



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES**

**Estilos de afrontamiento en niños con  
labio-paladar hendido y su padre o  
tutor.**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:  
**LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA**

Presentan

**FUENTES PICAZO PAOLA  
HERRERA URIBE JESSICA**

Directora:

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

Revisora:

**LIC. REFUGIO DE MARÍA GONZÁLEZ DE LA  
VEGA Y AYALA**

Sinodales:

**DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA  
HIDALGO**



**Facultad  
de Psicología**

Ciudad Universitaria. Cd. Mx.

2017



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.

## ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1. Labio y Paladar Hendido (LPH)	
1.1. Definición.....	8
1.2. Etiología.....	8
1.3. Epidemiología.....	9
1.4. Antecedentes.....	10
1.5. Psicología y LPH.....	12
Capítulo 2. Familia	
2.1. Definición de Familia.....	16
2.2. Familias de niños con LPH.....	16
Capítulo 3. Afrontamiento	
3.1. Definición de Afrontamiento.....	20
3.1.1. Estilos y estrategias de afrontamiento.....	24
3.2. Afrontamiento en niños regulares.....	26
3.3. Afrontamiento en niños con LPH.....	27
3.4. Afrontamiento familiar.....	29
3.5. Afrontamiento familiar en niños con labio y paladar hendido.....	30
Capítulo 4. Metodología	
4.1. Objetivo.....	33
4.1.1. Objetivos específicos.....	33
4.2. Hipótesis.....	33
4.3. Variables.....	34
4.4. Tipo de estudio.....	35
4.5. Participantes.....	35
4.6. Instrumentos.....	36
4.7. Procedimiento.....	41
4.8. Análisis de datos.....	42

## Resultados

Fuentes de estrés en niños con LPH.....	43
Estilos de afrontamiento en niños con LPH.....	44
Estilos de afrontamiento del padre o tutor de niños con LPH.....	45
Comparación entre instituciones.....	45
Discusión y conclusiones.....	48
Sugerencias y limitaciones.....	57
Referencias.....	59
Anexos.....	64



### **Agradecimientos**

Agradecemos a la Dra. Mariana Gutiérrez Lara su apoyo en la dirección y realización, de esta tesis, gracias por su paciencia y por los conocimientos brindados, además del impulso que nos brindó por ser un tema relativamente nuevo.

A las instituciones: la Clínica de Responsabilidad Social (BRIMEX) y el Centro de Atención Integral de Labio y Paladar Hendido, A.C. (CAILPH) por habernos permitido llevar a cabo el proyecto presentado, uniendo conocimientos y pasión por la labor de ayudar y promover el bienestar de todos los involucrados con esta condición médica.

Paola y Jessica

La realización de esta tesis primeramente la agradezco a mi persona por la dedicación y tenacidad para iniciarla, desarrollarla y concluirla aun con los obstáculos a los que me enfrenté en su camino. Ha sido sumamente satisfactorio y reconfortante dar por terminado un proyecto que comenzó a tener luz desde que era niña, teniendo el sueño de algún día aportar algo positivo a la comunidad que me vio crecer y que contribuyó a enseñarme la fortaleza que llevo dentro, desde doctores, enfermeras, personal administrativo, pacientes y sus familias que al igual que yo con labio y paladar hendido me mostraron que no hay ninguna limitante para lograr nuestros sueños y que lo más valioso de mi vida ha sido el ¿Para qué? de las situaciones.

Aprecio también la labor de mi familia que sin dudarle me ha obsequiado su amor, y su actitud con respecto a las circunstancias ha sido lo más importante para mi mejoría más allá de cualquier procedimiento médico. Gracias a mis tías que dieron todo por mi salud y aunque ya no están conmigo les estoy infinitamente agradecida, al igual que a mis tíos que se convirtieron en papás por momentos.

Valoro tu esfuerzo hermana por ser mi maestra y compañera, de ti abue tienes mi gratitud por siempre ser mi segunda madre, y a ti mamá gracias infinitas por brindarme horas, minutos y segundos de tu vida para cuidarme, por asumir la responsabilidad y nunca darte por vencida, porque para mí tú eres una súper heroína convertida en mujer, con emociones, valores y que me ha enseñado que todas nuestras preocupaciones se aligeran si las enfrentamos en vez de fingir que no existen.

A ti Mel por ser mi primera jefa en el ámbito laboral y de quien tengo la fortuna de poder llamar amiga, gracias; gracias también por reforzarme mi misión en esta vida, por darme la apertura para crecer en lo que más me gusta, por brindarme tu experiencia para conocer otros campos de estudio y otras formas de aplicar la Psicología y por darme ese aprendizaje de conectarme con el prójimo como conmigo misma.

Jess gracias por subirte al barco conmigo en este reto que sin dudas nos dejó muchos aprendizajes tanto a nivel profesional como personal, compartimos momentos alegres y uno que otro desesperante en el transcurso de la realización de este bello proyecto y también en los trámites de su culminación, pero estoy segura de que no hubiera sido lo mismo sin la compañía.

Gracias a mis amigas (Rosita, Dani, Yeni) y gente cercana que ha confiado en mí, ayudándome a construir el vehículo que me lleva a todos lados mi “auto-estima”. A ti mi pequeño solecito que va creciendo poco a poco dentro de mí, te agradezco por haberme elegido como tu mami y estoy segura que junto a tu papá nos la pasaremos increíble aprendiendo el uno del otro en este bello proyecto que es “la vida”, gracias por ser mi motor e impulso aun cuando te soñaba y te veía como un sueño inalcanzable pero ahora te me has convertido en mi mejor regalo por siempre y para siempre.

Gracias Misa por acompañarme en desvelos de estudios, en palabras de aliento para no dejarme vencer en mi andar profesional, gracias por retarme a dar más y más de mí, porque como me decías “tu puedes con eso y más”, gracias por sostener mi mano en los momentos más difíciles y por compartir juntos la alegría de una bella familia y de su nuevo integrante.

Finalmente, no puedo decir que la hendidura no me ha afectado, pero estoy segura que el apoyo, aliento y el cuidado que recibí de mi familia han impactado de modo positivo mi vida y colorín colorado... este cuento aún no se ha acabado.

Paola

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me acompañaron durante la realización de este trabajo que sin duda a quien le ha dejado muchos aprendizajes es a mí, ya que vencí miedos y obstáculos, por lo cual estoy orgullosa de haber concluido de la mejor manera este proyecto.

A mis padres, agradezco su esfuerzo por hacer de mí una mejor persona cada día, por su apoyo, su amor, su dedicación y su confianza que me han brindado, en especial en los momentos difíciles y sé que ahora seguirán conmigo en el camino que aún me falta por recorrer. Gracias por ser las personas que más admiro en este mundo y por su gran ejemplo. Los amo infinitamente y sin ustedes no hubiera logrado llegar hasta aquí.

A mis hermanos, que han sido y serán siempre mis compañeros de vida y a pesar de peleas y discusiones sé que serán mi apoyo para seguir adelante. Los amo y gracias por todos los momentos compartidos, por las risas, enojos y llantos, gracias por lo aprendido y siempre contarán conmigo como hasta ahora.

A mí familia (tíos, tías, primos y primas) gracias por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias por permitirme compartir con ustedes un logro más. Gracias por creer en mí. No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su confianza y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Los amo.

A ti Paola, por cada momento vivido en esta aventura que no ha sido fácil pero juntas lo hemos logrado y nos ha dejado muchos aprendizajes en lo profesional y en lo personal que nos servirán para toda la vida, te quiero y gracias por tu apoyo, confianza y compromiso.

A mis amigos, que me han comprendido y apoyado en este proceso y a lo largo de mi carrera, por hacer más divertido y ameno cada momento, pues todos han sido parte importante en cada momento de mi vida ya que me han retado a ser mejor persona en todos los ámbitos y ayudado a superar obstáculos que se me han presentado.

Jessica

## Resumen

El principal objetivo de este trabajo fue realizar una investigación para conocer los estilos de afrontamiento en niños con labio paladar hendido y de sus padres o tutores, además de observar diferencias entre poblaciones de dos instituciones: la Clínica de Responsabilidad Social (BRIMEX) y el Centro de Atención Integral de Labio y Paladar Hendido, A.C. (CAILPH), para posteriormente proponer temas de intervención psicológica. Se realizó un estudio descriptivo en el cual los estilos de afrontamiento fueron evaluados a través del “Cuestionario de Estrés y Afrontamiento” (Verduzco, 2004), integrado por 33 reactivos que describen situaciones de tensión en las áreas escolar, familiar y social con categorías de respuestas en tres estilos de afrontamiento: Afrontamiento de control directo, Afrontamiento de control indirecto y Afrontamiento de abandono de control. En cada caso para evaluar al padre o tutor del menor se aplicó el Inventario de Estilos de Afrontamiento para Adultos (Góngora y Reyes-Lagunes, 1999) que incluye un total de 108 reactivos, considerando situaciones de vida, pareja, familia, salud, amigos, y escuela o trabajo, con tres estilos de afrontamiento: Afrontamiento directo revalorativo-social, Afrontamiento emocional y Afrontamiento Evasivo. La muestra a la cual fueron aplicados los cuestionarios estuvo conformada por 94 sujetos de los cuales 47 eran adultos y 47 niños que tenían entre 6 y 12 años (53.2% niños y 46.8% niñas) y sus padres o tutores (85.1% mujeres y 14.9% hombres). Los resultados mostraron que el abandono de control es el estilo de afrontamiento utilizado con mayor frecuencia por los infantes de este estudio, mientras que en los padres o tutores predomina el revalorativo directo social. En relación a la comparación entre instituciones la población infantil de la institución CAILPH utiliza mayormente los tipos de afrontamiento de control directo e indirecto, mientras que en BRIMEX está presente el abandono de control; los padres o tutores en CAILPH emplean en mayor medida el tipo de afrontamiento directo revalorativo social y en BRIMEX el afrontamiento emocional y evasivo.

## Introducción

El interés de realizar un estudio sobre niños con labio y paladar hendido radica en la sensibilización hacia esta población y del interés por parte de las sustentantes de detectar necesidades para trabajar y promover una adecuada inclusión de estos niños a su medio social.

La vivencia personal por parte de una de las desarrolladoras de esta investigación es también un motor que impulsó y motivó el estudiar esta condición médica desde el ámbito psicológico tomando como base las situaciones que debía enfrentar durante el tratamiento integral sin la compañía de un apoyo psicoemocional.

Otro punto es la insuficiente información significativa en México de tratamiento psicológico como complemento de otras disciplinas implicadas en el abordaje de esta condición, que permita un óptimo afrontamiento en los niños ante esta situación.

Se considera importante estudiar los estilos de afrontamiento porque los niños con esta condición enfrentan cambios psicosociales y procedimientos médicos de manera permanente.

Por otra parte, el afrontamiento que los padres o tutores presentan, impacta en la vida del menor, en cuanto a límites en la educación, su expresión emocional, es decir, que tanto se sienten comprendidos para poder “desahogarse” y comunicar sus inquietudes.

Por lo tanto, las preguntas que surgen son: ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento de los niños con LPH?, ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento de los padres o tutores con niños que presentan LPH?

El marco teórico de esta investigación está dividido en tres capítulos. En el primero, se pondrá en contexto al lector en lo que concierne al Labio y Paladar Hendido (LPH) y su escaso abordaje a través de la Psicología. En el segundo capítulo se hará mención a la familia como parte fundamental como apoyo para un óptimo desarrollo de los pacientes menores con este padecimiento.

En un tercer apartado se abordan las definiciones teóricas de afrontamiento, tanto individual como familiar, así como las funciones y los tipos de estrategias desde el punto de vista del modelo cognitivo de Lazarus y Folkman (1986), lo que permitirá explicar cuáles son los

recursos que los niños con LPH y su padre o tutor utilizan para hacer frente a las situaciones estresantes. En el apartado siguiente se contempla la metodología utilizada en la investigación, en la cual se hará el planteamiento del problema, la justificación y objetivos; así como la descripción de la muestra empleada, instrumentos y procedimiento. Por último en el quinto y sexto capítulos se expresan los resultados obtenidos de la investigación, así como la discusión y conclusiones que de ellos se derivan.

La importancia de la investigación reside en aportar conocimiento a la disciplina psicológica en términos de estilos y habilidades de afrontamiento en niños con labio-paladar hendido y sus padres o tutores, que permitan el desarrollo de propuestas de intervención en ambos casos, durante el tratamiento multidisciplinario al que se ve sometido el menor.

## **CAPÍTULO 1.**

### **LABIO Y PALADAR HENDIDO (LPH)**

#### **1.1. Definición**

La fisura palatina es una malformación congénita, de diversos grados de complejidad, que abarca desde una simple depresión del labio hasta su hendidura total, conjuntamente con velo y paladar, denominada Labio y Paladar Hendido (LPH) (Limiñana, Corbalán y Patró, 2007).

La Clasificación Internacional de Enfermedades distingue: fisura del paladar, labio leporino y fisura del paladar con labio leporino (CIE-10, 2016). Sin embargo, se agrupa como labio leporino (LL) y paladar hendido (PH). Este último define LL como una malformación congénita (MFC) caracterizada por fisura del labio superior, que puede ser unilateral o bilateral, con o sin fisura de la encía y del paladar, y PH a la MFC caracterizada por fisura del paladar duro y/o paladar blando sin fisura labial (Sadler, 2007).

#### **1.2. Etiología**

Las causas del LPH son multifactoriales y entre ellas está la herencia genética y los factores prenatales: enfermedades de la madre, ingesta de alcohol durante la gestación, falta de ácido fólico y vitamina B, factor RH positivo en la sangre del padre cuando la madre es RH negativo y la ingesta de ciertos medicamentos durante el embarazo (Padrón, Archirica y Collado, 2006).

Sólo se conoce la causa en el 25% de los casos, mientras que en el 75% restante la causa es multifactorial y en el 20 al 25% de los casos existe algún antecedente familiar. El labio y paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más comunes, tiene una incidencia del 2-3% y se considera la anomalía craneofacial más frecuente. Se considera que las fisuras labio palatinas son el resultado de la no unión de los procesos centrales y laterales de la cara durante la 6ta. y 10ma. semanas de vida embriofetal. Las zonas comprometidas por las fisuras bucales comunes son: el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar blando (Gómez y Gutiérrez, 2013).

El diagnóstico precoz incluye las técnicas de evaluación en tercera dimensión con la revisión del paladar antes de la osificación a las 12-24 semanas de gestación. Actualmente, la

reparación primaria de labio hendido se realiza alrededor de los 3 meses de edad, considerando que el paladar hendido y el maxilar se cierran al final del 1er año de vida, es por ello que las operaciones se llevan a cabo a lo largo de los primeros años del desarrollo, por lo que los papás durante ese tiempo tienen que enfrentar de la mejor manera posible la apariencia física de su hijo y las características de su voz nasal (timbre hiperrinofónico pues el aire se escapa por la nariz) (Gómez & Gutiérrez, 2013).

Entre las secuelas se pueden encontrar aquellas de origen estético (cicatrices o deformidades), discapacidad (alteraciones en la voz y en la fluidez del habla, disminución de la audición), alteraciones dentales y maxilares, dificultades en la alimentación, ya que el bebé no puede succionar adecuadamente, todo esto conlleva a su vez consecuencias negativas a nivel emocional (Cáceres-Renere, 2004).

### **1.3.Epidemiología**

El labio hendido con o sin paladar hendido (más común en sexo masculino) ocurre en 1:1,000 nacidos, mientras que el paladar hendido (más común en sexo femenino) sólo ocurre en aproximadamente 1: 2,500 nacidos. En Latinoamérica cada año 15 000 niños nacen con LPH (Smile Train, 2016) y en México ocurre 1 caso por cada 850 nacidos, 9.6 casos nuevos por día, y 3,521 casos al año. Los mexicanos afectados son 139 000; de éstos: 70% de los labios hendidos unilaterales se asocia con paladar hendido, 85% de los labios hendidos bilaterales se asocia con paladar hendido (Gómez y Gutiérrez, 2013).

No obstante, no se encuentran estadísticas específicas a nivel nacional o estatal, ya que, en los registros de la Organización Mundial de la Salud, del INEGI, y de Epidemiología, el LPH se encuentra consignado bajo rubros genéricos e incluso en la categoría “otros” o “discapacidad”.

De manera general, la población asiática y los indios-americanos presentan la prevalencia más alta de niños nacidos con hendiduras orofaciales mientras que la población africana presenta la menor prevalencia (Dixon, Mazarita, Beaty & Murray, 2011).

#### **1.4. Antecedentes**

En la actualidad, Trigos (2012) menciona que nuestro país ha sido reconocido por su productividad y pensamiento evolutivo en el campo de labio y paladar hendido. La microhistoria local sobre este tema y la forma de enfrentarlo en México se inició con el profesor Fernando Ortiz Monasterio y un pequeño grupo de pioneros, que crearon en el Hospital General de México, en 1960, la primera Clínica Multidisciplinaria de atención a estos pacientes, tanto en México como en Latinoamérica.

