociedad, por el momento como un primer acercamiento, el análisis se enfocará al conocimiento de las actitudes paternas como parte nodal en la construcción de la cognición de la personalidad y de la socialización del nuevo ser que ha nacido con un malformación congénita y como marco referencial los postulados teóricos descritos con antelación, pues forman parte de una de las dimensiones que conforman al ser humano: la psicosocial.

El abordaje de la socialización y de los elementos expuestos con antelación, son de suma importancia pues tal parece que no solo incluye la influencia de los comportamientos de la familia nuclear, es decir la compuesta por la pareja –padres- e hijos y a la familia

de origen que no solo circunscribe a los abuelos, tíos, primos, sobrinos, etcétera, sino también a otras generaciones, de tal forma que tanto el aprendizaje social, la cognición social, la interacción simbólica y el locus de control están vinculados a una dimensión transgeneracional, también llamada trans o psicogenealógica, particularmente ésta abarca numerosas teorías, prácticas y escuelas de pensamiento “sin perder nada de los descubrimientos de la modernidad, especialmente cuanto a la singularidad del individuo, recupera los vínculos contextuales y generacionales ” (Eersel, 2004, p. 16), en ella es posible armar una especie de árbol genealógico, donde es perceptible privilegiar los hechos más intensos y los acontecimientos familiares de mayor impacto, para bien o para mal, tales como enfermedades, nacimientos, accidentes, muertes precoces o injustas, duelos inconclusos, matrimonios, partidas lejanas, entre otros eventos; desde luego es posible evidenciar gráficamente un “ensamble” de toda la familia, sus lazos afectivos mayores, positivos, negativos u olvidados, los negados o bien los dramas secretos, los no dichos repetición de tareas interrumpidas, no logradas, tal como lo demostró Bluma Zeigarnick, estudiante de Kurt Lewin, en su tesis doctoral de 1928, que las “tareas incompletas” se repiten y se repiten algunas veces durante la vida, este hecho recibe el nombre de “el efecto Zeigarnick”. Todo parece indicar que en los integrantes de la familia, hay una “lealtad inconsciente” o como el psicoanalista húngaro Iván Boszormenyi-Nagy (2003), la llama “fidelidad familiar invisible” que los conduce a refrendar patrones de conducta, a “un síndrome de repetición” y a fin de cuentas, de esta lealtad que supone correspondencia tanto de ideas como con las motivaciones y los actos de cada uno, depende la unidad del grupo familiar y como lo menciona Jodorowsky, (Eersel, 2004), existe un “inconsciente familiar” que cada uno de los integrantes de la familia absorbe.

2. FAMILIA

“Ser padre es un proceso extremadamente difícil. Nadie lo desempeña a su entera satisfacción, y nadie atraviesa el proceso incólume”

Salvador Minuchin

Indiscutiblemente de todas las especies que habitan en la tierra, la del ser humano es una de las escasas que desde la fase prenatal tiene que ser auxiliada, pues la indefensión de éste, es tal que perecería sin la organización social y sin la ayuda mutua de sus congéneres para remediar su desamparo, huir del aislamiento y cumplir su afán de plenitud subsistencial con la obtención de un bien personal, de una vida en común y habitualmente actuar de acuerdo a la exigencia de la naturaleza corporal y espiritual, a vivir en sociedad (Basave, 1996, p. 189), de ello se deriva en primera instancia la formación de relaciones primarias naturales, construidas desde la personalidad de quienes las pactan, matizadas por el afecto entre pares de sujetos, ofreciéndose establemente satisfacción de amistad plena y satisfacción sensitiva sexual, en igualdad, en dignidad, en posibilidades a desarrollarse intelectualmente, aún en determinaciones corporales más deficientes, para un eficaz ejercicio de la libertad y por consenso el establecimiento de normas, con el compromiso voluntario para constituir y seguir relaciones –sociales- que tienen como fin ante la desigualdad existente preservar la equidad, el derecho a la plena realización física, intelectual o anímica independientemente de la raza, religión, sexo, etnia, clase, edad, capacidad corporal o psíquica, etcétera. Cuando se rompe la equidad en el derecho a ser, se atenta contra la libertad, -pues todo hombre es libre de aspirar a un desarrollo de su personalidad no frustrante- posterior a ello, en segunda instancia, para la crianza de la progenie, la formación de interacciones de pareja, parental, filial y fraternal vinculados afectivamente, cuyo origen tienen un correlato neurobiológico y una adaptación evolutiva para la supervivencia de la especie a través de conductas que la filogenética ha moldeado hasta llegar a las complejas conductas humanas. Evidentemente destaca la influencia en el entramado conductual dado, entre una persona y otra, entre un grupo y una persona o bien entre grupos formando una sociedad, entidad viva y en continua evolución, puesto que sus integrantes día a día perfeccionan su pensamiento por la sucesiva renovación generacional, misma que refleja el tipo de relación

que se da en el grupo familiar en razón del grado de dependencia y protección en la que crecen los descendientes, dando lugar a diferentes formas de vinculación intrasujetos: padre-hijo, madre-hijo e hijo-hijo, constituyen un elemento importante en el surgimiento y formación de los grupos sociales (Ortega-Soto, 1994, p. 7-9), que perduran más allá de los actos físico-biológicos que producen la generación de nuevos seres y de la creatividad del espíritu humano para el ejercicio voluntario de la paternidad.

Es conveniente tener presente que tanto la vinculación humana y dentro de ésta, la parental, tienen una base biológica y fisiológica, algunos ejemplos son: el funcionamiento de hormonas sexuales y neurotransmisores encefálicos para la elección de la pareja, el cortejo y la cópula, entre otras formas de relación; los implicados en la regulación de fenómenos en el cuerpo de la madre en donde destacan los cambios hormonales necesarios para la lactancia, los cambios de temperatura, la emisión de feromonas, esteroides sexuales y oxitocina; una muestra más es la existencia de una tendencia genéticamente determinada en los niños para comportarse de maneras que provoquen cuidado, atención y proximidad y al mismo tiempo los adultos muestran una tendencia a comportarse de forma recíproca, cuya finalidad es la sobrevivencia infantil, que depende en gran medida de los adultos, (Ortega-Soto, 1994, p. 20). Sin embargo por el momento, la observación está centrada en los aspectos psicosociales de la conducta parental, definida como cualquier acción expresada por los individuos de una especie encaminada a proveer todo lo necesario a los sujetos inmaduros para asegurar su supervivencia hasta la edad adulta, entre ellas se manifiestan las de transporte, la protección, la lactancia, la provisión del nido y el afecto, cuyo propósito es asegurar el bienestar de las crías. Por su parte, los infantes poseen una predisposición innata para mantener la proximidad a través de señales tales como el llanto y la sonrisa que mantienen o acercan a los responsables de su cuidado que le son familiares y posteriormente a través de la locomoción y otro tipo de señales, de tal suerte, que durante la interacción además de salvaguardar la cercanía, obtienen un sentimiento de seguridad –apego- esto es, un subconjunto de innumerables conductas involucradas para desempeñar y aprender del medio que le permiten entablar y mantener relaciones sociales con gran facilidad, esta enseñanza conlleva la experiencia desde tiempos remotos de la sociedad, acerca de que la familia configura una jerarquía natural de decisión de modo reflejo entre padres e hijos, en los estadios de enseñanza al menos hasta la edad de la autosuficiencia de los descendientes, consolidando una dependencia jerárquica ejemplar hacia los progenitores más allá del periodo vital de dependencia, porque tienen adquirida la capacidad racional con que gobiernan su entorno, lo que constituye el principal objeto de formación de los

hijos y establece un grado de saber que incide sobre toda la vida de relación interna del grupo. La jerarquía entre padres e hijos ha configurado la idea moral de autoridad, por la que se establece el derecho a ordenar los medios para la manutención y la enseñanza en función del criterio de razón de los progenitores, donde de alguna forma se establece que la autoridad no sólo responde a la procedencia generacional, sino también a la eficaz aplicación de los medios para el ejercicio de esa responsabilidad y con ello ambos progenitores adquieren un rol especial que trasladan al grupo social en el que conviven y que la sociedad a lo largo de los siglos ha interpretado de modo muy variado. Cabe mencionar que la idea de la naturaleza en la jerarquía, implica dos circunstancias principales, una de ellas cuando las relaciones sociales se constituyen voluntariamente, por acuerdo, fundamentada en la existencia de una autoridad con responsabilidad y que se apoya en la necesidad de aplicación de la razón para el logro de los objetivos pactados, de modo que en el mismo pacto se establecen los criterios en que se realizará la jerarquización y la otra responde a una dependencia en donde está en juego la preservación de la vida y el desarrollo.

Las sociedades denominadas naturales en virtud de que atienden necesidades vitales de los seres humanos están llamadas a permanecer en el tiempo, aunque sujetas a las transformaciones que sus miembros consideren adecuadas, ellas se pueden dividir en dos clases: familia y comunidad o tribu, construidas desde las relaciones interpersonales, con lazos consanguíneos, y la agrupación de conjuntos familiares -cuya coexistencia incluye varias generaciones en el tiempo, padres, abuelos, nietos e incluso bisabuelos-, constituye el conjunto comunitario o tribal, esencialmente enmarcadas por la afectividad y el influjo que cada una de ellas ejerce sobre un mismo individuo, luego entonces el fundamento de la familia está en la relación afectuosa y en la caracterización del código genético inscrito celularmente el que configura la afinidad, el establecimiento de lazos de unión que suponen por un lado la doble relación padre-madre y la distribución de derechos y obligaciones en la relación entre los hermanos, originando que las relaciones personales se multipliquen de modo que además de la diversidad de afectos, hayan de convivir también derechos y obligaciones múltiples que configuran la estructura familiar de muy diversas formas, según las costumbres sociales, la educación de la descendencia y el respeto mutuo de los adultos. Finalmente es conveniente mencionar que el análisis de éste grupo psicosocial es tan relevante que por décadas ha sido estudiado por un sinnúmero de científicos y en 1994, la Organización de las Naciones Unidas lo proclamó el año Internacional de la Familia.

2.1 CONCEPTOS

Incontables e innumerables son las representaciones mentales surgidas de diversos enfoques teóricos, campos científicos y autores que dificultan fijar con claridad y exactitud el conjunto de propiedades suficiente para designar de manera unívoca la significación del objeto central de éste apartado, entre ellos están el filosófico, estructuralista, funcionalista, sociológico, económico, antropológico, etnológico, psicosocial, Teoría General de Sistemas y el psicoterapéutico, con el reconocimiento de la presencia de aspectos que los hacen coincidir, pero también con el riesgo de contravenir lo expuesto por Donald (2009), en relación a que no existe un indicador único, claro y preciso que muestre qué entender por familia, éste término se está evaporando, difuminando, disociando y ha perdido su sentido etimológico en la actualidad e incluso la participación de la biotecnología e ingeniería genética está alterando el ritmo de la vida humana², así que a continuación se exponen algunos conceptos con el criterio exclusivo de emprender la observación de un ente, la familia:

1. Grupo de individuos, parientes o aliados, que viven juntos en la misma casa (Diccionario Filosófico Symploke, 2009).
2. Grupo de personas emparentadas entre sí (ascendientes, descendientes, colaterales y afines), que comparten su vida y las relaciones (Diccionario abcpedia, 2009).
3. Con sus múltiples y ricas expresiones, es la célula fundamental de la sociedad. Es la escuela de virtudes personales y cívicas en la que cada ser humano descubre y realiza su vocación individual y social; es una institución relevante en el desarrollo social y emocional de las personas (Consejo Nacional de Población, 2008, p. 9).
4. Una estructura relacionada fundamentalmente a un sustrato biológico: la relación entre los géneros, la procreación, la ligazón por la consanguinidad, el parentesco o más excepcionalmente por la adopción, a los que se agrega la convivencia

² Dieciséis años después del nacimiento del primer niño probeta, artificial Louise Brown, han nacido en el mundo por este procedimiento cerca de 20.000 niños, alrededor de 2.000 en España. Desde entonces la fecundación in vitro no ha conocido límite. El último acto en la carrera de fabricación artificial de la vida humana ha sido el nacimiento de Elisabetta, una niña nacida en Italia del vientre de su tía después de la muerte de su madre dos años antes. Elisabetta estuvo año y medio en el congelador hasta que una hermana del padre accedió a cumplir los deseos de la fallecida y, mediante las técnicas de fecundación asistida la engendró, la llevó en su seno nueve meses y la alumbró. Los deseos de los adultos se han cumplido, pero ¿qué será de la niña cuando sea mayor y pretenda conocer el enigma de su nacimiento? ¿Descifrar su sistema de parentesco social y biológico? Nadie pensó en las consecuencias sociales que para el nuevo ser podría tener el haber transgredido sus progenitores las leyes de la filiación. Con este caso se han roto todos los misterios, mitos, símbolos y leyes naturales que explican el origen, evolución y desarrollo de la organización social de la familia a lo largo de la historia. Así como la idea del incesto, tabú con milenios de incubación y que, en este caso, aunque sólo sea un incesto de tubo de ensayo, puede tener consecuencias psicológicas imprevisibles para la criatura, ya que la niña puede encontrarse con tres madres: la genética, la uterina y la social. http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/F/sociologia_familia1.htm

bajo un mismo techo, economía compartida, el sustento cotidiano, la reproducción material de la vida y del hombre. Basado en el análisis etnometodológico, Bourdieu concibe a la familia "como una realidad trascendente a sus miembros, un personaje transpersonal dotado de una vida y un espíritu común y una visión particular del mundo" y En como "un universo separado en donde sus integrantes están comprometidos a respetar y perpetuar las fronteras" que lo separan de los demás, "idealizando su interior como sagrado, sanctum, secreto de puertas cerradas sobre su intimidad, separado del exterior por la barrera simbólica del umbral, lugar secreto de asuntos privados", privado en tanto propio y oculto a lo público, oculto a la mirada del extraño (Anguiano, 1997).

5. Un grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones (Macías, 1994, p. 173).
6. Es un sistema primario, de personas que interactúan como un todo funcional, compuesto por toda la red de al menos tres generaciones y las relaciones tienden a ser altamente recíprocas, pautadas y reiterativas (McGoldrick, 1985, p. 21).
7. Un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí diversos componentes individuales³, también como un sistema abierto⁴ constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior (Andolfi, 1990, p. 17-18).
8. Grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin, 1991, p. 25).

³ Por sistema relacional se entiende, al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades: éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente.

⁴ Un sistema de intercambio material, energías o informaciones con su ambiente.

9. Una unidad doméstica con personalidad propia, trascendente a sus miembros, separada del resto de la sociedad, donde las relaciones fraternales suspenden las de tipo económico (en las que impera la búsqueda del interés, Palladino, 2004).

El etnólogo Denys Cuhe (1996, citado en Palladino, 2004), menciona que "no hay nada puramente natural en el hombre" y hasta las funciones que satisfacen las necesidades fisiológicas como el hambre, el sexo o el sueño son diferentes según cada colectivo, se encuentran interpretadas por la cultura, por ejemplo, la imagen predominante de la familia en Occidente es aquella compuesta por un padre y una madre legalmente casados que conviven con sus hijos dependientes en una casa particular y la realidad del discurso cotidiano se encarga de ratificar lo la gente considera "una familia normal", a lo que la mayoría debiera aspirar y que se utiliza como barómetro para medir hasta qué punto la institución familiar contemporánea va por el "buen camino" o se encuentra "en crisis" (Palladino, 2004). Luego entonces, se reitera la dificultad de contar con un significado único y universal de familia, no obstante a manera de conclusión y de acuerdo a Macías (1994, p. 174), se concentran los elementos y características siguientes:

1. Lo mínimo de dos personas: a) nuclear conyugal, pareja, b) uniparentales, madre/padre y un hijo/hija ó
2. Un grupo muy amplio y numeroso
3. De adscripción natural y pertenencia primaria, esto es por la condición del recién nacido, por su dependencia e indefensión, quede adscrito a un grupo que garantice su sobrevivencia, existan o no lazos de consanguinidad, ello incluye la adopción
4. Convivencia bajo el mismo techo, compartiendo los recursos de manutención y servicios
5. Una etapa del ciclo vital, que incluya individuos de dos o más generaciones
6. Permite el desarrollo físico, social, emocional y espiritual de las personas

Al interior de la familia se desarrollan fuerzas afectivas poderosas, al mismo tiempo le dan cohesión interna al grupo, motivo por el cual tiene una extraordinaria capacidad de resistencia frente a los avatares de la historia y de su propia evolución, donde la distribución y la organización pueden variar pero el grupo social primario subsiste, así hombres y mujeres encuentran satisfactorios

básicos a las necesidades, en esencia un grupo dinámico cuyas relaciones al interior y al exterior delimitan características culturales – que incluyen los diferentes tipos de normatividad- de la comunidad en que se desarrolla (Pérez, 1994, p. 270-271) y la posible conformación de diferentes tipos de familia, a partir de su estructura, definida por Minuchin (1992, p. 87), como el conjunto invisible de demandas y funciones que organizan los modos en que interactúan sus integrantes. En conclusión, se observa que permanece la célula principal: progenitores-descendientes y su funcionalidad o dinámica, acordes al contexto histórico y como un aspecto latente de análisis y reflexión e imposible dejar de lado lo expuesto por Donald (2009), los desafíos que tendrá que enfrentar la psicología social entre otras disciplinas científicas, como son la alteración de la vida humana, el sistema de parentesco biopsicosocial y por supuesto el concepto, estructura y dinámica de la familia debidas a los avances de la biotecnología e ingeniería genética en casos como el también mencionado por Donald (2009) de una mujer que, siendo su hija estéril le ofreció su vientre para ser fecundada con el semen del marido de la hija. La criatura así engendrada sería "hija y nieta" de la madre uterina e "hija y hermana" de la madre social.

2.2 TIPOS DE FAMILIA

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población total de México en el 2010, ascendía a 112, 336, 538 personas; la esperanza de vida en general de 75.6, para los hombres de 73.2 y para las mujeres: 77.9, por su parte el Consejo Nacional de Población (CONAPO), con base en datos tabulados y proporcionados por el INEGI, en la consulta interactiva de los censos y conteos 1930-2010 mencionó, que de esa población y para el año 2010, la distribución fue de 28 696 180 hogares⁵, de ellos 21 663 252 son de jefatura masculina y 7 032 928 de femenina, -uno de cada cuatro hogares lo encabeza una mujer-, con un promedio de 3.9 miembros por hogar familiar⁶ y a través de su Programa Nacional de Población 2008-2012 y con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2008, se mostro que en México, los hogares fundados sobre relaciones familiares constituyen la mayoría, nueve de cada diez mexicanos residen en hogares de éste tipo, entre ellos, los más frecuentes, pero con una ligera tendencia a

⁵ De acuerdo al INEGI, es la unidad formada por una o más personas, unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación. Los hogares se clasifican, por tipo, en familiares y no familiares, y al interior de éstos según su clase; los Familiares se dividen en nucleares, ampliados y compuestos y los No familiares en unipersonales y de corresidentes (formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco con el jefe del hogar).

⁶ De acuerdo al INEGI, es el hogar en el que por lo menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Se clasifican en ampliados, compuestos y nucleares.

disminución en la década de los noventa, los nucleares⁷ (65%), formados por: 1) una pareja sin hijos; 2) monoparentales, esto es los de jefatura femenina sin pareja y con hijos que en los últimos años han aumentado significativamente su proporción; 3) unipersonal, de una persona y 4) familias reconstruidas y los extensos⁸ (25%) integradas por la pareja con hijos solteros (hogares nucleares conyugales). Es muy probable que estas tendencias se fueron gestando durante el último cuarto del siglo XX, donde se observan cambios en la nupcialidad (el aplazamiento de las uniones, mayor presencia de la cohabitación prematrimonial) y en el incremento de la disolución de uniones y la formación de hogares en los que el jefe o la jefa tienen antecedentes de separación, divorcio o viudez (López, 2010); tendencias que también pueden deberse a conductas familiares expresadas por Olson (Esteinou, 2006), como son la cohesión, definida como los lazos emocionales que los integrantes de la familia se tienen entre sí, en esta dimensión es posible observar cuatro niveles y por tanto tipos de sistemas maritales y familiares: desunida, separada, conectada y enredada; la adaptabilidad, considerada como la habilidad para cambiar la estructura de poder, las relaciones de roles, reglas, en función del estrés situacional y de desarrollo, también con cuatro niveles: rígida, estructurada, flexible y caótica, finalmente la comunicación, que facilita la movilidad en las dimensiones mencionadas (Andrade, 1998, 10-11); de cualquier forma las personas están organizadas según generación, edad, sexo y el orden de nacimiento, esto es el lugar que un individuo ocupe dentro de la estructura familiar, puede influir en su funcionamiento, sus pautas de relación, en la formación y las características entre los integrantes (McGoldrick, 1985, p. 21). Tal distribución permite la observación de la presencia, por un lado de la temporalidad, es decir de indicadores tradicionales y contemporáneos (Donald, 2009) y por el otro, de ejes fundamentales como son la estructura, la dinámica especialmente y de características matizadas por la economía, la política, la antropología, etnología, sociología (Engels, 2008) cultura, ideología, jurídica y psicológica (Macías, 1994, p. 174-177), de modo que es posible presentar como de resumen la clasificación siguiente:

1. Antropológica-social

⁷ De acuerdo al INEGI, el formado por el jefe y su cónyuge; el jefe y su cónyuge con hijos; o el jefe con hijos; considera a los hijos, independientemente de su estado conyugal, siempre y cuando no vivan con su cónyuge e hijos; puede haber empleados domésticos y sus familiares.

⁸ Hogar formado por un hogar nuclear con otros parientes y/o con personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar, también puede ser un jefe con otros parientes. Dentro de estos hogares puede haber empleados(as) domésticos(as) o no.

1.1. Según el tipo de parentesco: Consanguínea, se clasifican por generaciones, la primera etapa son los abuelos y abuelas, la segunda los padres y las madres, los hijos de éstos forman, a su vez, el tercer círculo de cónyuges comunes y sus hijos, es decir, los biznietos de los primeros, el cuarto; Punalúa, compañero íntimo, hermanos uterinos o más lejanos tenían en matrimonio común cierto número de mujeres, con exclusión de sus propias hermanas; Sindiásmica, unión sin cohabitación exclusiva, el hombre tenía una mujer principal (no puede aún decirse que una favorita) entre sus numerosas, y era para ella el esposo principal entre todos los demás; Patriarcal, un hombre con diversas esposas, con las que cohabita y Monogámicas, nace de la sindiásmica, de mayor solidez en cuanto a lazos conyugales los que no pueden ser disueltos por deseo de cualquiera de las partes, se funda en el predominio del hombre con el fin expreso de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible; y esta paternidad indiscutible se exige porque los hijos, en calidad de herederos directos, han de entrar un día en posesión de los bienes de su padre y sólo es monogamia para la mujer y no para el hombre, a éste se le otorga el derecho de infidelidad conyugal, sancionado, al menos, por la costumbre.

1.2. Poligámicas, caracterizadas en que el hombre tiene varias esposas al mismo tiempo y poliándricas es el estado de la mujer casada simultáneamente con dos o más hombres.

1.3. Patrilineal, el recién nacido queda adscrito a la familia del padre; matrilineal, se queda el recién nacido adscrito a la familia de la madre (madres solteras).

1.4. Parental, ambos progenitores se responsabilizan en común de la crianza de los hijos.

1.5. Uniparental, incluye por lo menos dos individuos de generaciones diferentes: un progenitor y su descendiente, madre soltera o padre con uno o varios hijos y también se incluye la posibilidad en cierto lapso de la existencia de solteros/as con hijos creados por inseminación “in vitro”.

1.6. Patrinominal o matrinominal los hijos llevan el apellido del padre o de la madre.

1.7. Patriarcal o matriarcal, según sea el padre/madre o la figura masculina/femenina, quien ejerza manifiestamente el poder sobre los demás integrantes del grupo familiar y por supuesto privados enteramente de derechos respecto a él o ella.

2. Socioeconómica, depende de quién sea el proveedor financiero es quien formalmente ejercerá el poder en cuanto a la toma de decisiones más trascendentales, como el lugar de residencia, manejo o posesión de bienes.

2.1. Nuclear conyugal, (ligada con frecuencia a los procesos de industrialización, urbanización, modernización y afluencia económica), formadas por la pareja de esposos; familia semiextensa como grupo de convivencia, incluye por lo menos dos o tres troncos generacionales completos, madre-hija-nieta. Familia extensa, incluye por lo menos dos o más troncos generacionales completos, de dos generaciones distintas, más frecuente en la sociedad rural, campesina, de áreas no industrializadas, de menor afluencia económica y en zonas suburbanas o francamente marginadas.

3. Psicodinámica, ambas figuras son importantes en el desarrollo emocional y en la formación psicológica de los hijos para su seguridad afectiva, autoestima y confianza básica.

3.1. Matri o patricéntricas, según sea la madre o el padre la figura central en el acontecer emocional del grupo de convivencia y en las relaciones interpersonales.

3.2. De origen y/o de orientación, el ser humano nace, se forma, se desarrolla y potencialmente está en condiciones de formar una nueva familia de procreación.

3.3. Reconstituida, la pareja está por segunda o tercera ocasión bajo un mismo techo con hijos de matrimonios anteriores.

4. Filial, cuando la progenie se sustenta por sí misma.

5. Homoparental, la pareja que ha tomado la decisión de formar una familia es del mismo sexo biológico y psicológicamente desempeñan roles y funciones atribuidos a hombres y mujeres.

6. Desde la perspectiva de Donald (2009), los científicos sociales han descrito y tipificado básicamente tres modelos de organización familiar:

6.1. Patriarcal, autoritario, caracterizado por una división rígida de los roles sexuales y en el que el Estado otorga la autoridad absoluta al padre sobre los restantes miembros del núcleo familiar, incluyendo el servicio.

6.2. Democrática, presenta la misma división sexual del trabajo, pero las mujeres tienen ya los mismos derechos que el hombre. Comparten la autoridad y la patria potestad de los hijos, así como los derechos sobre los bienes familiares. Las relaciones sexuales exceden la esfera reproductiva al entenderse como parte de la relación afectiva entre los cónyuges. Desaparece la indisolubilidad del vínculo del matrimonio y,

6.3. Igualitaria⁹, la mujer se ha incorporado al mercado de trabajo, ha roto las fronteras de la privacidad del hogar y sale al mundo laboral asalariado, pero manteniendo, al mismo tiempo, sus funciones tradicionales de madre, esposa y ama de casa, por lo que se encuentra sujeta a una "doble" jornada laboral.

2.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia como sistema intrínsecamente activo que se autogobierna, mediante reglas desarrolladas y modificadas en el tiempo a través del ensayo y error, permite a sus integrantes experimentar lo que es aprobado en la relación y lo que no está, así el cumplimiento de una u otra condición genera todo tipo de tensiones, sean originadas por cambios al interior de ella (intrasistémicos: nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta que se independizan, un luto, un divorcio, etcétera) o provengan del exterior (cambios intersistémicos: mudanzas, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, cambios profundos en el plano de los valores, etcétera), pero vendrán a transitar sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, es decir una transformación constante de sus interacciones, capaz de mantener su continuidad, por un lado, y por consentir el crecimiento de sus integrantes, por otro; como sistema abierto en interacción con otros sistemas (escuela, fábrica, barrio, instituto, grupo de coetáneos, etcétera) implica una relación dialéctica con el conjunto de relaciones sociales, las condicionan y están a su vez condicionadas por las

⁹ El adjetivo "igualitario" alude más al contexto ideológico en que surge este modelo que al significado semántico del término, y se refiere a las consecuencias sociales de la incorporación femenina al mundo del trabajo, pero no tiene en cuenta la situación de la mujer frente a la familia y la sociedad.

normas y valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico (Andolfi, 1990, p. 20-22), de la cual se desprenden algunas funciones que sirven a dos objetivos principales, uno interno -la protección psicosocial de sus miembros- y el otro externo -la acomodación y la transmisión de esa cultura- (Minuchin, 1992, p. 78-80). Entre las principales funciones están:

1. Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia de forma abundante o escasa, según sus recursos, las alimentarias así como la de techo, abrigo y protección.

2. Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas-interpersonales, donde con el paso del tiempo se encaminará a la obtención de la maduración biológica y psicológica mediante el establecimiento de las relaciones interpersonales y sus vínculos, en el seno de adscripción natural primaria, con la figura materna en primer lugar en una auténtica relación simbiótica de la cual posteriormente tendrá que desprenderse y con la figura paterna en segundo lugar como modelos relacionales básicos. Concordancia positiva de esta relación objetal primaria, fundamental en el desarrollo de la autoestima, seguridad y confianza básica del nuevo ser.

3. Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar, las cuales se inician con la asignación del nombre propio que se va reforzando en la medida en que se le dé un trato personal individualizado e incorporado a su identidad todos aquellos elementos que sirvan para identificarlo dentro del grupo familiar y luego dentro de sus grupos más amplios de pertenencia, familia extendida, grupo escolar, entre otros.

4. Provee los primeros modelos de identificación psicosexual, en las que existen figuras adultas que sean modelos accesibles a los nuevos integrantes de la familia de qué es ser y qué es no ser mujer y qué es ser y qué es no ser hombre.

5. Inicia el entrenamiento de roles sociales, además de los femeninos y masculinos, dentro de su organización como sistema la familia tiene una estructura jerárquica en cuanto a la toma de decisiones y las responsabilidades que le son asignadas a cada quien según la edad y estilos de vida.

6. Estimula el aprendizaje y la creatividad, los niños van recibiendo los primeros elementos de información y van adquiriendo conocimientos y aprendiendo comportamientos, entre ellos formas de entender y manejar situaciones en el acontecer familiar.