Antes de esa fecha el tratamiento era exclusivamente quirúrgico, practicado frecuentemente por cirujanos con escaso entrenamiento específico y consecuentemente con una gran cantidad de secuelas que se podían observar en la mayoría de los pacientes (Trigos, 2012).

Así nació la clínica referida, integrando los servicios odontológicos requeridos, los quirúrgicos actualizados y de terapia del lenguaje necesarios en una práctica multidisciplinaria que se terminó de integrar en 1966, cuando se sumaron a la clínica las áreas de ortodoncia, genética, psicología, audición, y otros servicios generales como enfermería, anestesiología y trabajo social, todos trabajando uniformemente en bien del paciente y su familia, con un enfoque ahora multidisciplinario, teniendo como objetivos finales que los pacientes tratados se vieran, sintieran y hablaran bien (Trigos, 2012).

Hacia 1967, en el mismo Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se iniciaron formalmente los cursos anuales de este tema, con la finalidad de promover y elevar la calidad de atención a los pacientes (Trigos, 2012).

En 1975 se dio otro gran paso hacia adelante al fundarse la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendido y Deformidades Craneofaciales, A.C., en donde se incluía la participación de otros especialistas de ramas afines al tratamiento integral de estos pacientes, como genética, ortodoncia, cirugía plástica, otorrinolaringología, foniatría, audiología, pediátrica, estomatología, psicología, trabajo social, terapia de lenguaje, anestesiología y enfermería, integradas en clínicas de labio y paladar hendidos (LPH), consolidando los conceptos de tratamientos multidisciplinarios (Trigos, 2012).

En 1985, la Secretaría de Salud de México adoptó el Modelo de Atención Quirúrgica

Especializada a la población marginada del país y así nació el Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (Trigos, 2012).

En 1997 se estimuló la participación de fundaciones privadas en apoyo al programa, integrando como patrocinador prioritario a la Fundación Telmex, que continúa apoyando y se ha logrado, además, firmar convenios y alianzas con instituciones internacionales como Smile Train, y Operation Smile, que promueven, financian, apoyan y estimulan la atención de estos pacientes en México, integrando control y calidad a los eventos patrocinados (Trigos, 2012).

Actualmente se han identificado a las diferentes clínicas de labio y paladar hendido existentes en el país, como el Hospital «Dr. Manuel Gea González», el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Pediatría, el Hospital Infantil de México y la Fundación Brimex del Hospital ABC en la propia Ciudad de México (Trigos, 2012).

Esta última tuvo sus orígenes aproximadamente en 1995 con el programa “Operación Sonrisa”, a cargo del Dr. Manuel Barrantes, en el 2001 el programa cambió el nombre a “ABC Clínica de Labio y Paladar Hendido”, finalmente del 2014 a la actualidad “La Clínica de Labio y Paladar Hendido”, forma parte integral de la Clínica Brimex ABC, quienes han desarrollado una labor asistencial destacada en el ámbito de la medicina privada, dando servicios de atención a personas económicamente vulnerables que viven en zonas aledañas a la Institución, es por ello que sigue apoyando de forma altruista a este tipo de pacientes con áreas tales como Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Especialidades Odontológicas, Trabajo Social, Nutrición, Pediatría, Genetista (Centro Médico ABC, 2016).

Anualmente se realizan en promedio 145 cirugías, tanto en las instalaciones de la Clínica Brimex ABC y por medio de Campañas Extramuros en diferentes Estados de la República Mexicana, en coordinación con la Secretaría de Salud y el DIF de los diferentes estados. Es así como el Centro Médico ABC en coordinación con su cuerpo médico realiza intervenciones y brinda consultas médicas, cumpliendo así, con su filosofía de ofrecer servicios de excelencia e innovación en el ámbito de la salud (Centro Médico ABC, 2016).

Para fines de la investigación, durante la misma nos referiremos a dicha Clínica de LPH a través de la Fundación de la que forma parte que es BRIMEX.

Sin olvidar el Centro de Atención Integral de Labio y Paladar Hendido, A.C., (CAILPH), el cual se empezó a formar en junio 2013 con un grupo de 18 profesionistas al término de su colaboración en la Clínica Brimex del Centro Médico ABC, trabajando durante 12 años atendiendo a pacientes de LPH. Algunos de sus voluntarios cuentan con más de 30 años en la rehabilitación de personas que nacieron con LPH (CAILPH, 2016).

En octubre del 2013 se constituyen como una Asociación Civil en una sede provisional gracias a la generosidad de Clínica Integral Médica Xola, el 2 de diciembre del mismo año atendieron a los primeros pacientes y el 27 de diciembre se llevó a cabo la primera cirugía, en la misma sede. Para dar paso a que el 3 noviembre del 2015 logran su propia clínica ubicada en la Col. Hipódromo Condesa, en la cual cuentan con 11 áreas para la atención de los pacientes y sus familias: recepción, trabajo social, consulta interdisciplinaria, exploración, dos unidades dentales, terapia de voz, habla y lenguaje, orientación psicológica y terapia familiar, otorrinolaringología, lactancia, homeopatía, nutrición, estimulación temprana, ludoteca, apoyo a padres, sala de espera y conferencias. Todo esto gracias a las valiosas aportaciones de donadores privados, empresas e INDESOL (CAILPH, 2016).

En el área de apoyo a padres un grupo de expertas en grupos de apoyo comparten de forma altruista su experiencia personal como padres de pacientes con labio y paladar hendido, para ayudar a las familias a manejar la situación de la mejor forma posible, mientras que en la orientación psicológica los especialistas en psicología y terapia familiar ayudan a los pacientes y sus familiares a superar los problemas de índole emocional a los que frecuentemente se asocia esta patología, atendiendo problemas diversos como infidelidad, violencia y alcoholismo (CAILPH, 2016).

### **1.5. Psicología y LPH**

Si bien como tal no existe “la psicología del niño con LPH” algunos estudios reportan que la mayoría de los niños y adultos con labio y/o paladar hendido no experimentan más problemas psicosociales, sin embargo, si se identifican algunos problemas en áreas específicas como: problemas de comportamiento, insatisfacción con la apariencia de su rostro, ansiedad y depresión (Hunt, Burden, Hepper & Johnston, 2005).

Teniendo una consecuencia negativa a nivel emocional (autoestima negativa, estilo conductual caracterizado por timidez, aislamiento y evitación de situaciones sociales, autoimagen negativa, dependencia), individual (dificultades de adaptación en la escuela, problemas de conducta, rendimiento escolar inferior a lo esperado), familiar (ansiedad de los padres y familiares debido al defecto facial, frustración de la madre ante complicaciones durante la alimentación del bebé, sentimientos de culpa, estilo inadecuado de crianza con predominio de sobreprotección), social (déficit en habilidades sociales, posible rechazo y/o burlas por parte de sus pares, dificultades para empezar y mantener amistades) y económico (Fadeyibi, Coker, Zacchariah, Fasawe & Ademiluyi, 2012).

Hunt et al. (2005) realizaron una revisión sistemática de literatura, donde la mayoría de los estudios eran, principalmente en lengua inglesa, con el objetivo de determinar el impacto psicosocial de labio y paladar hendido en niños y adultos. Se encontró que los tópicos más investigados en el tema eran. 1. Funcionamiento psicológicos y personalidad; 2. Autoconcepto (incluyendo autoestima y autoconfianza); 3. Imagen del cuerpo y satisfacción con el aspecto facial; 4. Satisfacción por el lenguaje; 5. Problemas de conducta; 6. Funcionamiento social; 7. Ansiedad y depresión; 8. Apego, desarrollo y aprendizaje. Los resultados a nivel general, indicaron que los niños con LPH aparentemente no experimentan problemas psicosociales significativos, aunque sí pueden presentarse problemas específicos, por ejemplo, problemas de conducta, insatisfacción por el aspecto facial, depresión y ansiedad.

Se ha reportado que las personas con hendiduras palatinas tienden a verse afectadas socialmente, ya que presentan dificultades para pertenecer a clubes o grupos sociales afines, pueden desertar en sus estudios, tienen menos aspiraciones y menos ingresos (Hunt et al., 2005).

En algunas Instituciones se han desarrollado diferentes tipos de intervención con los niños con LPH y sus familias, por ejemplo, en la clínica de LPH del Hospital Infantil de las Californias (HIC), en la ciudad de Tijuana, B.C., una de las finalidades del Servicio de Psicología ha sido trabajar, tanto con los pacientes como con su familia, sobre la aceptación de la situación diferente que le toca vivir en la cotidianidad de la vida misma, enfrentando la curiosidad, el morbo y la ignorancia de las personas que se relacionan con éste. Por eso menciona que apoyar al paciente en su socialización dentro de diferentes contextos es de suma importancia para favorecer el proceso de identidad a través del reconocimiento de sus potencialidades. Es conveniente que el

pequeño vaya aprendiendo a enfrentar sus logros, éxitos, fracasos, aciertos y errores, que lo hagan valorarse por lo que realmente es como persona y no por lo que se ve físicamente. Entender que existen aspectos que se pueden modificar y que la belleza externa y funcional que se logra con sus intervenciones será aún mejor con el reflejo de sus emociones hacia el exterior a través de actitudes más funcionales ante la adaptación social (Martínez, Espinoza y Sigler, 2012).

El método de intervención que se ha utilizado en la clínica de LPH del HIC, está basado en el modelo clínico-educativo sistematizado en el Instituto de Profesionales de la Salud, S.C. (IPSPH), basado primordialmente en la metodología recomendada por la terapia de arte, utilizando como estrategia primordial los procesos creativos, tanto para la evaluación como para la intervención terapéutica, sin etiquetar a los niños que participan en el proceso, sino dándoles las herramientas necesarias para su socialización y adaptación al medio como pilares para su recuperación, tanto física como emocional, que lo llevará al éxito a lo largo de su tratamiento. Brindando a los niños un ambiente de confianza y seguridad que los invite a lograr la autonomía necesaria para su edad y situación, estimulando su creatividad, imaginación, que los lleve a ser competentes en el quehacer cotidiano, logrando una adecuada adaptación al ambiente escolar y familiar, además de trabajar sobre la aceptación de su diferencia física y funcional como parte de sí mismos, ayudándolos a desarrollar habilidades para la resolución de conflictos y organización de ideas, favoreciendo la comunicación y expresión verbal a través de imágenes visuales, facilitando así la expresión de sentimientos (Martínez et al., 2012).

La metodología es participativa, reflexiva en 10 sesiones grupales, previo a una entrevista con los padres y con el paciente, y al finalizar la intervención, entrega de resultados, dichas sesiones están focalizadas a la motricidad, cognición, lenguaje, socialización y el aspecto emocional, de estos dos últimos puntos se logra la catarsis como expresión y manejo de sus emociones, además de acomodar ideas o pensamientos que pueden estar provocando angustia y ansiedad. Como técnicas de expresión se utiliza el dibujo libre, dibujo terapéutico, dibujo dirigido, pintura, collage, líneas de vida, analogía familiar con sensaciones, con sentimientos, fotografía familiar, narraciones de cuentos y anécdotas, reconocer imágenes internas que el niño ha ido formado a lo largo de su experiencia de vida familiar y social.

Por otro lado, se llevó a cabo un estudio en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, cuyo objetivo fue desarrollar una propuesta de intervención

cognitivo conductual con apoyo de estrategias de psicología positiva para niños con labio y paladar hendido a partir de la propuesta de intervención denominada “El Juego del Optimismo”, el cual se realizó con un niño de 11 años estudiante de la Ciudad de México. La principal aportación de este estudio fue la incorporación del análisis funcional de la conducta para la evaluación de las fortalezas a través del uso del Mapa Clínico de Fortalezas y el acompañamiento de las técnicas cognitivo conductuales con ejercicios sustentados en estrategias de Psicología Positiva, teniendo como resultados cambios clínicos en la regulación emocional, estilos atribucionales (pesimista vs optimista) y en las metas conductuales (habilidades sociales y conductas saludables) (Valencia y Ruíz, 2013).

En este estudio el paciente participó en una intervención de 20 sesiones de una hora cada una. Para la evaluación inicial se realizó una preconsulta, dibujo de la familia, dibujo de la figura humana, Test Gestáltico Visomotor de Bender, posteriormente a la evaluación del Programa del Juego del Optimismo se llevó a cabo la Entrevista Conductual sobre Salud, Evaluación General sobre los Componentes del Tratamiento V2, Técnica de Análisis de Contenido Verbal de las Explicaciones (CAVE), Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), Cuestionario de Estrés en los Niños, Escala de Ansiedad Manifestada en Niños “lo que siento y pienso”.

De dicha investigación se concluye que es fundamental contar con estrategias que no solo cumplan con el objetivo básico de incrementar la adhesión al tratamiento médico, también se debe promover el uso de estrategias que le permitan a los niños y sus familias un máximo bienestar, generando en ellos emociones positivas y recursos personales que de manera integral promuevan la calidad de vida y el crecimiento personal y no solo disminuir el malestar. Por lo que el papel del psicólogo está claramente enfocado a apoyar el proceso de adhesión, pero sobre todo a empoderarlo para generar en ellos recursos y habilidades que les permita tener conductas resilientes y en su caso generar estrategias de intervención que permitan prevenir complicaciones.

## **CAPÍTULO 2.**

### **FAMILIA**

#### **2.1. Definición de familia**

La familia ha sido considerada desde inicios de la humanidad como el principal núcleo o microsistema de la sociedad, a través del cual se van a ir asentando las bases tanto para la educación y crianza, en pro del desarrollo psicológico del niño y la formación de su personalidad y adaptación que le permitan la integración a la sociedad.

Minuchin y Fishman (1996) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta. No es una entidad estática, sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales.

Desde el punto de vista de la teoría y de la terapia estructural de la familia, Minuchin (1989) considera que ésta, está formada por un conjunto de elementos, con funciones y atributos propios e interacciones múltiples entre todos y cada uno de los cuáles van a estar en constante interacción e influencia, formando subsistemas: (marital, paternal, fraternal, etc), formando parte a su vez de un sistema mayor llamado sociedad.

#### **2.2. Familias de niños con LPH**

El nacimiento de un hijo produce cambios considerados normales en el marco familiar, sin embargo, el nacimiento de un niño o niña con labio leporino y/o paladar hendido puede considerarse un evento que altera el bienestar psicológico en los padres, teniendo un enorme impacto en la dinámica familiar que, unido a la incertidumbre de la situación, provoca la aparición de preocupaciones basadas en las necesidades especiales del recién nacido, que ocasionan un coste emocional y económico superior al resto de las familias (Limiñana et al., 2007).

En un estudio realizado con población pediátrica con LPH del Área de Comunicación Humana del Instituto Nacional de Rehabilitación, se encontró que las madres al no verse plenamente realizadas en otros roles sociales, profesionales, personales o conyugales, pueden depositar expectativas demasiado elevadas en la maternidad, y cuando el hijo nace con problemas pueden sentir que su llegada no compensa todo lo “sacrificado” (Padrón et al., 2006).

Es por esta razón que los padres sienten cómo las ilusiones y expectativas sobre su bebé son bruscamente sustituidas por las demandas de ese diagnóstico y las necesidades inmediatas de estos niños, comenzando un largo camino, que a veces se prolongará hasta la adultez, en el que tanto sus vidas, como las de toda la familia, tendrán como propósito prioritario la restauración de los déficits físicos, a través de la cirugía y la rehabilitación de las alteraciones asociadas (Jackson & Struck, 2007).

En el estudio pediátrico mencionado, a partir de la observación de las historias clínicas, de las entrevistas a los padres, pruebas aplicadas a los niños, se ha encontrado que el principal problema es la sobreprotección, dificultando la práctica de herramientas necesarias para adaptarse a un ambiente en el que no serán privilegiados por su condición, y en menor medida se encuentran las disfunciones familiares y problemas conductuales en el niño (Padrón et al., 2006).

La crianza de un niño con esta malformación congénita es una tarea ardua, al ser la alimentación una de las principales preocupaciones en las madres, debido a no saber cómo llevar el proceso de esta vital necesidad humana en estos pequeños, esto es porque se ve afectada el área oral, razón por la cual las madres crean maneras de cuidar a su hijo, desarrollando estrategias para alimentarlo y entender las necesidades afectivas del niño (Padrón et al., 2006).

En 1959, el doctor Ortiz Monasterio (en Padrón et al., 2006) señaló la diferencia entre el impacto que el LPH causa en zonas rurales y el que provoca en zonas urbanas, en las primeras el impacto emocional de la familia ante un miembro “gachito” (como vulgarmente se designa a las personas afectadas con LPH) es mucho menor ya que las expectativas sociales son menores: ni el niño queda impedido para trabajar en el campo ni la niña queda inhabilitada para llevar a cabo las labores del hogar, pues las capacidades intelectuales y reproductivas están intactas, en esta población el rechazo es mínimo, mientras que en las zonas urbanas o suburbanas, ante la escolarización y las expectativas de realización futuras, aunadas a un ideal de belleza exigente y

estereotipado, generan una tensión extra en el sistema familiar, en el narcisismo de los miembros, pues el niño con LPH no devuelve la imagen de padres sanos y bellos.