7. Trasmisora de valores, ideología y cultura, reglas y normas de conducta, concepción del mundo, costumbres y ritos que rige el estilo de vida familiar y que forman parte del proceso de socialización, aceptación-pertenencia al grupo, estimulando y respetando el proceso de individuación (Macías, 1994, p.178-181).

Proveedora, formadora, facilitadora, guía y transmisora entre otros comportamientos esperados del grupo familiar, ejercidos a través de los estilos de crianza que influyen fuertemente sobre tres variables específicas en sus hijos: rendimiento académico, de autoestima y conducta social dentro de los ámbitos escolar y familiar; del impacto sobre el desarrollo psicológico infantil en la relación interactiva diádica en especial madre-hijo, dentro de la cotidianidad del hogar, cuyos comportamientos están estrechamente vinculados entre sí, de modo tal que la conducta infantil varía de acuerdo a las características y conductas de los progenitores, así ante la exposición a un ambiente rico, donde hay objetos, actividades a través de la comunicación, de respuestas maternas sensitivas a las necesidades se promueven mejores interacciones entre niños y adultos, lo cual repercute de manera importante en el desarrollo infantil (Jiménez, 2008), de ello se deduce que sólo la familia, puede cambiar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente para la socialización y educación de hijos que no serán "extraños en una tierra extraña", que tendrán raíces suficientemente firmes para crecer y adaptarse, para responder a cambios internos y externos y, por tanto, ser capaz de transformarse para encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona a sus miembros un marco de referencia (Minuchin, 1992, p. 78-80, 87), es conveniente ahora reflexionar si lo expuesto responde a puntos de vista universales, aplicables a todo conglomerado que vive bajo un mismo techo independientemente del lugar geográfico, del momento y del contexto donde se encuentre, para Palladino (2004), la dinámica entre una y otra época cambia rotundamente en cuanto a que uno de los pilares de la familia, es la necesidad de supervivencia y el factor productivo, ahora muta en la necesidad afectiva y emocional, a tal punto, que Flaquer (Palladino, 2004) habla de una tendencia en los últimos siglos, la psicologización de la familia, "donde sus funciones se han especializado cada vez más en aspectos emocionales".

2.4 FAMILIAS E HIJOS CON DEFECTOS AL NACIMIENTO

La vida familiar en el México prehispánico se vislumbra principalmente por testimonios de códices y de la comunicación oral que han permanecido a través del tiempo de generación en generación, donde inicialmente la educación de los hijos era tarea de ambos padres y posteriormente del temachtiani o maestro quién enseñaba la antigua palabra o la palabra de los sabios, los más ancianos que eran respetados. En la casa se criaba a los hijos con disciplina estricta, el padre instruía a sus hijos desde edad muy temprana con consejos como: “Ama, agradece, respeta, teme, ve con temor, obedece, haz lo que quiere el corazón de la madre, del padre, porque es su don, porque es su merecimiento, porque a ellos les corresponde el servicio, la obediencia, el respeto”, “no te rías, no te burles, no hagas bromas del anciano o de la anciana o del enfermo, del de boca torcida, del ciego”, “si te burlas de la gente, no saldrás humano...” (INEA, CONAVyT, 2003), a las madres les correspondía la enseñanza de las hijas, en el mismo sentido de la conservación de valores y tareas especificadas con precisión. En el México de hoy la enseñanza se orienta a cambios graduales significativos en los roles y la organización en la vida de ambos progenitores, quienes desde la perspectiva psicosocial, continúan siendo las principales figuras de influencia y afecto, en la que si bien se indica la prevalencia de la jefatura masculina, se remarcan modificaciones que apuntan hacia una mayor participación y reconocimiento social que desempeñan las mujeres al constituirse, por diversos motivos y en diferentes etapas de la vida, en las responsables del hogar, independientemente del motivo, sea divorcio, separación, abandono, viudez, migración o por una decisión personal e inherente a ello se percibe por un lado la interacción y por otro, como se ha mencionado una estructura y organización familiar que como una cualidad compartida con los seres humanos, tiene un ciclo vital, un origen, un desarrollo y un final; distinguibles con claridad una secuencia de fases que pueden darse a veces en forma simultánea, llegando a una posterior sin haber cumplido previamente, de manera adecuada o completa la anterior, con las dificultades o desviaciones que ello implica para un proceso evolutivo más sano o positivo, así Macías (1994, p. 183), propone el siguiente ciclo vital familiar:

EL CICLO FAMILIAR

ETAPAS	FASES
I. Los antecedentes (Fases preliminares)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desprendimiento de la familia de origen 2. El encuentro y el cortejo 3. El proyecto de pareja y la decisión de serlo
1. El inicio (Fases tempranas)	<ol style="list-style-type: none"> 4. El matrimonio: compromiso de vida y constitución formal de la pareja 5. Integración inicial y decisión de ser familia 6. Advenimiento de los hijos. Nuevos roles 7. Familia e hijos pequeños. Lactancia, la infancia
III. El desarrollo (Fases intermedias)	<ol style="list-style-type: none"> 8. Familia y época preescolar 9. Los hijos y la escuela 10. Pubertad y adolescencia de los hijos 11. Los hijos jóvenes-adultos
IV. La declinación (Fases tardías)	<ol style="list-style-type: none"> 12. El desprendimiento de los hijos, el nido vacío y el reencuentro 13. Las nuevas familias. Nuevos roles 14. Vejez y muerte. Disolución de la familia nuclear

El desarrollo de la familia, transcurre por etapas que siguen una progresión de complejidad creciente, con periodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes, también con periodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto cuya consecuencia puede provocar el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes nuevas, donde se reconoce la mutua influencia de la conducta de los individuos, pues cada uno de ellos es una unidad, un todo en interacción con otras unidades (Minuchin, 1991, p. 25, 36), constituidas como un sistema autónomo, como un organismo social, que se retroalimenta para mantenerse en unidad como ser familiar total y conservar su autonomía, además de su organización (Keeney, 1991, p. 103), de entre las que se reconocen en primera instancia es el paso por una serie de etapas, donde la primera corresponde a la

constitución de la pareja parental y la segunda a la vida familiar como el nacimiento del primogénito y los hijos subsecuentes, llegada a la edad escolar, partida del último adolescente, “la casa vacía”, la jubilación o el retiro de las actividades, etcétera; acontecimientos que son naturales, aparecen en la mayoría de los casos y corresponden al esquema clásico del ciclo de vida familiar; en segunda instancia se consideran los acontecimientos exteriores como son los imprevisibles, inesperados, incluso traumáticos o excepcionales, entre ellos: físicos, accidentes, enfermedades, fallecimientos; económicos, crisis, despidos laborales, migración y psicosociales, separación impuesta por eventos externos, violencia, entre otros, la situación es que independientemente del tipo de acontecimiento y su carácter predecible o excepcional, posiblemente tendrá repercusiones que marcarán no solo a la pareja, a cada individuo y su interior (Lemaire, 1992, p. 145) sino también al resto del grupo familiar.

El advenimiento del/los hijo/s al final de la segunda etapa, marca formalmente el paso a ser ya familia y trae con ello la adquisición de nuevos roles primarios por parte de la pareja, es la fase de hijos pequeños, la lactancia y la primera infancia, traslapada con la parte final de la anterior, momento en el que se vive una de las primeras crisis de adaptación normativa del ciclo vital. Después del entusiasmo, la ilusión y fantasías (y a veces temores) alrededor del embarazo y el nacimiento del primer hijo, la demanda de atención y cuidados que exige pueden ser de tal magnitud, sobre todo si se tienen dos o más pequeños seguidos o hubo un embarazo y parto gemelar o múltiple, sin la suficiente preparación de la pareja para estos cambios, en que el estrés de ellos, los sentimientos de desplazamiento que puede llegar a sentir el padre, necesidad de tiempo para actividades de realización personal, laboral y profesional, abatan el umbral de tolerancia a la frustración y aumenta el nivel de irritabilidad-tensión entre los integrantes de la familia (Macías, 1994, p. 185), luego entonces éste grupo está en constante cambio, en crisis y por tanto con permanentes problemas que la existencia misma plantea, pues el vivir implica enfrentar dificultades, malestares, sensaciones diversas entre ellas el fracaso, la búsqueda, alternativas, toma de decisiones y aplicación de soluciones para facilitar y promover el bienestar y desarrollo de todos los integrantes, especialmente de los menores que crecen en ella, permitiendo que conforme a su evolución, cada vez desplieguen una mayor independencia positiva y autonomía personal, promoviendo su desarrollo, ayudándoles a ser adultos, a desprenderse sanamente de sus familias de origen y a empezar así un nuevo ciclo vital y nuevas familias en procreación, en tanto no lo haga de modo efectivo, no solamente dificulta o detiene el desarrollo, sino que posiblemente lo distorsiona e inclusive llegue a ser un factor negativo o destructivo para alguno o algunos de ellos,

para una parte o para todo el grupo que tenderá a conservarse como sistema ante los sucesos cotidianos, pues de acuerdo a Esteinou (2006), hay tres grandes dimensiones que identifican las fortalezas de las familias en diferentes países o grupos sociales con distintos antecedentes étnicos:

1. Cohesión, incluye el compromiso, éste considerando la confianza, honestidad, dependencia y fe en el otro; pasar tiempo juntos realizando actividades conjuntas, compartir sentimientos e ideas y disfrutar la compañía del otro. Las familias mexicanas tienen un alto grado de cohesión en el sentido de que los miembros están fuertemente orientados hacia la familia. Los individuos confían y dependen entre sí. Entre los mexicanos la familia es altamente valorada; la mayoría de ellos la percibe como un espacio con el que pueden contar y confiar, de ella se obtiene el soporte económico, apoyo emocional y satisfacción, asociada a connotaciones altamente positivas: amor, vínculos, niños, casa, bienestar, padres y comprensión y durante crisis económica y tiempos difíciles, es capaz de superar la adversidad a través de la cohesión, pues los miembros de la familia contribuyen con mayor fuerza de trabajo para adquirir más recursos (Esteinou, 2006, p. 93).

2. Flexibilidad, se relaciona con lidiar efectivamente con el estrés y tener creencias espirituales que ayudan, entre los mexicanos las creencias provienen principalmente de la religión, en 2000, el 89% la tenían como religión la católica, también en ésta misma población se encuentra un patrón rígido de estructuración de roles en la cual los hombres adultos desarrollan un papel instrumental, al ser los proveedores de la familia y las mujeres adultas desempeñan un rol expresivo, al hacerse cargo del cuidado de los hijos y balance emocional. Esta dimensión enfatiza la flexibilización en la estructura de los roles, particularmente de los dobles perceptores económicos y de doble carrera. En éstas familias, los padres y esposos desarrollan actividades asociadas antes a los roles femeninos, como involucrarse en el cuidado de los niños. Olson y DeFrain (Esteinou, 2006) han señalado seis aspectos para determinar el grado de flexibilidad de las familias: 1) el nivel de liderazgo que se establece entre los miembros de la familia; 2) el tipo de disciplina; 3) la modalidad adoptada en la negociación; 4) la estructuración de los roles; 5) el grado de cambio de reglas que rigen a la familia y 6) el nivel de cambio presente. Con base a esto, los autores mencionados elaboraron las tipologías de flexibilidad: rígida, estructurada, flexible, caótica, los dos extremos, rígida y la caótica constituyen tipos de flexibilidad no balanceada y la estructurada y flexible constituyen tipos balanceados (Esteinou, 2006, p. 97-101).

3. Comunicación, aprecio positivo, tener afecto entre los integrantes de la familia, además incluye tener discusiones abiertas y directas ser cooperativos más que competitivos, compartir sentimientos entre sí, aprecio, afecto, bondad, cuidado mutuo, respeto por la individualidad y un sentimiento de seguridad. Olson y DeFraim (como se cita en Esteinou, 2006, p. 102-103) han señalado cinco aspectos que permiten establecer el tipo de comunicación familiar: 1) habilidades para escuchar; 2) habilidades para hablar; 3) exposición entre sí; 4) claridad y 5) permanencia en el tema.

Ahora bien, la crianza de los hijos implica una importante e intensa inversión de tiempo en cuidados maternos especialmente en la primera infancia y se multiplica si la descendencia es numerosa; se estima que en promedio se gastan 4.6 años procreando a dos hijos, y de 7.7; 10.1; 12.3 y 17.8 años para quienes tienen tres, cuatro, cinco y seis o más respectivamente. Así, gran parte de la vida reproductiva de las mujeres mexicanas —alrededor de 13 años de su vida fecunda en promedio— transcurre cuidando a los menores de cinco años (López & Salles, 2006, p. 185), en condiciones saludables, así al incorporar la variable defecto al nacimiento o malformación existen altas probabilidades de que la inversión de tiempo y psicológica en cuanto los efectos en la dinámica familiar se incrementen importantemente cuando uno o varios hijos nacen con algún padecimiento que requiere de atención especializada, no obstante el punto central de ésta pesquisa son los efectos psicosociales de los seres humanos, los progenitores ante un evento cuyo resultado es un trauma emocional dada la condición de su descendiente, por ejemplo Álvarez (1999), menciona que cuando una persona sufre un accidente o una enfermedad que tiene la probabilidad de discapacidad, pasa por una serie de fases: 1) conmoción, caracterizada por una especie de estupor, desconcierto, marasmo, obnubilación, abulia, apatía e introversión; 2) rechazo, caracterizada por la expresión de un mecanismo de defensa del yo contra la ansiedad, contra la angustia, contra la incertidumbre y observarse a través del proceso de negación; 3) escotomización o negligencia de corte anosognósica¹⁰, fase que consiste en no tener conciencia del mal propio que se padece; 4) confusión, dada durante el proceso de elaboración de la aceptación y caracterizada por la cólera y la depresión; 5) esfuerzo, en la cual se busca una solución al problema y 6) aceptación, donde se ha asumido que la condición que se enfrenta constituye parte íntegra de su identidad. Ahora bien, en el caso donde la persona afectada es un menor que ha nacido con un defecto o malformación, se

¹⁰ Según Prigatano (2005) “la anosognosia se define como el fenómeno clínico por el cual un paciente con una disfunción cerebral no parece ser consciente del deterioro de la función neurológica o neuropsicológica, que es evidente para el médico y para otras personas. La falta de conciencia parece específica de los déficit propios y no puede ser explicada por hiperarousal o deterioro cognitivo generalizado (NeuroWikia).

produce un cambio intrasistémico, donde inicialmente los familiares son quienes pasan por un proceso que abarca la fase inicial, la conmoción hasta la fase de aceptación de la condición de su hijo y es hasta ese momento que es posible propiciar un proceso de desarrollo, con calidad de vida para el niño o niña, desde luego, el tiempo de una fase a otra depende de cada ser humano, del tamaño, tipo de afección y del impacto psicológico especialmente de los padres.

Oliver Sacks (1996, como se cita en Álvarez, 1999), refiere la existencia de un síndrome clínico denominado escotoma (oscuridad o sombra que impide la visión clara de los objetos), que implica la anulación de lo percibido originalmente, una laguna en la conciencia producida por una lesión neurológica y es muy difícil que el paciente sea capaz de comunicar lo que está ocurriendo, aplicado a los aspectos psicológicos, los emocionales, la presencia de un trauma, experiencia dramática o ciertos estados de ansiedad provocados por problemas internos, existe la posibilidad de adoptarse actitudes escotómicas, para enfrentar en el mejor de los casos la situación sentida como adversa y relegar al pequeño disminuido a un servicio médico, técnico, o bien postergar la dificultad de enfrentar la deficiencia física y/o psíquica, es probable que tal evento represente un dato extraño para el sistema familiar, quién tiende a soportarlo y considerarlo como una agresión del destino y, por tanto, suele ser acompañado de intensos sentimientos de rechazo o rebelión y no sólo esta condición sucede en el seno familiar sino también que la percepción de singularidad es rápidamente asumida como propia por el menor con algún signo de discapacidad, el cual se encuentra considerando como indeseable una parte de sí mismo, aún más el niño comienza a tener contacto extrafamiliar, la escuela y otras fuerzas socializantes y sí es severamente afectado por ese entorno puede afectar no sólo la formación de la autoimagen y el autoconcepto sino también la relación con sus padres e incluso, las transacciones internas del subsistema conyugal (Minuchin, 1992, p. 94-95).

La deficiencia y la atención a las necesidades especiales, desafían las creencias sociales y condicionan los comportamientos de los familiares y del personal profesional que interviene durante el proceso de atención, pues generalmente es considerada una desventaja específica para quien requiere de un tratamiento, de una terapia, de rehabilitación y se le asiste; éste es un acontecimiento que desencadena reacciones y adaptaciones interconectadas, de amplio espectro, que van más allá del déficit y del sujeto que lo muestra, a quién se le ve en presencia problemática: por un lado, es una persona con plenos derechos y por el otro, se aparta de las expectativas sociales hasta el punto de parecer extraño y diferente, de ello puede derivarse de lo expuesto hasta aquí que las circunstancias parecen

desfavorables para el menor y sus familiares, pues las certezas, expectativas y creencias de estos últimos se desvanecen y se fragmentan, generando ello una conflictiva que, habitualmente es adversa al desarrollo integral del niño o niña, de aquí la pertinencia de buscar estrategias que faciliten el proceso de elaboración de una aceptación de la realidad y de sus posibilidades de expresión humanizada, por lo que resulta imprescindible considerar el papel de las actitudes paternas a través de la información, orientación e intervención de los profesionales responsables en el tratamiento de los defectos o malformaciones de quienes las padecen, de modo tal que la forma en que los padres enfrentan la situación suele estar mediada tanto por los recursos sociales de su entorno más próximo, como por aspectos psicológicos personales que marcan la inmediatez de las primeras respuestas y organizan en último término la progresiva adaptación parental y familiar a esta malformación, determinante para el futuro bienestar de la familia y el desarrollo saludable e íntegro del bebé con fisura palatina, esta experiencia se torna prolongada y dolorosa, puede producir en los padres un desajuste psicológico y un importante sufrimiento emocional.

Limiñana, Corbalán y Patró (2007), mencionan que gran parte de los estudios sobre fisura palatina se dirigen a describir el impacto psicológico de la enfermedad a identificar predictores de estrés y de adaptación psicológica en los padres, por ejemplo la frustración, especialmente de la madre en el proceso de alimentación, la ansiedad por el tipo de defecto, las reacciones de familiares y amigos y el desarrollo físico y emocional del recién nacido; además se refieren a varios autores como Dolger-Hafner (1997); Turner, Rumsey y Sandy (1998) y Johansson, y Ringsberg, (2004), quienes encontraron sobre éste padecimiento que es para los padres una experiencia vital crónica que puede prolongarse hasta la vida adulta del hijo, marcada de ambiguos sentimientos de dolor y culpa y suponer una sobrecarga psicológica, capaz de modificar de forma estable disposiciones personales responsables de su conducta adaptativa, cambios en estas disposiciones estables del comportamiento, que sin ser patológicas desde el punto de vista clínico, pueden disminuir la calidad de vida y el desarrollo personal de estos padres, afectando sin lugar a duda el bienestar de toda la familia. El análisis de Limiñana Corbalán y Patró (2007), se centro en el estudio de las respuestas de afrontamiento, los estilos de personalidad, el impacto a mediano y largo plazo sobre la organización psicológica de los padres y algunos de los procesos implicados en la adaptación vital que resulta del nacimiento de un hijo con un diagnóstico de Fisura Labio-Velo-Palatina, la muestra fue de 35 padres de 19 niños, adscritos a la Asociación de Fisura Palatina de Murcia (AFIMUR), dentro de los resultados encontraron la presencia de un estilo claramente dirigido

al cuidado de los demás, a costa de la promoción de uno mismo, situación que ha sido estrechamente relacionada con la magnitud de las demandas propias de la enfermedad del hijo, siendo la madre la que más vinculada está en los primeros años a las tareas de cuidado y educación del hijo, consiguiendo afectar al desarrollo de individualidad en ambos; también otro de los procesos psicosociales hallados fue el conformismo, pues en los progenitores hay una fuerte tendencia a comportarse de forma concordante con los demás, es decir, de manera agradable, comprometida, leal e incluso dócil, disimulando cualquier sentimiento de negativo o de malestar y dentro de éste estilo la disposición a ser cooperador, comprometido, agradable, servicial y deseoso de adaptar su comportamiento a la voluntad de los demás; la búsqueda de apoyo social como uno de los estilos preferentes de afrontamiento y asimismo observaron una marcada ausencia de afrontamiento a la emoción, que junto a la baja adaptabilidad obtenida podría ser un factor de riesgo psicológico para estos padres y sus familias. Pope (1999), analiza los puntos de riesgo y oportunidad para los padres de niños con problemas craneofaciales, la tarea se dirige al apoyo y ayuda para el aprendizaje de comportamientos sociales y emocionales que contribuyan a disminuir un desajuste psicosocial en los niños, conociendo los puntos de riesgo, el dominio de las tareas de desarrollo y los puntos de oportunidad, cuando la familia descubre y encuentra formas efectivas de lidiar con los desafíos que enfrenta un problema craneofacial el potencial del niño y de la familia se dirigen a un mejor ajuste psicosocial, un aspecto más que incluye ésta autora, es la intención de concientizar a los profesionales que tienen contacto con las familias de los puntos de riesgo y oportunidad para lograr una intervención adecuada a favor del niño que presenta la condición particular.

2.5 ESTUDIOS EN MÉXICO

Antes y después de la concepción la mayoría de los futuros padres no vislumbran la posibilidad de que su hijo o hija nazca con una anomalía, aún cuando en la herencia genética familiar, se tengan antecedentes y se conozcan que los riesgos en la procreación de malformaciones congénitas varía del 3 al 5 % en la población en general y se incrementa hasta el 7.8 % ante teratógenos, infecciones o padecimientos crónico-degenerativos (Flores, 2011), en tales circunstancias están expuestos a emocionalmente tener altos índices de estrés, sentimientos de conmoción, dolor, incredulidad, preocupación, confusión (Endrigo, 1999) y necesidad de apoyo emocional, atención apropiada, la comprensión de las opciones de tratamiento y el paso del tiempo permite a la familia adaptarse a la crisis y

reorganizarse para satisfacer las necesidades del niño, estos son algunos de los temas que se abordan a nivel internacional y nacional, sin dejar de reconocer la multidimensionalidad, tarea por demás compleja como objeto de análisis la familia y el comportamiento paterno, las actitudes, los defectos al nacimiento, cuya observación implica únicamente una línea, sin que por ello se desconozcan las demás y de acuerdo a la revisión bibliográfica se encontraron estudios, cuyas características se han concentrado en los siguientes rubros:

1. Perspectivas teóricas, conductistas, constructivistas, interaccionismo simbólico y sistémicas.
2. Métodos de investigación, cuantitativas: exploratorio, descriptivo, correlacionales, transversales y longitudinales; cualitativas: etnológicas y también en últimas fechas las multicéntricas, (estudios longitudinales Krueckeberg Kapp & Simon, 1997 como se cita en Endruga, 1999).
3. Instrumentos de medición, examen mental, historia clínica, esquema de evaluación de funciones del yo de Bellak, Hurvich y Gediman (1973), la autobiografía, subescala de fuerza del Yo del MMPI2 y el IDARE (Inventario de ansiedad rasgo-estado) Solis, (1997), Cuestionario de Esquemas, CIE, Escala de Habilidades Sociales (EHS).
4. Campos científicos: medicina, odontológica, lingüística, psicosocial: percepción de quien presenta el padecimiento, autoesquemas interacción, socialización: habilidades sociales, adaptación, ajuste social, personalidad, desarrollo cognoscitivo y rendimiento escolar, concepto de sí mismo, aceptación social.
5. Intervención profesional
 - 5.1 Familia-paciente, orientación, psicoterapéutico.
 - 5.2 Rehabilitación del paciente: física, nutricional, funcional: lenguaje estética, enfocados a la atención de la rehabilitación física específicamente en el cuidado de la reconstrucción para la alimentación, el lenguaje y la apariencia facial.
 - 5.3 Comportamiento epidemiológico y etiopatogénesis.

6. Constitución, estructura y dinámica: estilos de crianza, ciclo de vida (bebés, niños, adolescentes, adultos), impacto psicológico, divorcio, aislamiento, autoconcepto, afrontamiento de la madre/padre, conducta de la díada madre-hijo, estrés en la crianza.

Los estudios reportan resultados de padres que buscan la ayuda que necesitan, de los que se aíslan por aflicción, vergüenza o miedo de la reacción de los demás ante la apariencia del niño, de los que enfrentan dificultades y sentimientos de pérdida o fracaso en la alimentación del lactante y su preocupación por el mantenimiento del peso para la primera cirugía llevada a cabo a los tres meses de edad, en el caso del labio hendido; de cómo la comunicación se ve afectada durante la alimentación del neonato, así como una menor participación en actividades sociales y organizaciones de la comunidad, o bien las evitan y eso hace que actúen de forma agresiva, defensiva, o tímida y disminuya por tanto las posibilidades de tener interacciones sociales positivas; durante la infancia el ajuste emocional en la conducta de la relación padre-hijo, a medida que el pequeño va creciendo los progenitores muestran mayor confianza en sus habilidades para tratarlos y de manera proporcional a mayor ajuste emocional, menor nivel de estrés de los adultos y mejor habilidad social en el niño, además el concepto de sí mismo, variable importante en la adaptación, autoevaluación de la apariencia, comportamiento, aceptación social, funcionamiento cognitivo y la autoestima de los niños, medido a través de un instrumento para expresar lo que un individuo siente de sí mismo y las relaciones con los demás (Endriga, 1999). Particularmente para el caso de México los estudios están:

1. Epidemiológicos y/o etiopatogénicos, mencionados en el capítulo anterior, que detallan estadísticas, causas tipos sobre la afección central del trabajo y un ejemplo más que es conveniente incluir por la trascendencia de la información es el estudio de Arteaga (2008) y colegas, quienes encontraron una relación significativamente alta entre la diabetes y la malformación de sus hijos, principalmente en paladar hendido, en con reducción de miembros y microcefalia.
2. Psicosociales

- 2.1 Gámez (1982, pág. 1), se presentan alteraciones psicológicas, principalmente por el rechazo familiar y social originado por el aspecto físico, es obvio que éste rechazo trae como consecuencia el deterioro del área afectiva influyendo en la personalidad y adaptación del niño en el medio ambiente.
- 2.2 Escalante (1982), en un estudio preliminar en pacientes de labio y paladar hendidos, analiza la imagen corporal con un total de 15 niños y adolescentes cuyas edades oscilaron entre los 4 y 16 años con la finalidad de detectar alteraciones de la imagen corporal, el estudio fue llevado a cabo en la Clínica de Labio y Paladar Hendido del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.3 Solis (1997), encamina su estudio a conocer los efectos y adaptación entre la familia y el niño o niña con defectos del nacimiento, considerando como variable dependiente los síntomas clínicos: autoestima, somáticos, insomnio, control de impulsos, angustia, culpa, relaciones interpersonales.
- 2.4 Navarrete (1998) realiza un estudio con madres de niños con labio y paladar hendidos mediante la utilización de la psicoterapia breve.

La revisión bibliográfica realizada hasta el momento da cuenta de estudios de individuos en diferentes etapas del ciclo vital de puntos de vista profesional diversos, sin embargo queda un camino largo por recorrer, especialmente de los aspectos psicosociales, un análisis de inclinaciones, sentimientos, prejuicios, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones de la familia con una lealtad inconsciente o fidelidad familiar invisible que los conduce a refrendar patrones de conducta, en cada uno de los integrantes, ahora corresponde en el siguiente capítulo centrar la observación en el análisis del labio y/o paladar hendidos.

3. LABIO Y PALADAR HENDIDOS

“El miedo, la herida y el enojo pueden mitigarse, pero no son resueltos. . . . honrarás las emociones expresándolas y soltándolas apropiadamente. Honrarás las emociones de otras personas otorgando el permiso y el espacio seguro para que ellas expresen y suelten lo que honestamente sienten. para amar honra tus sentimientos. Honra los sentimientos de los otros . . .”

LAZARIS

Inexplicable, incomprensible e inusitada, es la concepción de la vida especialmente de la humana, dada en una fracción de segundo; conformada por sustancias vivas que dan paso a estructuras diversas que a través del tiempo se han modificado hasta llegar a lo que hoy es el hombre, dotado de habilidades, cualidades, potencialidades y recursos que le permiten conservarse y formar parte de la naturaleza y del mundo; un nuevo ser, que generalmente se espera sea el resultado de una relación afectiva y de la vinculación genética de una pareja dentro del establecimiento de un marco de convivencia o vida común, para por un lado dar paso a “la reproducción, ello implica actos físico-biológicos que producen la generación y conservación de la especie y de la procreación construida sobre la creatividad del espíritu humano y señala la determinación intelectual a dar la vida a los hijos. Esta segunda acepción vincula la libertad humana para el ejercicio voluntario de la paternidad” (Botella, 2008). No obstante en el lapso del desarrollo intrauterino o fuera de él, cabe la posibilidad en ese recorrido, sin previo aviso se presenten alteraciones en alguno de los segmentos que conforman el cuerpo, particularmente dentro del lapso prenatal, en los tres primeros meses de formación. Tal ha sido la magnitud de las anomalías, que en nuestro país se han planteado, elaborado y evaluado estrategias a través de la implementación de políticas y programas dirigidas a reducir el riesgo de recurrencia y a la atención especializada para el binomio madre e hijos, logrando avances importantes en el campo de la genética y del diagnóstico prenatal para la detección temprana de las alteraciones durante el proceso fetal.

Así en 1980 la Organización Mundial de la Salud propone la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías1/ (CIDDM), con el fin de facilitar la recopilación de información estadística de las personas con discapacidad; el año 1981,

fue designado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como el “Año Internacional de las Personas con Discapacidad”, durante ese lapso aparecen documentos como: “Elaboración de Estadísticas sobre Impedidos: Estudio de Casos, 1986”; “Elaboración de Conceptos y Métodos Estadísticos sobre Impedidos para su Utilización en Encuestas por Hogares, 1988” y más recientemente el “Manual de Elaboración de Información Estadística para Políticas y Programas relativos a Personas con Discapacidad, 1997”. El CIDDM, apoyado en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, es un sistema para clasificar y catalogar las consecuencias a largo plazo de defectos, enfermedades y lesiones en términos de: deficiencia (defectos de estructura o función), discapacidad (incapacidad para el desempeño) y minusvalía (desventajas en la experiencia social), generando cuatro grandes grupos: 1) sensoriales y de la comunicación; 2) motrices, 3) mentales y 4) múltiples y otras¹¹. Respecto a la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento; hasta el momento se tienen 46, agrupadas en nueve grandes categorías, a saber: los del sistema nervioso central, craneofaciales, cardiovasculares, osteomusculares, metabólicos, ambigüedad de genitales, cromosomopatías, sensoriales y alteraciones sistémicas. Aún más, en los últimos décadas del Siglo XX y la primera del XXI los defectos al nacimiento se incrementaron de forma importante que “por acuerdo presidencial en febrero del 2001 se crea el Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (CODIS) que tiene la misión de generar, reorientar y ampliar las políticas públicas en materia de discapacidad, fortaleciendo la coordinación interinstitucional y la participación de la sociedad civil, logrando así la integración social de las personas con discapacidad” (Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006), a través del Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades PreveR-Dis, que promueve alternativas para abatir el rezago en materia de prevención y rehabilitación, aquí se han clasificado en cuatro grandes grupos: 1) Prevención de discapacidades causadas por defectos al nacimiento y enfermedades en la infancia; 2) Prevención de discapacidades causadas por accidentes; 3) Prevención de

¹¹ Las discapacidades sensoriales y de la comunicación incluyen deficiencias y discapacidades oculares, auditivas y del habla, por ejemplo, la ceguera, la pérdida de un ojo, la pérdida de la vista en un sólo ojo, la sordera, la pérdida del oído de un sólo lado, la mudez, etcétera. El grupo de las motrices incluye deficiencias y discapacidades para caminar, manipular objetos y coordinar movimientos (por ejemplo una restricción grave de la capacidad para desplazarse), así como para utilizar brazos y manos. Por lo regular, estas discapacidades implican la ayuda de otra persona o de algún instrumento (silla de ruedas, andadera etc.) o prótesis para realizar actividades de la vida cotidiana. El grupo de las mentales incluye las deficiencias intelectuales y conductuales que representan restricciones en el aprendizaje y el modo de conducirse, por lo que la persona no puede relacionarse con su entorno y tiene limitaciones en el desempeño de sus actividades. El grupo de las múltiples y otras contiene combinaciones de las restricciones antes descritas, por ejemplo: retraso mental y mudez, ceguera y sordera entre algunas otras. En este grupo también se incluyen las discapacidades no consideradas en los grupos anteriores, como los síndromes que implican más de una discapacidad, las discapacidades causadas por deficiencias en el corazón, los pulmones, el riñón; así como enfermedades crónicas o degenerativas ya avanzadas que implican discapacidad como es el cáncer invasor, la diabetes grave, y enfermedades cardíacas graves, entre otras. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Clasificación de tipo de Discapacidad, pág. 9.

discapacidades causadas por enfermedades crónico-degenerativas y 4) Prevención de discapacidades causadas por edad avanzada¹². También en el año 2006, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) “con objeto de generar soluciones para el país en materia de salud, ambiente, energía, tecnología y computación, prevención y tratamiento de adicciones, así como en las ciencias económicas, políticas y sociales, creó el Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas de la misma, donde participó la Facultad de Medicina como titular del macroproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública, integrado por siete líneas de investigación”¹³; particularmente como una aproximación a la comprensión de las deformaciones corporales, la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, fue responsable de una de las vertientes llamada “Defectos al Nacimiento”¹⁴. Desde luego lo expresado con antelación, es el reflejo de algunos de los esfuerzos que a nivel nacional se realizan pues la necesidad es contundente a fin de encontrar respuestas satisfactorias para erradicar o por lo menos disminuir de forma importante las limitaciones, los daños al nacimiento de forma biopsicosocial.

3.1 CONCEPTOS

3.1.1. **Defecto al nacimiento:** La Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, lo considera como el “conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiología de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos”; también “cualquier anomalía del desarrollo anatomofuncional,

12 En el primer grupo se encuentran: Displasia Congénita de la Cadera, Pie Equino Varo Congénito, Parálisis Cerebral Infantil, Defectos del Tubo Neural, Sordera Congénita e Infantil, Distrofia Muscular Progresiva, Discapacidades Mentales de la Infancia, Labio y Paladar Hendidos, Estrabismo Congénito y Ceguera Congénita y Discapacidades Visuales de la niñez; segundo grupo: Fracturas, traumatismos cráneo encefálicos y lesiones raquimedulares; tercero: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Afasia, Cáncer, Laringectomía, Enfisema Pulmonar y cuarto: Osteoartritis, Osteoporosis, Catarata Senil, Hipoacusia.

13 Tecnologías para la Universidad de la Información y la Computación, Manejo de Ecosistemas y Desarrollo Humano, donde la responsable fue la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; La Ciudad Universitaria y la Energía, encabezado por la Facultad de Ingeniería; Diversidad, Cultura Nacional y Democracia en Tiempos de la Globalización: las Humanidades y las Ciencias Sociales frente a los Desafíos del Siglo XXI, cuyas Facultades responsables fueron Filosofía y Letras y Ciencias Políticas y Sociales; Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública, bajo la responsabilidad de la Facultad de Medicina; Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento de Conductas Adictivas, a cargo de la Facultad de Psicología y Productividad Sostenible en los Hatos de Cría en Pastoreo, donde la titular fue la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Documento en línea, consultado en agosto de 2011. http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/gaceta/oct102k6/g_realiza.html

14 Surgen estudios como: 1) Perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del Servicio de Genética, del Hospital de México con el subproyecto “Directorio de Asociaciones y Fundaciones de apoyo a responsables de pacientes con malformaciones congénitas: Servicio de Genética del Hospital General de México”; 2) Factores que favorecen el desarrollo de personas con defectos del nacimiento, con el objetivo de descubrir, aislar y nombrar factores que facilitan o entorpecen el desarrollo de las personas con algún tipo de defecto al nacimiento. En una primera aproximación se han generado los subproyectos: a) “Red semántica de mi hijo con un defecto al nacimiento”; b) “Defectos al nacimiento: Sentido y significado en una muestra de estudiantes de la UNAM” y c) “Defectos al nacimiento: percepción del concepto”.

del crecimiento/maduración y metabólico, presente al nacimiento, notoria o latente, que interfiera la correcta adaptación del individuo al medio extrauterino en los aspectos biológicos, psíquicos y sociales, que sean capaces o no de ocasionar la muerte o la discapacidad para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones, en alguna etapa del ciclo vital” (NOM-034-SSA2-2002). Los defectos al nacimiento (DN) son “un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan la estructura, función o el metabolismo del producto, generalmente presentan un patrón hereditario denominado multifactorial, en el cual interactúan simultáneamente varios genes con factores ambientales. Se estima que ocurren en alrededor de uno de cada 50 nacidos vivos” (NOM-034-SSA2-2002).

- 3.1.2. **Defecto craneofacial:** serie de fallas que se identifican por hendiduras incluyendo las faciales o hipoplasias, hiperplasias y aplasias.
- 3.1.3. **Labio hendido:** defecto facial, que involucra el cierre incompleto del labio, unilateral, bilateral o medial, generalmente lateral a la línea media.
- 3.1.4. **Paladar hendido**¹⁵: “es una fisura media, longitudinal de la bóveda palatina que comunica la cavidad bucal con la nasal” (Valenzuela, 1975, p. 352). “una alteración en la fusión normal de las hojas palatinas; una falla en la unión, debido a la falta de fuerza, a la interferencia de la lengua o a la disparidad en el tamaño de las partes afectadas” (Shafer, 1986, p. 14). Afectación en paladar duro y blando.
- 3.1.5. **Labio y paladar hendidos:** “defecto del desarrollo embrionario producido por la detención del crecimiento” (Valenzuela, 1975, p. 353); son deformidades congénitas en las que el labio, el paladar o ambos presentan fisuras por falta de unión de las protuberancias que dan lugar a su formación; deformaciones congénitas del paladar y la boca, “es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y causa de discapacidad para la comunicación”.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) cambió la anterior denominación de “Labio leporino” que se presentaba en la tercera edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología, por la de

¹⁵ Incluye el paladar duro y el blando

“Labio y paladar hendido” (Gómez, 2008, p. 309). Es posible también encontrar nombres alternativos como son defecto craneofacial; hendidura labio-palatina y/o fisura platina.

La clasificación más conocida y utilizada es la de Kernahan y Stark en 1958 (Rozen, 2000, p. 32), quien utiliza la base embriológica para describir el diagnóstico de la hendidura tanto en labio como en paladar:



3.2 ANTECEDENTES

En diversos apartados del presente trabajo se ha reiterado que el ser humano siempre se ha interesado por el conocimiento de todo lo que le rodea y por supuesto de su propia presencia en el mundo; particularmente ¿de dónde ha venido?, del nacimiento, de la herencia y ha pretendido desentrañar los misterios que de ello han surgido asociados a creencias, supersticiones y tabúes. Al respecto Aristóteles trabajó sobre los embriones donde pretendía un cambio en la orientación mental dirigiéndola hacia la observación, alejándola de la superstición y más tarde durante la edad media, se buscó continuar con esos estudios sin éxito, pues fueron suprimidos por la intolerancia y autoritarismo de la época y es hasta finales del Siglo XV que se muestran ilustraciones de posibles posiciones del feto en el útero. Sin embargo, en cuanto a las malformaciones congénitas que aparecieron desde los albores de la humanidad, se han buscado explicaciones sobre ellas las que han variado en las diferentes épocas, de acuerdo con el concepto mágico-religioso o filosófico prevaleciente. Así, en algunas “culturas un niño malformado era considerado un ser impuro, que no debía vivir y entonces era destruido;

mientras que en otras, por el contrario, era deificado y adorado. En algunas religiones se considera como fruto del pecado, y por tanto como castigo divino; mientras que en otras era presagio de futuros acontecimientos, por desavenencias entre los dioses o por guerras cósmicas. A mediados del siglo XIX nace la teratología como la ciencia que trata las monstruosidades, y en las últimas décadas se ha acuñado el término dismorfología para referirse a la ciencia que estudia las malformaciones congénitas” (Corbo, 2001).

En numerosos estudios sobre de los defectos al nacimiento y/o malformaciones congénitas, se muestra el desconocimiento de las causas que contribuyeron a su presencia, algunos de ellos están asociados a aspectos genéticos o hereditarios, esto es de la transmisión de los caracteres de una generación a otra, lo que configura la herencia de los rasgos y otros a los congénitos; para Shafer y colaboradores es importante distinguir entre éste tipo de trastornos, así “la enfermedad congénita es aquella que está presente desde el nacimiento, pero que no es hereditaria. Por lo contrario, muchas alteraciones hereditarias se manifiestan en el nacimiento y otras aparecen después” (Shafer, 1986, p. 3), luego entonces lo congénito “es cualquier rasgo o entidad presente en el nacimiento adquirido durante la vida intrauterina” (Wikipedia, 2011). Por su parte Corliss en 1979 (Bradley, 1979) publicó dos categorías del desarrollo anormal: 1) genéticas y 2) no genéticas o ambientales, luego entonces la variedad de defectos congénitos los clasifica en: deformación radical temprana del cuerpo; desarrollo deforme de una parte limitada del embrión y trastornos histogenéticos tardíos; de ellos se han encontrado más de 90 errores heredados de los cuales 20 son detectados antes de nacer¹⁶. Algunos de ellos son causales de fallecimiento intrauterino y otros después del nacimiento, así de acuerdo con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2002, México ocupó el lugar 85 de una lista de 190 países, con una tasa de mortalidad infantil por defectos al nacimiento de 24 x 1 000 nacidos vivos; 3.4 veces más alta que la estimada para Cuba o Estados Unidos de Norteamérica en ese mismo año (Venegas, 2005). Valdés-Hernández, Canún-Serrano y colegas (2009), también estudiaron la mortalidad por defectos al nacimiento en menores de cinco años de edad en México de 1998 a 2006, mencionan que en México, los defectos al nacimiento figuraron dentro de las 10 primeras causas de mortalidad en niños menores de 14 años de edad en los años 2000 a 2005 y 2006, ellas han tenido una disminución en frecuencias absolutas y relativas durante el periodo de 1998 a 2006, se observa que en 1998 se registraron 10 120 defunciones y 9 327 en 2006, lo que representa un descenso de 8% y las principales afecciones fueron las:

¹⁶ Deformación ósea; Desarrollo excesivo; Trastornos de la resorción; Malposición y Persistencia de la topografía embrionaria, por ejemplo útero bicorne, testículos no descendidos o riñón pelviano.

malformaciones congénitas del corazón, anencefalia y anomalías similares, síndrome de Down, espina bífida, defectos de la pared abdominal, fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica y paladar hendido. Respecto a los factores de riesgo, mencionan: a) edad materna mayor de 35 años; b) edad paterna mayor de 35; c) antecedentes familiares o reproductivos de defectos al nacimiento; d) padres con enfermedades genéticamente determinadas; e) enfermedades maternas; f) exposición a agentes teratógenos; g) consanguinidad; y h) deficiencia de ácido fólico (AF) periconcepcional (Valdés 2009, p. 381-389). Venegas y colegas (2005) en su estudio, Mortalidad por defectos al nacimiento, estadísticas vitales en niños y adolescentes mexicanos, encontraron que no solo la distribución geográfica sino los genes relacionados y factores como teratógenos ambientales y otros contribuyen al incremento de tasas de mortandad. En relación con la patogénesis se ha planteado una posible interacción entre la deficiencia de ácido fólico y polimorfismos genéticos del tipo 677CT lo cual podría estar relacionado con la elevada frecuencia en México. Otros factores posiblemente involucrados son la obesidad materna y la exposición ambiental y laboral a compuestos químicos, en particular plaguicidas” (Venegas, 2005).

Respecto al labio y/o paladar hendidos, se encuentra ubicado en Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 Q35-Q37, dentro de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, entre las de labios, boca y paladar, considerados también como de entre los quince, defectos craneofaciales más comunes (Corbo, 2001), de cabeza y cuello, tanto en nuestro país como a nivel mundial, con una larga trayectoria en la historia de la humanidad en cuanto a su presencia, pues se tienen evidencias que datan del año 2000 a.n.e., de grabados y figurillas encontradas en diversas partes del mundo y en esculturas prehispánicas que lo demuestran; sin embargo respecto a la genética, la epidemiología, la etiogenesis y los aspectos psicosociales todavía falta un largo camino por recorrer, con la expectativa de que su abordaje multifactorial y por tanto sumamente complejo que incluye una rehabilitación e intervención multidisciplinaria, -como de la medicina: la cirugía general y la plástica, la odontología, terapia del lenguaje y la psicológica-, encuentren soluciones que contribuyan a minimizar de forma importante las consecuencias de éste padecimiento y un ejemplo de ello es lo mencionado por Ortiz Monasterio (Hernández , 1988, p. 20), “México podría ser el primer país en el mundo en el que se realicen operaciones en fetos humanos de cuatro meses y medio de gestación para corregirles el labio leporino y el paladar hendido mediante cirugía intrauterina quién basa su afirmación en el hecho de que ha efectuado operaciones en ratas y monos in útero a la mitad del periodo de desarrollo del embarazo, con éxito no lo he hecho en humanos, pero estoy listo para efectuarlo

el día que me decida a operar lo haré a los cuatro meses y medio, y no a los seis, como algunos medios informativos españoles lo dieron a conocer” (Hernández, 1988). También cabe mencionar que los recientes avances en la tecnología tridimensional han favorecido el desarrollo de técnicas para evaluarlo mediante la ultrasonografía, de modo tal que el diagnóstico puede realizarse de manera prenatal con alto grado de precisión a través del ultrasonido obstétrico y clínicamente al nacimiento, ya que los signos son evidentes a primera vista (Gómez, 2008, p. 309).

Es conveniente recordar que la salud durante los primeros años de la vida, incluyendo la etapa intrauterina depende en gran medida de la nutrición, las condiciones de salubridad del ambiente, el acceso a servicios preventivos y curativos de salud y en general de los cuidados y estímulos que reciben los seres humanos en los años de formación, crecimiento y desarrollo, así que antes de la segunda semana de vida embrionaria la cavidad nasal y bucal forman una sola llamándose boca primitiva la que empieza a cambiar debido a varias prominencias que aparecen, continuando su desarrollo hasta la octava semana cuando se cierra el labio superior, iniciando la formación del paladar el que concluye su crecimiento en la décima semana, lapso en la cual la mayoría de los defectos se instalan.

3.3 ETIOPATOGÉNESIS Y EPIDEMIOLOGIA

“Haring y Lewis revisaron literatura científica de los factores etiológicos conocidos que se presentan, tanto en las anomalías del desarrollo congénitas experimentales como en las espontáneas, aplicables tanto a la teratogénesis animal como a la humana y desarrollaron los siguientes principios: 1) las malformaciones inducidas experimentalmente en los animales son similares a las que se presentan de manera espontánea y esporádica en la población animal, es decir, fenocopias; 2) diversos agentes pueden inducir al mismo tipo de defecto; 3) el mismo agente aplicado a diferentes etapas del desarrollo produce varios tipos de defectos; 4) el mismo defecto puede inducirse con regularidad, si se aplica un agente teratógeno en el mismo momento y en un tiempo adecuado durante el desarrollo en la misma descendencia; 5) se pueden inducir defectos específicos con mayor facilidad en ciertas descendencias de una especie que en otras y 6) los agentes teratógenos no necesariamente alteran la salud de la madre. Los estudios experimentales de los agentes teratógenos han revelado invariablemente una cantidad importante de malformaciones bucales, de cabeza y cuello, muchas de las cuales tienen una contraparte humana” (Shafer, 1986, p. 3-4 y 12). Para Corbo y Miramón (2001), las causas de las malformaciones

congénitas son muy diversas y variadas¹⁷, específicamente las fisuras labio-palatinas son de las más importantes de todas las afecciones de la cara, (Gómez, 2008, p. 309) que se “desarrollan” entre el día 28 y 48, debido a que las estructuras comprometidas no se fusionan y esta no unión puede ir desde una pequeña hendidura en el labio hasta un surco completo que abarca el paladar y la nariz, pueden ocurrir por separado o juntos e incluso afectar la apariencia de la cara y conllevar problemas con la alimentación y el habla además de habituales infecciones auditivas y en cuanto a su naturaleza, se han propuesto teorías, pero ninguna se ha aceptado universalmente (Shafer, 1986, p. 3-4 y 12) y a pesar de las numerosas investigaciones clínicas y experimentales, aún no se conocen certeramente las causas que provocan las hendiduras y ante la abundante información encontrada se consideró pertinente agrupar los hallazgos en dos grandes rubros:

1. HERENCIA. Investigadores como Bixler, Bathia y Witkop (Shafer & Levy, 1986), consideran que la más común, sea a través de un solo gen mutante, o bien poligénica determinada por diferentes genes, produciendo cada uno un defecto pequeño, que juntos crean esta alteración; mendelianas y/o cromosómicas ya sea por adición o por pérdida (completa o parcial) de un cromosoma; Shafer y Levy (1986), especifican que el tipo de herencia es recesiva y la exactitud del pronóstico genético es dudoso (Corbo, 2001). De hecho se supone que cada individuo lleva alguna tendencia genética de presentar hendiduras, pero si ésta es menor que el nivel del umbral, no se desarrolla dicha alteración, cuando las tendencias individuales de dos progenitores se unen a su descendencia, si éstas exceden el valor del umbral se presentará la hendidura (Shafer, 1986, p. 14). Para Alas, Gurrola, Díaz, Casasa (2007), la herencia es el factor individual más importante, presente en un 20 a 25% de los casos como factor dominante, es decir a los principios mendelianos pues este tipo de hendiduras están asociadas a problemas con los genes que se transmiten de uno o ambos padres y con ello los antecedentes familiares.

2. MULTIFACTORIAL. No sigue los patrones básicos de las leyes mendelianas; “se asocia fundamentalmente a la herencia poligénica o multifactorial al resultado de interacciones complejas entre un número variable de genes menores que actúan por acción

¹⁷ 1) Genéticas: a) Herencia monogenética con los siguientes patrones de transmisión: Autosómica dominante, Autosómica recesiva, Recesiva ligada a X, Dominante ligada a X, Dominante ligada a Y; b) Herencia poligénica o multifactorial; c) Aberraciones cromosómicas y 2) Ambientales o teratógenos: a) Físicas, b) Químicas y c) Biológicas

aditiva generalmente de acción y número difícilmente identificables en términos generales como predisposición genética con factores ambientales usualmente desconocidos” (Corbo, 2001), de modo tal que un individuo hereda uno o más genes que lo hacen más propenso a tener una alteración sí se expone a ciertas sustancias ambientales, un ejemplo de ello es el humo del cigarro, estas personas tienen una predisposición genética a tener un defecto congénito y en caso de no exponerse a alguna sustancia ambiental antes del nacimiento, es probable que no lo tengan, así que los códigos genéticos de ambos padres participan en la génesis del labio y/o paladar hendidos (Rozen, 2000, p. 9). En el 25 % de los pacientes se conoce la causa en el restante 75 % la etiología es multifactorial; a su vez, de ese porcentaje 20 a 25% presenta antecedentes familiares en sus diversas expresiones fenotípicas ello se demuestra en las indagaciones realizadas por numerosos autores que apoyan este planteamiento, ya que encuentran que el mayor número de casos portadores de esta patología refieren antecedentes prenatales (Corbo, 2001). Además de considerar la participación de las genéticas, Emery y Rimoin (Wikipedia, 2011), Corbo, Miramón y otros investigadores, clasifican las causas multifactoriales en:

2.1 Infecciosas: aunque es clara la relación entre anomalías congénitas y agentes infecciones como rubéola, sífilis, toxoplasma, citomegalovirus no se ha comprobado un aumento en la incidencia.

2.2 Físicas: intensidad, duración y frecuencia a la exposición a la radiación X (Alas, 2007), ionizante en el primer trimestre de vida intrauterina, estando o no protegidos por pantallas de plomo, puede originar varios defectos cráneo faciales de las extremidades.

2.3 Químicas: consanguinidad (Corbo, 2001, p. 475), cuando el tipo de sangre del padre es RH positivo y el de la madre RH negativo, ingestión de fármacos como talidomida, fenobarbital, diazepam, valproato, trimetadiona, cortisona (experimental) o tóxicos como el alcohol y droga, tabaquismo materno, pesticidas en agricultura, exposición a algunos productos químicos como el plomo (Vilchis, 2010), fenitoína, hidantoína o difenilhidantoína y el uso de fármacos como anticomvulsionantes, durante las primeras semanas del embarazo de mujeres epilépticas.

2.4 Fisiológicas: relacionados con la madre como hipoxia, la multiparidad, edad precoz o avanzada (mayor de 40 años) o diabetes al momento del embarazo, abortos anteriores, en el primer trimestre de la gestación: metrorragia, enfermedades maternas

prenatales, ingestión de anticonvulsivos por epilepsia, enfermedades agudas, especialmente influenza. Respecto al embrión aporte vascular deficiente en la zona afectada.

2.5 Mecánicas: como es el caso del complejo ADAM (deformidad amniótica, adhesiones, mutilaciones) y la secuencia de Pierre Robin, la cual consiste en una anomalía exclusiva del paladar que se asocia con gran hipoplasia del maxilar inferior, esto es que el paladar no se ha cerrado en virtud a la presión hacia atrás de la lengua y la mandíbula, debida a la anteflexión intrauterina de la cabeza sobre el tórax, al tamaño de la lengua (Shafer, 1986, p. 14-15) e incluso a la barrera que forma el dedo pulgar introducido en la boca, también impide el cierre del paladar.

2.6 Ambiental: Northland y otros al estudiar la incidencia de labio leporino y fisura palatina en centros hospitalarios de la ciudad de Antofagasta, región al norte de Chile, encuentran una tasa de fisurados menor que la esperada, y postulan los factores medioambientales relacionados con la tensión de oxígeno, contaminantes atmosféricos u otros factores estresantes (Corbo, 2001); residuos sólidos, sólidos urbanos (González, 2011).

2.7 Nutrición: los regímenes dietéticos inadecuados durante los tres primeros meses de vida embrionaria, deficiencia de ácido fólico y vitamina B o bien avitaminosis en general y antimetabólicos (Alas, 2007).

2.8 Psicoafectivas: Streen y Peer (Shafer & Levy, 1986, p. 14) señalaron que las tensiones fisiológicas, emocionales o traumáticas pueden jugar un papel importante en la etiología de la fisura palatina humana, debido a que la tensión induce un aumento de función de la corteza suprarrenal y la secreción de hidrocortisona. Su estudio, basado en historias de 228 madres de niños con paladar hendido, confirma los datos experimentales de la aparición del paladar hendido en animales, debido a la acción de agentes productores de tensión o a la administración de cortisona. Sin embargo, Fraser y Warburton (Shafer & Levy, 1986, p. 15) han publicado datos que indican que ni la tensión emocional materna, ni la falta de suplemento nutricional se relacionan de modo casual con labio o paladar hendidos. Actualmente el estrés es asociado como el producto y consecuencia de infecciones, traumatismos o alteraciones psicogénicas, pues genera un aumento en la actividad adrenocortical con la consiguiente liberación de cortisona; si esta liberación se presenta durante alguna etapa de la organogénesis y puede producir variados tipos de malformaciones.

2.9 Sociodemográficas, socioeconómicas: algunos autores en México como González, Medina, Pontigo, Casanova, et al (2011) y de otras partes del mundo también han mostrado a éstos como factores de riesgo para el labio y paladar hendidos, en ello incluyen variables de tipo ecológico.

Puesto que principalmente están implicados los genes, las probabilidades de recurrencia de fisura de labio, de paladar o ambos en nuevas gestaciones en una familia son elevadas, ello depende del número de integrantes la presentaron, de modo tal que si unos padres sin afección de hendidura tienen un primer hijo con esta anomalía, las posibilidades de que tengan otro con iguales características varían del dos al ocho por ciento; para el caso de que uno de los padres tenga una hendidura, las probabilidades de que se presente la malformación es del 10 al 12 por ciento y si ambos padres fueron afectados, las posibilidades de que otro hijo nazca con esta anomalía se incrementa considerablemente al 35 ó 40 por ciento.

Respecto a la epidemiología, esto es la forma clínica e incidencia y de acuerdo a las fuentes consultadas del labio y/o paladar hendidos se encontraron discrepancias en lo relativo al número de personas afectadas, probablemente ello responde a dos situaciones principales, una a la metodología utilizada para el registro y la otra, es pertinente mencionar que aún cuando estamos en las primeras décadas del siglo XXI, hay comunidades especialmente rurales, aunque también urbanas, a nivel mundial, donde todo el proceso del embarazo y el parto, particularmente cuando no conlleva riesgos, se llevan a cabo en los domicilios particulares de la embarazada o algún familiar y son atendidos por parteras tradicionales, por lo que no es utilizado el servicio institucionalizado y por lo tanto no hay registro de las condiciones en que se encuentra el neonato, de modo tal que a riesgo de contar con cifras aproximadas, se presentan los datos estadísticos encontrados inicialmente a nivel internacional y posteriormente los nacionales, así por ejemplo Neel (1958) observó que la frecuencia entre los orientales es mayor con una incidencia de 2.13/1000 nacimientos en el Japón y los Estados Unidos, Altemus y Ferguson reportan 0.24/1000 nacimientos. Gámez (1982), menciona después de revisar los trabajos de Fogh-Andersen, que “apareció con mayor frecuencia que hace 50 o 60 años y ocupó el noveno lugar de las malformaciones más comunes” (Gámez, 1982. p. 1); Corbo y Miramón (2001) “en un estudio colaborativo latinoamericano de Malformaciones congénitas (ECLAMC) en el período 1982-1990 se encontró una tasa global de 10,49 × 10 000, llamando la atención la alta frecuencia en Bolivia (23,7), Ecuador (14,96) y Paraguay (13,3), seguramente debido a que sus poblaciones tienen mezcla con raza india. Se encontraron, sin embargo, tasas más bajas en Venezuela

(7,92), Perú (8,94), Uruguay (9,37) y Brasil (10,12), todas por 10 000 habitantes que se explican por la mezcla con la raza negra de sus poblaciones. Se ha planteado que la incidencia global de hendiduras maxilofaciales está comprendida entre 1:500 y 1:700 nacimientos”, (Corbo, 2001). Shafer & Levy (1986, p. 15) menciona que en “un estudio extenso realizado en Pensilvania por Grace, mostró que uno de cada 800 niños nace con ésta deformación”. Otros estudios realizados en Estados Unidos, como los de Davis, indicaron una proporción de un niño afectado aproximadamente en 1200 nacimientos, mientras que el estudio estadístico realizado por Forgh-Andersen en Dinamarca informó una frecuencia de uno en 665. Para Grobeisen (1996), la hendidura facial ocupó el segundo lugar de las enfermedades congénitas y representó el 3% de todas las anomalías y ocurre uno de cada 2500 nacidos vivos; por su parte Rozen (2000), menciona que de los nacidos vivos dos a tres por ciento tiene malformaciones congénitas, de ellos 15% presenta labio y paladar hendido y por grupos raciales: 1) Caucásicos 1 por cada 1000, información que coincide con Morales, Rosquillas et al (1999, p. 475); 2) Negros 1 por cada 2400; 3) Japoneses 1 por cada 500 y 4) México 1 por cada 850, todos ellos en nacidos vivos (Rozen, 2000, p. 29) (Gómez, 2008, p. 309), son más comunes entre los asiáticos y determinados grupos de indios americanos que entre caucásicos, ocurren con menos frecuencia entre los afroamericanos y se presenta más en niños que en niñas. También se han encontrado datos que sostienen que uno de cada 700 niños nace con labio o/y paladar hendidos (SALUDPEDIA, 2011), pero que “en los últimos años a causa del control de la natalidad y del asesoramiento genético, la incidencia de estas hendiduras ha disminuido” (Corbo, 2001).