De los comentarios de los padres de hijos con LPH se sabe que existe la creencia popular de que los niños nacen así por castigo de Dios y que la enfermedad es contagiosa, provocando rechazo social y aislamiento.

En Suecia, las madres suelen reportar reacciones de shock, culpa, desesperación y ansiedad acerca de cómo alimentar a sus bebés nacidos con este padecimiento. En el momento de los nacimientos de sus bebés, el conocimiento de las madres sobre esta malformación tiende a ser mínimo y la información recibida de los profesionales de la salud en la unidad de entrega fue reportada como insuficientes especialmente sobre la mejor forma de alimentar a sus bebés (Black, Giroto, Chapman & Oppenheimer, 2009).

En los Estados Unidos los investigadores han reportado que las primeras reacciones de las madres son a menudo shock, aflicción, horror y culpa (Ripley, Kallaus & Mc-Dermott, 1965 en Zeytinoglu & Davey, 2012), en comparación con las madres de Japón que suelen ser más intensas, de sorpresa y volverse locas, aproximadamente la mitad sintió piedad por sus hijos y una tercera parte en un punto considero el suicidio, un pequeño porcentaje informó negar la existencia de sus hijos como seres humanos, por otra parte en Nigeria creen que los espíritus malignos son la principal causa, en algunos hogares, esposos y la familia misma culpa a las madres por el defecto del nacimiento (Natsume, Suzuki & Kawai, 1987 en Zeytinoglu & Davey, 2012).

Black et al., (2009) informaron que las madres Tailandesas tenían las respuestas más positivas hacia sus hijos seguido por Colombia, y las madres chinas tenían las respuestas más negativas. Los autores atribuyeron las actitudes de madres tailandés y colombianas a sus respectivas religiones y las madres chinas a la "política de un solo hijo" que se aplica en la actualidad en ese país.

Los cambios de comportamiento de los padres, sin ser patológicas desde el punto de vista clínico, pueden disminuir la calidad de vida y el desarrollo personal de estos, afectando sin lugar a duda al bienestar de toda la familia (Limiñana et al., 2007).

En el estudio “Experiencias Vividas de madres que tienen un hijo con Labio Leporino y Paladar Hendido” (Alarcón et al. 2011), se corroboró lo mencionado en el párrafo anterior, ya que se encontró que la interrelación de los padres es sumamente perturbadora, debido al estrés que provoca la situación del niño, puesto que las madres se enfocan principalmente al cuidado del menor, demostrando un alto nivel de amor y compromiso hacia su hijo, no obstante cada una de las madres discutió un proceso individualizado dirigido a la aceptación y el reforzamiento por medio del apoyo del esposo y los familiares, identificando formas de crecimiento personal a través de la experiencia de cuidar a un niño con malformación congénita. Aunque cada una de ellas estuvo de acuerdo en que no fue una experiencia que desearon, ahora están contentas ya que experimentaron satisfacción interpersonal y aumentó su fe religiosa, lo que facilitó su adaptación.

Por esto, McDermott (1965 en Zeytinoglu & Davey, 2012) menciona que los padres también desean tener más información por escrito, por ejemplo, folletos y documentos detallados, además que también es útil para los padres hablar con otros padres que han pasado por circunstancias similares o ver a otro niño que ha pasado por los mismos procedimientos quirúrgicos.

Debido a lo descrito anteriormente, el tener esta malformación congénita tiene un impacto tanto en los niños como en sus padres o tutores, por lo tanto es importante tomar en cuenta la forma en la que ambos afrontan la situación.

## CAPÍTULO 3.

### AFRONTAMIENTO

#### 3.1. Definición de afrontamiento

Los orígenes de la palabra afrontamiento se remontan a los siglos XV y XVI, su significado es golpe, un fuerte golpe o el choque de combate. El concepto tuvo connotaciones principalmente de eventos combativos, más tarde la palabra afrontar fue adoptada por los psicólogos y con ello se referían a la lucha por la superación de la derrota o cómo manejar el estrés de la vida y de la adaptación. El concepto de afrontamiento comenzó a ser utilizado psicológicamente en los años 1960 y 1970 (Lazarus & Lazarus, 2006) y se relaciona con mecanismos biológicos, psicológicos y conductuales en los cuales se basan las respuestas de los individuos para de esta forma poder mantener al organismo en un estado de equilibrio o en el estado que mejor favorezca a la persona de acuerdo a su adaptación.

Dentro del campo de investigación del afrontamiento, existieron dos modelos uno relacionado con el modelo animal y el otro relacionado con la teoría psicoanalítica del yo. La teoría del modelo animal está basada en los pensamientos Darwinistas, en el que se lucha por la supervivencia, por lo que se dice que el animal descubre lo que es predecible y puede controlar el medio ambiente con el objetivo de evitar o escapar de lo que ponga en riesgo su existencia. De acuerdo con este modelo tanto la adaptación como la supervivencia al medio ambiente, resultan indispensables para las personas (Lazarus & Lazarus, 2006).

Por otro lado, para la teoría psicoanalítica el afrontamiento es “el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por lo tanto, reducen el estrés” (Lazarus & Folkman, 1991 p. 141). A diferencia del modelo animal, que se centra principalmente en las conductas de huida y evitación, en el psicoanálisis se toman en cuenta diferentes procesos para manejar la relación individuo-entorno.

Estos enfoques, tanto el del modelo animal, como el psicoanalítico, tienden a tratar al afrontamiento ya sea como una conducta de aproximación/evitación o como procesos defensivos. Sin embargo, las personas no sólo utilizan este tipo de recursos para afrontar las complejas demandas que se suscitan en un evento estresante, sino una amplia gama de estrategias,

cognitivas y conductuales, que cumplen funciones tanto de solución de problemas, como de regulación emocional (Folkman & Lazarus, 1988).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) el concepto de afrontamiento ha sido importante para la psicología por más de 40 años y ha proporcionado estudios clínicos desde los años cuarentas y cincuentas. Las primeras investigaciones fueron realizadas en adultos, posteriormente surgió el interés por estudiar el afrontamiento en la infancia, por lo cual Trianes (1990) menciona que las habilidades para contrarrestar las situaciones problema de los adultos pueden diferir de las de los niños, ya que estos últimos van a tener un repertorio de destrezas limitado debido a su menor grado de desarrollo cognitivo, afectivo y social, y por su falta de experiencia, es decir, los niños tienen muy poco control sobre las circunstancias. Están muy limitados por restricciones reales, tienen poca libertad para poder evitar activamente las circunstancias estresantes y muestran una gran dependencia de su familia y contexto escolar.

Con base en lo anterior, se define al afrontamiento como: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.” (Lazarus & Folkman, 1986 p. 164), esta definición ha servido como punto de partida para posteriores investigaciones, dejando entre ver que son las interpretaciones que el individuo hace de ciertas situaciones, y no las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción en él.

Dicho término se distingue de los factores protectores o amortiguadores porque supone esfuerzos personales bajo control del sujeto dirigido a superar el estrés, el cual es referido por estos autores como las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal.

Caballo por su parte en 1998, define al afrontamiento como cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, que funciona para eliminar, disminuir los estímulos estresantes o para tolerar, al menos, los efectos perjudiciales que tienen como consecuencias los eventos nocivos del entorno. En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables, funcionales o constructivos, o por el contrario llegar a causar más problemas.

Para Trianes (1990) el afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés, la experiencia que impacta en el desarrollo de la personalidad y que influye en la capacidad de resistencia a situaciones difíciles. Casullo y Fernández (2001) por su parte, entienden al afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que una persona utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan.

El Modelo fenomenológico cognitivo de Lazarus y Folkman (1986) incluye aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del proceso de afrontamiento. Los estresores en el contexto de este modelo son definidos como transacciones o intercambios entre el individuo y las situaciones particulares del ambiente, así mismo la persona es un formador activo de las relaciones con el medio, el afrontamiento son los cambios conductuales en respuesta a las demandas transaccionales.

En general, el modelo fenomenológico cognitivo de afrontamiento definido por Lazarus y Folkman tiene los siguientes principios (Lazarus & Folkman, 1986; Sandín, 1995):

- Es un proceso de interacción que se da entre el individuo y el ambiente.
- Depende del contexto y, por lo tanto, puede cambiar dentro de una situación determinada.
- Algunas estrategias son más estables o consistentes en situaciones estresantes que otras.
- Los pensamientos y las acciones se definen por el esfuerzo y no por el éxito.
- Los recursos de que dispone una persona para hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes son muy diversos, entre ellos los materiales, económicos, vitales (salud y energía), psicológicos (creencias positivas), técnicas de solución de problemas, habilidades sociales y apoyo social.
- Los procesos de afrontamiento presuponen una noción de evaluación, es decir, como un fenómeno es percibido, interpretado y cognitivamente representado en la mente de un individuo.
- Este modelo enfatiza que existen al menos dos funciones principales, una orientada al problema y la otra orientada a la emoción, cuya utilización depende del grado de control que se tenga sobre la situación.

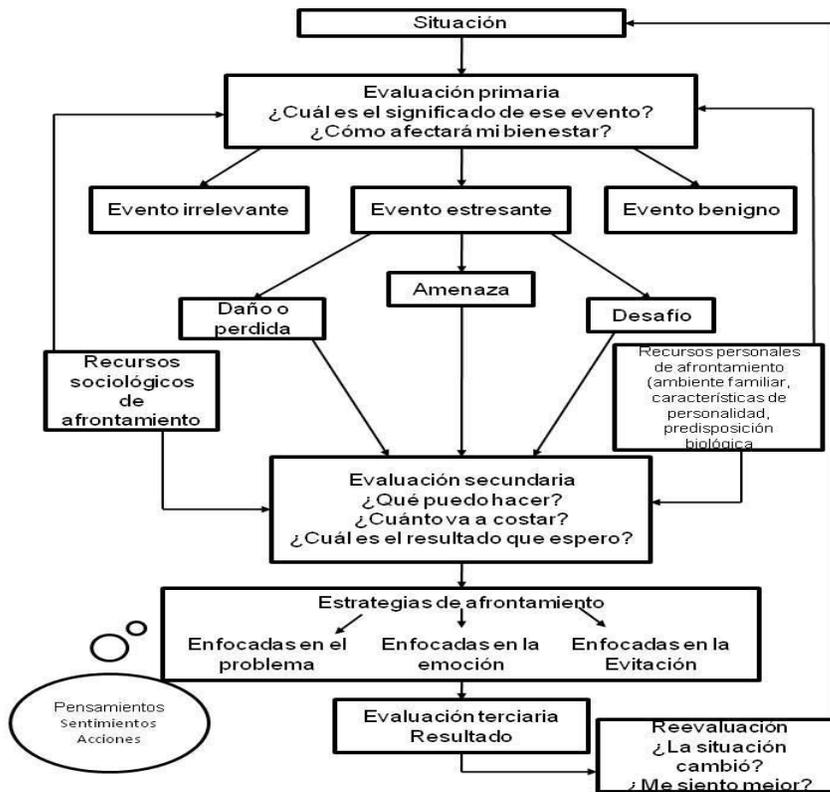
Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman, el emplear las estrategias que sirvan como afrontamiento al evento estresante, dependerá de la percepción o la evaluación que se posee de la

misma (Lazarus & Folkman, 1986): el significado que la persona asigna a la situación (evaluación primaria), la valoración de las opciones o recursos de afrontamiento disponibles (evaluación secundaria) y la valoración de los resultados (evaluación terciaria).

Dicho modelo teórico señala como consecuencia que el estrés no está solamente determinado por la naturaleza de un estímulo ambiental, ni por las características de la persona, sino por la interacción entre la evaluación que del estímulo hace el individuo y las demandas que éste tiene sobre él.

A continuación se muestra una representación esquemática del modelo de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) (Véase cuadro 1).

Cuadro 1. Esquema de Afrontamiento con base a la teoría de Lazarus y Folkman (1984).



Se puede decir que el proceso de afrontamiento es complejo y sensible ya que influye tanto el ambiente como las disposiciones de personalidad que tenga el individuo. Por lo tanto, el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los cuales se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos ambientales y personales y las experiencias previas (Mok & Tam, 2001).

### 3.1.1. Estilos y estrategias de afrontamiento

En el estudio del afrontamiento se distingue entre estrategias y estilos de afrontamiento; las estrategias de afrontamiento, son comportamientos intencionales dirigidos al logro de objetivos, que ponen en juego recursos personales, ajustándose su selección a las demandas y exigencias de la situación; mientras el término estilo, se refiere al empleo transituacional de un grupo de estrategias, aprendido en función de las experiencias pasadas (Trianes, 1990).

Para Fernández (1997) los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

Lazarus y Folkman (1984) señalan que las estrategias de afrontamiento no son estables, dependen de las características de la situación, además de que éstas pueden cambiar a través del tiempo. Éstas guardan relación con la toma de decisiones, es decir, no se afronta sin tomar decisiones, sólo que como efecto colateral, el tener que decidir suele ser a su vez, una fuente de estrés, donde la persona debe ampliar su gama de posibles decisiones para elegir la que de acuerdo con sus pensamientos y acciones resulte más benéfica (Fierro, 1997).

Más tarde Lazarus y Lazarus (2006) señalaron que ambas perspectivas para estudiar el afrontamiento, tanto como estilo o como estrategia son válidas y útiles, estos autores realizan un análisis y explican cómo ambas formas pueden ser útiles en diferentes circunstancias.

Así, Lazarus y Folkman (1984) propusieron una tipología de estrategias que diferenciaba entre estrategia basada en el problema y estrategia basada en la emoción.

- Centrada en la emoción: consiste en reducir, controlar o cambiar la emoción cuando no se puede cambiar el problema; la función de los aspectos centrados en la emoción es cambiar: a) la forma en que la relación, que se percibe como tensa con el medio ambiente es atendida por la persona, o b) el significado de lo que está ocurriendo, lo que mitiga la tensión a pesar de que las condiciones actuales de la relación no han modificado.
- Centrada en los problemas: a través de en esta tipología la persona maneja las demandas que ha evaluado como estresantes, la función del afrontamiento centrado en el problema

es cambiar la relación persona medio ambiente, para afrontar los problemas se actúa sobre el medio ambiente o sobre uno mismo.

En otra clasificación se hace la diferencia en cuanto a la eficacia, ya que existen estrategias cuyo empleo se asocia a la salud, desarrollo y otras cuyo empleo se asocia a psicopatología y dificultades en el desarrollo de las personas (Morales, 2008):

- Estrategias adaptativas, que reducen el estrés al tiempo que promueven estados de salud (ejercicio físico, relajación, alimentación adecuada).
- Estrategias desadaptativas, que reducen el estrés a corto plazo pero con importante deterioro para la salud y el desarrollo (aislamiento social, evitación de eventos o acontecimientos saludables).

Otra clasificación muy utilizada es la de aproximación/evitación. Las estrategias de aproximación se asocian a una buena adaptación y ausencia de psicopatología mientras que las estrategias de evitación se asocian a síntomas de inadaptación y desajuste (Seiffge-Krenke, 1993):

- El afrontamiento de aproximación supone una predisposición para hacer frente al estresor y superarlo, poniendo en juego comportamientos cognitivos, conductuales y emocionales en la resolución del problema.
- El afrontamiento basado en la evitación se refiere a estrategias cognitivas, emocionales y conductuales dirigidas a no enfrentarse con el problema, tales como reunir información, distracción del problema y resignación.

Una clasificación más es la realizada por Rothbaum, Weisz & Snyder (1982) quienes propusieron la siguiente categoría: afrontamiento de control directo/ control indirecto / abandono de control estos autores analizaron el afrontamiento no como una situación única de control o falta de control si no como dos procesos, lo que se llamó modelo de proceso dual, en el cual se trata la capacidad de autorregulación para alternar entre el control primario y el control secundario.

- Afrontamiento de Control directo: se da cuando una persona realiza intentos para cambiar la situación estresante.
- Afrontamiento de Control Indirecto: al igual que el primero también se realizan intentos

para cambiar la situación estresante, sin embargo, en vez de cambiarla lo que se hace son intentos por encajar en el mundo y fluir con la corriente, como cuando por alguna limitación para enfrentar la situación, la hace insuperable y esto ocurre cuando los intentos de control han fallado. La principal diferencia entre el primero es que la meta es cambiar el ambiente, mientras en el segundo la meta es encajar en el ambiente.

- Afrontamiento de Abandono de Control: éste ocurre cuando la persona decide que una situación que se presenta es percibida como incontrolable. Los comportamientos que pueden indicar una falta de control, son los comportamientos pasivos y de constante evasión, los cuales reflejan un abandono total de los intentos de control.

### **3.2.Afrontamiento en niños regulares**

La infancia es un periodo caracterizado por constantes cambios evolutivos y retos relacionados con el desarrollo que deben ser superados tanto por niños sanos como por niños que viven procesos infecciosos, enfermedades congénitas o trastornos crónicos (Martín-Romera, García de Pablos y Díaz-Atienza, 2004).

Trianes (2002) nos dice que la edad y el desarrollo influyen en la interpretación del estímulo estresante y en la respuesta que se ofrece, así como en el tipo de afrontamiento posible.