Particularmente en México se han llevado a cabo en diferentes momentos estudios al respecto del padecimiento, tema central de esta pesquisa como el de Gámez realizado en la clínica 3A de Gineco-Obstetricia del IMSS en la Ciudad de México durante 1980, donde se obtuvo que de un total de 33,387 nacimientos, 2077 fueron malformaciones y de ellas 27 correspondieron a labio y paladar hendido y ocupó el noveno lugar de las malformaciones (Gámez, 1982. p. 12), sin embargo para Gómez y Lara (2007) en México, ocupa el primer lugar entre todas las malformaciones congénitas; en Morales, Rosquillas y colegas (1999) se menciona que Pérez, Alfaro, Angulo y Nario (1993) en dos hospitales de Guadalajara, Jalisco, reportan una prevalencia general de 13.2/10000 recién nacidos. En el Estado de Chiapas se observa con frecuencia, cifras extraoficiales que calculan 1/600 nacimientos y para Rozen (2000, p. 29) y Gómez (2008, p. 309), la incidencia general para las fisuras labiales y palatina, es de un por cada 800 a 1000 nacidos vivos.

En Morales, Rosquillas y colegas (1999), de abril de 1993 a enero de 1999, en el Hospital General I perteneciente a la Secretaría de Salud en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, mencionaron que en ese estado, puede ser tan frecuente como entre los japoneses y estudiaron a todos los pacientes portadores de labio y/ o paladar hendido que ingresaron al hospital, aun cuando llegaron en edades muy avanzadas con respecto al inicio ideal del tratamiento quirúrgico, debido muy probablemente al grado de marginidad en que viven; se investigaron los siguientes datos: edad, sexo, lugar de origen, antecedentes heredo-familiares, edad paterna, número de gestación, peso, hemoglobina, hematocrito, malformaciones asociadas, tipo de hendidura labio-palatina. Se valoraron 175 pacientes: 111 hombres (64%) y 64 mujeres (36%). Noventa y seis casos (55%) fueron indígenas, de estos, 62 corresponden al grupo étnico Tzotzil, 33 al Tzeltal y uno al Tojolabal; 20 pacientes presentaban antecedentes heredo-familiares positivos: 14 de línea materna, tres paternos y tres de ambos. Según la edad de los padres no representó significancia estadística como factor predisponente, en la mayoría de los casos se presentó en edad reproductiva adecuada; se ignora por qué se presentó con mayor frecuencia en la tercera gestación (22%), más frecuente entre la raza indígena (tzeltales y tzotziles y de acuerdo al tipo de hendidura labio-palatina la distribución fue de la siguiente forma: labio hendido 42 pacientes: 13 mujeres, 29 hombres; labio y paladar hendido 120 pacientes: 43 mujeres y 77 hombres; paladar hendido 13 pacientes: siete mujeres y seis hombres. Según el lado afectado 72 correspondieron al lado izquierdo, 58 al derecho y 32 bilateral, (Morales, 1999, p. 475).

Gómez y Lara (2007) en su estudio de tipo exploratorio, llevado a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad de México la Incidencia del labio y paladar hendidos en México: 2003-2006, recopilaron datos del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, en los reportes que presentan los concentrados anuales correspondientes a los años mencionados, con los que se determinó la incidencia por género y el número de nacimientos con labio y/o paladar hendido (CIE 10-Q35-Q37), por entidad federativa, así a nivel nacional se presentaron un total de 10.573 (promedio de 1.510,43) nuevos casos con una tasa nacional de 0,60 a 0,87 por cada 1.000 nacidos vivos y el año en que se observaron mayor número de nuevos casos fue en 2004, reportándose también la mayor tasa, con 32.02% mayor incidencia en hombres que en mujeres. En el año 2003 la tasa de incidencia fue de 0.636 por 1,000 NVR, para 2004 de 0.672, para 2005 de 0.467 y para 2006 de 0.479, significativamente menores a las esperadas. Las entidades con las mayores tasas de incidencia fueron Jalisco y el estado de México, Colima reporta la tasa menor en este periodo (Gómez, 2008, p. 309).

González, Medina, Pontigo, Casanova, et al (2011), en Estudio ecológico en México sobre labio y/o paladar hendidos, durante el período de 2003- 2009, recopilaron información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e información (INEGI), Consejo Nacional de Población (CONAPO), Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y el Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, determinando variables del perfil sociodemográfico, socioeconómico y de contaminación que se encuentran correlacionadas a nivel ecológico y encontraron que se presentaron 10.573 nuevos casos en promedio de 1.510,43 por año. Los estados con mayor tasa de LPH (x 1.000 nacidos) fueron: en 2003 Distrito Federal (1,76), en 2004 Jalisco (2,62) y el más afectado cada año, en 2005 Oaxaca (1,66), en 2006 Estado de México (1,29), en 2007, 2008 y 2009 Jalisco (2,17, 2,92 y 1,99, respectivamente). Los varones fueron los más afectados, para México tienen una incidencia de alrededor de 1,1 a 1,39 por cada 1.000 nacidos vivos registrados; además, ocupan el primer lugar entre todas las anomalías congénitas (González, 2011). De acuerdo a los hallazgos y a autores internacionales y nacionales como Shafer, Grobeisen, Morales, Rosquillas y colegas (1999), Rozen (2000, p. 29), MacMahon y McKeown (Shafer, 1986) entre otros, quienes ratifican lo vertido en la información, se concluye que:

1. La afección craneofacial, del labio hendido con o sin asociación de paladar hendido, se presenta para Fogh-Andersen 40 % (Shafer, 1986, p. 14), Taylor y Lane, McConel, et al (2001, citados en Corbo, 2001) 75 y 80 %, Corbo y Miramón (2001) 50%.
2. El labio hendido o fisurado, es más frecuentes en los varones en 44%, unilateral izquierdo en 36% (Morales, 1999, p. 475) y por lo general se asocian con paladar hendido.
3. La fisura labio palatina es la más común, se presenta más en el sexo masculino, unilateral y del lado izquierdo.
4. El paladar hendido o fisura palatina aislada se presenta en un 20 % (Shafer, 1986, p. 14) y 7.5% (Morales, 1999, p. 475), es más frecuente en mujeres (Morales, 1999, p. 475) y por lo general la hendidura es completa.
5. Aproximadamente la cuarta parte es bilateral (Corbo, 2001) (Morales, 1999, p. 475) y para Morales, Rosquillas y colegas (1999) 68.5 %.

6. En la edad especialmente de la madre al embarazarse requiere de estudios más profundos ya que para Shafer el porcentaje más alto se presenta en hijos de mujeres entre 21 y 25 años de edad, para MacMahon y McKeown, (Shafer, 1986, p. 15) el labio hendido con o sin paladar hendido, aumenta con la edad de la madre y para Morales, Rosquillas y colegas no es un factor importante en la presentación de esta enfermedad.

7. Existe información de malformaciones congénitas y 104 síndromes asociados fisuras labio palatinas y 215 con paladar hendido (Rozen, 2000, p. 30, 31) o ambas, algunas determinadas por genes mutantes únicos, otros por transmisión mendeliana como el síndrome de Apert, Van Der Woude, Treacher Collins, por síndromes cromosómicos en particular trisomía 21 (Down), trisomía 18 (Efwars), trisomía 13 (Patau); Morales y Rosquillas, lo encontraron asociado a síndrome de Adam, hernia umbilical e inguinal, estrabismo, sindáctila, fístula preauricular, criptorquidia, dextrocardia, Pierre Rubin, pie equino varo y los esporádicos como displasia frontonasal, holoprosencefalia, entre otros.

Del mismo modo que otras malformaciones, la fisura sea labial, palatina o ambas, conlleva un manejo integral (Rozen, 2000, p. 30 y Gómez, 2008, p. 309) a largo plazo en cuanto a:

1. Genético. Embriología, anatomía, epidemiología, clasificación y herencia.

2. Médico. Implica aspectos como el mantenimiento de la salud pues la comunicación de las cavidades bucal y nasal, expone al bebe a continuas rinosfaringitis, otitis y/o hipoacusia, así como a repetidas bronquitis; en el nutricional, que es básico pues dada las características de los órganos involucrados se corre el riesgo de que la alimentación sea deficiente y por lo tanto insuficiente para aumentar de peso, motivo por el cual en la actualidad se sugiere forzar la succión del seno materno, solo en caso contrario el uso de algún dispositivo para iniciar la alimentación; quirúrgico, se obtienen mejores resultados cuando se operan a temprana edad, de acuerdo al estado de salud general, al nivel sanguíneo requerido y al peso corporal, es posible una primera operación a los tres meses de edad para el cierre del labio y para el paladar lo más recomendable es a los 18 meses, pues ésta es una cirugía por un lado es más complicada, por el otro para la reconstrucción se esté en condiciones adecuadas para el momento que se inicie la pronunciación de las primeras palabras, de cualquier forma en diversos casos es necesario reeducar a los pequeños en la fonación y finalmente puede

producirse una alteración en el crecimiento cuando se efectúa antes del lapso mencionado. Durante la niñez en caso de necesitarlo, cirugías de secuelas y a partir de la adolescencia, una vez terminado el tratamiento ortopedia maxilofacial, la cirugía reconstructiva y estética en labio y nariz, según la distorsión que presente.

3. Ortopedia maxilofacial. Específicamente para el caso de la fisura palatina, su crecimiento se ve alterado y disminuido de forma importante, el desarrollo no corresponde al del maxilar por lo que la persona puede parecer prognata sin serlo, además por lo general los dientes afloran desalineados y/o desplazados, se elevan las posibilidades de caries y es conveniente un tratamiento estético dentomaxilares y facial.

4. Lenguaje. Por la arquitectura anormal del paladar, se tienen problemas de fonación nasal, situación que se acentúa cuando hay reducción en la audición y solo pueden articularse correctamente algunas de las consonantes (m, n, ñ que son nasales) por ello se requiere de terapia para desarrollar un lenguaje apropiado, para que no se generen otro tipo de problemas como los psicológicos.

5. Psicológico. Se crece y empieza a diferenciar la situación como de fonación y el estético, por otro lado es un conflicto severo para los padres el conocimiento de que su recién nacido presenta una anomalía y sobre todo cuando se desconocen antecedentes familiares (Gómez, 2008, p. 309), con ello se corre el riesgo de la falta de estimulación psicoemocional, en donde se ve afectada la autoestima tanto en quien la tiene como en los progenitores, quienes algunas veces llegan al rechazo, lo que ocasiona aún mayor daño que las propias malformaciones. Por ello, mientras más temprano se realice el tratamiento integral será mejor la imagen corporal y por ende su integración social (Corbo, 2001).

3.4 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDOS

La pretensión del conocimiento de un objeto de estudio psicosocial conlleva indiscutiblemente un análisis multifactorial del cual hemos insistido a lo largo de los capítulos expuestos y sí bien día a día los estudios epidemiológicos y etiopatogénicos acerca de la fisura de labio y/o paladar en cualquiera de sus presentaciones, se han incrementado considerablemente como se mostró en el apartado anterior, no así de forma proporcional en aspectos psicológicos y sociales, sin embargo no hay la menor duda, dada la importancia de la

atención al mantenimiento de la salud integral de los seres humanos en cualquier fase del ciclo vital, que aumenten de manera significativa; por el momento baste decir que se llevan a cabo procesos emocionales, motivacionales, perceptuales y cognitivos, entre otros que inciden en la forma de comunicarse por lo tanto también pertenecen, repercuten y quedan instalados por la influencia de tres grandes áreas:

1. Social. Representada especialmente por los padres, en espera de ser modelos de comportamientos aceptables para el entorno, incluye además a la familia de origen y la extensa, amigos, vecinos, medios masivos de comunicación, tecnología, zona geográfica, cultura, el momento histórico, entre otros y a lo largo del tiempo todos ellos van creando normas de identidad ante las que hay que ajustarse, mediatizada por el contexto, por estímulos externos fuera de la voluntad personal, para darle sentido y significado al mundo físico, biológico, psicológico, social y espiritual, donde se llevan a cabo infinidad de conductas entre ellas se enseña al encubrimiento de alguna característica considerada por los demás como diferente, aún cuando la discrepancia no sea perceptible directamente, ni conocida para todos ni para siempre.

2. Individual. Incluye la formación psicosocial, la identidad, el SELF, el “MI” y el “YO”, cogniciones, representaciones, significados, proceso de asimilación y acomodación de comportamientos aprehendidos activamente por observación e imitación dentro de un contexto social, procesando, organizando información, apreciando segmentos de la realidad, para reaccionar en base a premios o castigos, rechazo o aceptación.

3. Interacción. Cada partícipe en una relación tiene en cuenta al otro para conducirse y dar satisfacción tanto a sus propios impulsos como a los de los demás, sin embargo el resultado es una interacción compleja, expresada en reglas, normas, costumbres, hábitos, conductas; ideas, pensamientos experiencias, cogniciones; significados, sensaciones, valores, percepciones -de sí mismo-, emociones, estados de ánimo y actitud frente al entorno que le rodea, aprendidos socialmente, que conforman la subjetividad del ser humano de quién ha de observarse su comportamiento.

Entonces es el medio social el responsable de establecer representaciones, estructuras, procesos mentales, categorías, formación de prototipos, estereotipos, generalizaciones, actitudes, expectativas y conductas, acerca de lo que es aceptable, agradable,

bello, simpático, de lo que está bien o de lo desagradable, feo, antipático o está mal, sobre las posibilidades de éxito o fracaso e incluso de creencias respecto a quién o qué factores controlan la vida, mediadas por la provisión de incentivos, como premios, elogios, estimulación del autoreconocimiento, pero también la posibilidad de manifestar respuestas negativas que impidan los cambios positivos, de modo tal que se conforman una serie de conductas esperadas por los demás, una imagen ideal, en esencia una identidad social sobrentendida, que en ocasiones puede discrepar de la identidad social innegable, ocurriendo que los atributos no coincidan entre lo que se espera de cada individuo y lo que ofrece, a la vez que daña la identidad social, motiva aislamiento, muestra el grado en que un individuo percibe el origen de su propio comportamiento de manera intrínseca o extrínseca a él y se consigue evaluar mediante la capacidad de control y autocontrol, hasta qué punto no son afectados ante eventos sociales o de lo contrario cómo son influenciados por éstos en su actuar (Manrique, 1999, p. 118). Aún más con la edad, la entrada y años de estancia escolar los niños se mueven fuera del rango de la esfera familiar, incrementan su autonomía e independencia, inician, promueven, establecen, sostienen o rompen relaciones interpersonales de forma opcional y voluntaria, -donde se ven involucradas dos personas en diversas actividades, entre ellas las recreativas- dependiendo del grado de mutua congenialidad, de la satisfacción y de las recompensas continuas que se obtengan de tales interacciones, cuya base es la apariencia física como una primera aproximación de contacto con los demás, quién desempeña un papel fundamental para el inicio de la socialización que por lo general en esos primeros encuentros se tiene la necesidad de contar con un estímulo o señal para clasificar o etiquetar a una persona de acuerdo a los estándares provistos desde el punto de vista de la comunicación social, la humana, esto es desde la interacción simbólica, de modo tal que a través de la percepción durante una primera aproximación con una persona que está enferma o presenta un desfiguramiento visible se determina la conducta a partir de la señal que dan los otros sobre ese hecho, luego entonces ese signo adicional conductual y verbal seleccionado refuerza estereotipos como por ejemplo: una malformación a la que se le atribuyen características despreciativas que en primera instancia pueden servir de reforzamiento en el sentido de la percepción propia de sí mismo y generar carencia de confianza, de talentos que consecuentemente conllevan la aprobación social y por tanto sentido de pertenencia.

Es común que cuando a los individuos se les ha asignado un atributo negativo, sean considerados por los demás como diferentes, situación que genera tensión emocional leve o excesiva por lo que se evita ser desacreditado ó bien desacreditable, en

ambos casos se da lugar a la indiferencia, al encubrimiento a determinados atributos negativos que motivan la anulación de los positivos que posee cada individuo, ello motiva el alejamiento de los demás, de los que se consideran normales y con frecuencia son un serio obstáculo e insalvable en las relaciones interpersonales e intergrupales que impide la comunicación plena, tanto por causas propias del individuo, quién no abandona las expectativas sociales que establecen los otros, se retira del juego encubriendo o enmascarando su realidad y sin asumirla instaura un conjunto de categorías sociales en donde quedan situados y a medida que transcurre el tiempo o se intensifica la interacción o se disminuye debido a "las transacciones" o a las nuevas personas estigmatizadas (Richardson, 1973). La actitud y conductas que los demás manifiestan ejercen una fuerte influencia, tal como lo demostró Tizard (1964, como se cita en Richardson, 1973, p. 1050) en una pequeña unidad experimental que la socialización de los niños con discapacidad física y una larga estancia en una institución hospitalaria, depende de los modelos que tengan para conformarla, de la forma de comunicación que los demás establezcan, así ayudado por el personal, empiezan a restar importancia a las enfermedades y discapacidades de los niños, en primera instancia se les dejó de llamar enfermos y se enfocaron en fomentar las capacidades funcionales, los signos de interés y crecimiento. Durante el estudio se requirió de un contacto consistente y día a día, superando las dificultades de los turnos rotativos, que en momentos se desarrollaron relaciones interpersonales difíciles e imposibles entre los niños y el personal, se presentaron algunos cambios como el mantenimiento de una buena salud física y vivieron mucho más tiempo en actividades motoras gruesas bajo el sol y alertas, usaron equipo para nadar, triciclos, redes para escalar, barras paralelas, patearon y tiraron el balón, comieron y durmieron bien, tuvieron enfermedades pequeñas. Socialmente, desarrollaron fuertes lazos afectivos y cooperativos con los miembros del staf y los otros niños; emocionalmente estuvieron menos desajustados, incrementaron su confianza, fueron más afectivos, felices y llenos de diversión (Richardson, 1973).

Goffman (1963, como se cita en Richardson, 1973, p. 1054), analiza la influencia que las interacciones sociales ejercen de quienes se consideran "normales" sobre la formación de la identidad, el self de personas cuyas características les hacen especiales al resto de la sociedad, esto es a quienes hay la tendencia de atribuirles una amplia gama de imperfecciones sobre la base original y una vez que la persona es estigmatizada, tiende a mantener la misma creencia, además de percibir que en realidad no lo aceptan ni que están dispuestos a hacer contacto en igualdad de circunstancias, así que las características funcionales y la estigmatización en una

discapacidad física influyen en las relaciones sociales voluntarias (Richardson, 1973). Por lo general los estigma son infinitos y probablemente varían de acuerdo al contexto, época, género, raza, nación, religión profesión, entre otros en la que se vive, dentro de los más frecuentes se encuentran los que hacen referencia a deformidades del cuerpo o defectos físicos y del carácter como la falta de voluntad, deshonestidad, creencias rígidas, pasiones tiránicas, contamina a todos los integrantes de la familia y sólo la autoaceptación y la autoestima adecuadas hacen que el encubrimiento no sea necesario. Ahora bien, en cuanto a las anormalidades físicas y psicológicas, tienen una connotación negativa, pues es claro que a ningún ser humano le resulte agradable poseer o que alguno de sus hijos, parientes, amigos, o conocidos cercanos padezca algún defecto, que al momento del nacimiento son identificadas de forma tal que la atención se inicia en forma intensa, con la presencia de actitudes, cogniciones, representaciones, matizadas por el locus de control, entre las están los miedos, las injustas como de violencia, el abandono, la depresión y sentimientos de culpa, creencias, entre otras reacciones sobre las cuales es conveniente reflexionar, por ejemplo las posibles causas que motivan la privación de estimulación especialmente de la social, que los menores enfrentan y cuyas repercusiones impactan sus potencialidades, habilidades, la percepción de sí mismos conducente a una connotación negativa al rechazo social evidente, porque entre otros aspectos no se cumple con los estándares de belleza esperados y establecido en y por la sociedad, es decir una apariencia física agradable, relevante para el inicio de las relaciones interpersonales, especialmente las voluntarias, como lo demuestran los hallazgos realizados por Richardson, et al., (1961, citado en Richardson, 1973, p. 1052) y confirmados en Inglaterra, Alemania, Israel y México, donde a niños de 9 a 11 años de edad se les mostró cinco fotografías de menores que portaban diferentes discapacidades físicas visibles y una sin discapacidad y sin excepción aquellos considerados como “normales” fueron los seleccionados por ser los más agradables y gustados así pues, cuando una anormalidad física es identificada, hay evidencias de que la atención psicológica y física inicial de los padres por su hijo se intensifica enormemente después del nacimiento y en el caso de la madre hay reacciones violentas, depresión, sentimientos de culpa y por algún tiempo un miedo intenso.

Particularmente, tanto en niñas como niños con labio y/o paladar hendidos viven limitaciones que dificultan su desarrollo psicosocial y la familia tiene también un impacto debido a la malformación generando estrés y desestabilidad en el funcionamiento de la dinámica, dentro de las posibles causas están:

1. Sociales

- 1.1. Trastornos emocionales: culpabilidad, frustración, desilusión, tristeza, vergüenza, miedo, enojo
- 1.2. Rechazo, celos y vergüenza de hermanos, amigos y vecinos
- 1.3. Estigma social
- 1.4. Burlas de compañeros
- 1.5. Curiosidad pública
- 1.6. Tensión y carga extra de trabajo por los cuidados especiales
- 1.7. Desajuste familiar
- 1.8. Creencias populares entre las cuales están: las impresiones intensas y negativas maternas con una influencia prenatal importante como los antojos, eclipse de luna, mal de ojo, no usar un listón rojo, no colgarse tijeras durante el embarazo, uso de faja reductiva, de medicamentos como la penicilina o del DIU y embarazo antes del matrimonio, entre otros.

2. Individuales

- 2.1. Trastornos psicológicos del paciente: ansiedad, culpabilidad, frustración, tristeza, depresión, vergüenza, miedo, inseguridad, aislamiento, inmadurez, sobreprotección.
- 2.2. Autoestima afectada en forma negativa, pobre imagen de sí mismo, sentimientos de inferioridad.
- 2.3. Suposición de capacidades intelectuales reducidas.

En el primer año de vida es primordial la relación madre-hijo, en aspectos fundamentales como: el alimenticio, afectivo y psicosocial, por lo tanto es importante la aceptación de este “padecimiento”, con ello lograr la adaptación al medio; un vínculo óptimo a fin de que las repercusiones psicológicas sean aceptables y leves, para un buen manejo de la autoestima y de las relaciones interpersonales durante la vida, personal, familiar y social.

A partir de ello y de acuerdo con los teóricos psicosociales como Thurstone, Newcomb, Osgood, Jones y Gerard y Allport, entre otros, se busca encontrar explicaciones de las costumbres de los individuos de una sociedad determinada, con la posibilidad de predecir comportamientos y encauzar modificaciones a la forma de actuar y responder a los estímulos, a las formas interpersonales durante la vida, personal, familiar y social que presenta el medio en que vive el ser humano, para ello el estudio de las actitudes constituyen una de las herramientas más eficaces pues cubren casi todas las características de la personalidad como: la percepción, interpretación, generosidad, humildad, los sentimientos de agrado o desagrado, coraje, los temores, los prejuicios, etcétera, aún más como proceso psicofísico, determinan las respuestas de cada persona en el mundo social y se pueden enmarcar dentro del enfoque funcional ya que éste se interesa en la reacción del organismo, en la relación funcional entre antecedente y consecuente y en el papel de la adaptación de la conducta humana al medio.

4. ACTITUDES

“Los seres humanos tienen que pasar por una secuencia de pasos mentales-emocionales- sociales en el proceso de una innovación . . .”

José María Blanch

El estudio de las actitudes, es de interés para sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, empresarios, entre otros profesionales centrados en el ser humano, con diversos motivos, porque cubren casi todas las características de personalidad como la percepción, interpretación, generosidad, humildad, los sentimientos de agrado, desagrado, enojo, alegría, felicidad, aceptación, los temores, los prejuicios, etcétera y tienen como una de sus principales bondades la de demostrar procesos mentales individuales que “determinan tanto las respuestas actuales como las potencialidades de cada persona en el mundo social” (Allport, 1967, p. 6) así las actitudes, consideradas como un proceso psicofísico que establecen las posturas de quienes observan un objeto, fenómeno, evento o circunstancia, se enmarcan dentro del enfoque funcional ya que éste se interesa en la reacción de los organismos, en la relación funcional entre antecedente y consecuente, particularmente en el papel de adaptación de la conducta humana al medio (Eslava, 1981, p. 8).

Las actitudes están estrechamente relacionadas con otros procesos psicológicos, como por ejemplo: a) Motivación, que según Newcomb es “un estado del organismo en el que la energía corporal es movilizada y dirigida en forma selectiva hacia determinadas partes de medio ambiente” (Klinenberg, 1974, p. 81). Esta energía corporal produce una inquietud, iniciándose así las tendencias a la actividad; b) Percepción, fisiológicamente es “un proceso regido principalmente por la excitación de los receptores sensoriales, pero influido también por otros factores que según puede mostrarse, se han originado durante la historia vital del organismo” (English, 1977, p. 599), de ello es viable deducir su vinculación inherente e intensa con el tema central de este apartado, pues en tanto los sentidos no captan un objeto, generalmente del exterior al organismo, es difícil manifestar una postura, una actitud ante él; c) Aprendizaje, “término

muy general para un cambio relativamente perdurable, como respuesta a las exigencias de una tarea, inducido indirectamente por la experiencia; o el proceso o procesos por los que ese cambio se produce” (English, 1977, p. 70), también Kimble (1961) lo define “como un cambio relativamente permanente en una tendencia de la conducta, que se da como efecto de una práctica reforzada”, (Enciclopedia Internacional, p. 445). De igual manera que con los demás aspectos psicológicos mencionados es evidente la relación de este aspecto con las actitudes ya que se origina un nuevo conocimiento que da por resultado una nueva posición frente al objeto de aprendizaje; d) Memoria, “es la función general de revivir o reproducir la experiencia pasada con la noción más o menos definida de que la experiencia actual es una reviviscencia. Se han conocido cuatro fases distintas de ella, memorización o aprendizaje, retención, evocación y reconocimiento” (English, 1977, p. 510) e) lenguaje “conducta verbal o escrita, característica peculiar del hombre” (English, 1977, p. 537), considerado también como un instrumento de reflexión, de comunicación y un medio de acción a través de un sistema de signos que produce una sociedad para su funcionamiento y la satisfacción de necesidades. Es conveniente enfatizar la importancia de la comunicación no verbal, básica en las primeras etapas del ciclo vital del ser humano, pues es a través de ella, que se incorporan patrones, estilos y formas de comportamiento, como el género: masculino o femenino y asimismo las formas de socialización y f) Personalidad, es el “modo de ser individual, conjunto de todos los procesos y propiedades psíquicas de un hombre que se manifiestan de modo mediato o inmediato” (Dorsch, 1977, p. 702), o "la organización dinámica en el interior del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente" (Allport, 1967). “En la génesis de toda personalidad se encuentran elementos de origen hereditario y elementos de origen ambiental. La herencia proporciona una constitución física y una dotación genética, mediante las cuales se va a captar el mundo y a responder ante él. El ambiente proporciona elementos de interpretación, pautas para dar significado a los estímulos, y determinar formas de respuesta” (Álvarez, 2011). De este modo, la actitud camina paralelamente con otros procesos psicosociales del individuo que implica estimar la conducta hacia un conjunto de situaciones, de objetos cuyas referencias tienen su origen en lo social.

4.1 MODELOS

A lo largo de su historia los supuestos teóricos que respaldan el estudio de las actitudes han proliferado acordes al campo profesional que ha requerido de su análisis por ello se presenta la clasificación siguiente:

1. Unidimensional, denota el carácter evaluativo, convirtiéndose en su elemento fundamental, en este sentido, la actitud será sinónimo de simpatía-antipatía, aproximación-rechazo hacia el objeto actitudinal. Para Petty y Cacioppo (1981, 1986, Tapia, 2007, p. 256) se entiende como una evolución general y perdurable de carácter positivo o negativo, pues la actitud es una predisposición aprendida a responder de forma consistente de una manera favorable o desfavorable con respecto al objeto determinado. De este hipotético se desprenden las siguientes tendencias.

2. Socio-cognitivo. Según las teorías de la cognición social, la actitud es la categorización del objeto sobre una dimensión evaluativa almacenada en la memoria a largo plazo, un esquema o estructura de conocimiento que se forma por la asociación y cuya activación se rige por las redes y modos de la memoria, así que es un conjunto estructurado de creencias, respuestas afectivas, intenciones de conducta y conducta recordada en torno a un nodo afectivo-evaluativo; algunas de estas estructuras son unipolares ya que poseen solo creencias, respuestas afectivas.