En general, los niños y niñas de 4 y 6 años siempre que pueden evitan las situaciones estresantes que implican dolor, en la medida que no pueden evitarlas porque los padres les obligan, pondrán en marcha alternativas de solución como emplear imágenes para distraerse, pero muestran estrategias principalmente centradas en el problema y apenas dirigidas a disminuir o eliminar el malestar.

En la edad preescolar se emplean modos de afrontamiento orientados a solucionar el problema y no estrategias centradas en la emoción, buscan ayuda en los padres u otros niños para solucionar directamente el problema y tienden a defender la propia posición con estrategias no agresivas.

En la edad escolar los niños y niñas tienden a emplear tanto estrategias de afrontamiento dirigidas a solucionar directamente el problema, como estrategias de evitación, comienzan a hacer uso de estrategias dirigidas a reducir o aliviar la emoción negativa que experimentan,

comenzando a emplear estrategias de afrontamiento cognitivas, sin buscar tanto apoyo en los adultos, sino que lo buscan primero en los compañeros, y hay una disminución en el uso de estrategias basadas en huir o evitar las situaciones estresantes o escapar de ellas.

Para Compas y Phares (1991) las habilidades para el afrontamiento focalizado en el problema parecen ser adquiridas a edades tempranas, desarrollándose aproximadamente entre los 8 y 10 años de edad. Las habilidades focalizadas en la emoción se desenvuelven durante la adolescencia debido a que los niños muy pequeños aún no tienen consciencia de sus estados emocionales.

Para Garnezy y Rutter (1983) los patrones para afrontar los estresores se desarrollan desde la infancia, a través de la cual se aprende a tener control sobre el ambiente y que dependen de qué tan efectivas sean dichas respuestas de afrontamiento. Esta es una concepción del afrontamiento como control, el cual se centra en las metas u objetivos que persigue la persona al iniciar el afrontamiento a alguna situación que ya ha evaluado como estresante.

Claro ejemplo de este modelo de control es el de Rothbaum et al. (1982) mencionado anteriormente, dado que en el caso de los niños se utilizan los mismos tipos de afrontamiento: control directo, indirecto y de abandono de control.

### **3.3.Afrontamiento en niños con Labio y Paladar Hendido**

Los menores con enfermedades deben aprender a vivir por un largo periodo con ajustes en su vida cotidiana, realizando conductas de adhesión al tratamiento médico dependiendo de su propia etapa de desarrollo, lo que genera un impacto en su calidad de vida a nivel individual y familiar.

En la etapa escolar dependiendo del manejo que los padres hayan dado a las problemáticas asociadas al LPH de su hijo, los autoesquemas, especialmente la autonomía, la seguridad, confianza frente al mundo y habilidades sociales pueden llegar a hacer más vulnerables y presentar alteraciones de tipo psicológico (conductuales y/o emocionales), causadas por el rechazo y la segregación de sus iguales, por los estereotipos culturales de belleza imperantes y el rechazo a la diferencia social (Cáceres-Renere, 2004).

Respecto a la autoimagen, algunos estudios han especificado que la nariz y los dientes son los rasgos físicos a los que mayor atención les prestan las personas con LPH, causándoles los niveles más altos de insatisfacción, pudiendo originar a futuro problemas severos en su autoimagen (Marcusson & Ostrup, 2002 en Vinaccia et al. 2008). Los niños que aceptan su hendidura oral tienden a tener más alta la autoestima y cuanto más ellos se perciben atractivos físicamente tienden a tener también más altos niveles de autoestima (Starr, 1982 en Vinaccia et al., 2008).

En la investigación realizada por Kong (2004) sobre los indicadores emocionales más comunes en niños con LPH, utilizando la prueba de dibujo de la figura humana de Koppitz, se comprueba que los niños con LPH sufren de timidez, extrema inseguridad, retraimiento, rasgos de depresión y pobre autoimagen, las causas posibles de estas características se infieren en relación con el trato que les da su familia y la sociedad en general.

En el estudio sobre las características psicológicas de los pacientes entre 7 y 10 años con fisura labio paladar del Hospital Pediátrico de Villa Clara Cuba (Alfonso, Díaz, Medina, Hernández y Villa, 2010) la población estudiada tiene dificultades en las relaciones interpersonales, dependencia de la figura materna, sobreprotección, inseguridad, dificultades en la esfera escolar, inmadurez emocional, sentimientos de culpa, rebeldía e irritabilidad.

En el Hospital del Niño del DIF, Hidalgo, se encuentra que de 16 pacientes con LPH estudiados, sólo dos presentan depresión severa, tres depresión leve y los 11 restantes no muestran síntomas de depresivos, concluyendo que la situación de LPH no ocasiona en sí un trastorno depresivo. Esto depende más de la madurez alcanzada por el sujeto y de la situación específica en la que se encuentra. En el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” (Madrado, 2008 en Martínez, et al, 2012) se encontró que el niño con LPH siente rechazo por su imagen corporal lo que le causa inseguridad en sí mismo, desconfianza hacia los demás y por ende dificultad en su socialización tendiendo a ser agresivo o aislarse.

En el artículo “Caracterización de una población pediátrica con labio y paladar hendido” (Padrón, et al, 2006) la mayoría de los pacientes de entre 5 y 6 años de edad, sólo cuentan con una intervención quirúrgica, por lo tanto, todavía recorrerán el resto del camino y necesitará un tipo de seguimiento diferente, ya que se debe implementar programas de preparación, para

dotarlos de estrategias de afrontamiento que les sean útiles, previniendo retrasos y regresiones en los avances obtenidos en terapia.

Así mismo es importante orientar a los padres en que su hijo tendrá avances en la terapia, misma que debe retomarse después de una nueva cirugía, es necesario por ello monitorear el manejo de los padres, e indagar las reacciones del niño y el entendimiento de lo que ocurre, para favorecer una autoestima adecuada que lo motive a superar las dificultades.

En el mencionado estudio se observó que una de las principales dificultades conductuales fue la baja tolerancia a la frustración y los estados de ansiedad, aunado a la dificultad para relacionarse, corroborándose con los reportes escolares de que el niño no sabe cómo defenderse de las burlas de los compañeros.

En la etapa de la adolescencia, las dificultades psicoafectivo-sociales pueden agudizarse y ser más evidentes como patologías psicológicas asociadas a alteraciones físicas visibles, ya que en esta el adolescente se ve inmerso a cambios físicos que son relevantes, donde se siente y percibe como un adulto que lo lleva a buscar su autonomía e independencia (Vinnaccia, Quiceno & Moreno, 2008). Por lo anterior se puede concluir que el déficit acumulado de destrezas sociales orilla al adolescente con LPH a interactuar de una forma poco afectiva con sus padres, a tener dificultades para iniciar y mantener amistades y a desarrollar un estilo de observador pasivo más que activo en sus interacciones sociales (Cáceres-Renere, 2004).

Investigadores en el Reino Unido han reportado que entre los adolescentes nacidos con labio paladar, las estrategias de afrontamiento más comunes fueron resignación, apoyo social, distracción y las recomendaciones más útiles son el apoyo social, la reestructuración cognitiva, solución de problemas, y la regulación emocional. Por otra parte, los adolescentes informaron sentirse molestos y hostigados por parte de sus pares, formulando preguntas acerca de la fisura, de no ser entendidos o escuchados, sentir vergüenza (Berger & Dalton, 2009).

### **3.4.Afrontamiento familiar**

El afrontamiento familiar es definido por Louro (2004) como la capacidad de la familia de movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud, tales

como cambios de comportamientos, de hábitos, ajuste de roles, flexibilización de las normas y solicitud de apoyo comunitario o profesional cuando este sea necesario, o destructivo cuando ocurre lo contrario. También se expresa en el modo en que la familia cumple las tareas relativas al tránsito por las etapas del ciclo vital y tiene un buen ajuste a las exigencias de desarrollo evolutivo.

Dentro de la dinámica grupal de la familia, el afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre éste. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos (Hernández, 1991 en Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013).

De igual manera, el afrontamiento familiar es una respuesta grupal coordinada por las normas y reglas del sistema, asumiendo a partir de ellas que algunas estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente sobre ciertos momentos del ciclo vital familiar y determinantes específicos (Galindo & Milena, 2003 en Macías, et al., 2013).

La familia con un buen afrontamiento busca ayuda en otros parientes, amistades, maestros y profesionales, cuando considera que su situación problema desborda sus propios recursos, sin embargo, hay familias que desarrollan mecanismos de barreras frente a la ayuda profesional, se niegan a seguir orientaciones especializadas y evaden enfrentar cambios (Galindez, 2013).

El fenómeno de crisis familiar ha sido conceptualizado como un evento que produce un cambio en el sistema social familiar, y que tiende a desajustarlo. Así, el afrontamiento como proceso varía a lo largo del tiempo como resultado del estresor, la acumulación de otras demandas, la cantidad de perturbaciones en el sistema familiar y la disponibilidad y uso de los recursos intrafamiliares y comunitarios (McCubbin & McCubbin, 1988 en Macías, et al., 2013).

### **3.5.Afrontamiento familiar en niños con labio y paladar hendido**

Según Jackson & Struck (2007), la forma en que los padres se enfrentan a la difícil situación de un niño con esta malformación 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 de ese bebé con fisura palatina.

Estos mismos autores mencionan que los padres y madres de niños con un diagnóstico de fisura labio palatina muestran un perfil de personalidad caracterizado, en la dimensión motivacional del comportamiento, por una mayor orientación hacia el cuidado y las necesidades de los demás, que hacia la promoción de uno mismo. En la dimensión cognitiva se muestran poco inclinados a procesar información abstracta y simbólica, confiando más en la experiencia directa y los fenómenos observables; y son poco dados a explorar formas nuevas e innovadoras de organizar y transformar la información.

En un reciente estudio transversal realizado en el Reino Unido, Baker, Owens, Stern, & Willmot (2009) examinaron el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y el apoyo social, relacionado a la edad del niño, tipo fisurado, y la presencia de otros problemas médicos para analizar si afectan significativamente el funcionamiento familiar. Sobre la base de sus conclusiones, las familias con hijos pequeños o cuyos hijos tenían problemas médicos en las operaciones, tienden a informar el funcionamiento de la familia más negativo. Las familias que utilizan más estrategias de afrontamiento de evitación y familias que informaron de niveles más bajos de apoyo social por parte de sus amigos, tienden a experimentar más angustia psicológica. Las familias que más positivamente estaban ajustadas era porque utilizaban un enfoque de estrategias de supervivencia, tales como la resolución de problemas, y también reportaron mayores niveles de apoyo social de la familia y los amigos.

En la investigación “ Estrategias de Afrontamiento Familiar ante el diagnóstico de malformación congénita de la Ciudad de Cali” (Galindez, 2013), que tenía como objetivo el conocer las estrategias de afrontamiento familiar ante este diagnóstico, se trabajó con una población de cuatro cuidadores principales de personas con fisura, en donde a partir del análisis del discurso se obtuvo como resultado que las familias realizan un afrontamiento de acuerdo a la resolución del problema, la regulación emocional y la búsqueda de apoyo psicosocial. Durante este proceso de afrontamiento se hace evidente el impacto en la familia, las preocupaciones por los cuidados del bebé y el saber absoluto que se reconoce en el personal médico.

En relación con las estrategias de resolución de problemas se encuentra que las familias toman una actitud pasiva y dependiente hacia el personal médico para la toma de decisiones en relación con el diagnóstico y posterior proceso de recuperación de su familiar. Es decir que hacen un seguimiento de pasos estructurados, no obstante, las familias son activas en cuanto a la búsqueda de alternativas para dar solución a los síntomas comunes de las fisuras labio-palatinas por medio de remedios caseros o estrategias de acuerdo al síntoma considerado problemático. Es decir las familias no escapan, ni rechazan el problema sino que buscan salidas a éste.

Con respecto a la regulación emocional se presenta en las familias una necesidad de evitar los señalamientos sociales por la apariencia física y los efectos de la malformación en la voz de los familiares con diagnóstico. También se encontró que las familias reconocen que aunque el familiar diagnosticado presenta una malformación congénita, ello no lo excluye de tener los mismos derechos y deberes que los demás niños de su edad. Otro aspecto importante son las creencias mágico- religiosas, a las cuales las familias otorgan la causa de la fortaleza desarrollada después de conocer el diagnóstico (Galindez, 2013).

Por otra parte la dificultad para la alimentación y los síntomas comunes hacen parte de las principales preocupaciones por los cuidados del bebé, también tras la llegada de un miembro con diagnóstico de malformación congénita las familias se enfrentan a un impacto que modifica la crianza y las relaciones interpersonales con los demás miembros de la familia y pueden provocar preocupación por futuros embarazos. En cuanto a la cuestión médica existe una evidente confianza depositada en el saber médico y humano de algunos médicos, que por la empatía, forma de relacionarse con las familias y experiencia, forman ante éstas la creencia de que son los únicos que poseen el conocimiento verdadero.

Finalmente, la información acerca de los procedimientos estéticos y funcionales, crea en la familia la necesidad de hacerse responsable del cuidado y desarrollo de su familiar, pero le evita hacer una necesaria expresión de sus emociones, puesto que después de la emisión del diagnóstico inmediatamente se aborda a la familia con información acerca de los procedimientos y cirugías, sin permitirle un espacio propicio para expresar lo que siente, piensa o necesita conocer, por lo que las familias consideran la psicología como un aspecto clave que pudiese beneficiarlas en el proceso de afrontamiento de las malformaciones.

## **CAPÍTULO 4.**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1.Objetivo**

Realizar una investigación para conocer los estilos de afrontamiento en niños con labio paladar hendido, de entre 6 y 12 años, así como de sus padres o tutores, además de identificar probables diferencias entre poblaciones de dos instituciones de responsabilidad social.

##### **4.1.1. Objetivos específicos**

- Identificar estilos de afrontamiento en niños con labio paladar hendido.
- Conocer los estilos de afrontamiento de padres o tutores de los niños con esta malformación congénita.
- Analizar cuantitativamente las respuestas de afrontamiento de los menores con esta problemática.
- Examinar cuantitativamente las respuestas de afrontamiento de los padres o tutores de los menores.
- Comparación entre instituciones en relación al estilo de afrontamiento y tipo de respuesta de la población infantil.
- Comparación entre instituciones en relación al estilo de afrontamiento y tipo de respuesta del padre o tutor.
- Proponer intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual con la finalidad de promover el uso de estilos y estrategias de afrontamiento efectivas tanto en los niños como en su padre o tutor.

#### **4.2.Hipótesis**

Los niños con LPH presentan estilos de afrontamiento conductuales y cognitivos desadaptativos para enfrentar esta condición.

Los padres o tutores presentan estilos de afrontamiento conductuales y cognitivos desadaptativos para enfrentar la condición de los niños.

Hay diferencias entre instituciones en cuanto al tipo de afrontamiento en niños, relacionado con la participación del área de Psicología.

Hay diferencias entre instituciones en cuanto al tipo de afrontamiento en padres o tutores de niños con LPH, relacionado con la participación del área de Psicología.

#### 4.3. Variables

- **Variable independiente**

**Nombre de la variable**      **Definición conceptual**

Institución      CAILPH: asociación civil sin fines de lucro que brinda atención integral e interdisciplinaria a personas que nacieron con labio y paladar hendido para que puedan tener una rehabilitación completa y acceder e integrarse a la vida escolar o laboral y social.

BRIMEX: El Centro Médico ABC, a través de su Clínica de Responsabilidad Social Brimex ABC, ha desarrollado una labor asistencial destacada en el ámbito de la medicina privada, dando servicios de atención a personas económicamente vulnerables que viven en zonas aledañas a la Institución.

- **Variable dependiente**

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Estilos de afrontamiento	Predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional (Fernández, 1997).	Estilos de afrontamiento medido a través del Cuestionario de Estrés y Afrontamiento (Verduzco, 2004) para niños y el Inventario de estilos de afrontamiento de Góngora y Reyes-Lagunes (1999) para adultos.

- **Variables sociodemográficas**

- Edad (niños entre 6 y 12 años)
- Género (Femenino y Masculino)
- Grado escolar (primaria para niños, cualquier grado para el padre o tutor)
- Ocupación del padre o tutor (cualquier ocupación)
- Lugar de nacimiento (República Mexicana)

#### 4.4. Tipo de estudio

El diseño de la presente investigación fue de tipo descriptivo:

Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2003) mencionan que este tipo de estudio busca describir las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos o comunidades que se sometan a un análisis. En este caso, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a analizar. En un estudio descriptivo se seleccionan una serie de variables y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas y por lo tanto describir lo que se investiga.

Además, fue no experimental, transversal:

En este caso se pretendía recolectar datos en un solo momento con el objetivo de describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos. Así mismo se deseaba indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables (dentro de un enfoque cuantitativo) o ubicar, categorizar un fenómeno o una situación (Hernández- Sampieri et al., 2003).

#### 4.5. Participantes

Se aplicaron los cuestionarios a 47 niños con Labio y Paladar Hendido (LPH) de 6 a 12 años de ambos sexos y que estén cursando la primaria, y a su padre o tutor, dando un total de 94 cuestionarios realizados. En el caso de los menores el 53. 2% de la muestra estuvo constituido por niños y el 46.8% por niñas, mientras que en la población de padre o tutor el 85.1% corresponde a mujeres y el 14.9% a hombres. Las tablas 1, 2 y 3 presentan las características de los participantes:

Tabla 1.

Distribución de muestra por edad de niños con LPH (n=47)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
6	5	10.6
7	9	19.1
8	11	23.4
9	7	14.9
10	5	10.6
11	8	17.0
12	2	4.3

Tabla 2.

Distribución de muestra por edad de padre o tutor de niños con LPH (n=47)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
24 – 30	8	17
31 – 36	20	42.5
37 – 42	15	32
43 – 48	1	2.1
49 – 55	3	6.3

Tabla 3.

Distribución de muestra por grado escolar del padre o tutor de niños con LPH (n=47)

Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	8.5
Secundaria	15	31.9
Bachillerato	12	25.5
Carrera Técnica	5	10.6
Licenciatura	11	23.4

#### 4.6.Instrumentos

Historia clínica para niños con labio y paladar hendido obtenida a través de los expedientes clínicos (Anexo 1).

Los estilos de afrontamiento en niños fueron evaluados a través del Cuestionario de Estrés y Afrontamiento elaborado por Verduzco en 2004, el instrumento está integrado por 33 reactivos que describen situaciones de tensión experimentadas por los niños y niñas, tanto del área escolar, familiar y social, elaboradas a partir de la literatura sobre lo que les preocupa a los niños en sus diferentes edades, de lo observado en la clínica y de preguntar a los niños. Para cada uno de los reactivos o situaciones se les pidió que nombraran una acción, pensamiento y/o emoción que utilizan para eliminar o abordar la situación estresante. Este cuestionario tuvo una alta consistencia interna (alfa=.89). Las categorías de respuesta se organizan en tres estilos de afrontamiento:

- Afrontamiento de control directo (o estrategias de control primario)

Se refiere a procesos o acciones concretas realizadas por el infante para tratar de eliminar el evento estresante o disminuir sus efectos.

- Solucionar el problema a través de la acción directa del infante
- Resolver el problema hablando con la persona directamente
- Arreglar el problema a través de la expresión abierta del afecto como abrazar, dar besos, etc.
- Remediar el problema y además sacar provecho de él
- Enmendar el problema siguiendo la propia opinión o teniendo confianza en sí mismo
- Elaborar un plan de acción para abordar el evento estresante
- Búsqueda de información para un mejor entendimiento de la situación estresante
- Pensar, reflexionar
- Pedir perdón
- Perdonar
- Afrontamiento de control indirecto (o estrategias de control secundario)

Se refiere a la solicitud de ayuda o apoyo tangible (materiales, dinero, información) a las personas adultas significativas para resolver el problema.

- Resolver el problema a través de otra persona
- Contarle los problemas a otras personas
- Buscar consuelo emocional en otros, platicar de las emociones que genera la situación.
- Búsqueda de simpatía, comprensión o afecto de las amistades y familiares.
- Pedir consejo a parientes o amigos
- Rezar
- Cuando se habla con el infante y/o lo regañan
- Hacer lo contrario de lo que se le pide, no hacer las cosas, rebelarse, repelar
- Responder con actitudes pasivo-agresivas para castigar a otras personas como no hablar, no comer, no ocuparse, etc.
- Solucionar el problema sometiéndose, obedeciendo, haciendo lo que piden
- Seguir la corriente
- Usar verbalizaciones o expresiones para tranquilizarse, calmarse
- Responder con una agresión activa que daña física o verbalmente a otros como pegar, gritar, etc.
- Afrontamiento de abandono de control

Es la ausencia de meta u objetivo de afrontamiento

- Realizar una acción para distraerse del problema: escuchar música, ver televisión, irse a otro lugar, oír radio, bañarse, tomar agua, leer
- Desconectarse del problema encerrándose o replegándose sobre sí mismo, meterse a la cama o dormirse, encerrarse en el cuarto
- Ignorar la situación, no hacer caso
- Dejar que se dé la situación sin intervenir para evitar problemas, callar, dejar que lo castiguen
- Esconderse en un sitio para no ser encontrado o fingir estar dormido, tratar de hacer algo pero que no lo sorprendan
- Estar presente pero fingir que el problema no existe, ocultar el problema u ocultar sentimientos
- Cambiar la conversación, decir excusas
- Darse por vencido y no solucionar el problema
- Responder pasivamente con emociones que generan estados de ánimo negativos como depresión, tristeza, etc.
- Negarse a aceptar el problema, negar que el evento estresante existe
- Olvidar
- Auto-agredirse como pegarse, tratar de matarse, etc.
- Culpar a otra persona para evitar el problema
- No hacer nada
- Actuar como si la situación no hubiera sucedido
- Reírse cuando debe estar triste, ser pasivo cuando tiene que actuar o viceversa
- Emitir conductas con las cuales pospone el evento estresante o lo evita completamente.

Este instrumento también cuenta con categorías del tipo de respuesta emitida, la clasificación es:

- Respuestas Enfocados a Solucionar el problema
  - Solucionar el problema a través de la acción directa del infante
  - Resolver el problema a través de otra persona
  - Pedir consejo a parientes o amigos
  - Solucionar el problema sometiéndose, obedeciendo, haciendo lo que piden
  - Resolver el problema hablando con la persona directamente

- Remediar el problema y además sacar provecho de él
- Enmendar el problema siguiendo la propia opinión o teniendo confianza en sí mismo
- Elaborar un plan de acción para abordar el evento estresante
- Búsqueda de información para un mejor entendimiento de la situación estresante
  - Respuestas Enfocadas a la Emoción
  - Responder con una agresión activa que daña física o verbalmente a otros como pegar, gritar, etc.
  - Responder pasivamente con emociones que generan estados de ánimo negativos como depresión, tristeza, etc.
  - Responder con actitudes pasivo-agresivas para castigar a otras personas como no hablar, no comer, no ocuparse, etc.
  - Buscar consuelo emocional a otros, platicar de las emociones que genera la situación.
  - Búsqueda de simpatía, comprensión o afecto de las amistades y familiares.
  - Contarle los problemas a otras personas
  - Arreglar el problema a través de la expresión abierta del afecto como abrazar, dar besos, etc.
  - Auto agredirse como pegarse, tratarse de matar, etc.
  - Negarse a aceptar el problema, negar que el evento estresante existe
  - Respuestas de Evitación
  - Darse por vencido y no solucionar el problema
  - Realizar una acción para distraerse del problema: escuchar música, ver televisión, irse a otro lugar, oír radio, bañarse, tomar agua, leer
  - Desconectarse del problema encerrándose o replegándose sobre sí mismo, meterse a la cama o dormirse, encerrarse en el cuarto
  - Ignorar la situación, no hacer caso
  - Dejar que se dé la situación sin intervenir para evitar problemas, callar, dejar que lo castiguen
  - Escondarse en un sitio para no ser encontrado o fingir estar dormido, tratar de hacer algo pero que no lo sorprendan
  - Estar presente pero fingir que el problema no existe, ocultar el problema u ocultar sentimientos
  - Cambiar la conversación, decir excusas
  - Seguir la corriente
  - Culpar a otra persona para evitar el problema

- Actuar como si la situación no hubiera sucedido
- Emitir conductas con las cuales pospone el evento estresante o lo evita completamente.
  - Respuestas cognitivas
- Pensar, reflexionar
- Usar verbalizaciones o expresiones para tranquilizarse, calmarse
- Olvidar
  - Otros como aceptar, reconocer errores, respuestas paradójicas y respuestas donde son otros los que tratan de solucionar el problema.
- Reírse cuando debe estar triste, ser pasivo cuando tiene que actuar o viceversa
- Hacer lo contrario de lo que se le pide, no hacer las cosas, rebelarse, repelar
- Cuando se habla con el infante y/o lo regañan
- Rezar
- Pedir perdón
- Perdonar
  - No respuestas
- No hacer nada
- No dar respuesta
- No sucede o no me importa
  - No contestó o no emitir respuesta

Y para evaluar al padre o tutor del menor se aplicó el Inventario de Estilos de Afrontamiento para Adultos (Góngora y Reyes-Lagunes, 1999), tiene un formato de escala tipo Likert pictórica con siete opciones de respuesta con cuadros de diferente tamaño, y con el continuo de siempre y nunca para medir la frecuencia. La prueba incluyó un total de 108 reactivos, considerando los 18 de cada una de las situaciones problema y se incluyó una sección en la que se les solicitaba a los sujetos información demográfica general. La confiabilidad obtenida para las 6 escalas fluctúa entre  $\alpha = 0.69$  y  $\alpha = 0.76$ . Las categorías de respuesta se organizan en:

- Situación de vida
  - Directivo-Revalorativo
  - Emocional-negativo
  - Evasivo
- Situación de salud
  - Emocional-evasivo
  - Directivo
  - Revalorativo
- Situación de familia
  - Directivo-revalorativo
  - Emocional-negativo
  - Evasivo
- Situación de pareja
  - Directivo-revalorativo
  - Evasivo
  - Emocional-negativo
- Situación de amigos
  - Directo
  - Evasivo
  - Revalorativo
  - Social emocional-negativo
- Situación de escuela o trabajo
  - Directivo-Revalorativo
  - Emocional-negativo
  - Evasivo
  - Apoyo social

#### **4.7.Procedimiento**

Se realizó la presentación del proyecto de investigación con el director del Centro de Atención Integral de Labio Paladar Hendido A.C. al igual que en la Clínica Brimex del Hospital ABC de Observatorio, para la aplicación de los instrumentos.

Posteriormente se le pidió a través de la carta de consentimiento informado (Anexo 2) la autorización para llevar a cabo dicha aplicación tanto a ellos como a sus hijos, explicando en qué consistía el proyecto.

Se les pidió a los padres que leyeran las instrucciones detenidamente, así como cada pregunta al contestar y en caso de duda dirigirse a alguna de las aplicadoras, por otra parte a los menores se les leyeron las instrucciones y se les explicó de qué forma debían contestar utilizando el ejemplo del mismo instrumento de forma individual.

Se les leyó cada una de la preguntas pidiendo que puntuaran de 0 al 10 el grado de molestia que experimentaban en cada situación, una vez que contestaron esto se les pidió que dijeran las actividades, pensamientos y/o emociones que usaban frente a cada una de las situaciones, Por último se les preguntó si ante dicha conducta existen cambios o no en la situación, así como cambios en su sentir, se concluyó la aplicación llenando la información sociodemográfica.

Además se tuvo destinado un día, el cual se fijó de acuerdo a las posibilidades de ambas instituciones, para revisar los expedientes clínicos de los pacientes y así obtener la información necesaria para la investigación.

Una vez obteniendo los 94 instrumentos (47 de niños y 47 de padres o tutores) contestados, se procedió a la calificación de cada uno de ellos, se realizó la clasificación de las respuestas con base a los estilos de afrontamiento, posteriormente se efectuó un análisis descriptivo de frecuencias de las variables continuas como edad, grado y género, así como un análisis no paramétrico.

#### **4.8. Análisis de datos**

Se empleó un análisis descriptivo (medias y desviación típica), así como análisis de Ji-cuadrada y U Mann whitney para muestras independientes. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0, el nivel de significación establecido fue de  $p < 0.5$ .

Para analizar las respuestas abiertas, (el afrontamiento de los niños y niñas), se evaluaron de acuerdo a las categorías generales expuestas por Rothbaum et al. (1982), comentadas en el capítulo de Afrontamiento.

## RESULTADOS

### Fuentes de estrés en niños con LPH

En relación a la evaluación del grado de estrés se llevó a cabo el análisis de medias del infante con LPH de este estudio, los resultados muestran que la media total es de 4.59, de este modo, el nivel de molestia en las situaciones reportadas fue moderado considerando el rango de posible puntuación o grado de molestia (0-10).

La tabla 4 expone el promedio de grado de estrés que los participantes refirieron en cada una de las situaciones del cuestionario.

Tabla 4.  
Media y desviación típica de la puntuación del grado de estrés por pregunta/situación. (N=47)

Pregunta/Situación	$\bar{x}$	DT
1. ¿Cuánto me molesta que mis papás me regañen o castiguen por mi conducta?	5.55	3.966
2. ¿Cuánto me molesta que mis hermanos se peleen conmigo?	5.85	4.293
3. ¿Cuánto me molesta que se burlen de mí en mi familia?	5.09	4.620
4. ¿Cuánto me molesta que me echen la culpa de lo que pasa en la casa?	5.70	4.043
5. ¿Cuánto me molesta compartir lo que tengo con mis hermanos?	3.77	4.621
6. ¿Cuánto me molesta que mis papás me exijan mejores calificaciones?	4.47	4.133
7. ¿Cuánto me molesta que en mi casa estén enojados conmigo?	5.64	4.029
8. ¿Cuánto me molesta que me manden a hacer mandados y a los demás no?	4.36	4.275
9. ¿Cuánto me molesta que en mi familia siempre estemos corriendo por falta de tiempo?	4.45	4.313
10. ¿Cuánto me molesta que mis padres me dejen mucho tiempo solo?	3.89	4.135
11. ¿Cuánto me molesta que mis padres se peleen?	6.19	4.367
12. ¿Cuánto me molesta que mis padres no me abracen ni me besen?	3.96	4.248
13. ¿Cuánto me molesta que en mi familia me critiquen por todo lo que hago?	5.17	4.229
14. ¿Cuánto me molesta que me regañen o castiguen en la escuela?	5.15	4.268
15. ¿Cuánto me molesta que me dejen demasiada tarea?	5.89	4.429
16. ¿Cuánto me molesta que me pongan apodos?	5.51	4.452
17. ¿Cuánto me molesta que no me escojan para los juegos?	3.21	4.253
18. ¿Cuánto me molesta sacarme malas calificaciones?	6.38	3.710
19. ¿Cuánto me molesta no tener amigos?	3.23	3.957
20. ¿Cuánto me molesta ser diferente a los demás?	2.53	4.021
21. ¿Cuánto me molesta que se burlen de mi apariencia física?	5.23	4.208
22. ¿Cuánto me molesta que se burlen de lo que siento?	3.32	3.962
23. ¿Cuánto me molesta que me griten?	6.17	3.847
24. ¿Cuánto me molesta que se burlen de lo que pienso?	4.21	4.288
25. ¿Cuánto me molesta que me digan lo que tengo que hacer?	4.74	4.401
26. ¿Cuánto me molesta que se burlen de lo que digo?	3.28	3.938
27. ¿Cuánto me molesta que se burlen de lo que hago?	4.60	4.382
28. ¿Cuánto me molesta que me traten como chiquito?	4.19	4.277
29. ¿Cuánto me molesta que no me tengan confianza?	5.09	4.021
30. ¿Cuánto me molesta pedir permiso para hacer algo?	2.45	3.849
31. ¿Cuánto me molesta no poder ir solo a dónde quiero?	4.49	4.539
32. ¿Cuánto me molesta que me escojan a dónde ir?	4.13	4.220
33. ¿Cuánto me molesta realizar las actividades que me ordenan?	3.68	4.181

Con respecto a los 33 reactivos se encontraron que las situaciones en donde hay una molestia mayor fueron las siguientes: ¿Cuánto me molesta sacra malas calificaciones? ( $\bar{x}$ =6.38 DT=3.710); ¿Cuánto me molesta que mis padres se peleen? ( $\bar{x}$ =6.19 DT=4.367); ¿Cuánto me molesta que me griten? ( $\bar{x}$ =6.17 DT=3.847); ¿Cuánto me molesta que me dejen demasiada tarea? ( $\bar{x}$ =5.89 DT=4.429) y ¿Cuánto me molesta que mis hermanos se peleen conmigo? ( $\bar{x}$ =5.85 DT=4.293).

También se observa que las preguntas: ¿Cuánto me molesta que me pongan apodos? ( $\bar{x}$ =5.51 DT= 4.452), ¿Cuánto me molesta que se burlen de mi apariencia física? ( $\bar{x}$ =5.23 DT= 4.208) ¿Cuánto me molesta que se burlen de mí en mi familia? ( $\bar{x}$ =5.09 DT= 4.620), que se encuentran relacionadas con el tema, están por encima de la media general.

### Estilos de afrontamiento en niños con LPH

En la tabla 5 se presenta la muestra general de niños ante situaciones estresantes en relación al tipo de afrontamiento utilizado, como se puede observar el tipo de afrontamiento más común es el de abandono de control ( $\bar{x}$ = 9.21 DT= 7.992).

Tabla5.

Media y desviación típica de la puntuación del tipo de afrontamiento ante situaciones estresantes de los niños.

Afrontamiento	N	$\bar{x}$	DT
Afontamiento Control Directo	47	6.60	5.65
Afrontamiento Control Indirecto	47	4.43	3.35
Afrontamiento Abandono de Control	47	9.21	7.99

En la tabla 6 se muestran los tipos de respuesta más utilizados por los niños con LPH que son respuestas enfocadas a solucionar el problema ( $\bar{x}$ = 9.68 DT= 7.37) y respuesta de evitación ( $\bar{x}$ = 6.83 DT= 6.69).