3. Modelo de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980, citado por Tapia, 2007), la actitud es un fenómeno afectivo, pero determinada por las creencias sobre el objeto, tomando en cuenta los atributos positivos y negativos que se hayan asociados a la conducta, también se afirma que la conducta esta bajo la influencia de la intención de conducta, y ésta a su vez esta bajo la influencia de la actitud y de la norma subjetiva, así que supone además que la persona toma decisiones en función de cómo valora los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre ese comportamiento con respecto a lograr dichos resultados. Además de ésta racionalidad instrumental, el modelo integra la racionalidad cultural o normativa mediante una medida de la opinión favorable/desfavorable de los otros significativos ante la conducta específica y sobre la motivación para seguir esta opinión.

4. Modelo de la Acción Planificada, Ajzen (1988, citado por Tapia, 2007) amplió el modelo anterior agregando el componente de percepción de controlabilidad de la conducta, en ello se intenta predecir tanto las conductas voluntarias como aquellas que no están bajo el control exhaustivo de uno mismo. El control percibido hace referencia a la percepción de los obstáculos internos –falta de habilidades, de competencias- y externos o situacionales –poca accesibilidad, no colaboración de otros-. En 1991 este mismo autor efectuó una revisión de diferentes estudios y encontró relaciones entre la conducta, las intenciones y el control percibido.

5. Bidimensional, estarían los componentes afectivo y el cognitivo y

6. Tridimensional, contiene los componentes: cognitivo, afectivo o conativo-conductual, los que según Fishbein y Ajzen, son entidades separadas, que pueden estar relacionadas o no según el objeto de cuestión.

4.2 CONCEPTO

Las actitudes como análisis de estudio y de la misma forma que otros procesos del comportamiento, presentan dificultades en cuanto a su enunciación y delimitación respecto a otros aspectos psicosociales, de modo tal que cada científico de la conducta que centra su investigación en ellas, emplea elementos propios generando un sin número de conceptos y por el momento se han recopilado, más de treinta seleccionado algunas que se aplican a los fines de este trabajo, a saber:

Etimológicamente proviene de acto, del italiano *attitudine* “aptitud”, “postura, actitud” probablemente del mismo origen que aptitud; surgió como término propio de las artes plásticas; en ese sentido ya era corriente en italiano desde mediados del siglo XVI y lo utiliza Vasari (el famoso arquitecto de los Medici en Florencia).

Thurstone (1928), uno de los principales exponentes, dio en 1928 una de las primeras definiciones, afirmando que es “la suma total de inclinaciones, sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico” (Summers, 1976, p. 14 y 158).

Allport, en 1935, definió a las actitudes como: “un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer y una influencia directiva o dinámica de los objetos y situaciones con los que está relacionado” (Allport, 1967, pág. 8).

Osgood (1957, p. 189) da el significado “de un concepto como la asignación a un punto en el espacio multidimensional semántico por lo que: actitud hacia un concepto es la proyección de este punto puesto en la dimensión evaluativa de ese espacio”.

En 1956 Bruner y White la definieron como “una predisposición a experimentar de ciertas formas a una determinada clase de objetos, con un efecto característico: ser motivado en diversas formas por esta clase de objetos y actuar en forma característica en relación a dichos objetos” (Rodríguez, 1979, p. 329).

Jones y Gerard en 1967, sostienen que una actitud es “el resultado de la combinación, en un silogismo, de una premisa, constituida por una creencia y de otra constituida por un valor. Las actitudes son esencialmente derivadas de otros valores que son más básicos o que fueron internalizados con anterioridad en el proceso de desarrollo” (Rodríguez, 1979, p. 330).

Triandis en 1971, menciona que “es una idea cargada de emoción que permite una clase de acciones ante cierta clase de situaciones especiales” (Whittaker, 1979, p. 240).

Para los autores de la Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales (1977, p. 15) dirigida por David L. Sills, definen a la actitud como “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”.

En el Diccionario de Psicología y Psicoanálisis de H. B. English y A. Ch. English, la actitud es una “predisposición, aprendida y perdurable a conducirse en forma consecuente respecto de una clase dada de objetos; estado de reacción persistente, mental o nerviosa ante cierto objeto o clase de ellos no como son, sino como se concibe que son. Una actitud se identifica por la consistencia de la respuesta a una clase de objetos” (English, 1977, p. 27).

Para Friedrich Dorsch (1977, p. 8) la actitud es “el modo de dirección u orientación, modo de proceder en una tarea”. Este término puede considerarse de varias formas según el autor, por ejemplo: 1) Mittenecker dice que las actitudes son “tendencias o inclinaciones relativamente específicas, poco estables en el tiempo, dirigidas a determinadas cosas o situaciones; 2) En el ámbito anglosajón la actitud indica una disposición a un modo de ver las cosas y enfrentarse con ellas, que es duradera y está enraizada en los estratos profundos de la persona, que tiene tonalidad afectiva e influye decisivamente en la relación con determinadas cosas. La influencia sobre éstas relaciones se manifiesta en convicciones, prejuicios y opiniones”.

Así, sería factible continuar con la exposición de los diversos conceptos o definiciones, pero Campell (1963), propone que se clasifiquen en: “a) conductista y b) cuasifenomenológicas, afectivas, cognoscitivas y conductivas” y años más tarde Berkowitz, (1972, citado en Whittaker, 1979, p. 239, 240) prefiere agruparlas en cuatro:

Primero constituido por las ideas de Thurstone y Osgood, quienes indican una evaluación o una reacción afectiva, por lo tanto la actitud se medirá teniendo en cuenta sí los sentimientos o afectos de un individuo hacia un sujeto son favorables o desfavorables.

Segundo, diversos autores integran este grupo, considerando que su característica principal radica en la disposición a actuar de cierto modo.

Un tercer grupo, se inclina por suponer que están compuestas por tres componentes: afectivo, cognoscitivo y conductual y

Cuarto, queda comprendido el punto de vista funcionalista o Skinneriano, para quienes sostienen que son disposiciones de respuesta similar a cualquier otra disposición que sirve de base a una ejecución aprendida.

Así pues, aun cuando las definiciones o conceptos están expresados con términos diferentes, hay acuerdos entre los autores revisados, de aquí que es viable resumirlos en el siguiente esquema:

ESQUEMA I.

RESUMEN DE DEFINICIONES SOBRE ACTITUDES



El individuo nace y se desarrolla en un contexto que le provee de objetos-estímulos, los que son percibidos a través de los sentidos generando cogniciones, afectos y reacciones neurológicas que le permiten evaluar y colocarse en una posición gradual favorable, neutra o desfavorable, imperceptible para los demás, así las actitudes son internas, únicamente el humano es quien conoce su perspectiva y se convierte en conducta cuando manifiesta su opinión, sus creencias, sentimientos, emociones, valores, entre otros procesos conductuales.

4.3 FORMACIÓN

Las actitudes se forman a partir de los factores internos como la percepción, la motivación, cognición, emoción, aprendizaje, memoria y externos, fundamentales como la interacción, la comunicación, la influencia del contexto social que los individuos tienen desde su concepción hasta el final de su vida ; según Allport para que esto suceda, es necesario que:

1. Experiencia directa, la simple exposición a un objeto hace que se genere una información sobre él y a medida que aumente el número de exposiciones, aumenta la predisposición a tener una actitud favorable o desfavorable, dependiendo de las características de lo observado, además la presencia de las experiencias directas es más fuerte, cuanto más larga y repetitiva es la exposición

2. Como resultado de la individualización, la diferenciación y la segregación, las experiencias adicionales hacen que la actitud de cada sujeto se vuelva más concreta y se distinga de otras actitudes, o

3. Se presente un trauma o experiencia dramática y/o

4. Por imitación o agentes socializadores, se adquiere una actitud idéntica a la formada en los demás, como los padres, amigos, maestros, jefes, medios de comunicación masivos, etcétera, esto permite que el individuo se convierta miembro de la sociedad, incorporando normas, reglas, modelos de conducta, entre otros aspectos.

En todos estos aspectos se observa la presencia de una situación social en la que se tiene experiencia generalmente directa con el objeto, dando por resultado, una nueva actitud o la modificación o bien la reafirmación de las anteriores, cuando ocurre el primer contacto de la persona con el objeto; además de la experiencia, la comunicación desempeña un papel fundamental en la formación de actitudes, ya que presenta patrones de comportamiento referidos hacia un objeto determinado, sea cara a cara y/o con la participación de otros agentes de influencia como son los grupos e individuos que están atrás de los medios masivos de comunicación y que son fuente inagotable de posturas, toda la gama de posibilidades de modas que incluyen aspectos básicos, alimentación, vestido, salud, trabajo, entre otras, hasta ideologías políticas, religiosas, musicales, etcétera.

La interacción con los otros, accede a cabo procesos cognitivos que van a permitir el funcionamiento de las normas dominantes contextuales y culturales, uno de ellos es el Falso Consenso y el otro la Ignorancia pluralista; el primero se relaciona con la tendencia a proyectar sobre los otros las propias opiniones, creencia y conductas, es decir, suponer que otros personas comparten con uno mismo, iguales puntos de vista o preferencias en mayor grado de lo que de hecho pasa en realidad, de modo tal que se tiene la certeza que los demás son sumamente afines de lo que en realidad es y el grupo al que se pertenece, con el que se comparte o posee uno o varios atributos, en cuanto a las acciones o también a las emociones, tienden a sobrestimar la frecuencia o prevalencia del consenso respecto al grupo que no lo posee. Los factores que se han atribuido a la existencia de este fenómeno son de: 1) accesibilidad y contacto con similares, se tiende a sobreestimar la frecuencia de los actos, ya que se suele relacionarse con personas similares, que actúan, piensan o sienten de la misma forma, por ejemplo en los jóvenes que tienden a manifestar actitudes preferenciales hacia un determinado grupo de rock, o bien hacia el gusto por los tatuajes en el cuerpo, tenderán a facilitárseles la interacción y por lo tanto a formar grupos de iguales; 2) saliencia y focalización de la atención, hay actos son más salientes y experimentados, que son los elegidos en ellos, se centra más la atención, por lo que se sobreestima su frecuencia real; 3) atribución de causalidad, cuando más se atribuye la conducta a causas situacionales o externas, mayor es la tendencia a creer que esa conducta es típica o compartida. Debido al efecto de actor-observador, se tiende a explicar las conductas propias por el contexto y como consecuencia se perciben que tanto uno mismo como el resto de las personas actúan de forma similar y 4) motivacional, el falso consenso permite defender la autoestima proyectando sobre la mayoría una conducta y haciendo que la persona se sienta normal y no desviada o rara, pues la mayoría de la gente quiere creer que los otros están de acuerdo con ellos porque esto intensifica su confianza en sus propios juicios, acciones o estilos de vida, aún más, a mayor gravedad de la conducta, mayor falso consenso, siendo la tendencia más fuerte entre las personas que tienen posturas minoritarias o desviantes. Respecto al segundo, ignorancia pluralista las personas creen erróneamente que una norma social que ellas rechazan personalmente es dominante, aunque la mayoría privadamente la rechaza también, esto es, que todos coinciden en que comparten pluralmente una visión falsa de la realidad, atribuyéndola erróneamente a la del grupo, lo cual permite que actitudes y conductas abandonadas secretamente sigan subsistiendo, pues es evidente el apoyo a lo público de una norma conductual y no al privado, ello genera un incongruencia entre estos dos ámbitos y las personas creen erróneamente que la totalidad está de acuerdo con esas formas de respuesta, probablemente porque se sienten incapaces de enfrentar la desaprobación moral y la presión social de la

supuesta generalidad. Los procesos que explican este punto de vista, son la: 1) atribución de causalidad interna estable para explicar las conductas de inhibición ante ciertos hechos, por ejemplo, si nadie critica abiertamente las actitudes racistas, se cree que son normativas, y si se atribuye esta reacción de no crítica a que las personas comparten una actitud o disposición interna favorable hacia las conductas discriminatorias, mas se tenderá a sufrir la ignorancia pluralista y 2) percepción homogénea que la mayoría de las personan tienen de una determinada actitud, en este caso se piensa que la colectividad está de acuerdo sin variación en que hay que tener ciertas posturas, luego entonces más se tiende a pensar que la mayoría comparte falsamente esa actitud y 3) falsa unicidad o ilusión de control, a mayor percepción de control y sobreestimación de las capacidades, mayor tendencia a pensar que los otros llevan a cabo conductas en desacuerdo con la actitud personal.

4.4 CARACTERÍSTICAS

Algunos procesos psicológicos se han estudiado con mayor profundidad y ello ha permitido extraer ciertos elementos (Lingren, 1975, p. 86, 87), que conforman una actitud:

1. Dirección, es la orientación o tendencia de un sujeto, sea positiva a negativa, hacia un objeto.
2. Intensidad, es la magnitud o fuerza de la emotividad hacia el objeto.
3. Centralidad, las actitudes que se afirman con fuerza suelen ser centrales, se basan en una serie de creencia y proporcionan motivos de acción.
4. Prominencia, es el grado con que un individuo destaca determinada actitud, o la medida en que la hace notar.
5. Coherencia, dos o más actitudes coinciden entre sí, de tal modo que se relaciona unas con otras.
6. Consistencia, se sostiene una misma postura hacia un objeto ante situaciones o grupos diferentes.

7. Afectivo, es el más característico de una actitud, por el que un individuo tiene un sentimiento a favor o en contra de un objeto.
8. Cognoscitivo, para que exista este elemento, es necesario tener una representación cognoscitiva del objeto, de tal forma que se presenta una actitud ya sea en pro o en contra del objeto. Esta representación no necesita ser exacta, por ejemplo, una persona con prejuicios, manifiesta puntos distorsionados de un objeto por falta de conocimiento, y ésta, es una actitud negativa.
9. Conductual, es la manifestación de la postura de una persona ante un objeto.

4.5 FUNCIÓN

Para Smith, Bruner y White (1956, citados en Rodríguez, 1979, p. 342-344), las actitudes se forman con la finalidad de cumplir con varias funciones como son:

1. Evaluación de un objeto, independientemente de las características de éste, implica colocarse en una posición definida, en donde se genera una relación entre los partícipes del evento y por tanto un patrón para establecer ciertas reacciones frente al objeto o a otra serie de ellos con los que se relaciona la actitud.
2. Ajuste Social, desempeña el papel de permitir la facilitación, la conclusión y la conservación más o menos armoniosa de las relaciones humanas, dando así mayor estabilidad al individuo.
3. Exteriorización, es la manifestación clara de las posiciones que defienden o protegen al "Yo"¹⁸ de ciertos estados de ansiedad provocados por problemas internos.

¹⁸ Llamado así por Sigmund Freud, en el psicoanálisis, uno de los tres componentes hipotéticos de la personalidad, el cual responde al principio de la "realidad", por lo que permanentemente la evalúa; motivo por el cual establece una relación con el mundo en que se vive, a través de la percepción consciente, el pensamiento, el sentimiento y la acción; por lo tanto controla al individuo de manera consciente. Contiene aspectos que forman evaluaciones, juicios, avenencias, soluciones y defensas, de modo tal, que es posible verle como una agencia integradora y ejecutiva de la personalidad, ya que es el responsable de funciones como: la percepción, la memoria, la evaluación y comprobación de la realidad y la síntesis de la

4. Constituyen un valioso elemento para predecir la conducta, pues el conocimiento de las actitudes de una persona en relación con determinados objetos, permite que se puedan hacer inferencias acerca de su conducta.

5. Ayuda a formar una idea más estable de la realidad en que se vive, al mismo tiempo sirven para proteger al “Yo”, tanto del conocimiento individual como de aquellos eventos amenazantes para la autoestima, seguridad, entre otros y

6. Son base de una serie de importantes situaciones sociales como las relaciones de amistad y conflicto.

4.6 CAMBIO DE ACTITUDES

Las actitudes humanas aunque son relativamente estables están sujetas a cambios, principalmente en los componentes afectivo, cognoscitivo y conductual, debido a la gran cantidad de información que se recibe del ambiente. Estos elementos están estrechamente relacionados en busca de un estado de armonía por lo cual sí se registra algún cambio en cualquiera de ello esto puede redundar en una modificación de los demás; es decir, una nueva información o experiencia puede crear un estado de incongruencia entre ellos.

Para lograr un cambio de actitud, es importante tener en cuenta el papel de comunicador, que se apoya en la teoría del reforzamiento, que utiliza incentivos para lograr el cambio al facilitarle al receptor una gratificación que puede variar su posición original, pero también es necesario e importante considerar también el papel del receptor, y con ello tanto sus características personales como son su individualidad, autoestima, características sociales entre las que figuran su pertenencia, el autoritarismo y el aislamiento social porque cuando una persona carece de apoyo, se siente más aislada, y por lo tanto, es más influenciable. En cuanto a la afiliación de una persona a un grupo, ésta se efectuará en la medida en que se identifique con el grupo al que pertenece. A mayor identificación, mayor será la dificultad para que acepte una comunicación que atente contra las normas del grupo y consecuentemente menores las posibilidades de cambio de actitud.

experiencia; de ser el intermediario entre el mundo interior y el exterior; de relacionarse de manera racional con los requerimientos de la realidad; de adaptar la conducta al medio ambiente y mantener la armonía entre las necesidades urgentes de los otros dos componentes el id y las exigencias y aspiraciones del superego.

Ahora bien, depende del público a quien se dirige la información que busca producir el cambio, el que éste se logre o no la comunicación persuasiva, ya sea “unilateral” o “bilateral”, la primera dirigida a un público integrado por personas de inteligencia inferior al promedio, aquí se dan a conocer argumentos únicamente a favor o en contra de un tema cualquiera, y la segunda es para un público con mayor preparación y capacidad intelectual, aquí se presentan argumentos a favor y en contra, en los cuales tiene la posibilidad de refutarse; de este modo, con la utilización de la información se logra llegar al cambio de una postura, de una actitud, especialmente en públicos mal informados y de instrucción baja.

4.7 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES

Evaluar las actitudes no es sencillo, entre otros aspectos porque no son directamente observables, para ello es necesario inferirlas analizando las respuesta de una persona y los acontecimientos mediante apreciaciones y experiencias verbales, de este modo, es viable medirlas por entrevistas y cuestionarios escritos; ambas formas permiten reunir una gran cantidad de datos en poco tiempo y su aplicación puede ser individual o colectiva, las que pueden ser elaboradas como escalas que tienen la finalidad de convertir una serie de hechos cualitativos (atributos), a una serie de hechos cuantitativos (variables).

Las escalas de actitudes son una herramienta psicosocial, por las cuales es posible allegarse de los elementos necesarios para dar una explicación de las costumbres de los individuos de una sociedad determinada; tales escalas permiten además medir, dando la posibilidad de predecir comportamientos y encauzar modificaciones a la forma de actuar y de responder a los estímulos del medio en que vive el ser humano. Respecto a las técnicas de medición, Lingren en 1975 (p. 87-88) cita varias y entre las más conocidas están la de:

1. Thurstone, pionero en la evaluación de las actitudes, elaboró tres escalas: Pares comparados (1929), Intervalos sucesivos y Métodos de intervalos aparentemente iguales (1931), que se expondrá en éste trabajo y que consiste en que un grupo de peritos clasifica reactivos de opinión en 9 u 11 categorías que constituyen un continuo que varía de desfavorable a favorable. El valor escalar de cada reactivo se determina por el punto del continuo, por encima y por debajo del cero.

2. Osgood (1957), Diferencial semántico (la escala prioritaria), aquí se elaboran una serie de preguntas que previamente han sido evaluadas

3. Likert (1932) Método de estimaciones sumatorias, se seleccionan reactivos con un criterio de consistencia interna, en donde los sujetos indican valores en cada reactiva que van desde: completamente de acuerdo hasta completamente en desacuerdo, asignándole valores de 0 a 4; el más alto, se asigna a la categoría que indica la actitud más favorable. Se selecciona un grupo superior y uno inferior, con base en las puntuaciones totales obtenidas de la suma de los valores de los reactivos.

4. Guttman (1950) Método de análisis escalar, en este análisis escalar, se prueba un conjunto completo de reactivos para determinar sí, como grupo, constituye una escala en el sentido de que a partir de la puntuación de orden jerárquico sea posible reproducir la respuesta de un sujeto a los reactivos individuales. La noción básica de esta forma de medición, es que entre los reactivos que forman la escala, existe una relación interna tal, que la persona que ratifica o concuerda con un reactivo que ocupa una posición escalar dada, ratificará todos los reactivos que están por debajo de ella en la escala.

5. Censos de opiniones que determinan actitudes por medio de cuestionarios o votaciones, elaborando preguntas con ciertas escalas y obteniendo el porcentaje de los resultados, este método expresa la actitud del momento que puede transformarse fácilmente por medio de la publicidad o la propaganda.

Sí bien, el abordaje de este tópico psicológico, remite al funcionalismo, no por ello se tendrá una postura en la que se denote un nivel elemental de reflexión, pues el individuo, los grupos y la sociedad humana no son comunidades, regidas por un instinto heredado y controladas por las leyes que ante la presencia de un estímulo, den una respuesta mecánica, de modo tal que a lo largo de ésta investigación, consideraremos que el individuo pertenece a uno o varios grupos, que vive en sociedad y que con ello forma un complejo de elementos o componentes directa o indirectamente organizados, relacionados, lo cual le permite mantenerse en interacción y poseer la capacidad de ejecución en su adaptación al ambiente.

Para finalizar esta revisión de las actitudes, es conveniente mencionar que su estudio implica una consideración multifactorial pues involucra elementos epistemológicos, teóricos y específicamente psicosociales inherentes a la condición humana, sin embargo los

esfuerzos se canalizarán al abordaje de uno de los fenómenos sociales más complejos, pues implica una condición de indefensión de los seres humanos recién nacidos en y durante los primeros años de vida y particularmente el sentimiento, conocimiento y conducta de quienes los procrearon con la claridad de la magnitud de una experiencia por demás dolorosa. Luego entonces, éste proceso de observación conlleva dividir el trabajo en etapas que alleguen los elementos indispensables para un auténtico análisis de actitud, padres e hijos de labio y/o paladar hendidos; actitud que de acuerdo a sus elementos presenta una dirección, una orientación o tendencia hacia una valoración con carga negativa, pues a ningún padre, madre o familiares cercanos, les resulta conveniente una anomalía; intensidad, magnitud o fuerza de la emotividad hacia el labio y/o paladar hendidos, de cuya potencia se derivan emociones que logran evocar niveles de angustia, tristeza o depresión elevados, que en términos generales resulta ser un evento no esperado o sorprendente; centralidad, basada en una serie de creencias y motivos de acción, como ser una anomalía desagradable, -por ser facial-, de rechazo de los demás y guiada principalmente por un locus de control externo, es decir, la posibilidad de ser un castigo de los poderosos, por una conducta inapropiada de cualquiera de los padres, pero definitivamente motiva conductas dirigidas al tratamiento de quien lo padece; prominencia, es el grado con que un individuo destaca determinada actitud, un evidente rechazo al defecto del hijo(a); coherencia, dos o más actitudes coinciden entre sí, para este caso se tiene el conocimiento, la conexión entre el pensamiento, el lenguaje y las emociones de la existencia de otros defectos al nacimiento y por lo tanto las acciones coinciden en cuanto al rechazo de tales eventos; consistencia, se sostiene una misma postura hacia un objeto ante situaciones o grupos diferentes, la desaprobación, la angustia, el miedo o cualquier otra sensación, se manifiesta en escenarios heterogéneos; afectivo o evaluativo, como se ha expuesto en los elementos anteriores la postura que se presenta no es favorable para el ser humano que padezca alguna malformación y genera fuertes sentimientos de angustia, tristeza, desesperanza, entre otros; cognoscitivo, conjunto de ideas, conocimientos o representaciones que un individuo responsable de un neonato tiene a cerca de la presencia de la anomalía y el último elemento, más no por ello menos importante es el conductual, la manifestación, lo observable y medible de la postura ante el objeto de análisis, comportamientos que van desde la sobreprotección hasta el rechazo total no solo del padecimiento sino de la persona que lo presenta y con ello la posibilidad del aislamiento no solo físico, sino además social.

Es pertinente mencionar, en primera instancia que desde la perspectiva científica, hasta el momento el labio y paladar hendidos como otras tantas deformaciones corporales, se considera un hecho multicausal, pues no se tienen datos que respalden puntualmente las circunstancias que las originaron, aunque el conocimiento empírico, sí da cuenta de diversas cogniciones individuales encaminadas a dar una explicación por lo menos convincente para quienes viven una realidad de tal magnitud y en segundo lugar, destacar que en los primeros años de vida, el impacto que las cogniciones, afectos y conductas de los individuos más significativos es contundente, pues es a partir de los otros la conformación de las primeras impresiones sobre el entorno y sobre “sí mismo” o “mismidad”; del “Yo”; del “Mí”, de la gestación de la personalidad, del autoconcepto, de la autoimagen, de la autoestima, de la forma en cómo relacionarse con los demás, de las creencias, capacidades, habilidades y potencialidades, de modo tal que desde la óptica inductiva visualizando a las actitudes como un aspecto enmarcado dentro de la Psicología Social, que a su vez pertenece a la Psicología y está ubicada como una disciplina de las Ciencias Sociales, derivadas de la Filosofía, es que en el siguiente capítulo, se presenta una propuesta de medición de actitudes para padres con hijos de labio y/o paladar hendidos.

5. PROPUESTA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

*“Llamamos destino a todo cuanto
limita nuestro poder”*

Ralph W. Emerson

Inclinaciones, sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones son movimientos internos, imperceptibles a la observación provocados por una cadena de eventos con puntos críticos de inflexión en los que las intervenciones pueden ser influyentes, aún cuando las diferencias sean inicialmente muy pequeñas, pero consiguen llevar a una diferencia mayor en la forma final de las cosas (Parkinson, 2005, p. 20), de las posiciones, de las conductas, las reacciones, de la experiencia directa con la simple exposición a un objeto, ahí se genera una información favorable o desfavorable, dependiendo de la individualización, de la diferenciación, de la presencia de una experiencia dramática y/o de la imitación de agentes socializadores, para ser aceptado, incorporando normas, reglas, modelos de conducta que deriva en una influencia contundente cuyas reacciones dependen en gran medida de cómo lleva cada individuo una situación apremiante o no y de cómo se maneja frente a su observador, luego en el afán de explorar pensamientos, creencias, impresiones, posturas, miedos, conflictos, por más de cien años se han buscado formas para evaluar las manifestaciones de quienes viven una circunstancia particular, un ejemplo es el publicado en 1899 por Sears, bajo la supervisión de G. Stanley Hall, dirigido para apreciar las actitudes de los adultos hacia el castigo de los niños (Andrade, 1998 p. 25); el siguiente siglo matizado por movimientos bélicos, económicos, políticos y sociales impactaron en todos los niveles de conglomeración humana, desde el individuo hasta las naciones de todo el mundo, permitieron el desarrollo de un sinnúmero de temas psicosociales, objeto de estudio, así como de instrumentos para intervenir en ellos y modificarlos favoreciendo intereses exclusivos, muestra de ello es en 1930 donde los primeros esfuerzos se centran en estudiar la influencia parental y su relación con las actitudes, pues se creía que al evaluarlas, se reflejaría la atmósfera familiar del niño y a partir de esto surgieron los cuestionarios hacia la crianza, sin embargo Koch (1934), Stodgill (1937), como se cita en Holden (1990), (Andrade, 1998, p. 25), reconocieron que las percepciones de los niños sobre las

conductas de sus padres eran más importantes que las actitudes expresadas por los ascendientes y a finales los 30's se desarrollaron instrumentos que evaluaban éste tipo de comportamiento infantil, más tarde se elaboraron los que analizaban la conducta parental como una compleja interrelación de variables como relaciones maritales, estatus laboral, redes social y características del niño ante situaciones como las mencionadas, además de las actitudes y personalidad de los involucrados en la interacción. Holden, 1990 (Andrade, 1998, p. 26-30), realiza una revisión de instrumentos referentes a paternidad agrupándolos en dos periodos (de 1934 a 1974 y de 1975 a 1988) y siete categorías, a saber:

a) Cognición social y conducta de los padres, miden las actitudes hacia control democrático, disciplina o aceptación del niño, esto es, el pensamiento de los padres y las prácticas de crianza; ésta categoría se subdivide en tres: 1) actitudes, 2) prácticas (control, aceptación de la crianza, reacciones a la conducta de los niños) y 3) creencias, (de los padres, conocimiento acerca de los niños, conductas y conocimiento apropiados al rol sexual). Respecto a la conducta de los padres, los instrumentos evalúan como los hijos perciben las actitudes, creencias y conductas de sus progenitores, estos instrumentos van dirigidos a niños, adolescentes y también para adultos y a partir de 1975 a 1988 los temas centraron su atención en las actitudes hacia la educación de los niños, el clima emocional de la familia, incluyendo variables como enojo, frustración, placer causado por los niños.

b) Relaciones padres-hijos, enfocados a ésta díada, aunque la mayoría de los instrumentos son dirigidos a los hijos, Holden, 1990 (Andrade, 1998), identifica cuatro subcategorías: 1) interacciones; 2) calidad de la relación, centrada en la facilidad de la comunicación y la cohesión familiar; 3) involucramiento parental, dirigidos algunos a los padres y otros a los hijos y 4) toma de decisiones, para indagar sobre la calidad de las decisiones en la familia con el fin de determinar los estilos de crianza, es decir que tan democráticos o autoritarios son los padres; además de 1975 a 1988 los temas fueron actitudes al divorcio, al padre que no vive con los hijos.

c) Ambiente del hogar; miden la calidad del entorno hogareño que surge como una respuesta a que la conducta parental y la interacción padres-hijos no cubren todos los aspectos del ambiente familiar.

d) Aspectos maritales y transición de la paternidad, enfatiza el estudio de las relaciones maritales antes y durante la transición de la paternidad, dirigidos a las madres sobre sus maridos y también las reacciones hacia la paternidad; surgen temas nuevos como: prácticas de disciplina, motivaciones para tener o no hijos, ajuste de padres y hermanos y cambios en la familia como consecuencia del nacimiento de los hijos.

e) Autopercepciones parentales, miden la satisfacción con éste rol y surgen temas nuevos: pensamientos de los padres acerca de ellos mismos, autoestima relacionada con la paternidad, medición del lado negativo de las autopercepciones parentales como ansiedad, estrés, ausencia de redes de apoyo social.

f) Grupos objetivo, desarrollados para medir aspectos específicos con la etapa de desarrollo, la adolescencia, la naturaleza de los conflictos padre-hijo, independencia de los padres y ajuste a la adolescencia, temas nuevos: conflicto y ajuste de la relación de los jóvenes con sus padres y

g) Instrumentos diversos, incluye aspectos a medir como la anticoncepción, preferencia de los hijos por castigos y recompensas de sus padres, entre otros, temas nuevos: involucramiento de los abuelos, percepciones parentales hacia la escuela de los hijos y hacia las percepciones de los jóvenes sobre el rol de sus padres en su educación.