Tabla 6.

Media y desviación típica de la puntuación del tipo de respuesta ante situaciones estresantes de los niños.

Afrontamiento	N	$\bar{x}$	DT
Respuestas enfocadas a solucionar el problema	47	9.68	7.372
Respuestas enfocadas a la emoción	47	1.17	2.892
Respuestas de evitación	47	6.83	6.690
Respuestas cognitivas	47	.55	1.364
Otros como aceptar, reconocer errores, respuestas paradójicas y respuestas donde otros son los que tratan de solucionar el problema.	47	.36	.792
No respuestas	47	2.28	5.629

### Estilos de afrontamiento del padre o tutor de niños con LPH

En la tabla 7 se muestran las medias del tipo de afrontamiento en los padres o tutores de los niños con LPH en donde se observa que la categoría de familia es la más alta en términos de la media ( $\bar{x}$ =58.40), en el afrontamiento directo-revalorativo social, este mismo tipo de afrontamiento se observa también con las categorías de vida ( $\bar{x}$ =58.09), escuela/trabajo ( $\bar{x}$ =54.91), amigos ( $\bar{x}$ =50.66) y pareja ( $\bar{x}$ =50.57).

Tabla 7.

Media y desviación estándar de las categorías de afrontamiento de los padres.

Afrontamiento	$\bar{x}$	D.S.
Salud Directo-Social	28.81	5.830
Salud Emocional	15.70	6.600
Salud Revalorativo	20.96	5.250
Salud Evasivo	16.04	4.885
Pareja Directo-Revalorativo-Social	50.57	9.021
Pareja Evasivo	14.64	5.487
Pareja Emocinal	16.23	5.968
Familia Directo-Revalorativo-Social	58.40	9.945
Familia Emocional	17.23	6.719
Familia Evasivo	12.57	5.432
Amigos Directo-Revalorativo-Social	50.66	10.474
Amigos Evasivo	12.38	4.857
Amigos Emocional	11.57	5.266
Escuela/Trabajo Directo-Revalorativo-Social	54.91	7.832
Escuela/Trabajo Emocional	16.77	6.105
Escuela/Trabajo Evasivo	13.85	6.168
Vida Directo-Revalorativo-Social	58.09	7.678
Vida Emocional	18.00	7.205
Vida Evasivo	15.04	5.575

### Comparación entre instituciones

Del total de los 47 instrumentos aplicados tanto a los niños con LPH cómo a sus padres se obtuvo que el 46.8% de la muestra pertenece a CAILPH mientras que el 53.2% a BRIMEX, dado que no son muestras equitativas, se llevó a cabo un análisis no paramétrico de comparación entre dos muestras independientes, utilizando la prueba U de Mann Whitney, correspondientes de la tabla 8– 10.

En la tabla 8 no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa, pero se muestra que la población infantil de la institución CAILPH utiliza más los tipos de afrontamiento de control directo (25.72) e indirecto (24.32), mientras que en BRIMEX está presente el abandono de control (24.78).

Tabla 8.

Comparación entre instituciones en cuanto al tipo de afrontamiento ante situaciones estresantes de los niños.

Variable	CAILPH	BRIMEX	VALOR
Afrontamiento control – directo	25.52	22.66	u=241 p=.47
Afrontamiento control – indirecto	24.32	23.72	u=268 p=.88
Afrontamiento abandono de control	23.11	24.78	u=255 p=.67

Como muestra la tabla 9, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aun así, se puede decir que en CAILPH, las respuestas ante situaciones estresantes más utilizadas por los niños son enfocadas al problema (24.98), otras; aceptar, reconocer errores, respuestas paradójicas y respuestas donde otros resuelven el problema (24.32), cognitivas (24.16), o no responden (24.36), mientras que en BRIMEX son las respuestas de evitación (26.14) y enfocadas a la emoción (25.04), las que tienen puntuación más alta.

Tabla 9.

Comparación entre instituciones en relación al tipo de respuesta ante situaciones estresantes de los niños.

Variable	CAILPH	BRIMEX	VALOR
Respuestas enfocadas a solucionar el problema	24.98	23.14	u=253 p=.64
Respuestas enfocadas a la emoción	22.82	25.04	u=249 p=.51
Respuestas de evitación	21.57	26.14	u=221 p=.25
Respuestas cognitivas	24.16	23.86	u=271 p=.90
Otras	24.32	23.72	u=268 p=.83
No responden	24.36	23.68	u=267 p=.85

Así mismo mediante la prueba de chi cuadrada se obtuvieron los porcentajes y el nivel de significancia en la comparación de las instituciones con las columnas que aparecen en el instrumento para los niños que respondían a las preguntas: ¿Cambia algo con lo que hago? Y ¿Me siento mejor? Con respecto a cada uno de los 33 reactivos.

Como se muestra en la tabla 10, hubo tres preguntas estadísticamente significativas para la pregunta ¿Cambia algo con lo que hago?

Tabla 10.

Reactivos estadísticamente significativos para la pregunta: ¿Cambia algo con lo que hago?

Pregunta/Situación		Si	No	Nada	P
1. ¿Cuánto me molesta que me echen la culpa de lo que pasa en la casa?	CAILPH	54.5	18.2	27.3	.011
	BRIMEX	32.0	60.0	8.0	
2. ¿Cuánto me molesta que mis padres me dejen mucho tiempo solo?	CAILPH	68.2	9.1	22.7	.018
	BRIMEX	28.0	32.0	40.0	
3. ¿Cuánto me molesta que me regañen o castiguen en la escuela?	CAILPH	77.3	13.6	9.1	.035
	BRIMEX	40.0	32.0	28.0	

Y para la pregunta ¿Me siento mejor? El reactivo estadísticamente significativo fue: ¿Cuánto me molesta que me echen la culpa de lo que pasa en la casa? ( $p=.044$ ) donde ambas instituciones obtuvieron un mayor porcentaje en la respuesta “SI” CAILPH con 50% y BRIMEX con 84%.

Casi para concluir, comparando la muestra de los padres o tutores por institución se encontró una diferencia estadísticamente significativa (0.03), en las categorías de pareja y escuela/trabajo en cuanto al tipo de afrontamiento emocional, dado que este estilo se presenta con mayor incidencia en BRIMEX, mostrado en la tabla 12.

Por lo que finalmente, en esta misma tabla se observa que en CAILPH, en la mayoría de las categorías los padres o tutores de los niños con LPH, utilizan en mayor medida el tipo de afrontamiento directo revalorativo social, y en BRIMEX el afrontamiento emocional y evasivo.

Tabla 12.  
Comparación entre instituciones en cuanto al tipo de afrontamiento del padre o tutor.

<b>Variable</b>	<b>CAILPH</b>	<b>BRIMEX</b>	<b>VALOR</b>
Afrontamiento salud directo-social	26.07	22.18	u=229 p=.33
Afrontamiento salud emocional	23.00	24.88	u=253 p=.63
Afrontamiento salud revalorativo	23.27	24.64	u=259 p=.73
Afrontamiento salud evasivo	22.34	25.46	u=238 p=.43
Afrontamiento pareja directo revalorativo social	24.14	23.88	u=272 p=.94
Afrontamiento pareja evasivo	23.48	24.46	u=263 p=.80
Afrontamiento pareja emocional	19.41	28.04	u=174 p=.03
Afrontamiento familia directo revalorativo social	22.95	24.92	u=252 p=.62
Afrontamiento familia emocional	20.95	26.68	u=208 p=.15
Afrontamiento familia evasivo	20.66	26.94	u=201 p=.11
Afrontamiento amigos directo revalorativo social	21.98	25.78	u=230 p=.34
Afrontamiento amigos evasivo	23.05	24.84	u=254 p=.65
Afrontamiento amigos emocional	22.48	25.34	u=241 p=.47
Afrontamiento escuela o trabajo directo revalorativo social	24.09	23.92	u=273 p=.96
Afrontamiento escuela o trabajo emocional	19.43	28.02	u=174 p=.03
Afrontamiento escuela o trabajo evasivo	23.70	24.26	u=268 p=.89
Afrontamiento vida directo revalorativo social	26.07	22.18	u=229 p=.33
Afrontamiento vida emocional	20.07	27.46	u=188 p=.06
Afrontamiento vida evasivo	21.14	26.52	u=212 p=.17

Con los datos obtenidos anteriormente y con el marco teórico de apoyo, en el apartado siguiente se analizarán a profundidad cada una de las tablas observando así la importancia que cobra esta investigación desde el punto de vista psicológico y que a primera instancia parecería únicamente una cuestión médica.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer los estilos de afrontamiento que utilizan los niños con Labio Paladar Hendido (LPH), de entre 6 y 12 años, y de su cuidador primario (padre o tutor).

Al analizar los resultados de los instrumentos aplicados (niños con LPH y su padre o tutor) en relación a la aportación que puedan brindar, no se debe perder de vista que las conclusiones presentadas corresponden a una muestra pequeña de la población con esta malformación.

Los hallazgos de este estudio en un primer momento señalan que hay ciertas conductas de la vida cotidiana, tanto de la escuela, la dinámica familiar, autoimagen, que a los menores de edad con LPH les generan mayor molestia, como por ejemplo: el sacar malas calificaciones, que les dejen demasiada tarea, peleas entre padres, que les griten, peleas entre hermanos, que les pongan apodos, así como el que se burlen de su apariencia física dentro y fuera del núcleo familiar.

Dichos resultados son similares a los encontrados por Marcusson & Ostrup (2002 en Vinaccia et al. 2008) quienes señalan que la nariz y los dientes son los rasgos físicos a los que mayor atención les prestan las personas con LPH, causándoles los niveles más altos de insatisfacción, pudiendo originar a futuro problemas severos en su autoimagen, no obstante, Cáceres-Renere en el 2004 menciona que no solo los rasgos físicos ocasionan problemas a nivel individual en cuanto a conductas y emociones, sino que también en las relaciones sociales, causadas por el rechazo de sus iguales y a los estereotipos, por lo comentado anteriormente y con base en los resultados obtenidos en esta investigación es importante reforzar las habilidades sociales permitiéndole al menor tener recursos para relacionarse adecuadamente con sus iguales y con figuras de autoridad, así como la forma en que el mismo se percibe, destacando sus fortalezas.

Para Garmezy & Rutter, (1983) los patrones para afrontar los estresores se desarrollan desde la infancia, a través de la cual se aprende a tener control sobre el ambiente y dependen de qué tan efectivas sean dichas respuestas de afrontamiento. Esta es una concepción del

afrontamiento como control, el cual se centra en las metas u objetivos que persigue la persona al iniciar el afrontamiento a alguna situación que ya ha evaluado como estresante. Basándonos en el modelo de control de Rothbaum et al. (1982) quienes mencionan tres tipos de afrontamiento: control directo, indirecto y de abandono de control, se encontró en esta investigación que los niños con LPH utilizan los tres tipos de afrontamiento, pero en mayor medida es el abandono de control, esto es, el infante percibe una situación como incontrolable, y responden sin meta u objetivo de afrontamiento, teniendo comportamientos pasivos y de constante evasión. Con estos resultados se acepta la primera hipótesis en cuanto a la presencia de estilos de afrontamiento conductuales y cognitivos desadaptativos en los niños con LPH para enfrentar esta condición.

En relación a los tipos de respuesta, se encontró que los niños con LPH llevan a cabo respuestas enfocadas a solucionar el problema y de evitación, en cuanto a las primeras: son acciones concretas realizadas por ellos mismos, para tratar de eliminar el evento estresante o disminuir sus efectos, por ejemplo: hablar con la persona directamente, someterse, obedecer, o se apoyan en otra persona para resolver el evento, mientras que en las respuestas de evitación realizan una acción para distraerse, desconectarse del problema o ignorar la situación y no hacer caso, lo cual se corrobora por Madrazo (2008, en Martínez, et al, 2012) quien comenta que el niño con LPH siente rechazo por su imagen corporal, lo que le causa inseguridad en sí mismo, desconfianza hacia los demás y por ende dificultad en su socialización, tendiendo a ser agresivo o aislarse.

Ahora bien, en cuanto al padre o tutor de niños con LPH, se encontró que, ante un evento estresante, como lo es el nacimiento de un hijo con esta malformación, realizan acciones que contrarresten el estrés que les genera esta situación, tratando además de aprender y/o ver lo positivo, sin dejar de lado el apoyo que les pueden brindar sus círculos sociales. Dichos descubrimientos se contraponen con la segunda hipótesis: el padre o tutor presenta estilos de afrontamiento conductuales y cognitivos desadaptativos para enfrentar esta condición de los niños, no obstante, más adelante esta misma premisa cobra relevancia al arrojar diferencias entre las instituciones en este estudio.

Por lo que podemos mencionar que el manejo llevado a cabo de los padres o tutores de estos menores hasta cierto punto es adecuado, se menciona así debido a que en el ejercicio profesional se observó que en ambas instituciones los cuidadores primarios realizan todo lo que

esté dentro de sus posibilidades para poder llevar a cabo el tratamiento integral de sus hijos; comenzando con la búsqueda de instituciones encargadas de atender a pacientes con LPH, la planeación económica que deben realizar para solventar los gastos que se requieran, el irse formando la constancia de acudir a sus citas para obtener resultados más favorables y el estar pendiente de los cuidados que el menor necesite como en la alimentación, la educación, el apoyo emocional, etc., sin embargo este último punto es el que cobra más importancia en este tipo de situaciones médicas ya que hay que enseñarles a los padres o tutores hasta dónde ellos los pueden apoyar a realizar ciertas cosas y cuando se le tiene que permitir al paciente hacerlas por él mismo a modo de independencia tanto física como emocional. Así, tanto ellos como los infantes podrán ir llevando un tipo de afrontamiento adecuado de forma simultánea y un mejor control de esta condición.

Estos resultados de la segunda hipótesis son contrarios a lo que ocurre en Japón ya que las madres suelen ser más intensas, con reacciones de sorpresa y sensación de volverse locas, aproximadamente la mitad siente piedad por sus hijos, una tercera parte en un punto consideró el suicidio, y un pequeño porcentaje informó negar la existencia de sus hijos como seres humanos. Por otra parte en Nigeria creen que los espíritus malignos son la principal causa; y en algunos otros hogares, los esposos y la familia misma culpa a las madres por el defecto del nacimiento (Natsume et al., 1987 en Zeytinoglu & Davey, 2012), es decir, estas familias evaden la situación y/o recaen más en la parte emocional.

Sin embargo, los hallazgos reportados en la presente investigación son relevantes para la disciplina psicológica y reafirman lo mencionado por Louro (2004) quien en su definición de afrontamiento familiar, hace énfasis en que la familia es capaz de movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, tomando en cuenta los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos (Hernández, 1991 en Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013).

En conclusión a la aceptación y al tipo de afrontamiento de un hijo con esta malformación, Black et al., (2009) informaron que las madres Tailandesas tenían las respuestas más positivas hacia sus hijos seguido por Colombia, atribuyendo dichas actitudes de las madres a sus respectivas religiones, como es el caso de la población de padres o tutores de la investigación presentada aquí, ya que como señala el Dr. Ortiz Monasterio (en Padrón et al.,

2006) el impacto que el LPH causa en zonas rurales y el que provoca en zonas urbanas, es diferente, dado que en las primeras el impacto emocional de la familia ante un miembro “gachito” (como vulgarmente se designa a las personas afectadas con LPH) es mucho menor ya que las expectativas sociales son menores y además porque lo visualizan como un regalo de Dios, mientras que en las zonas urbanas o suburbanas, ante la escolarización y las expectativas de realización futuras, aunadas a un ideal de belleza exigente y estereotipado, generan una tensión extra en el sistema familiar, en el narcisismo de los miembros, pues el niño con LPH no devuelve la imagen de padres sanos y bellos.

También es importante señalar que una familia con un adecuado afrontamiento no sólo depende de la organización interna de la misma, sino que de igual forma se ve implicado como lo menciona Galindez (2013) la búsqueda de ayuda en otros parientes, amistades, maestros y profesionales. En la investigación realizada por este mismo autor se observaron resultados parecidos a los descritos anteriormente, ya que se encontró que las familias realizan un afrontamiento con base a la resolución del problema, la regulación emocional y la búsqueda de apoyo psicosocial.

De acuerdo a uno de los objetivos de esta investigación que es la comparación entre instituciones, si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se considera importante señalar que debido a la presencia o ausencia del área de psicología como parte integral del tratamiento de estos pacientes en las instituciones (CAILPH y BRIMEX), se halló que de acuerdo al modelo de control propuesto por Rothbaum et al., (1982) descrito anteriormente y que es utilizado por los niños con LPH de ambas instituciones, es en mayor medida en Brimex donde se observa el abandono de control viéndose reflejado en los tipos de respuesta que dan: inclinándose a dar contestaciones de evitación y enfocadas a la emoción. Mientras que en CAILPH está presente el afrontamiento de control directo e indirecto dado que sus respuestas son paradójicas: enfocadas al problema, aceptar, reconocer errores, cognitivas, y respuestas donde otros resuelven el problema, o no responden.