En el presente siglo, la construcción de escalas de actitudes continúa desarrollándose, Calleja (2011, p. 2-12), en el Inventario de Escalas Psicosociales en México, compila 316 instrumentos y los clasifica de acuerdo a sus características en los siguientes rubros:

1. Escalas de Familia (43): Funcionamiento Familiar (17); Madre, Padre, Hermanos (13); Crianza y Desarrollo (8) y Adolescentes (5)
2. Escalas de Relaciones de Pareja (32): Atracción, Amor y Apego (8); Celos e Infidelidad (6); Compromiso (2); Comunicación en la Pareja (5); Satisfacción con la Pareja (6); Poder y Conflicto en la Pareja (5).
3. Escalas de Género y Sexualidad (23): Roles Sexuales (5); Sexualidad (4); Intimidad (3); Uso del Condón (3); Embarazo y aborto (2); Acoso Sexual (1); Homosexualidad (2) y Climaterio (3).

4. Escalas de Salud (59): Estilos y Calidad de Vida (5); Alimentación (5); Enfermedades Crónicas (2); Adicciones (11); Depresión (10); Ansiedad y Estrés, (17); Suicidio, (4) y Enfermedad Mental, (5).
5. Escalas de Autoestima e Identidad (24): Autoconcepto (8); Autoestima (8); Imagen Corporal (3); Identidad (5).
6. Escalas de Logro y Control (28): Asertividad (4); Logro y Evitación (7); Afrontamiento (9); Locus de Control, Controlabilidad y Autocontrol (8).
7. Escalas de Habilidades Cognitivas y Atribución (12): Habilidades Cognitivas (9); Atribución (3).
8. Escalas de Percepción Social (27): Emociones y Personalidad: Esperanza (4); Altruismo (1); Percepción Social (8); Emociones (11) y Personalidad (3).
9. Escalas de Contexto Social y Ambiente (37): Academia y Escuela (13); Trabajo y Organización (8); Medios Masivos y Consumo (2) y Ambiente (14) y
10. Escalas de Cultura y Poder (31): Religión (4); Valores (8); Poder y Política (5); Violencia y Criminología (14)

Es posible observar que hasta el momento no se ha encontrado un estudio psicosocial en México con las características del tema central del trabajo, la medición de actitudes paternas y labio y/o paladar hendidos, los localizados además de los mencionados en los capítulos anteriores, corresponden al uso de instrumentos y muestras extranjeras, como por ejemplo: Vinaccia, Stefano et al. (2008. P. 128), quienes realizaron un estudio exploratorio, descriptivo, transversal, correlacional, en 49 adolescentes de ambos sexos con diagnóstico de labio y paladar hendido en Colombia, utilizando como cuestionario el de Esquemas, CIE para evaluar la relación de autoesquemas, éste consta de 48 ítems de acuerdo al planteamiento de Likert, conformados por tres dimensiones: 1) autoconcepto, 2) autoimagen y 3) Autoestima y un segundo instrumento la Escala de Habilidades Sociales (EHS), para medir la aserción y las habilidades sociales como la capacidad para enfrentar problemas de manera adecuada y la propia opinión, la capacidad de resistencia frente a situaciones imponderables; está conformado por seis dimensiones: 1) autoexpresión en situaciones sociales (EHS-1); 2) Defensa de los propios derechos como consumidor (EHS-2); 3) Expresión de enfado o disconformidad (EHS-3); 4) Decir no y cortar interacciones (EHS-4); 5) Hacer peticiones (EHS-5), y 6) Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (EHS-6); los autores reconocen que la familia

vive niveles elevados de estrés causados por las múltiples cirugías a las que se somete el hijo o hija y aunado la sobreprotección, por las posibles amenazas discriminatorias y la segregación de los iguales a que se ven expuestos, por los estereotipos culturales de belleza imperantes y el rechazo a la diferencia sociales (Cáceres, 2004, como se cita en Vinaccia, 2008), en cuanto a los autoesquemas, especialmente la autonomía, la seguridad y confianza frente al mundo y las habilidades sociales pueden llegar a ser más vulnerables y presentar alteraciones de tipo psicológico (conductuales y/o emocionales), dependiendo del manejo que los padres hayan dado a problemáticas asociadas al labio y/o paladar hendidos de su hijo.

Limañana et al (2007) realizan el estudio de Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina, apoyándose en: 1) El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS; Millon, EE.UU., 1994), adaptado y validado para su uso en población española por Sánchez-López, Díaz y Aparicio (2001), para medir estilos de personalidad normal en adultos entre 18 y 65 años en tres dimensiones principales: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Comportamientos Interpersonales, con un total de 24 escalas de estilos, más tres índices de control de validez y uno de ajuste y compuesto de 180 elementos con formato de respuesta Verdadero/Falso y 2) Adaptación española (Sánchez Canovas, 1991) de la versión reducida del *Ways of Coping Questionnaire* (WOC; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Folkman & Lazarus, 1988a), que consta 50 ítems que describen en ocho subescalas, una serie de estrategias cognitivas, afectivas y comportamentales que las personas utilizan para dirigir las demandas internas y/o externas: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de apoyo Social, Aceptación de la responsabilidad, Huida-Evitación, Planificación y Reevaluación Positiva. Otro ejemplo del uso de escalas, elaboradas principalmente por investigadores extranjeros es el estudio realizado en México por Solis, (1997), quién estudia los efectos y adaptación entre la familia y el niño o niña con defectos del nacimiento, las variables dependientes fueron los síntomas clínicos: autoestima, somáticos, insomnio, control de impulsos, angustia, culpa, relaciones interpersonales, utilizando pruebas como examen mental, historia clínica, esquema de evaluación de las funciones del "Yo" de Bellak, Hurvich y Gediman (1973), subescala fuerza del "Yo" que es una valoración psicodinámica de los enfermos psiquiátricos, también incluyó el MMPI y el Inventario de Ansiedad rasgo-estado.

Sin lugar a dudas, el camino aún es largo, la multidimensionalidad de la conducta humana rebasa infinitamente cualquier esfuerzo por comprender, conocer y objetivar un segmento de ella, no obstante el ser humano permanentemente construye formas para

tratar asirlos e impactar a favor de él mismo, con fuerza natural necesaria para el crecimiento y el cambio (Parkinson, 2005, p.21), para solventar las circunstancias de la vida cotidiana, específicamente de un hecho particular, empezando con pasos breves con una propuesta de medición sobre las actitudes paternas ante una malformación congénita particular en alguno de sus hijos, pues de acuerdo a Bandura (Andrade, 1998, p. 25), se asume que sí el poder y el apoyo de los padres es alto, entonces los niños tenderán a imitar a sus padres porque perciben que son reforzados por comportarse como ellos, además los progenitores con esas características es más probable que faciliten el mantenimiento de la conducta a través del reforzamiento directo después de la imitación, de modo tal que a continuación se propone una escala de medición de actitudes para padres.

5.1 ESCALA DE ACTITUDES PATERNAS

La evaluación de las actitudes implica el uso de estrategias indirectas para a través de la inferencia analizar experiencias a cerca de los acontecimientos de la vida cotidiana, en ellas los hechos cualitativos (atributos), son trabajados por el investigador para convertirlos en hechos cuantitativos (variables), mediante entrevistas, cuestionarios escritos, escalas donde se reúnen una gran cantidad de datos empíricos en relativamente poco tiempo con la posibilidad de predecir comportamientos y encauzar modificaciones a la forma de actuar y de responder a los estímulos del medio en que vive el ser humano. De entre las técnicas de escalamiento mencionadas en el capítulo de actitudes y en el párrafo anterior, se ha seleccionado la de Likert, método de estimaciones sumatorias, en donde los consultados eligen valores en cada reactivo que van desde: completamente de acuerdo hasta completamente en desacuerdo, asignándole una calificación que va de uno a cinco; el más alto, se asigna a la categoría que indica la posición más favorable y el uno a la más desfavorable. También es importante aludir un punto ético respecto a la aplicación de cualquier instrumento de medición, el individuo, los grupos, dentro de éste la familia, presentan comportamientos complejos con una serie de elementos o componentes directa o indirectamente organizados y relacionados, lo cual le permite mantenerse en interacción y poseer la capacidad de ejecución en su adaptación al ambiente, pero que su condición vulnerable desde la concepción hasta la muerte y las múltiples circunstancias que tienen que enfrentar no condicionan un trato disímil en el que pierdan el derecho al respeto y a la dignidad, es por ello que se ha cuidado la forma de elaborar los reactivos, en éste sentido, es pertinente recordar que el labio y paladar hendidos como otras tantas deformaciones

corporales, se considera multicausal, que en los primeros años de vida el impacto de las cogniciones, afectos y conductas de los individuos más significativos es contundente pues son básicos para la conformación de las primeras impresiones sobre el entorno y la gestación de la personalidad, de la autoestima, de la forma en cómo relacionarse con los demás, de las creencias, capacidades, habilidades y potencialidades, de éste modo la propuesta de escala contiene tres apartados:

- I. **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.** Proporciona información general sobre el progenitor como edad, escolaridad, estado civil y número de hijos, distribuidos en seis ítems
- II. **DATOS DEL PACIENTE.** Contiene veinte ítems dirigidos a explorar, la edad, el sexo, las características, causas, proceso de rehabilitación y antecedentes familiares del padecimiento objeto de estudio.
- III. **ACTITUDES Y LOCUS DE CONTROL.** El instrumento de medición propuesto contiene dos escalas, la primera la medición de las actitudes, con 76 reactivos divididos en tres grupos tendientes a explorar los componentes Afectivo, sentimientos favorables o desfavorables, (27); Cognitivo, representación mental y de pensamientos, (27) y Conductual, manifestación de la postura ante un objeto (22). Además en todas es factible reconocer otros componentes como la Dirección, es decir, la orientación o tendencia ubicada en cinco posibilidades de respuesta que fluctúan desde totalmente cierto hasta totalmente falso, además la magnitud o fuerza de la emotividad y Coherencia, dos o más actitudes coinciden entre sí, de tal modo que se relaciona unas con otras y la segunda la Escala de Locus de Control de La Rosa que en el siguiente apartado se expone.

NÚM.	PROPUESTA DE REACTIVOS POR COMPONENTES ACTITUDINALES		
	AFECTIVO	COGNITIVO	CONDUCTUAL
1	Cuándo los demás ven a mi hijo (a), me siento avergonzado (a), 19	Antes de tenerlo (a) fumaba, pienso que eso lo (a) dañó, 4	A los demás hijos les pego más, pero a él (ella) nunca, 1
2	Cuando veo a mi hijo (a) me siento contenta, 21	Antes de tenerlo (a) no me alimentaba bien, me imagino que por eso nació así, 5	A los demás les compro juguetes pero a él no, 2
3	Cuando veo a mi hijo (a) me siento triste, 22	Antes de tenerlo (a) tomaba alcohol, pienso que fue la causa del labio y/o paladar hendidos, 6	Antes de operarlo (a), casi no lo sacaba a la calle,3
4	De niño (a) me enfermaba mucho, por eso nació así, 23	Aunque con una deformación, considero que lo importa es que nació, 7	Busqué la causa de su malformación, 8
5	De niño (a) no me alimentaba bien por eso nació así, 24	Conozco la causa de que mi hijo (a) naciera así, 11	Cuando alguien lo (a) molesta, le enseño que se defienda, 16
6	De poder escoger, preferiría que no hubiese nacido, 25	Creerá con inseguridad, 12	Cuando hace algo se lo festejo, 17
7	Frecuentemente la gente lo (a) elogia y eso me hace sentir contenta, 45	Creo que mi hijo(a) es un problema, 13	Le doy todo lo que me pide, con tal de que no lllore, 53
8	Jamás me sentiré feliz porque mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos, 48	Creo que mi hijo (a) no les agrada a los demás, 14	Le grito por cualquier cosa, 54
9	La automedicación durante el embarazo fue la causa de su malformación, 49	Creo que siempre tengo que ayudarle hacer sus cosas, porque solo no puede, 15	Le tengo más paciencia que a los demás, 55
10	Lo (a) amo más que a los demás hijos, 56	Es igual de inteligente que los demás niños (as), 40	Lo(a) ánimo para que platique, 58
11	Lo que provocó su malformación, fue la edad a la que lo (a) tuvimos, 61	Es más inteligente que los demás niños (as), 41	Lo (a) ánimo para que pronuncie bien las palabras, 57
12	Me agrada satisfacer sus dudas, cuando me pregunta algo, 64	Es más sentimental que sus hermanos (as), 42	Lo (a) consuelo y ayudo cuando le pasa algo, 59
13	Me disgusta platicar con él (ella), 65	Es menos inteligente que los demás niños (as), 43	Me gusta jugar con mis hijos (as), especialmente con él (ella), 69
14	Me duele cuando los demás se ríen de él (ella), 66	Es un niño (a) físicamente desagradable, 44	Me gusta salir con él (ella) a la calle, 70

15	Me enojo con él (ella), aunque yo no tenga razón, 67	El costo de su tratamiento ha repercutido en la economía familiar, 27	Me preocupo más por hacer la comida y el quehacer, que por jugar con él, 72
16	Me gusta enseñarle, 68	El labio y/o paladar hendidos son defectos del nacimiento, 31	Mi esposo (a) dudo de su paternidad, cuando lo (a) vio, 78
17	Me irrito con él (ella) más que con los otros hijos (as), 71	Él me necesita igual que mis otros hijos (as), eso es lo que creo, 32	Siempre beso a mi hijo (a), porque estoy contenta con él, 116
18	Me siento culpable porque mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos, 73	Fumar provoca ésta malformación, 46	Siempre juego con él (ella), 117
19	Me siento frustrado (a) por eso evito estar con él (ella), 74	Me imagino que generalmente me quita el tiempo, 47	Siempre le llevo más juguetes a él (ella) que a los demás, 118
20	Me siento triste porque mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos, 75	Observo que las cosas que hace mi hijo (a), siempre están mal hechas, 52	Siempre me quedo callada, cuando los demás se burlan de él (ella), 119
21	Mi esposo (a) es el (a) culpable de que mi hijo (a) naciera con labio y/o paladar hendidos, 79	Mi hijo (a) es igual que los demás hijos (as), 84	Tengo que ayudarlo para que sea un “buen” hombre o mujer, 122
22	Ocasionará desajustes familiares, 95	Nadie lo (a) amará, 89	Trato de ayudarle para que haga las cosas por sí solo (a), 123
23	Porque me siento feliz con él (ella), siempre lo (a) acaricio, 102	No tendrá amigos (as), 92	
24	Por qué me tocó a mí, estoy enojado (a), 103	Pienso que consumir bebidas alcohólicas provoca el labio y/o paladar hendidos, 99	
25	Será un hombre (mujer) frustrado (a), 113	Pienso que cualquier tipo de droga provoca la malformación, 100	
26	Siento que le pego más que a los demás, 121	Porque así lo quiso Dios, mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos, 101	
27	Vivo con angustia porque mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos, 124	Se desconoce lo que causa el labio y/o paladar hendidos, 112	

5.2 ESCALA LOCUS DE CONTROL

“Hay eclipse de luna, mientras dure no salgas de debajo de la cama y cuélgate las tijeras para que tu bebé no salga mal”, y “cuando nazca ponle un listón rojo en la muñeca de la mano o un ojo de venado para que no le hagan mal de ojo”, “seguramente uso faja reductiva o cargo algo pesado cuando estaba embarazada, por eso su bebé nació mal”, son algunas de las creencias populares, de transmisión oral que dan cuenta de las impresiones maternas intensas y a veces negativas que tienen una influencia prenatal, aunadas a las expectativas sobre las posibilidades de éxito o fracaso que refleja una particular forma de percepción personalizada, de quién o qué factores controlan la vida y la responsabilidad que aceptan sobre los acontecimientos que experimentan en la cotidianidad y que se deslizan alrededor de los seres humanos, esto es el locus de control, ubicado por Rotter (1966) como un rasgo de la personalidad y ésta como un aspecto direccional de la conducta hacia metas, de acuerdo con la historia de aprendizaje y la susceptibilidad a ciertos eventos reforzantes; por su parte La Rosa (1986, p. 40), lo define como “la creencia que uno tiene respecto a quién o qué factores controlan su vida”; para Moorhead y Griffin en 2004, como se cita en Marsiglia (2007), es la medida en que los individuos creen que las circunstancias de su vida están en función de cualquiera de sus propias acciones (factores internos) o de factores externos que escapan a su poder, esto es que sí una persona cree que su comportamiento es el resultado del destino y otra cree que es el resultado del trabajo duro, serán diferentes en el establecimiento de objetivos y comportamientos en la cantidad de esfuerzo que se extienden hacia el logro de esos objetivos y por tanto, hasta qué punto los sujetos logran no afectarse ante las circunstancias, incluso las sociales o de lo contrario cómo son influenciados por éstos en su actuar (Manrique, 1999, p. 118). Respecto a la edad, Katowsky, Crandall y Good (1967), como se cita en Casique y López en 2007, (De Dios, 2010, p. 131), sugieren que el locus de control empieza a desarrollarse alrededor de los ocho años, alcanzando la estabilidad entre los ocho y los quince años y Wallston en 1992 (De Dios, p. 145), para la salud no lo propone como un rasgo general de la personalidad sino como un rasgo específico para cada circunstancia de conservación de la salud y que puede cambiar según la situación.

Rotter (1966) sostiene que el locus de control que un individuo percibe en el origen de su propio comportamiento puede ser intrínseco o extrínseco a él, el primero pertenece a quienes perciben que los eventos positivos o negativos ocurren como efecto de sus propias acciones y que están bajo su dominio personal, en ello valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad individual, además de la

capacidad de determinar su futuro, al respecto Hersch y Scheibe en 1967 (La Rosa, 1986, p. 5, 6), encontraron que éstos sujetos presentaban puntajes más altos en dominación, tolerancia, buena impresión, sociabilidad, eficiencia intelectual, bienestar, logro, más iniciativa en sus esfuerzos para alcanzar metas y ejerciendo más control en el medio ambiente, sobre los eventos nocivos y con ello la reducción de los efectos negativos del estrés (Johnson y Sarason, 1978, como se cita en De Dios, 2010); es posible que si una persona percibe y cree que puede afectar a los acontecimientos, entonces su cognición será que esos acontecimientos no continuarán indefinidamente y en esencia puede tolerar más tensión si piensa que esta situación terminará en un cierto lapso. Además, si una persona considera que tiene control sobre una situación, ésta será percibida como menos amenazante (Lazarus, 1966 como se cita en De Dios, 2010); por otro lado, en el segundo –comportamiento extrínseco- se encuentran quienes, perciben el refuerzo como no contingente a alguna acción suya y todo depende de otros poderosos, creen que el destino, la suerte, el azar, el comportamiento de otras personas determina lo que les sucede, están menos satisfechos con su trabajo, faltan más a los mismos, están más alejados del medio laboral, menos comprometidos con su ocupación, y algunas investigaciones sugieren que presentan más síntomas psicossomáticos y son psicológicamente menos fuertes (Hersch & Shiebe, 1967; Husaini & Neff, 1981, Spector, 1982; Spector & Blau, 1987, como se cita en De Dios, 2010), así entre más interna es una persona, menos externa y viceversa; desde luego, el credo sobre el dominio de los eventos, en primera instancia varía de acuerdo a la cultura, por ejemplo en la nuestra, típicamente el individuo percibe sus acciones como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder de otros, (La Rosa, 1986, p. 4) y en segunda, a las expectativas personales de las cuales es posible distinguir tres: el potencial de conducta, que es la probabilidad de ocurrencia del comportamiento entre el tipo de expectativas, el valor de satisfacción buscada y la fuerza de otras conductas viables en la situación; el potencial de respuesta, que es el grado de valor subjetivo que el individuo da a las consecuencias de lo que hace, en relación con el grado de preferencias y del locus de control personales y la tercera, el potencial de necesidad, que es la intensidad de búsqueda de metas determinada por la historia personal y las tendencias direccionales que implican búsqueda de fuentes reforzantes, tales como reconocimiento (sobresalir, ser considerado por los demás), dominio (liderazgo), independencia (confiar en sí mismo, lograr metas sin ayuda), protección (ayuda ajena), amor/afecto (ser aceptado/amado), y bienestar físico (comodidad).

A lo largo de los estudios de la conducta, los acontecimientos cotidianos y las atribuciones sobre las acciones que los seres humanos efectúan, las aportaciones de Rotter han sido el sustento teórico para un sinnúmero de campos de conocimiento y profesionales, como lo muestran algunos estudios buscando los determinantes de las creencias de control, un ejemplo ya mencionado en el párrafo anterior, es en la salud, además de la enfermedad, autores como Wallston, Kaplan y Maides (1976), desarrollaron el *Health Locus of Control* (HCL) Scale, como una medida unidimensional, para evaluar la magnitud en la que el individuo cree que los resultados están determinados por las propias decisiones, por el esfuerzo personal y la capacidad versus la salud depende de factores sobre los que tienen muy poco control, como por el destino, la casualidad, la fatalidad, la suerte y otras fuerzas, (Wallston & Wallston, 1981, 1982), esto es, hasta qué punto su salud está determinada o no por su conducta. Sobre el mismo campo Husaini y Neff, (1981), observaron la relación de las creencias sobre el azar en la determinación de la salud, las experiencias anteriores de enfermedad, las características de la familia y la influencia que ésta ejerce sobre sus integrantes al experimentar numerosas enfermedades y con la eficacia de los autocuidados y de los profesionales de la salud, por ejemplo, el estatus socioeconómico parece ser una variable de gran importancia; las personas pertenecientes a uno superior son más internos en el área de salud que los sujetos pertenecientes a estatus más desfavorecidos (De Dios, 2010).

Lau (1982), centra su análisis en la asignación interna o externa en cuanto al origen, efecto temporal de las enfermedades, las experiencias vicarias como las más recientes, los hábitos de salud enseñados por los padres y la afectación posterior a las creencias en cuanto al control de salud; en relación con los hábitos los conceptualizan en dos dimensiones: 1) Autocuidado, como lavarse los dientes después de cada comida, hacer ejercicio, llevar una alimentación sana y equilibrada, etcétera, y 2) Utilización de los profesionales, por ejemplo, visitas médicas periódicas, vacunas, revisiones, entre otras; en estos hallazgos utilizó como instrumento de medición, una versión acortada de la *Multidimensional Health Locus of Control Scale*, aplicándola a personas en dos momentos distintos, con un intervalo de seis semanas entre ambos, observó que las experiencias negativas recientes tienen un efecto externalizante sobre el lugar de control para la salud y éstas experiencias se relacionan negativamente con las creencias sobre la eficacia del cuidado personal, y positivamente con la aceptación del papel del azar sobre la salud, de ello concluye que las creencias de salud en el tiempo son función

de los hábitos familiares de salud, incluyendo los autocuidados, confianza y utilización de los profesionales de la salud y de experiencias tempranas con la enfermedad, (De Dios, 2010, p. 19, 141).

De Dios (2010, 145, 146), presenta una revisión sobre estudios de algunas enfermedades asociadas a la manifestación del locus de control y encontró que los sujetos enfermos no siempre llevan a cabo únicamente conductas extrínsecas, existen los que luchan y se sienten responsables de la evolución de la patología que padecen, por ejemplo en las enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial muestran la fuerte convicción de que su sanación depende básicamente del cumplimiento terapéutico prescrito, dieta y toma de medicamentos adecuada, ejercicio, realizan los cambios necesarios en su estilo de vida para adaptarse lo máximo al proceso de recuperación y por tanto hay adherencia al tratamiento, éstas son personas con locus de control interno; en el sentido opuesto se encuentran quienes padecen cáncer mamario, se les relaciono con menos autoexploraciones, menos atención a la información sobre el cuidado del organismo, acudían menos a revisiones ginecológicas, peor calidad de vida, dolor, miedo y preocupación de manera exagerada por su salud, del mismo modo para pacientes con enfermedad reumatoide, diabetes Mellitus tipo dos, trastornos mentales como esquizofrenia, depresión, dolor crónico, por mencionar algunos trastornos van de la mano con el locus externo, parece evidente que un locus intrínseco en la salud, resulta más beneficioso para el ajuste y pronóstico del paciente.

Ahora bien, referente a la familia y el locus de control, Ochoa et al. (1997), realizaron un análisis sobre la validación de la Escala Child Improvement Locus of Control (CILC), en una muestra española de padres de niños hospitalizados, donde evaluaron las creencias de los padres sobre quién o qué factores influyen principalmente en la recuperación o curación de su hijo con necesidades específicas de cuidado de la salud, la escala consta de 27 ítems distribuidos en cinco categorías sobre los dogmas paternos: a) Profesionales, la curación o recuperación de sus hijos está en función o no del esfuerzo que realizan los expertos/profesionales familiarizados con el tipo de problemas que el chico está experimentando; b) Dios, la recuperación de sus hijo está en función o no de algún tipo de intervención divina; c) Padres, refleja sí las sus propias acciones influyen o no sobre la mejora de la enfermedad de su hijo; d) Niño, la recuperación o curación de su hijo depende o no de sus esfuerzos para ayudarse a sí mismo y e) Suerte, la evolución positiva de su hijo depende, preferentemente, de la casualidad, la suerte, el destino o de otros factores que escapan al alcance del control humano, al respecto, concluyeron sobre la conveniencia de realizar estudios posteriores acerca de las posibilidades predictivas del

instrumento en relación a las preferencias de adhesión al tratamiento o curación de los pacientes infantiles hospitalizados, antes de la aplicación de un programa de intervención psico-educativa tanto para los padres como para el niño enfermo y hospitalizado para modificar, mejorar o transformar (Ochoa, p. 101) la calidad de vida a favor de los menores y sus progenitores.

En cuanto a la fisura labiopalatina, en cualquiera de sus modalidades y el locus de control Brantley y Clifford, en 1979, investigaron los efectos de las experiencias en madres con niños y adolescentes con éste padecimiento, además de las conductas escolares a través de las opiniones de los maestros, utilizando como instrumentos, para los menores el *Nowicki-Strickland Locus of Control*, (Nowicki & Strickland, 1973) y el test *When I Was Born*, para medir las percepciones de los adolescentes de las reacciones de los padres en el momento de su nacimiento y con herencia de problemas físicos y anomalías congénitas, (Clifford & Brantley, 1977, como se cita en Brantley, 1979); para las madres, *Nowicki-Duke, Locus of Control* (Nowicki & Duke, 1973) y el test *When I Was Born* (Clifford, 1977) y para los maestros, aplicaron *The National Health Survey Questionnaire*, (Brantley, 1979, p.184). La población incluyó a 44 niños y adolescentes entre 9 y 18 años de edad con fisura palatina y un grupo control de 61 sin padecimiento, además de ambos grupos también participaron voluntariamente las madres y las hipótesis se encaminaron a mostrar que el grupo con afectación tanto de hijos como sus madres, presentaría una mayor externalidad, más dependencia, sentimientos maternos más negativos hacia la aceptación del nacimiento del niño, que la población sin síntomas físicos, el grupo control. Estas suposiciones, fueron respaldadas por los datos y además, encontraron que los efectos de la experiencia de la fisura, para ambos madre e hijo continua hasta la adolescencia y sienten que su experiencia está fuera de su control y son más propensas al campo de dependencia, esto es, sí una percepción individual está influenciada por el contexto en la cual ocurre, se dice que la persona es dependiente del campo, por lo contrario si hay una mayor dependencia de las señales internas en la toma de decisiones se dice que es independiente del campo; en cuanto al test de Clifford, aplicado a los menores, ha demostrado en repetidas ocasiones que los niños con fisura ven a sus padres como menos favorable en comparación con los del grupo control.

Tisza et al (como se cita en Brantley, 1979, p.183) tomaron la posición de que los niños con fisura labiopalatina, serían forzados a ser pasivos, porque sus madres podrían no protegerlos por los eventos potencialmente traumáticos, como la experiencia de la cirugía, la cual puede ser inexplicable a los pequeños, la hospitalización requiere de la separación de la madre y la revisión médica y el

largo tratamiento torna a la madre una observadora pasiva, estas experiencias pueden generar sentimientos de impotencia y sin poder y tanto en la madre como en el niño, llevan la convicción de que el destino se controla externamente y no internamente.

En cada estudio realizado se van abriendo nuevas brechas a indagar, con poblaciones de características y condiciones distintas; los instrumentos de medición insuficientes, la consistencia interna y la externa, tiene que ser validada, para más tarde, estandarizarse y sean utilizables en cualquier contexto y ante un hecho, hoy la propuesta es continuar con la valoración de aspectos psicosociales cuyo fin es el acercamiento al conocimiento conductual de los individuos y los grupos, para más adelante formular estrategias de intervención multi e interdisciplinarias, encaminadas a fortalecer la calidad de vida y el bienestar de seres humanos vulnerables, de éste modo la propuesta es la elaboración de una escala para apreciar las actitudes de los padres con hijos de labio y paladar hendidos, presentada en el apartado anterior y además seleccionada porque es un instrumento multidimensional cercano al contexto nacional; los esfuerzos en éste trabajo no se desvían hacia la estandarización; se reduce el riesgo de utilizar un material sobre hallazgos carentes de sustento científico; permite conocer un rasgo de personalidad, aplicable a poblaciones de jóvenes en adelante, la Escala de Locus de Control creada por La Rosa (1986, p. 44, 158,159), constituida por reactivos, dirigidos a explorar las dimensiones de internalidad, control interno, externo y distribuidos en cinco factores:

1. Factor I. fatalismo/suerte, dimensión referida a creencias en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino, como “un buen empleo es cuestión de suerte”
2. Factor II. Poderosos del macrocosmos (enajenación socio-política), relativa a personas que tienen el dominio porque tienen poder, están lejanas del individuo, pero su acción repercute en su vida, entre ellas se sitúan a políticos, gobernantes de las naciones poderosas, diputados, jefes de ejecutivo desde localidades hasta los nacionales, para ésta situación “el problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo haga no cambia nada”
3. Factor III. Afectividad, describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de relaciones afectivas con quienes les rodean, “si le caigo bien a mi jefe, puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo”

4. Factor IV. Internalidad instrumental, contiene situaciones en que el individuo controla su vida debido a su esfuerzo, trabajo y capacidades, “que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades” y
5. Factor V. Poderosos del microcosmos, para éste caso, las personas que tienen el poder, están más cercanas del individuo y controlan los refuerzos que le interesan, por ejemplo el jefe, el patrón, el dueño de la empresa, el padre, la madre, entre otros, “el puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder”.

Psicológicamente el nacimiento de un hijo (a) conlleva cambios cognitivos, afectivos y conductuales, si además no se vislumbra la posibilidad de malformación o disminución de sus potencialidades es todavía más impactante y la serie de reacciones derivadas de un evento con tales características trasgrede el ánimo de quienes se encuentran en esas circunstancias, de ahí que sea justamente el objetivo mediato, aligerar la tensión, el estrés y modificar favorablemente las emociones, los pensamientos e ideas y los comportamientos a través del conocimiento, del acompañamiento, de la intervención profesional interdisciplinaria. Por otro lado cabe plantear la posibilidad de que en los padres, como rasgo de personalidad tengan un locus de control externo, respecto a: 1) el potencial de conducta, la expectativa paterna tenderá al nacimiento de un hijo sin menoscabo del cuál dependerá el nivel de satisfacción; 2) el potencial de respuesta, la subjetividad también hacia un locus de control externo pues lo que ha sucedido es una consecuencia de algo que hizo o dejó de hacer y 3) el potencial de necesidad, las conductas se dirigirán hacia la búsqueda de reforzamientos, por un lado los personales, hablar, ser escuchados, guiados, comprensión de lo sucedido y por otro lado en cuanto al neonato, a la búsqueda de su bienestar físico, el cual está muy lejos de alcanzar en los primeros meses después del nacimiento, a la protección, ayuda de otros, a sentirse aceptado y amado. Es entonces que a continuación se presenta el instrumento de medición para el rasgo de personalidad, en cuanto a la atribución de la responsabilidad de los eventos de la vida cotidiana.

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

INSTRUCCIONES. A continuación le voy a decir una serie de afirmaciones, en las que de acuerdo a su opinión y situación usted indicará la medida de certeza o falsedad en cada una de ellas. Especifique su respuesta, encerrando en un círculo el número que

mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas; hay puntos de vista diferentes. Por favor conteste todas las afirmaciones, para las cuales hay cinco respuestas posibles:

1 = TOTALMENTE CIERTO 2 = CIERTO 3 = NI CIERTO, NI FALSO 4 = FALSO 5 = TOTALMENTE FALSO

Núm	REACTIVOS	1	2	3	4	5
1.	El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto					
2.	El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga					
3.	El caerle bien a la gente me ayuda a resolver muchos problemas					
4.	Los precios en general dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto					
5.	No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que dependen del gobierno					
6.	Que yo tenga un buen empleo es cuestión de suerte					
7.	Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente					
8.	Lo que me pasa es consecuencia de mis acciones					
9.	La paz entre los pueblos, depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante					
10.	El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá mucho de la suerte					
11.	Para conseguir muchas cosas necesito ayuda de gente que tiene poder					

12.	El hecho de que yo tenga muchos o pocos amigos se debe al destino					
13.	Mi futuro depende de mis acciones presentes					
14.	Puedo tener éxito en la vida si soy simpático					
15.	Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino					
16.	El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo hago no cambia nada					
17.	El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder					
18.	Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte					
19.	Que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mí					
20.	Los problemas mundiales están en las manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada					
21.	Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo					
22.	Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales					
23.	Mi éxito dependerá de lo agradable que soy					
24.	Para subir en la vida necesito la ayuda de gentes importantes					
25.	Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte					
26.	Me va bien en la vida porque soy simpático (a)					
27.	Mi vida está determinada por mis propias acciones					

28.	Para resolver la mayoría de los problemas necesito ayuda de gentes importantes					
29.	Siento que es difícil influir en lo que los políticos hacen					
30.	Como estudiante (sentí) siento que las calificaciones dependen de mucho de la suerte					
31.	Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable sea yo					
32.	Puedo subir en la vida si tengo suerte					
33.	Yo siento que la gente que tiene poder sobre mi (padres, familiares, jefes, etc.) tratan de decir lo que sucederá en mi vida					
34.	Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal					
35.	El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí					
36.	Si soy buena gente con mis profesores puedo mejorar mis calificaciones					
37.	Mi país está dirigido por pocas personas y lo que yo haga no cambia nada					
38.	El que yo llegue a tener éxito depende de mí					
39.	La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando estos son opuestos a los de las personas que tienen el poder					
40.	Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte					
41.	El que mejoren mis condiciones de vida depende principalmente de las personas que tienen poder					
42.	Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás					

43.	No tengo influencia en las decisiones que se toman al destino de mi país					
44.	Yo siento que mi vida está controlada por gente que tiene el poder					
45.	Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro					
46.	No siempre es bueno para mí planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte					
47.	El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes					
48.	Mis calificaciones dependen de mi esfuerzo					
49.	Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder					
50.	Muchas puertas se me abren porque tengo suerte					

Para finalizar éste apartado a continuación se expone la propuesta de medición de actitudes integrando los reactivos de la escala de La Rosa y posterior a ello, se pasará al último apartado del trabajo, discusión y conclusiones.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ACTITUD, PADRES E
HIJOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDOS

Lugar _____ CUESTIONARIO Núm. _____
Fecha _____

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1.1 ¿Qué edad tiene? _____ 1.2 ¿Sabe leer? Sí () No () 1.3 ¿Sabe escribir? Sí () No () 1.4 ¿Fue a la escuela? Sí () No ()
1.5 ¿Cuál fue el último año que terminó en la escuela? _____ 1.6 Su estado civil actual: Soltero (a) () Casado (a) () Viudo(a) () Divorciado
(a) () Separado (a) () Otro (¿cuál?) () 1.7 ¿Cuántos hijos tiene? _____

1. DATOS DEL PACIENTE

- 2.1 ¿Qué edad tiene su hijo? _____ 2.2 ¿Qué lugar de nacimiento ocupa su hijo? _____ 2.3 ¿Qué sexo tiene? F () M ()
2.4 ¿Qué tipo de padecimiento presentó su hijo?
2.4.1 Sólo Labio hendido Lateral derecho o izquierdo _____ Bilateral _____ 2.4.2 Sólo Paladar hendido _____
2.4.3 Ambos: Labio y/o paladar hendido lateral derecho o izquierdo _____ Bilateral _____
2.5 ¿Su hijo nació con algún otro padecimiento de salud? Sí () No () ¿Cuál? _____
2.6 ¿En su familia hay alguien más con labio y/o paladar hendidos? Sí () No () 2.7 ¿Qué parentesco tiene con su hijo? _____
2.8 ¿Y en la familia del padre del niño, alguien tiene el padecimiento? Sí () No () 2.9 ¿Qué parentesco tiene con su hijo? _____
2.10 ¿Durante su embarazo tuvo algún problema? Sí () No () 2.11 ¿Cuál? _____
2.12 ¿En las primeras semanas del embarazo estuvo expuesta a radiaciones? Sí () No ()
2.13 A ¿otras sustancias? Sí () No () ¿Cuál? _____
2.14 ¿Tomo algún medicamento durante las primeras semanas del embarazo? Sí () No ()
2.15 ¿Cuándo se enteró de que su hijo presentaba una deformación? Antes del nacimiento _____ Al nacimiento _____
2.16 ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Sí () No () ¿A qué edad? _____ 2.17 ¿Cuántas intervenciones quirúrgicas lleva? _____
2.18 ¿Le faltan más intervenciones quirúrgicas? _____ 2.19 ¿Asiste a algún tipo de rehabilitación? Sí () No ()

2.20 ¿Ha recibido ayuda psicológica? Sí () No () 2.21 ¿Por qué? _____

2. ACTITUDES Y LOCUS DE CONTROL

INSTRUCCIONES. A continuación le voy a decir una serie de afirmaciones, en las que de acuerdo a su opinión y situación usted indicará la medida de certeza o falsedad en cada una de ellas o bien especifique su respuesta, encerrando en un círculo el número que mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas; hay puntos de vista diferentes. Por favor conteste todas las afirmaciones, para las cuales hay cinco respuestas posibles:

1 = TOTALMENTE CIERTO 2 = CIERTO 3 = NI CIERTO, NI FALSO 4 = FALSO 5 = TOTALMENTE FALSO

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. A los demás hijos les pego más, pero a él (ella) nunca _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. A los demás les compro juguetes pero a él (ella) no _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Antes de operarlo (a), casi no lo sacaba a la calle _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Antes de tenerlo (a) fumaba, pienso que eso lo (a) dañó _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Antes de tenerlo (a) no me alimentaba bien, me imagino que por eso nació así _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Antes de tenerlo (a) tomaba alcohol, pienso que fue la causa del labio y/o paladar hendidos _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Aunque con una deformación considero que lo importa es que nació _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Busqué la causa de su malformación _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Como estudiante (sentí) siento que las calificaciones dependen de mucho de la suerte _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Conozco la causa de que mi hijo (a) naciera así _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Crecerá con inseguridad _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Creo que mi hijo (a) es un problema _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Creo que mi hijo (a) no les agrada a los demás _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Creo que siempre tengo que ayudarle hacer sus cosas, porque solo no puede _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Cuando alguien lo molesta, le enseño que se defienda _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Cuando hace algo se lo festejo _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Cuando los demás ven a mi hijo (a), me siento avergonzado (a) _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Cuando veo a mi hijo (a) me siento contenta _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Cuando veo a mi hijo (a) me siento triste _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. De niño (a) me enfermaba mucho, por eso nació así _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. De niño (a) no me alimentaba bien por eso nació así _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

25. De poder escoger, preferiría que no hubiese nacido_____	1	2	3	4	5
26. El caerle bien a la gente me ayuda a resolver muchos problemas_____	1	2	3	4	5
27. El costo de su tratamiento ha repercutido en la economía familiar_____	1	2	3	4	5
28. El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí_____	1	2	3	4	5
29. El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes _____	1	2	3	4	5
30. El hecho de que yo tenga muchos o pocos amigos se debe al destino_____	1	2	3	4	5
31. El labio y /o paladar hendidos son defectos del nacimiento_____	1	2	3	4	5
32. Él me necesita igual que mis otros hijos (as), eso es lo que creo_____	1	2	3	4	5
33. El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo hago no cambia nada_____	1	2	3	4	5
34. El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto_____	1	2	3	4	5
35. El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder_____	1	2	3	4	5
36. El que mejoren mis condiciones de vida depende principalmente de las personas que tienen poder_____	1	2	3	4	5
37. El que yo llegue a tener éxito depende de mí _____	1	2	3	4	5
38. El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga_____	1	2	3	4	5
39. El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá mucho de la suerte_____	1	2	3	4	5
40. Es igual de inteligente que los demás niños (as)_____	1	2	3	4	5
41. Es más inteligente que los demás niños (as)_____	1	2	3	4	5
42. Es más sentimental que sus hermanos (as)_____	1	2	3	4	5
43. Es menos inteligente que los demás niños (as)_____	1	2	3	4	5
44. Es un niño (a) físicamente desagradable_____	1	2	3	4	5
45. Frecuentemente la gente lo (a) elogia y eso me hace sentir contenta_____	1	2	3	4	5
46. Fumar provoca esta malformación_____	1	2	3	4	5
47. Me imagino que generalmente me quita el tiempo_____	1	2	3	4	5
48. Jamás me sentiré feliz porque mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos_____	1	2	3	4	5
49. La automedicación durante el embarazo fue la causa de su malformación_____	1	2	3	4	5
50. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales, cuando estos son opuestos a los de las personas que tienen el poder_____	1	2	3	4	5
51. La paz entre los pueblos, depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante_____	1	2	3	4	5
52. Observo que las cosas que hace mi hijo (a), siempre están mal hechas_____	1	2	3	4	5
53. Le doy todo lo que me pide, con tal de que no llore_____	1	2	3	4	5
54. Le grito por cualquier cosa_____	1	2	3	4	5
55. Le tengo más paciencia que a los demás_____	1	2	3	4	5
56. Lo (a) amo más que a los demás hijos_____	1	2	3	4	5

57. Lo (a) ánimo para que pronuncie bien las palabras_____	1	2	3	4	5
58. Lo (a) ánimo para que platique_____	1	2	3	4	5
59. Lo (a) consuelo y ayuda cuando le pasa algo_____	1	2	3	4	5
60. Lo que me pasa es consecuencia de mis acciones_____	1	2	3	4	5
61. Lo que provocó su malformación, fue la edad a la que lo (a) tuvimos_____	1	2	3	4	5
62. Los precios en general dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto_____	1	2	3	4	5
63. Los problemas mundiales están en las manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada_____	1	2	3	4	5
64. Me agrada satisfacer sus dudas, cuando me pregunta algo _____	1	2	3	4	5
65. Me disgusta platicar con él (ella) _____	1	2	3	4	5
66. Me duele cuando los demás se ríen de él (ella)_____	1	2	3	4	5
67. Me enojo con él (ella), aunque yo no tenga razón_____	1	2	3	4	5
68. Me gusta enseñarle_____	1	2	3	4	5
69. Me gusta jugar con mis hijos (as), especialmente con él (ella) _____	1	2	3	4	5
70. Me gusta salir con él (ella) a la calle _____	1	2	3	4	5
71. Me irrito con él (ella) más que con los otros hijos (as)_____	1	2	3	4	5
72. Me preocupo más por hacer la comida y el quehacer, que por jugar con él (ella)_____	1	2	3	4	5
73. Me siento culpable porque mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos_____	1	2	3	4	5
74. Me siento frustrado (a) por eso evito estar con él (ella)_____	1	2	3	4	5
75. Me siento triste porque mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos_____	1	2	3	4	5
76. Me va bien en la vida porque soy simpático (a)_____	1	2	3	4	5
77. Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal_____	1	2	3	4	5
78. Mi esposo (a) dudo de su paternidad, cuando lo (a) vio_____	1	2	3	4	5
79. Mi esposo (a) es el culpable de que mi hijo (a) naciera con labio y/o paladar hendidos_____	1	2	3	4	5
80. Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder_____	1	2	3	4	5
81. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy_____	1	2	3	4	5
82. Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable sea yo_____	1	2	3	4	5
83. Mi futuro depende de mis acciones presentes_____	1	2	3	4	5
84. Mi hijo (a) es igual que los demás hijos (as)_____	1	2	3	4	5
85. Mí país está dirigido por pocas personas y lo que yo haga no cambia nada_____	1	2	3	4	5
86. Mi vida está determinada por mis propias acciones_____	1	2	3	4	5
87. Mis calificaciones dependen de mi esfuerzo _____	1	2	3	4	5
88. Muchas puertas se me abren porque tengo suerte_____	1	2	3	4	5
89. Nadie lo(a) amará_____	1	2	3	4	5

90. No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que dependen del gobierno_____	1	2	3	4	5
91. No siempre es bueno para mí planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte_____	1	2	3	4	5
92. No tendrá amigos (as)_____	1	2	3	4	5
93. No tengo influencia en las decisiones que se toman del destino de mi país_____	1	2	3	4	5
94. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales_____	1	2	3	4	5
95. Ocasionará desajustes familiares_____	1	2	3	4	5
96. Para conseguir muchas cosas necesito ayuda de gente que tiene poder_____	1	2	3	4	5
97. Para subir en la vida necesito la ayuda de gentes importantes_____	1	2	3	4	5
98. Para resolver la mayoría de los problemas necesito ayuda de gentes importantes_____	1	2	3	4	5
99. Pienso que consumir bebidas alcohólicas provoca el labio y/o paladar hendidos_____	1	2	3	4	5
100. Pienso que cualquier tipo de droga provoca la malformación_____	1	2	3	4	5
101. Porque así lo quiso Dios, mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos_____	1	2	3	4	5
102. Porque me siento feliz con él (ella), siempre lo (a) acaricio_____	1	2	3	4	5
103. Porque me tocó a mí, estoy enojado (a)_____	1	2	3	4	5
104. Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás_____	1	2	3	4	5
105. Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente_____	1	2	3	4	5
106. Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte_____	1	2	3	4	5
107. Puedo subir en la vida si tengo suerte_____	1	2	3	4	5
108. Puedo tener éxito en la vida si soy simpático_____	1	2	3	4	5
109. Que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mí_____	1	2	3	4	5
110. Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino_____	1	2	3	4	5
111. Que yo tenga un buen empleo es cuestión de suerte_____	1	2	3	4	5
112. Se desconoce lo que causa el labio y/o paladar hendidos_____	1	2	3	4	5
113. Será un hombre (mujer) frustrado (a)_____	1	2	3	4	5
114. Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo_____	1	2	3	4	5
115. Si soy buena gente con mis profesores puedo mejorar mis calificaciones_____	1	2	3	4	5
116. Siempre beso a mi hijo (a), porque estoy contenta con él (ella)_____	1	2	3	4	5
117. Siempre juego con él (ella)_____	1	2	3	4	5
118. Siempre le llevo más juguetes a él (ella) que a los demás_____	1	2	3	4	5
119. Siempre me quedo callada, cuando los demás se burlan de él (ella)_____	1	2	3	4	5
120. Siento que es difícil influir en lo que los políticos hacen_____	1	2	3	4	5
121. Siento que le pego más que a los demás_____	1	2	3	4	5
122. Tengo que ayudarlo (a) para que sea un "buen" hombre o mujer_____	1	2	3	4	5

123. Trato de ayudarlo para que haga las cosas por sí solo (a) _____	1	2	3	4	5
124. Vivo con angustia porque mi hijo (a) nació con labio y/o paladar hendidos _____	1	2	3	4	5
125. Yo siento que la gente que tiene poder sobre mi (padres, familiares, jefes) tratan de decir lo que sucederá en mi vida _____	1	2	3	4	5
126. Yo siento que mi vida está controlada por gente que tiene el poder _____	1	2	3	4	5

3. OBSERVACIONES

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ENCUESTÓ _____

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

*“Los años nos enseñan muchas cosas que
los días no saben nunca”*

Ralph W. Emerson

El conocimiento de un ente, un fenómeno, un objeto o hecho, implica una serie de movimientos en orden lógico, para dilucidar lo observado empíricamente a través de innumerables vertientes como la Filosofía Social, cuyo análisis está centrado en el hombre como sujeto de toda relación social de quien depende la forma de vincularse y de conocer la naturaleza de sus comportamientos e interacciones como del objeto de análisis, desde luego dentro de su grupo social en una relación bidireccional a partir de procesos internos para minimizar su indefensión posnatal estableciendo vínculos generativos para ser auxiliado y cumplir su afán de plenitud subsistencial, pues aún cuando no necesitara de otros, lo más probable es que persistiría el impulso a tener una vida en común, a huir del aislamiento y hacer cosas habituales, como un requerimiento de la naturaleza corporal y espiritual, a vivir en sociedad, en interacción con los demás pues es inherente a la conservación de la vida y del desarrollo biopsicosocial, de las habilidades, potencialidades y del aprendizaje de recursos para enfrentar la vida cotidiana.

El universo científico contiene una gama de posibilidades reflexivas, contemplativas y acreditadas para el conocimiento de un hecho en el afán de encontrar una explicación sobre el objeto de estudio, en este caso en particular las relaciones humanas, las interacciones dentro de un grupo social, las repercusiones psicosociales del neonato en los primeros años de vida, como consecuencia de la posición conductual de los padres ante un hecho específico que es una afección corporal, de modo tal que se seleccionaron para sustentar la presente pesquisa: 1) Aprendizaje Social, Bandura (1977), basado en el conductismo, aunque incluye elementos cognoscitivos como son las representaciones, estructuras y procesos mentales, donde el ambiente tiene una influencia trascendental sobre el proceso permanente de adquisición de conocimientos: autocontrol, concepto del “yo”, roles, jerarquías y patrones conductuales

que el entorno ofrece para que el neonato, mediante la observación y por propia experiencia se convierta en un ser socializado, a través de la provisión de incentivos, como premios, elogios, la estimulación del autoreconocimiento pero también con la posibilidad de manifestar respuestas negativas que impidan cambios positivos; además dentro de éste punto de vista se incluye la cognición social (Jacques & Codol, 1991), pues a partir de la interacción es que hay una construcción y un procesamiento de información que cada ser humano realiza y permite la explicación de su comportamiento pues es cognitivamente activo, es perceptor más no receptor y los procesos orientan el funcionamiento a medida que los modelos son observados y de ellos aprenden "segmentos" de comportamientos que más adelante constituyen patrones complejos a través del sistema psíquico donde se recrean los pensamientos, las representaciones de la realidad, la percepción, la memoria y el lenguaje. Dentro de sus funciones están la regulación y la actividad; la identificación y el reconocimiento de los objetos del ambiente, para darles significado, sentido y categorizarlos de acuerdo a una o más de sus propiedades en común para formar conjuntos, mediante su razonamiento, por ejemplo en éste caso: defecto del nacimiento: síndrome Down, pie equino, columna bífida, labio y paladar hendidos, anomalía cromosómica, etcétera, tal generalización, -defectos del nacimiento-, afecta los procesos de filtrado, organización, en donde el resultado es la información referida del objeto (defectos del nacimiento), luego entonces, la cognición social tiene un: origen en la interacción humana; un objeto social, se trata de la cognición de lo que es social y que esa construcción es socialmente compartida, por lo tanto común a los diferentes miembros de un grupo o sociedad;

2) Interaccionismo Simbólico, Mead (1934) que analiza el proceso de "dar sentido" y significado al mundo físico, biológico, psicológico y social, y como punto de partida las acciones de los otros para la conformación de las primeras impresiones sobre el entorno y sobre "sí mismo" o "mismidad"; del "Yo"; del "Mí", de la gestación de la personalidad, del autoconcepto, de la autoimagen, de la autoestima, de la forma en cómo relacionarse con los demás, de las creencias, capacidades, habilidades y potencialidades y 3) Locus de Control, (Rotter & Murly, 1965) como un rasgo de personalidad, una cosmovisión, específicamente sobre la creencia de quién o qué factores controlan los acontecimientos de la vida, de eventos y circunstancias que cognitivamente no encuentran una explicación aceptable y tranquilizadora por lo que probablemente hay que recurrir a elucidaciones externas, cabe la posibilidad de reflexionar entorno a que el locus de control sea interno o externo es un proceso que con la socialización se va aprendiendo en los primeros años de vida de los modelos que se tienen en la cotidianidad.

Sí bien se reconoce la posibilidad de otras teorías o perspectivas psicosociales lograsen enmarcar la presente búsqueda, es probable que los resultados obtenidos fueran incongruentes al objeto de estudio: el análisis de las actitudes paternas, el conocimiento de sus inclinaciones, sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones hacia el labio y/o paladar hendidos de sus hijos e hijas a través de una escala de medición propuesta específicamente para ello y cabe recordar que a lo largo de los capítulos expuestos ha estado presente la insistencia en la influencia y repercusiones que los comportamientos de los progenitores tienen sobre los menores, (Bandura, 1977; Bühler, 1938; Davis, 1938; Díaz, 1999; Minuchin, 1992; Spitz, 1949); los lazos afectivos, positivos, negativos u olvidados, los negados o bien los dramas secretos, los no dichos, la repetición de tareas interrumpidas, no logradas, se refrendan algunas veces durante la vida, como una “lealtad inconsciente” o “fidelidad familiar invisible” (Boszormenyi-Nagy, 2003) que los conduce a refrendar patrones de conducta, a “un síndrome de repetición”, a una lealtad que supone correspondencia tanto de ideas como de motivaciones y los actos de cada uno, de la unidad del grupo y del “inconsciente familiar” que los integrantes absorben de forma individual, en ello se encuentra el respaldo para continuar con un estigma, a favor o en contra de las habilidades y potencialidades de uno o de varios de los miembros del grupo, de tal suerte que hay repercusiones perceptuales de autoconcepto y autoestima, incluye un defecto al nacimiento, resulta devastador para la psique individual de quienes lo padecen. Aunado a la consideración de que los procesos psicosociales son inherentes a todo ser humano, reflejados en el aprendizaje y la cognición social, en el interaccionismo simbólico y el locus de control, entre otros, con la figura de por lo menos dos individuos en interacción - vinculados a una dimensión transgeneracional-, con el resultado de la socialización y como eje la incorporación de formas, de posturas, modos de ver el mundo que abarcan desde creencias, percepciones, motivaciones, sentimientos, atribuciones, conflictos, habilidades adaptativas –conformismo- y creativas hasta las manifestaciones observables, lingüísticas, así en las fases iniciales de la vida aprende y aprehende como tiene que sentir, que percibir e incluso qué necesidades tener, producto de la convivencia, pero también las propias y reservadas, las que se conservan internamente, las actitudes. Según la cognición social, son categorizaciones de los objetos sobre una dimensión evaluativa almacenada en la memoria a largo plazo, un esquema o estructura de conocimiento que se forma por la asociación de un conjunto ordenado de creencias, respuestas afectivas, intenciones de conducta y conducta recordada en torno a un nodo afectivo-evaluativo; algunas de estas estructuras pueden presentarse de forma unipolar ya que poseen solo creencias y quedan de manera imperceptible los demás componentes, capaces de apreciarse únicamente a través de una exploración más

exhaustiva y de forma indirecta, tal es el caso en el nacimiento de un hijo con alguna malformación donde inicialmente las posibilidades de solución no se visualizan en un primer plano, el impacto provoca el efecto de escotomización psicológica, donde la orientación o tendencia, la magnitud, fuerza o grado de la emotividad, de la creencia y la manifestación conductual solo se reconocen mediante un instrumento de medición.

Los seres humanos forman actitudes positivas y negativas hacia personas, objetos y eventos; se definen como la posición no manifiesta necesariamente sobre un ente, un hecho que en este caso es una malformación congénita, matizada de percepciones – autoestima, autoconcepto, autoimagen-, motivaciones, cogniciones, sentimientos, de conformismo producto de la estigmatización e incluso de agresión; sí bien, el abordaje de este tópico psicológico, remite al funcionalismo, no por ello se tendrá una postura en la que se denote en forma única éste punto de reflexión, pues el individuo, los grupos y la sociedad humana no son comunidades, regidas por un instinto heredado y controladas por las leyes que ante la presencia de un estímulo, den una respuesta mecánica, de modo tal que a lo largo de ésta investigación, el individuo es considerado como activo que pertenece a uno o varios grupos, que vive en sociedad y con ello forma un complejo de elementos o componentes directa o indirectamente organizados y relacionados, lo cual le permite mantenerse en interacción y poseer la capacidad de ejecución en su adaptación al ambiente.

En cuanto al labio y paladar hendidos como otras tantas deformaciones corporales, con certeza no se conocen las circunstancias que le dieron origen por lo que se considera un hecho multifactorial y multicausal, producto de la herencia o de factores como los infecciosos, físicos, químicos, ambientales, nutricionales hasta los psicoafectivos, aunque de éstos últimos se requiere mayor profundización de análisis tanto a nivel genético como psicosocial, pues de acuerdo a la revisión bibliográfica los estudios (Alas, Gurrola, Díaz, Casasa, 2007; Corbo, 2001; Corbo & Miramón, 2001; Gámez, 1982; Gómez, 2008; Gómez & Lara, 2007; González, 2011; Casanova, González, Medina, Pontigo, et al, 2011; Grobeisen, 1996; Neel, 1958; Morales, Rosquillas, et al, 1999; Shafer, 1986; Shafer & Levy, 1986; Alfaro, Angulo, Pérez, y Nario, 1993; Vilchis, 2010; Rozen, 2000), se centran en aspectos médicos, reconstructivos, odontológicos, terapia de lenguaje, etiopatogénicos, epidemiológicos y en lo psicosocial, (Clifford & Brantley, 1977; Brantley, 1979; Richardson, **1973**; Tizard, 1964; Limañana et al, 2007; Díaz, Aparicio y Sánchez-López, , 2001; Sánchez Canovas, 1991; Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, Folkman, Lazarus, 1986; Folkman & Lazarus, 1988a; Solis, 1997; Vinaccia, Stefano et al, 2008; Solis,

1997), escasamente tratados sobre autoimagen y autoestima y algunos estudios con padres y madres, utilizando instrumentos elaborados en Estados Unidos de Norteamérica, adaptados para su aplicación en España y también para estudios en México, luego entonces, cabe mencionar que hasta el momento no se ha encontrado un estudio en México encaminado a la medición de las actitudes paternas sobre el padecimiento mencionado con antelación, por ello se propone como un primer acercamiento una escala conformada de reactivos clasificados en los componentes cognitivos, afectivos, conductuales, dirección, intensidad y la prominencia; además incluye la Escala de Locus de Control creada por La Rosa (1986), para explorar las dimensiones de internalidad y externalidad, distribuidos en cinco factores: a) Fatalismo/suerte, creencias en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores azarosos; b) Poderosos del macrocosmos, relativa a personas que tienen el dominio y poder; c) Afectividad, situaciones en que se consiguen los objetivos a través de relaciones; d) Internalidad instrumental, situaciones de control de vida debido al esfuerzo, trabajo y capacidades y e) Poderosos del microcosmos, el poder, está en personas cercanas que interesan y controlan los refuerzos. En conclusión es pertinente mencionar que en la literatura revisada se muestra que un locus de control interno, permite asumir la responsabilidad de la recuperación de la salud, asistir al tratamiento en éste caso a largo plazo de forma integral, cirugía general, más tarde la plástica, ortodoncia, lenguaje, entre otras, en beneficio del neonato.

Finalmente es conveniente reiterar que psicológicamente el nacimiento de un hijo (a) conlleva cambios cognitivos, afectivos y conductuales, intensificados ante una malformación o disminución de potencialidades, donde el ánimo, las emociones, los pensamientos e ideas de quienes se encuentran en esas circunstancias, puede contribuir a no favorecer el desarrollo biopsicosocial del que depende el nivel de satisfacción paterna, de las respuestas cognoscitivas sobre lo sucedido es consecuencia de algo que hizo o dejó de hacer y las conductas dirigidas al encuentro de reforzamientos personales, como hablar, ser escuchados, guiados, comprender lo sucedido de aligerar la tensión, el estrés y modificar los comportamientos a través del conocimiento, del acompañamiento, de la intervención profesional interdisciplinaria y especialmente en la búsqueda del bienestar físico del neonato, el cual está muy lejos de alcanzar en los primeros meses después del nacimiento, a la protección, ayuda de otros, a sentirse aceptado y amado.

En éste apartado se enlistan una serie de sugerencia sobre estudios a realizar, centrados en aspectos psicosociales de progenitores, hijos, hermanos y defectos al nacimiento, a saber:

1. Escala de actitudes paternas con hijos de labio y paladar hendidos, (EAPLAPHE). Aplicación de prueba piloto, aplicación para validación
2. Hijos con defectos al nacimiento y/o labio y paladar hendidos
 - a. Estudio que permita distinguir la actitud hacia el defecto al nacimiento y no al individuo que lo padece.
 - b. Estudio trasversal y/o longitudinal de la naturaleza traumática de los padres donde se incluyan variables como las fases: conmoción, rechazo, confusión, esfuerzo y aceptación; el tiempo de una fase a otra que probablemente dependa de cada ser humano; del tamaño, del tipo de afección y del impacto psicológico.
 - c. Afrontamiento familiar.
 - d. Aspectos psicosociales en los hermanos: percepción, locus de control, agresión, conformismo, disonancia cognitiva.
 - e. Aspectos psicosociales y métodos de crianza en niños afectados.
 - f. Repercusiones en la pareja.
 - g. Estilos y calidad de vida en la salud de familias.
 - h. Estudio trasversal de las actitudes del personal de salud.
3. Estudio comparativo utilizando la escala de Díaz y Andrade (1984), de locus de control para niños mexicanos, con y sin defecto al nacimiento, entre ellos labio y paladar hendidos.
4. Asertividad en otros ámbitos de interacción como amigos, escolar, pareja y trabajo.

Son algunas de las sugerencias para acercarse al conocimiento de un ente, sin embargo la lista es interminable y el objeto de estudio difícil de mirar por su multidimensionalidad, pero los esfuerzos tienen que encaminarse a continuar la búsqueda de explicaciones que contribuyan a la comprensión de los comportamientos y su influencia entre los seres humanos en interacción, pues la insistencia en

que las actitudes de ambos padres son contundentes queda escrita y reforzada en la siguiente carta que se presenta como corolario de ésta propuesta:

Carta a los Padres de Niños con Hendiduras

Como usted, yo soy padre de un niño con una hendidura. Quisiera compartir algunas de los sentimientos que yo sentía cuando nació nuestro niño con las esperanzas de que usted no se sienta tan solo durante este tiempo tan difícil.

Mi esposo y yo pasamos casi un año preparando para la llegada de nuestro hijo con mucho entusiasmo. Sin embargo, teníamos muchas preocupaciones debido a la realidad de tener la responsabilidad de cuidar a un niño con una hendidura. Sin embargo, un año después, me costó entender por qué yo estaba tan triste cuando nació nuestro hijo. Ahora, me parece que la mayoría de los miedos que tenía eran equivocados. Aunque me doy cuenta de eso ahora, también sé que mis preocupaciones eran importantes durante ese tiempo solamente porque me importaron a mí.

Cuando salimos del hospital, ya había recibido varios mensajes de ánimo de mis amigos y familiares. La mayoría de los mensajes dijeron, “no te preocupes, las cirugías hacen milagros y podría haber sido peor.” Aunque yo apreciaba su compasión, ¿cómo iba a dejar de estar preocupada sin entender que significaba tener una hendidura?

Me sentí que nadie entendió; la mayoría de las personas estaban curiosas y algunas maliciosas. Algunas personas trataron de quitarle importancia al problema y estaban muy impacientes y aburridas con todas mis preocupaciones. Yo tenía miedo que ellos le despreciaran a mi niño y discriminaran a favor de niños que se ven más normales. Me tardó un rato en entender que sus reacciones eran de ellos y yo sólo podía estar preparada con respuestas honradas a sus preguntas. Tenía que aprender que la única actitud que yo podía controlar era la mía.

Como yo, quizás usted se sienta muy frustrado con los médicos. Le dan varias opiniones y nadie le da una respuesta definitiva. Como padres nos damos cuenta que somos los que van a tomar las decisiones que van a determinar el futuro de nuestro niño; nos sentimos incompetentes e inseguros debido a esa responsabilidad tan importante. Usted va a ver que con la ayuda de los médicos que se especializan en el cuidado de hendiduras, además de la información que usted consigue, va a encontrar las respuestas a las preguntas que tiene. Es maravilloso que existan hombres y mujeres que han dedicado sus vidas al cuidado de nuestros niños. Todavía es importante que usted mantenga en mente que cada hendidura es diferente, igual que los niños. Es posible que los médicos recomienden un tratamiento para su niño que es diferente de lo demás.

Tal vez usted se ha dado cuenta que está inventando excusas para que otros no vengán a ver a su bebé-yo lo hice. Es muy difícil aceptarlo al principio, ¡pero tenemos que reconocer que no podemos negar la verdad! No debemos sentir vergüenza de una hendidura. Usted no podía impedirla; en muchos casos, los médicos ni siquiera pueden decirnos qué causa las hendiduras. Trate de no echar la culpa a sí misma, a su familia, o a su marido o esposa. Recuerde que su actitud hacía a su niño será más importante para su mejoría total que cualquier cirujano. Todas nuestras preocupaciones se pasan si las enfrentamos en vez de fingir que no existan las diferencias.

Yo estoy segura que el factor más importante cuando estamos determinando el futuro de nuestros niños es una dedicación al bienestar de ellos. Queremos mejorar la condición de nuestros niños. Sin embargo, muchas veces pensamos más en nuestro ego en vez del bienestar de nuestro niño. Nos preocupamos mucho sobre cómo explicar la condición a otras personas, en vez de ayudar a nuestros niños para que prosperen.

Tiene que darse cuenta que su niño es normal. Si usted recuerda que primero tiene un bebé y la hendidura es segunda, su actitud hacía a su bebé será mejor que si sólo se enfoca en la hendidura. Es cierto que existen muchas complicaciones como consecuencia de una hendidura, pero solamente son importantes en la manera de que están relacionadas con su bebé

como una persona. Aunque el cuidado especializado es necesario para su niño, es importante que la actitud que usted tenga hacía a su niño es igual a un niño sin hendidura.

Su niño sabe cuando usted tiene mucha ansiedad con respecto al cuidado médico y dental. Sabemos que los niños responden a muchas emociones antes de que entiendan las palabras. También, su niño se da cuenta de los sentimientos que usted tiene con respecto a su apariencia. Si usted se compadece de su niño, su niño se va a compadecer de sí mismo. Si usted trata de negar las diferencias entre su niño y otros, su niño no va a estar preparado para enfrentarlas.

Recuerde que usted no está solo y no es la primera persona que ha tenido este desafío. Muchos padres están enfrentando esta situación hoy en día, y existen personas y recursos a su disposición. Por último, no se olvide de sus propias necesidades durante este tiempo. Reconozca cuando necesita ayuda, usted no puede hacerlo sólo.

Atentamente,

Joanne Subtelny

Carta del Hijo de la Autora

Mi nombre es Greg Subtelny, yo nací en 1949 con una hendidura del labio y del paladar unilateral. Cuando era bebé, tenía cirugía, y otra vez cuando tenía dos, nueve y quince años. Me siento muy afortunado haber nacido con padres que sabían mucho de mi condición. Estoy escribiendo para asegurar los padres de niños con una hendidura que la hendidura no es ni impedimento físico ni impedimento psicológico.

Yo tenía mucho éxito durante los años que estudiaba en la escuela, y ahora soy dentista en un consultorio privado. En el colegio, tocaba el saxofón como parte de mi tratamiento. Participaba en muchos deportes, y era capitán de varios equipos en el

colegio y la universidad. Tengo muchas amistades continuas con amigos de la universidad y la escuela de odontología, además de algunas que he tenido desde el primer grado. También, tengo varios amigos que he conocido como consecuencia de criar a mis dos hijos.

El hecho de que yo tenía una hendidura nunca era importante a mis amigos, como yo lo recuerdo. Ni siquiera sabía que la existía hasta las últimas dos cirugías. Recuerdo que me sentía un poco incómodo cuando empecé a salir con las chicas y una parte de ese sentimiento fue debido a la hendidura. Sin embargo, mis “problemas” más grandes eran que no podía inflar los globos ni hacer los globos de chicle y la leche salió por la ventana derecha de mi nariz cuando estaba comiendo los cereales. Ambos de estos problemas fueron arreglados durante la última cirugía.

Nunca me di cuenta que se puede considerar una hendidura como una “incapacidad”, hasta el último año en la escuela de odontología, cuando yo estaba tratando un paciente con un paladar hendido. ¡Aprendí que una hendidura puede ser una incapacidad si no la atiende! Con los nuevos avances en las técnicas quirúrgicas y de tratamiento, podemos reducir los problemas relacionados con una hendidura.

No puedo decir que la hendidura no me ha afectado. Sin embargo, estoy seguro que la actitud que tenían mis padres con respeto a la hendidura, además del cuidado que yo recibí, impactaron de modo positivo mi vida.

*Atentamente,
Greg Subtelny*

Sobre la Autora

J. Daniel Subtelny, DDS, MS

Esta carta fue escrita por mi esposa a principios del 1950, pocos años después de que nació nuestro hijo con una hendidura del labio y del paladar. Joanne se murió en agosto del 1991, y esta carta fue encontrada recientemente junta con otros papeles en nuestro archivo. Como su esposo, estoy seguro que ella quería compartirla con otros padres de niños con hendiduras.

Joanne era una mujer que tenía mucha compasión por otros y muchas personas la querían mucho. Era un patólogo del habla y del lenguaje que dedicaba mucho de sus esfuerzos a la investigación sobre el tratamiento de una hendidura del labio y del paladar. Durante los últimos años, ella amplió su nivel de interés e investigación cuando empezó a estudiar los problemas de comunicación para las personas que tienen problemas con la audición. Todos que la conocimos le extrañamos mucho.

REFERENCIAS

- Alas Castillo, Ingrid L., Gurrola M. B., Díaz, C. L. F., Casasa, A. A. (2007). Incidencia de dientes ausentes y supernumerarios en pacientes con labio y paladar hendido. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Documento en línea consultado en octubre de 2011. http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/dientes_ausentes_supernumerarios.asp
- Allport, Gordon W. *Attitudes en Fishbein, Martin. "Attitude Theory and Measurement"*. (1967). Ed. M. Fishbein, Department of Psychology, University of Illinois.
- Álvarez, Marcela. Personalidad. (1999). Documento en línea consultado en agosto de 2011. <http://www.angelfire.com/ak/psicologia/personalidad.html>
- Álvarez Alcántara, Jorge E. (2004). Ensayo sobre algunos aspectos conceptuales en torno a la discapacidad, las necesidades educativas especiales y la integración educativa. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México. *Psicología Científica.com*. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5Cpsicologiapdf-178-ensayo-sobre-algunos-aspectos-conceptuales-en-torno-a-la-discapacidad-las-necesi.pdf>
- _____ (1999). Una reflexión en torno al impacto psicológico de los problemas al nacimiento. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://www.monografias.com/trabajos/problenaci/problenaci.shtml>
- Álvaro Estramiana, José Luis. (1995). *Psicología Social: perspectivas teóricas y metodológicas*. España. Siglo XXI.
- Andolfi, Maurizio. *Terapia familiar*. (1990). México. PAIDOS. 2da. Reimpresión.
- Andrade Palos, Patricia. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Doctorado en Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México. Documento en línea consultado en octubre de 2011. http://p8080-132.248.9.195.pbidi.unam.mx:8080/tesdiq2/Procesados_Bis/257571/Index.html
- Anguiano de Campero, Silvia. (1997). La familia desde la perspectiva de Pierre Bourdieu. *Revista KAIROS*, temas de Ciencias Sociales, 1, 1, 2do. Semestre. Documento en línea consultado en agosto de 2011. <http://www.fices.unsl.edu.ar/~kairos/k01-02.htm>

- Arteaga, J., Luna, L., Mutchinick, O. (2008). Diabetes, embarazo y defectos al nacimiento. *Revista Investigación Clínica*, 60, 2,107-114. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=2&id_seccion=6&id_ejemplar=5203&id_articulo=51337
- Basave Fernández del Valle, Agustín. (1996). *Tratado de Filosofía. Amor a la sabiduría como propedéutica de salvación*. Capítulo 15. Filosofía de la sociedad y de la socialidad. México. LIMUSA.
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (2011). Labio leporino y paladar hendido. Versión en inglés revisada por: Kaneshiro, Neil K. y por Zieve, David. Documento en línea consultado en octubre de 2011. [Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001051.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001051.htm)
- Bradley Merrill, Patten, Corliss C. E. (1978). *Embriología Humana de Patten*. Fundamentos del desarrollo clínico. Buenos Aires. El Ateneo.
- Brantley, Helen T., Clifford, E. (1979). Maternal and Child locus of control and field-dependence in cleft palate children, *Cleft Palate Journal*,16, 2, 183-187.
- Botella, Jorge. (2008). Tratado de Fundamentos de Filosofía Social. Ensayos construidos y dirigidos en internet para incorporar las colaboraciones y sugerencias de los interesados en la materia, (2002-2006). Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://www.jorgebotella.es/> ó en <http://www.filosocial.com/tratado/sumario.html>
- Calleja, Nazira. Compiladora. (2011). Inventario de Escalas Psicosociales en México. 1984-2005. México. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Investigaci%C3%B3n/Nazira%20Calleja%20-Inventario%20de%20escalas%20psicosociales%20en%20M%C3%A9xico,%201984-2005.pdf>
- Clifford, Edward, Crocker, E. (1971). Maternal responses: the birth of a normal child as compared to the birth of a child with a cleft. *Cleft Palate Journal*, 8, 298.
- Consejo Nacional de Población. El Programa Nacional de Población 2008-2012. Documento consultado en línea en septiembre de 2011. http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP_2008_2012.pdf
- Consejo Nacional de Población. Hogares en México. Documento en línea consultado en septiembre de 2011.

http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=463%3Ahogares-en-mexico&catid=24%3Atemas-de-interes&Itemid=291

Corbo, R. María Teresa, Miramón, T. M. E. (2001). Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Ciudad de la Habana, jul.-ago. Documento en línea consultado en agosto de 2011. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000400011&script=sci_arttext&lng=en#BM_cargo

De Dios Duarte, María José. (2010). Un estudio empírico sobre factores sociales y enfermedad de Crohn desde la perspectiva de la psicología social de la salud. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Documento en línea consultado en Octubre de 2011. <http://eprints.ucm.es/11819/1/T32422.pdf>

Díaz Guerrero, Rogelio, Díaz, L. R. (1999). Introducción a la Psicología. Un enfoque ecosistémico. México. Trillas.

Díaz Loving, Rolando, Andrade, P. P. (1984). Una escala de locus de control para niños mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 18, 2: 21-33.

Diccionario abcpedia. (2009). Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://www.abcpedia.com/diccionario/definicion-familia.html>

Diccionario Filosófico Symploke. (2009). Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://symploke.trujaman.org/index.php?title=Familia>

Donald R., Minerva. (2009). Sociología de la Familia. En Román Reyes. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social. , Madrid-México. Plaza y Valdés. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/F/sociologia_familia1.htm

Dorsch, Friedrich. (1977). Diccionario de Psicología. Barcelona. Heder.

Eersel, Patrice Van, Maillard, C. (2004). Me pesan mis ancestros. La psicogenealogía hoy. México. CEAPAC EDICIONES.

Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. (1977). Madrid. Aguilar. Tomo I.

Endriga, Marya, Kapp-Simon, K. A. (1999). Psychological issues in craniofacial care. State of the art. *The cleft palate-Craniofacial Journal*. Hamilton, 36, 1. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. <http://www.cpcjournal.org/toc/cpci/36/1>, o en

<http://proquest.umi.com.pbidi.unam.mx:8080/pgdweb?did=39929866&sid=11&Fmt=3&clientId=39522&RQT=309&VName=PQD>

Engels, Friedrich. (2008). El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Documento en línea consultado en octubre de 2011.

<http://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/>

English H. B., English A. Ch. (1977). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires. Paidós.

Escalante, Patricia Eugenia. (1982). La imagen corporal en niños. Estudio preliminar en pacientes con labio hendido, paladar hendido o ambos. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. *Revista Médica*, 20, 6: 647-658.

Eslava Laguna, María de la Luz. (1981). La actitud de la mujer hacia la esterilización voluntaria. Primer Acercamiento. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Esteinou, Rosario. (2006). Una primera reconstrucción de las fortalezas y desafíos de las familias mexicanas del siglo XXI, en Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos, Estados Unidos de América y México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México. Publicaciones de La Casa Chata. Documento en línea consultado en septiembre de 2011.

<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras4/09.pdf>

Flores N. Gerardo, Pérez, A. T. V., Pérez B. M.M. (2011). Malformaciones congénitas diagnosticadas en el Hospital General. Revisión de cuatro años. *Acta Pediátrica de México*, 32(2): 101-106. Documento en línea consultado en septiembre de 2011.

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=17&id_seccion=95&id_ejemplar=7014&id_articulo=70190

Gámez, M. C y López, M. M.E. Labio y Paladar hendido y su rehabilitación. (1982). Tesis de Especialista en Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Gómez, G. R., Lara N. R. (2008). Incidencia del labio y paladar hendidos en México: 2003-2006. *Revista ADM*, 65, 6: 309. Documento en línea consultado en agosto de 2011.

<http://connection.ebscohost.com/c/articles/37131272/incidencia-de-labio-y-paladar-hendido-en-m-xico-2003-2006>

González, Osorio C.A., Medina S. C.E., Pontigo L. A. P., Casanova R. J. F., et al. (2011). Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. México. Documento en línea consultado en agosto de 2011.

<http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/estudio-ecologico-mexico-2003-2009-labio-yo-paladar-90020689-originales-2011#bib0030>

- Hernández, M. Ricardo. (1988). Cirugía intrauterina de labio leporino y paladar hendido. Universidad Nacional Autónoma de México. México. Gaceta UNAM. 2.315. Agosto 1º.
- Instituto Nacional de Educación para los Adultos (INEA). Consejo Nacional de Educación para la vida y el trabajo (CONAVyT). Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT). Unidad dos. Mi familia. La familia en la historia. (2003). Documento en línea consultado en agosto de 2011. <http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/vaco/contenido/revista/vc04r.htm>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI). Documento en línea consultado en agosto de 2011. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2008/tradicional/default.aspx>
- Jacques-Philippe- Leyens, Codol Jean-Paul. (1991). *Psicología Social*. España. Heder.
- Jiménez, R. David, Guevara B. Y. (2008). Comparación de dos estrategias de intervención en interacciones Madre-hijo. Su relación con el rendimiento escolar. México. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 2. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0185-453420080002&lng=es&nrm=iso
- Keeney, Bradford P. (1991). *Estética del cambio*. España. PAIDOS.
- Klineberg, Otto. *Psicología Social*. (1974). México. Fondo de Cultura Económica.
- Krippner, S., Harner, M., Doore, G., et al. (2002). El viaje del chamán: curación, poder y crecimiento personal. España. Kairós. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://books.google.com.mx/books?id=NgpRly4b9KcC&pg=PA143&lpg=PA143&dq=krippner+stanley,+modelo+de+curaci%C3%B3n+chamanico&source=bl&ots=z8O0qkqmjC&sig=RlyU9HByhqYInolwW4Hq1bu4BbY&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- La Rosa, Jorge. (1986). Construcción y validación de escalas de control y autoconcepto. Tesis de Doctorado, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Lemaire, Jean-G. (1992). *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Limiñana, Rosa M., Corbalán B. J. y Padró H. R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. México. *Anales de Psicología*, 23, 2: 201-206. <http://www.um.es/analesps>
- Lingren, Henry Clay. (1975). *Introducción a la Psicología Social*. México. Trillas.

- López, María de la Paz, Salles, V. (2006). Los vaivenes de la conyugalidad, en Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos, Estados Unidos de América y México, Editora Rosario Esteinou, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México. Publicaciones de La Casa Chata. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras4/09.pdf>
- López Vega, Rafael, Gaspar O. S. Mujer, hogar y trabajo. (2010). Arreglos familiares, pobreza y apoyos sociales. Situación demográfica de México. Consejo Nacional de Población. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/05.pdf>
- Macías, Raymundo. (1994). La familia. Antología de la Sexualidad Humana. México. Consejo Nacional de Población. Porrúa, Tomo II.
- Manrique, M. (1999). Estudio sobre locus de control en pacientes farmacodependientes. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Perú. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. [http://es.wikipedia.org/wiki/Locus_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Locus_(psicolog%C3%ADa))
- Marsiglia, Cheryl S., Walczyk, J. J., Buboltz, W. C., Griffith-Ross A. D. (2007). Impact of Parenting Styles and Locus of Control on Emerging Adults' Psychosocial Success. *Journal of Education and Human Development*, 1, 1. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. http://www.scientificjournals.org/journals2007/j_of_edu.htm
- McGoldrick, Mónica, Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Argentina. GEDISA.
- Minuchin, S. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México. PAIDOS.
- _____ (1992). *Familias y terapia familiar*. España. GEDISA.
- Morales López, P. A., Rosquillas N. J., et al. (1999). Labio y paladar hendidos en los Altos de Chiapas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. México. http://kenvo.uson.mx/metabuscador/?mostrar=totales&palabras_clave=paladar+hendidos+en+los+altos+de+chiapas
- Moreno Fuenmayor, Humberto, Valera V., et al. (1998). Atención genética perinatal primaria para la prevención de los defectos del nacimiento. *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela*; 58(4): 217-229. Documento en línea consultado en octubre de 2011. http://www.google.com.mx/search?q=moreno+f.++humberto%2C+Atenci%C3%B3n+gen%C3%A9tica+perinatal+primaria+para+la+prevenci%C3%B3n+de+los+defectos+del+nacimiento&btnG=Buscar&hl=es&source=hp&rlz=1W1ADRA_esMX447&gs_sm=e&g

supl=14121244611012567113913710130101012921149410.1.51610&oq=moreno+f.++humberto%2C+Atenci%C3%B3n+gen%C3%A9tica+perinatal+primaria+para+la+prevenci%C3%B3n+de+los+defectos+del+nacimiento&aq=f&aqi=&aql=

Munné, Federico. (1980). *Psicología Social*. España. CEAC.

_____ (1989). *Entre el individuo y la sociedad. Marcos y teorías actuales sobre el comportamiento interpersonal*. España. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

Navarrete Camacho, Patricia. (1998). Estudio con madres de niños con labio y paladar hendidos mediante la utilización de la Psicoterapia Breve. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. NOM-017 SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica. México.

Ochoa Belén, Repáraz C., Polaino-Lorente, A. (1997). Validación de la Escala CILC, de Locus de Control, en una muestra española de padres de niños hospitalizados. *Psicothema*, 9, 1: 89-103. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=78>

Ortega-Soto, H., Brunner, E. (1994). Bases biológicas de los fenómenos de la vinculación humana. Antología de la Sexualidad Humana. México. Consejo Nacional de Población. Porrúa, Tomo II.

Osgood, Charles, Suci G. H., Tannenbaum, P. H. (1957). *The Measurement of Meaning*. Cap. V., University of Illinois Press Urban.

Palladino, Juan Pablo. (2004). Detrás de la palabra "familia". Nuevas familias, *revistateína*, "La familia", oct.-nov.-dic., 06 en *Revista electrónica de cultura y sociedad*. España. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://www.revistateina.org/teina6/dos7.htm>

Parkinson, Lisa. (2005). *Mediación familiar. Teoría y práctica: principios y estrategias operativas*. España. Gedisa.

Pérez Duarte y Noroña, A. E. (1994). El Derecho Familiar. Antología de la Sexualidad Humana. México. Consejo Nacional de Población. Porrúa, Tomo II.

Plan Nacional de Desarrollo. La democratización de la salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud. Prevención y Rehabilitación de discapacidades PreveR-Dis. Programa Nacional de Salud 2001-2006.

- Pope, Alice W. (1999). Points of risk and opportunity for parents of children with craniofacial conditions. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. Jan 1; 36(1): 36-9. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. <http://www.cpcjournal.org/toc/cpcj/36/1>
- Reese, Hayne W., Lipsitt, L. P. (1974). *Psicología experimental infantil*. México. Trillas.
- Rice F., Philip. (1997). *Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital*. México. Prentice Hall.
- Richardson, Stephen A. (1973). The effect of physical disability on the socialization of a child. Chapter 27, in *Handbook of socialization theory and research*, edited by David A. Goslin. Chicago, 1052-1054.
- Rizo, Marta. (2005). Comunicación e interacción social. Aportes de la comunicología al estudio de la ciudad, la identidad y la migración. *Global Media Journal*. Edición Iberoamericana. Documento consultado en línea en octubre de 2011. http://gmje.mty.itesm.mx/articulos2/martarizo_ot04.html#2 ó en http://gmje.mty.itesm.mx/articulos2/martarizo_ot04.html#016
- _____ (2004). El camino hacia “la nueva comunicación”. Breve apunte sobre las aportaciones de la Escuela de Palo Alto. *Revista Electrónica Razón y Palabra*, 40. México. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n40/index.html>
- _____ (2004). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://www.portalcomunicacio.com/download/17.pdf>
- Rodríguez, Aroldo. (1979). *Psicología Social*. México. Trillas.
- Rozen Fuller, Isaac. (2000). *Labio y paladar hendido*. Conceptos básicos. México. S/Ed.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Magnitud del problema de la discapacidad en México. (2010). Documento en línea consultado en octubre de 2011. www.renapred.org.mx/Ponencias/4oCongreso/Ponencia16.pps
- Shafer, E. C. y Levy, B. M. (1986). *Tratado de Patología Bucal*. México. Interamericana.
- Solis Ponton, Leticia. (1997). *La familia en la ciudad de México, presente, pasado y devenir*. México. Departamento del Distrito Federal.
- Subtelny, J. Daniel. Carta a los padres. Documento en línea consultado en octubre de 2011. http://www.cleftline.org/espanol/carta_padres
- Summers, Gene T. (1976). *Medición de Actitudes*. México. Trillas.

Tapia, M. Claudia M. (2007). Antología de Psicología Social. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Teleología. <http://es.wikipedia.org/wiki/Teleolog%C3%ADa>

Universidad de Salamanca. El Interaccionismo Simbólico. Trabajo de Teoría Sociológica Contemporánea. Licenciatura de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Curso: 98/99. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://pdf.rincondelvago.com/el-interaccionismo-simbolico.html>

Valdés Hernández, Javier, Canún S. S., Reyes P., A. E., Navarrete, H. E. (2009). Mortalidad por defectos al nacimiento en menores de 5 años de edad en México de 1998 a 2006. *Revista de Salud Pública de México*, 51, 5: 381-389. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002378>

Valenzuela, L., et. al. (1975). Manual de Pediatría. México. Interamericana.

Venegas, Carlos, Alonso P. R., et al. (2005). Mortalidad por defectos al nacimiento. Estadísticas vitales en niños y adolescentes mexicanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. México, 62, 4, Jul./Ago. Documento en línea consultado en octubre de 2011. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000400009&lng=pt&nrm=iso

Vilchis López, Alba. (2010). Causas que pueden provocar paladar hendido. Documento en línea consultado en octubre de 2011. <http://albalyp.blogspot.com/2010/01/causas-que-pueden-provocar-paladar.html>

Vinaccia, Stefano, Quiceno, J. M., Fernández, H., Calle, L. A., et al. (2008). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido. *Revista Pensamiento Psicológico*, 4, 10, enero-junio. Colombia, 123-135. Documento en línea consultado en septiembre de 2011. http://132.248.9.1:8991/F/91Q6KE4C1NQRFHYS18F81DEL53B5YJL34RHDRUNFI8N8EDI2B-00361?func=short-0-b&set_number=156942&request=hendido

Whittaker, James O. (1979). La Psicología Social del mundo de hoy. México. Trillas.

Wikipedia. <http://es.wikipedia.org/wiki/Gen%C3%A9tico>