Estos resultados muestran que el hecho de contar con apoyo psicológico como es el caso de la institución CAILPH ofrece a los niños con LPH recursos para afrontar esta situación, confirmando la tercer hipótesis: hay diferencias entre instituciones en cuanto al tipo de afrontamiento en niños, relacionadas con la participación del área de Psicología, dejando entre

ver la importancia de esta disciplina en este tipo de población, todo ello sustentado con investigaciones recientes como es el caso de la intervención realizada a niños y sus familias en la clínica de LPH del Hospital Infantil de las Californias (HIC), en la ciudad de Tijuana, B.C, en donde se observó que el apoyar al paciente en su socialización dentro de diferentes contextos es de suma importancia para favorecer el proceso de identidad a través del reconocimiento de sus potencialidades y de la aceptación de la situación que le ha tocado vivir, enfrentando así la curiosidad, el morbo y la ignorancia de las personas (Martínez et al., 2012).

Otro estudio relevante a mencionar es el realizado por Valencia y Ruiz (2013) el cual se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, en donde la principal aportación fue la incorporación del análisis funcional de la conducta para la evaluación de las fortalezas a través del uso del Mapa Clínico de Fortalezas y el acompañamiento de las técnicas cognitivo conductuales con ejercicios sustentados en estrategias de Psicología Positiva, teniendo como resultados cambios clínicos en la regulación emocional, estilos atribucionales (pesimista vs optimista) y en las metas conductuales (habilidades sociales y conductas saludables).

Si bien como tal no existe “la psicología del niño con LPH” ambas contribuciones reflejan el considerar a la disciplina psicológica como apoyo, que se verá reflejado en gran medida con respecto a las conductas que los menores realicen en las situaciones de salud ante las cuales se vea involucrado durante su tratamiento; así como a las demandas de su vida cotidiana, cambiando así la percepción de la situación que están viviendo y por ende su nivel de molestia disminuirá.

Finalmente comparando el tipo de afrontamiento entre los padres o tutores por institución se ratifica la cuarta y última hipótesis la cual menciona que no sólo hay diferencias entre niños de ambas instituciones en el tipo de afrontamiento, sino que esto también se observa en los padres o tutores ya que la población constituida por CAILPH se caracteriza por tener un tipo de afrontamiento directo revalorativo social, esto es, hacen algo para resolver el problema. Dicha información se apoya en lo mencionado por Galindez (2013) en relación a que las familias en su organización interna son activas en cuanto a la búsqueda de alternativas para dar solución a los síntomas comunes de las fisuras labio-palatinas por medio de remedios caseros o estrategias de acuerdo al síntoma considerado problemático, al mismo tiempo que muestran una actitud pasiva

y dependiente hacia el personal médico para el proceso de recuperación de su familiar.

Mientras que la población de BRIMEX tiene la singularidad de poseer un afrontamiento emocional y/o evasivo, es decir, al tener un sentimiento o una emoción que no resuelve el problema, y que propicia que se evada o escape de él, desencadena un estilo inadecuado de crianza con predominio de sobreprotección (Fadeyibi et al., 2012), ya que como lo menciona Padrón et al. (2006) en el estudio realizado con población pediátrica con LPH del Área de Comunicación Humana del Instituto Nacional de Rehabilitación, las madres al no verse plenamente realizadas en otros roles sociales, profesionales, personales o conyugales, pueden depositar expectativas demasiado elevadas en la maternidad, y cuando el hijo nace con problemas pueden sentir que su llegada no compensa todo lo “sacrificado”, desarrollando a su vez sentimiento de culpa, originando entonces preocupaciones en torno a la alimentación y cuidado del menor, dando pie a dicho patrón conductual de sobreprotección, ya que para compensar la situación, las madres se enfocan principalmente al cuidado del pequeño, demostrando un alto nivel de amor y compromiso hacia su hijo (Alarcón et al. 2011).

La descripción realizada en el párrafo anterior sobre las madres, tiene relación con lo observado en la práctica clínica y en el trabajo terapéutico con población de BRIMEX, en algunos de los casos se encontró que los padres aun cuando han pasados años considerables de tratamiento presentan dificultades en la aceptación de esta condición médica en sus hijos, utilizando frases como “todo está bien”, “tú no tienes nada y eres como todos las personas”, dichas palabras provocan sentimientos encontrados en los pacientes con LPH, dado que por una parte se sienten incluidos pero por otro lado saben que tienen un padecimiento que los hace diferente y si bien no los limita a realizar sus actividades si les genera una desconfianza en temas de socialización y autoestima desencadenando signos y síntomas de ansiedad y depresión. Debido a esto los niños mantienen la idea de que al estar cerca de sus padres tendrán la protección y seguridad para enfrentarse a los cambios biopsicosociales de su día a día.

Estas diferencias encontradas en el estilo de afrontamiento de las poblaciones en ambas clínicas, están relacionadas con la esencial participación del área de psicología como punto de partida para el abordaje y acompañamiento de estos pacientes y sus tutores. McDermott (1965 en Zeytinoglu & Davey, 2012) menciona que ellos desean tener más información por escrito, por ejemplo, folletos y documentos detallados, siendoles también de utilidad el hablar con otros

padres que han pasado por circunstancias similares o ver a otro niño que ha pasado por los mismos procedimientos quirúrgicos.

Por ejemplo Padrón et al., (2006) menciona que la crianza de un niño con esta malformación congénita es una tarea ardua, al ser la alimentación una de las principales preocupaciones en las madres, debido a no saber cómo llevar el proceso de esta vital necesidad humana en estos pequeños, esto es porque se ve afectada el área oral, razón por la cual las madres crean maneras de cuidar a su hijo, desarrollando estrategias para alimentarlo y entender las necesidades afectivas del niño, estas estrategias se llevarían a cabo más fácilmente si se contará con el apoyo psicológico necesario, no sólo en las instituciones que participaron en la presente investigación, sino en todas en donde se cuente con este tipo de población.

Una situación similar ocurre en Suecia (Black et al., 2012) ya que en el momento de los nacimientos de los bebés, el conocimiento de las madres sobre esta malformación tiende a ser mínimo y la información recibida de los profesionales de la salud en la unidad de entrega es reportada como insuficientes, especialmente sobre la mejor forma de alimentación.

La necesidad de información se apoya también con los comentarios que hacían los padres o tutores de la presente investigación, al no saber cómo tratar la dificultad oral antes descrita, los problemas de conducta, educación, y psicoemocionales de sus hijos, desde el nacimiento, hasta la edad en la que se encontraban al momento de la evaluación (entre 6 y 12 años).

Resumiendo, esta investigación contribuye al estudio del afrontamiento en pacientes infantiles con Labio Paladar Hendido y su cuidador primario (padre o tutor) en varios aspectos:

Primeramente, identificar que el menor de entre 6 y 12 años con diagnóstico de LPH utiliza con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a abandonar la situación evaluada como estresante.

En un segundo lugar, los padres o tutores de estos niños con LPH emplean mayormente estrategias de afrontamiento dirigidas a hacer algo para resolver el problema, tratando de aprender o ver lo positivo, además de tomar en cuenta el apoyo que les pueden brindar sus familiares y amigos, para hacer más llevadera esta situación médica.

Por último y no menos importante, hay relevantes diferencias entre instituciones (CAILPH y BRIMEX) respecto al tipo de afrontamiento utilizado tanto por niños con LPH, así como por su padre o tutor, relacionado con los recursos que otorga la psicología.

Las aportaciones del estudio son las siguientes:

1. Se aporta evidencia empírica acerca del papel que desempeña la disciplina psicológica, como apoyo en el abordaje de pacientes con diagnóstico de LPH, y sus padres o tutores, ya que son ellos quienes están al pendiente de las necesidades y pueden brindar en un primer momento la seguridad y bienestar que requieran.
2. Se corrobora el impacto que para los niños con LPH tiene su apariencia física, en cuanto al tipo de afrontamiento y por ello a las respuestas que dan cuando alguien más les pregunta con morbo o curiosidad, provocando molestia en ellos llegando a desarrollar un estilo de afrontamiento desadaptativo.
3. Los resultados y conclusiones sirven como fundamento para desarrollar intervenciones en el área de la psicología clínica que doten de recursos a los niños con LPH para desarrollar estilos de afrontamiento adecuados que le permitan adaptarse a su entorno y a las situaciones que enfrenta debido a esta malformación.
4. Este estudio además permite abrir una línea de investigación en el área de la psicología clínica y pacientes con diagnóstico de LPH, en el cual se estudien factores de estilos de crianza, afrontamiento ante esta condición médica tomando en cuenta la cantidad de intervenciones quirúrgicas así como el tipo de labio paladar, si han recibido atención psicológica en algún momento del tratamiento, y probables repercusiones psicosociales, conductuales y emocionales en la adolescencia y adultez.

Finalmente integrando los resultados obtenidos se concluye que los niños de esta investigación en general muestran tener pocos recursos para afrontar las situaciones estresantes que les genera vivir con un padecimiento médico-congénito como lo es el Labio y Paladar Hendido teniendo como resultado un estilo de vida un tanto desadaptativo, provocando deterioro en el desarrollo (aislamiento social, evitación).

Mientras que los padres o tutores mostraron tener un estilo de afrontamiento adaptativo lo cual podría ser de gran ayuda para estos pacientes ya que trabajando en conjunto con los profesionales en este caso con el psicólogo, primeramente se desarrollará la comprensión hacia los sentimientos que el menor tenga, para posteriormente potencializar y/o en su caso implementar los recursos que el posea para cambiar la percepción de la situaciones y así su estilo de afrontamiento.

Siendo la principal aportación de este estudio, una guía para el manejo psicológico de pacientes menores con LPH a través del afrontamiento que muestran ante las adversidades que consigo trae este padecimiento. Este planteamiento es innovador, ya que se ha de tomar en cuenta al paciente como un todo, cobrando gran relevancia sus respuestas cognitivas y conductuales dadas ante el ambiente. Aunque este esfuerzo es sólo una primera aproximación a un mayor involucramiento de la Psicología en esta cuestión médica, es primordial no perder de vista las pautas mencionadas anteriormente para un abordaje más amplio, completo e integrador en este campo de la Psicología.

## SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Por los resultados obtenidos en esta investigación y la revisión de otras se sugieren intervenciones psicoeducativas ya que como lo menciona Morales y Tiranés (2009 en Hernández, 2011) el intervenir ante eventos que son evaluados como estresantes y que por consiguiente promuevan en el infante el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas, se asocia a resultados favorables de adaptación socioemocional.

Dichas intervenciones estarían encaminadas a trabajar en habilidades sociales incluyendo la parte de comunicación y resolución de problemas, asertividad, expresión de emociones, regulación emocional, resiliencia, y autoestima logrando así que el menor, pueda ser más consciente de sus propias fortalezas, para potencializar sus recursos, contrarrestando las amenazas de su ambiente.

Por otro lado, dado que esta malformación es una condición la cual debe estar bajo supervisiones médicas es fundamental desarrollar estrategias que cumplan el objetivo básico de incrementar la adhesión al tratamiento, para que una vez que se promuevan le permitan a los niños y sus familias un máximo bienestar, generando en ellos emociones positivas y recursos personales que de manera integral fomenten una mejor calidad de vida, crecimiento personal y no solo disminuyendo el malestar, sino que también empoderen a los pacientes, es decir, que generen recursos y habilidades que les permita tener conductas resilientes, apropiándose de ello, previniendo así complicaciones.

Dado que los padres o tutores juegan un papel importante en la enseñanza y desarrollo de habilidades de afrontamiento, y como de ellos también depende la forma en la que los niños afrontan el estrés de manera eficaz; de acuerdo con esto y con lo planteado en la investigación en relación a la falta de información brindada a la familia, se recomienda un acompañamiento psicológico para los padres, esto es, que el apoyo por parte de esta área no solo sea en la primera infancia (0-5 años) o años posteriores como lo son los niños que se encuentran dentro del rango de edad de esta investigación (6-12 años), sino que debe comenzarse con la ayuda a partir de que a la familia se le da el diagnóstico de que su hijo presenta LPH, continuándose durante el proceso de gestación, al llegar a término y posterior a los años de crecimiento, hasta que poco a poco el paciente sea quien tome la decisión de continuar con dicho apoyo.

Respecto a la importancia que los padres o tutores tiene en este proceso y como se ha mencionado la alimentación es una parte fundamental en todo ser humano, que se ve afectada dada esta condición en los niños por lo tanto es importante estimular el desarrollo del vínculo afectivo, ya que, a través de ésta se involucra el contacto corporal, así como el visual, aun cuando dicha necesidad básica se proporcione con leche de fórmula, esto es importante dado que los lazos afectivos entre el hijo y cuidador primario son cruciales para la supervivencia y desarrollo del bebé.

Con relación a la intervención con padres o tutores se sugieren sesiones de grupos terapéuticos (1 por mes) en donde se les dé la oportunidad de compartir experiencias, aprendizajes y emociones, además de llevarse a cabo un trabajo terapéutico individual de aproximadamente 1 a 3 sesiones por mes (tomando en cuenta el lugar de residencia de los pacientes y su nivel de ingresos económico) teniendo como finalidad que primeramente se acepten los sentimientos que se tienen a raíz del diagnóstico de una condición médica como lo es el LPH en un hijo para posteriormente implementar el adecuado uso de recursos personales como la comunicación asertiva, resiliencia, autoestima, y orientarlos en la educación de sus hijos en cuestión de límites e inquietudes personales, promoviendo así a una dinámica familiar más fluida. Así como llevar a cabo sesiones de seguimiento entre padres o tutores y niños para ver cómo ha cambiado la relación entre ellos y esto cómo les ha ayudado para afrontar dicha condición.

Los resultados de esta investigación deben ser interpretados teniendo en mente las siguientes limitaciones las cuales es importante tomar en consideración para futuros estudios:

- Solo se analiza una muestra de la población lo cual no permite hacer una generalización en cuanto a los resultados obtenidos, por esto se recomienda llevar a cabo este estudio con un número de sujetos representativos de la población con LPH.
- La naturaleza transversal del mismo no permite realizar inferencias de causalidad ni observar cambios en las variables evaluadas a lo largo del tiempo, por lo que se propone llevar a cabo estudios longitudinales en el futuro.
- La existencia de diversas variables que sería importante analizar, entre ellas los estilos de crianza, el lugar de origen de los padres, el número de cirugías que llevan los pacientes, entre otras.

## REFERENCIAS

- Alarcón, L., Whetsell, M., Cadena, F., Yañez, C., Reyes, E., & Rodríguez, S. (2011). Experiencias Vividas de Madres que Tienen un Hijo con Labio Leporino y Paladar Hendido. *Desarrollo Cientif Enferm.* 19(5), 166-170.
- Alfonso, C., Díaz, R., Medina, J., Hernández, R. y Villa, S. (2010). Características psicológicas de los pacientes con fisura labio-palatina en Villa Clara. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. *Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba*. Recuperado de <http://www.16deabril.sld.cu/rev/239/02.html>
- Baker, S. R., Owens, J., Stern, M., & Willmot, D. (2009). Coping strategies and social support in the family impact of cleft lip and palate and parents' adjustment and psychological distress. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46, 229–236.
- Black, J., Giroto, J., Chapman, K., & Oppenheimer, A. (2009). When my child was born: Cross-cultural reactions to the birth of a child with cleft lip and/or palate. *The Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 46, 545–548.
- Berger, Z., & Dalton, L. (2009). Coping with a cleft: Psychosocial adjustment of adolescents with a cleft lip and palate and their parents. *The CleftPalate–Craniofacial Journal*, 46, 435– 443.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Recuperado de <http://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf>
- Cáceres-Renere, A. (2004). Incorporación de la atención psicológica a una patología AUGÉ: fisuras labio palatinas. *Terapia Psicológica*, 22(2), 185-191. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2052576>.
- CAILPH, (2016) <http://www.cailph.org/>
- Casullo M. y Fernández, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones Buenos Aires*. 6(1), 25-49.
- Centro Médico ABC, (2016) <http://www.abchospital.com/beneficiencia/fundacion-abc/campanas/labio-y-paladar-hendido/>

- Compas, B. & Phares, V. (1991). de. En Cummings, E. Greene, A. & Karreker, K (Eds). *Life-span developmental psychology. Perspectives on stress and coping*. (111-129). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc (LEA).
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Enfermedades congénitas y malformaciones. Recuperado de [http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie\\_10\\_revi.pdf](http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf)
- Dixon, M. J., Marazita, M. L., Beaty, T. H., & Murray, J. C. (2011). Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nature Reviews Genetics*, 12(3), 167-178. doi:10.1038/nrg2933.
- Fadeyibi, I., Coker, O., Zacchariah, M., Fasawe, A., & Ademiluyi, S. (2012). Psychosocial effects of cleft lip and palate on Nigerians: The Ikeja-Lagos experience. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 46(1), 13-18.
- Fernández, A. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento*. En EG Fernández Abascal, F Palmero, M Chóliz y F Martínez: Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción. Madrid: Pirámide.
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466.
- Galindez, S. (2013). *Estrategias de afrontamiento familiar ante el diagnóstico de malformación congénita en la ciudad de Cali*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad de San Buenaventura Cali.
- Garnezy, N, & Rutter, M, (1983). *Stress, Coping and Development in Children*. McGraw-Hill. Nueva York.
- Gómez, J. y Gutiérrez, E. (2013). Labio y paladar hendido. *Medigraphic*, 3(1), 8, recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cienciaug/cug-2013/cug131c.pdf>
- Góngora, E. y Reyes, I. (1999). La estructura de los estilos de Enfrentamiento: Rasgo y Estado en un Ecosistema Tradicional Mexicano. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(2), 3-14.

- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, S. (2011). *Estilos de afrontamiento ante eventos estresantes en la infancia*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P. y Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic Review. *European Journal of Orthodontics*, 27, 274-285.
- Jackson, L & Struck, A. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica de padres de niños con fisura palatina. *Anales de psicología*. (23) 233-250.
- Kong, A. (2004). Indicadores emocionales más comunes en niños con labio leporino y paladar hendidos. Tesis de Licenciatura. Departamento de Psicología. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006). *Coping. En Coping with aging* (52-76). New York: Oxford University Press.
- Limiñana, G., Corbalán, J. y Patró, R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Anales de Psicología*, 23, 201-206, recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Louro, I. (2004). Modelo de Salud del Grupo Familiar. *Rev. Cubana Salud Pública*, 31(4), recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400011)
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología del Caribe*, 30(1), recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>

- Martínez, M., Espinoza, A. y Sigler, A. (2012). Modelo clínico-educativo de atención psicológica para pacientes con labio y paladar hendidos. *Medigraphic*, 22(2), 96-103, recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2012/cp122g.pdf>
- Martin-Romera, A., García de Pablos, C. y Diaz-Atienza, F. (2004). Salud mental infantil y hospital de día. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente*. 4(2), 114-126, recuperado de <http://psiquiatriainfantil.org/numero5/2.pdf>
- Minuchin, S. (1989). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S, Fishman H Ch. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. México: Editorial Paidós.
- Mok, E. & Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 10(4), 503-511.
- Morales, F. M. (2008). *Evaluación del afrontamiento infantil: Estudio inicial de las propiedades de un instrumento*. (Tesis doctoral, Universidad de Málaga). Recuperado de <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17668657.pdf>
- Padrón, A., Achirica, M. y Collado, M. (2006). Caracterización de una población pediátrica con labio y paladar hendidos. *Medigraphic*, 74(3), 159-166, recuperado de <file:///E:/TESIS/cc063d.pdf>
- Rothbaum, F., Weisz, J. & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5- 37.
- Sadler, T. (2007). *Embriología Medica*. Langman, 284-287.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En Belloch, A; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) *Manual de Psicopatología*. 2(3-52) Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: More similarities than differences?. *Journal of Adolescence*, 16(3), 285-303.
- Smile Train Latinoamérica, (2016) [smiletrainla.org](http://smiletrainla.org)
- Trianes, M. (1990). *El estrés en la infancia*. Madrid: Narcea ediciones.
- Trianes, M. (2002). *Estrés en la infancia: su prevención y tratamiento*. México: Alfaomega.

- Trigos, I. (2012). Resumen histórico de la atención de labio y paladar hendidos en México. *Medigraphic*, 22(2), 104-116, recuperado de file:///E:/TESIS/cp122h.pdf
- Valencia, I., y Ruiz. X. (2013). Propuesta de tratamiento cognitivo-conductual y de psicología positiva para niños con labio y paladar hendido. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3(1), 5-15, recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/46889>
- Verduzco, M. (2004). *Autoestima, Estrés y Afrontamiento desde el punto de vista del desarrollo*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Verduzco, M., Lucio, E. y Durán, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*. 27(004), 18-25.
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernández, H., Calle, A., Naranjo, M., y Osorio, J. (2008). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido. *Pensamiento Psicológico*. 4(10), 123-135.
- Zeytinoglu, S. & Davey, M. (2012). It's a privilege to smile: Impact of cleft lip palate on families. *Families, Systems, & Health*. 30(3), 265-277 recuperado de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2012-16099-001>
- Zigman, de G.C. (1996). *Modalidad del funcionamiento familiar*. Buenos Aires: Belgrano.

## Anexos

- Anexo 1

### HISTORIA CLÍNICA

#### Datos de identificación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera operación: \_\_\_\_\_

Diagnóstico al nacer (tipo de labio) \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: Cdo \_\_\_ Ddo \_\_\_ Separados \_\_\_ 2do matrimonio \_\_\_ Unión Libre \_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: Cdo \_\_\_ Ddo \_\_\_ Separados \_\_\_ 2do matrimonio \_\_\_ Unión Libre \_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Familiares

Si ha padecido alguien de su familia las siguientes enfermedades, especifique quién (es) en el paréntesis: Hipertiroidismo( ) Diabetes( ) Epilepsia( ) Alergias( ) de qué tipo \_\_\_\_\_

Asma( ) problemas de lenguaje( ) problemas auditivos( ) Alcoholismo( ) drogadicción( ) retardo mental ( ) suicidio o intento del mismo ( ) Enfermedades mentales ( ) de qué tipo: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

¿Alguien de su familia tiene o tuvo el padecimiento? (SI) o (NO)

¿parentesco? \_\_\_\_\_

Línea paterna \_\_\_\_\_

Líneamaterna \_\_\_\_\_

La madre:

Fumaba \_\_\_\_\_ Tomaba \_\_\_\_\_ Exposición a  
tóxicos \_\_\_\_\_

**Antecedentes personales:**

a) Factores prenatales:

¿Cuántos embarazos ha tenido la madre? \_\_\_\_\_ ¿cuáles han llegado a término? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún aborto? \_\_\_\_\_ Causas:

\_\_\_\_\_

¿De qué número de embarazo fue producto este niño(a)? \_\_\_\_\_

¿La madre tomó algún medicamento durante el embarazo y cuál fue su utilidad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a) Factores perinatales y postnatales:

¿A los cuántos meses del embarazo nació el/la niñ@? \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_\_ ¿Durante el parto la madre tuvo alguna complicación? No ( ) Si ( )  
¿cuáles?

\_\_\_\_\_

Tipo de parto: Psicoprofiláctico ( ) Inducido ( ) Cesárea ( )

**Alimentación:**

Fue amamantado/a: Si ( ) No ( ) ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Desarrollo Psicomotor:**

Siguió objetos: \_\_\_\_\_ meses. Sonrió: \_\_\_\_\_ meses. Sostuvo cabeza: \_\_\_\_\_ meses. Sentó: \_\_\_\_\_

meses Caminó: \_\_\_\_\_ meses. Control de esfínteres: \_\_\_\_\_ meses.

- Anexo 2

## CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente yo, \_\_\_\_\_ autorizo mi participación y la de mi hijo en el proyecto de investigación titulado **“Estilos de afrontamiento en niños con labio paladar hendido y su padre o tutor.”**

El objetivo de éste estudio es conocer los estilos de afrontamiento, los cuales se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones de la vida diaria, de estos niños y sus padres.

Se me ha explicado que mi participación consiste en que tanto mi hijo como yo, contestemos individualmente un cuestionario sobre este tema.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre las consecuencias antes, durante y después de la participación de mi hijo y de la mía en dicho proyecto, las cuales son: en cualquier momento mi hijo/a y yo podemos desistir de participar y retirarnos de la investigación, se resguardará nuestra identidad como participantes y se tomarán los lineamientos necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos personales, los datos proporcionados sólo se utilizarán con fines de investigación, se me brindará toda la información que sea posible sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación antes de la participación de mi hijo/a en ella, contaré con la devolución de los resultados obtenidos en los cuestionarios, no habrá daño potencial tanto para mí como para mi hijo (a) al participar en dicho proyecto, y no tendrá implicaciones para el tratamiento del niño.

Por lo anterior brindo libremente mi aprobación para participar en la investigación.

---

Firma del padre o tutor

• Anexo 3

Folio \_\_\_\_\_

Contesta cuánto te molestan las siguientes situaciones encerrando en un círculo el número que mida tu nivel de molestia. Después escribe qué haces para sentirte mejor, si cambia algo con lo que hiciste marca **SI**, si no cambia nada marca **NO**. Luego marca si lo que haces te hace sentir mejor o no. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

**Ejemplo:**

		¿Qué hago para sentirme mejor?	¿Cambia algo con lo que hago?		¿Me siento mejor?	
¿Cuánto me molesta realizar las actividades que me ordenan?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 <b>9</b> 10	“Obedezco y hago lo que me piden”	<del>Si</del>	No	Si	<del>No</del>

		¿Qué hago para sentirme mejor?	¿Cambia algo con lo que hago?		¿Me siento mejor?	
¿Cuánto me molesta que mis papás me regañen o castiguen por mi conducta?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Si	No	Si	No
¿Cuánto me molesta que mis hermanos se peleen conmigo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Si	No	Si	No
¿Cuánto me molesta que se burlen de mí en mi familia?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Si	No	Si	No
¿Cuánto me molesta que me echen la culpa de lo que pasa en la casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Si	No	Si	No
¿Cuánto me molesta compartir lo que tengo con mis hermanos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Si	No	Si	No
¿Cuánto me molesta que mis papás me exijan mejores calificaciones?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Si	No	Si	No

¿Cuánto me molesta que en mi casa estén enojados conmigo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que me manden a hacer mandados y a los demás no?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que en mi familia siempre estemos corriendo por falta de tiempo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que mis padres me dejen mucho tiempo solo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que mis padres se peleen?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que mis padres no me abracen ni me besen?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que en mi familia me critiquen por todo lo que hago?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que me regañen o castiguen en la escuela?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que me dejen demasiada tarea?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que me pongan apodosos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que no me escojan para los juegos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No

¿Cuánto me molesta sacarme malas calificaciones?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta no tener amigos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta ser diferente a los demás?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que se burlen de mi apariencia física?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que se burlen de lo que siento?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que me griten?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que se burlen de lo que pienso?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que me digan lo que tengo que hacer?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que se burlen de lo que digo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que se burlen de lo que hago?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que me traten como chiquito?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Si	No

Si	No

¿Cuánto me molesta que no me tengan confianza?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta pedir permiso para hacer algo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta no poder ir solo a donde quiero?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta que me escojan a donde ir?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuánto me molesta realizar las actividades que me ordenan?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No
Si	No	Si	No

Escuela: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Menciona algo que te moleste y que no esté en las preguntas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gracias por su cooperación.

AFRONTAMIENTO

**DATOS GENERALES.**

Sexo: F  M  Edad: \_\_\_\_\_ (años). Estado Civil: \_\_\_\_\_.

Yo nací en: \_\_\_\_\_ Mi padre nació en: \_\_\_\_\_

Mi madre nació en: \_\_\_\_\_

En caso de ser casado, lugar de nacimiento del esposo(a): \_\_\_\_\_

Vivo en esta ciudad desde hace \_\_\_\_\_ Años  
\_\_\_\_\_ meses

El último grado de estudios que cursé fue:  
\_\_\_\_\_.

La ocupación de la persona que mantiene la casa en la que vivo es:  
\_\_\_\_\_.

El máximo grado de estudios de la persona que mantiene la casa en la que vivo.  
\_\_\_\_\_.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que describen cosas que la gente hace cuando tienen problemas. Como puedes ver hay siete cuadros después de la frase en los que deberás marcar con una **X** el cuadro que represente mejor la frecuencia con la que tú haces esas cosas. Ten en cuenta que entre más grande y más cercano esté el cuadro significa que llevas a cabo esa conducta con mayor frecuencia y entre más alejado esté indicará que nunca haces eso. Encuentra el punto que mejor te represente tomando en consideración todos los cuadros.

Ejemplo:

**CUANDO TENGO PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD. YO...**

	siempre						nunca
Me asusto	<input type="checkbox"/>						

Contesta tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado. Contesta en todos los renglones, dando una sola respuesta en cada uno de ellos.

Recuerda que tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales.

Gracias por tu cooperación.

## CUANDO TENGO PROBLEMAS CON MI SALUD YO...

		siempre					nunca	
1	Tomo medicinas.	<input type="checkbox"/>						
2	Me mantengo ocupado para no pensar en ello.	<input type="checkbox"/>						
3	Me molesto.	<input type="checkbox"/>						
4	Trato de dormir, para no pensar en eso.	<input type="checkbox"/>						
5	Me alimento bien.	<input type="checkbox"/>						
6	Me cuido, siguiendo mi tratamiento.	<input type="checkbox"/>						
7	Consulto al doctor.	<input type="checkbox"/>						
8	Pienso que son pruebas que me pone la vida.	<input type="checkbox"/>						
9	Me desespero.	<input type="checkbox"/>						
10	Veo lo positivo.	<input type="checkbox"/>						
11	Me esfuerzo por encontrarle sentido.	<input type="checkbox"/>						
12	Me pongo triste.	<input type="checkbox"/>						
13	Siento malestar.	<input type="checkbox"/>						
14	Me doy cuenta de lo importante que es la vida.	<input type="checkbox"/>						
15	No le doy importancia.	<input type="checkbox"/>						
16	Busco a alguien que me ayude, a decidir que hacer.	<input type="checkbox"/>						
17	No me preocupo.	<input type="checkbox"/>						
18	Pido que me recomienden a un doctor.	<input type="checkbox"/>						

## CUANDO TENGO PROBLEMAS CON MI PAREJA YO...

		siempre					nunca	
1	Trato de comprender a que se debió.	<input type="checkbox"/>						
2	Le expreso mi amor, para solucionar el problema.	<input type="checkbox"/>						
3	Trato de llegar a un acuerdo.	<input type="checkbox"/>						
4	Analizo la situación para entenderla.	<input type="checkbox"/>						
5	Busco razones que le den sentido.	<input type="checkbox"/>						
6	Los trato de solucionar.	<input type="checkbox"/>						
7	Les resto importancia.	<input type="checkbox"/>						
8	Busco reconciliarme.	<input type="checkbox"/>						
9	Hago como si nada pasara.	<input type="checkbox"/>						
10	Le pido a alguien que interceda por mí.	<input type="checkbox"/>						
11	Lloro.	<input type="checkbox"/>						
12	Le pido su opinión a mis amigos sobre lo que voy hacer.	<input type="checkbox"/>						
13	Me deprimó.	<input type="checkbox"/>						
14	Los ignoro.	<input type="checkbox"/>						
15	Discuto con él /ella.	<input type="checkbox"/>						
16	Pienso en otras cosas.	<input type="checkbox"/>						
17	Me enojo.	<input type="checkbox"/>						
18	Me tranquiliza el saber que son normales.	<input type="checkbox"/>						

## CUANDO TENGO PROBLEMAS FAMILIARES YO...

		siempre					nunca	
1	Duermo para no pensar en ellos.	<input type="checkbox"/>						
2	Los analizo para solucionarlos.	<input type="checkbox"/>						
3	Trato de entender el problema.	<input type="checkbox"/>						
4	Expreso mi coraje.	<input type="checkbox"/>						
5	Busco el sentido.	<input type="checkbox"/>						
6	Pido consejo a personas de mi confianza.	<input type="checkbox"/>						
7	Actúo como si nada pasara.	<input type="checkbox"/>						
8	Trato de aprender de los problemas.	<input type="checkbox"/>						
9	Procuro aclararlos.	<input type="checkbox"/>						
10	Veo lo bueno.	<input type="checkbox"/>						
11	Lloro.	<input type="checkbox"/>						
12	Me entretengo en otras cosas.	<input type="checkbox"/>						
13	Los trato de enfrentar.	<input type="checkbox"/>						
14	Me siento triste.	<input type="checkbox"/>						
15	Platico con alguien para encontrar la solución.	<input type="checkbox"/>						
16	Prefiero salirme a la calle.	<input type="checkbox"/>						
17	Me angustio.	<input type="checkbox"/>						
18	Trato de resolverlos.	<input type="checkbox"/>						

## CUANDO TENGO PROBLEMAS CON MIS AMIGOS YO...

		siempre					nunca	
1	Platico con ellos.	<input type="checkbox"/>						
2	Me dedico a ver la televisión para olvidarme.	<input type="checkbox"/>						
3	Me peleo.	<input type="checkbox"/>						
4	Creo que me hacen madurar.	<input type="checkbox"/>						
5	Prefiero no hablar del asunto.	<input type="checkbox"/>						
6	Al comprenderlos me supero.	<input type="checkbox"/>						
7	Me angustio.	<input type="checkbox"/>						
8	Procuro aclarar la situación con ellos.	<input type="checkbox"/>						
9	Trato de resolverlos.	<input type="checkbox"/>						
10	Pienso en otras cosas.	<input type="checkbox"/>						
11	Escucho la opinión de otros sobre lo que voy hacer.	<input type="checkbox"/>						
12	Analizo los pros y los contras.	<input type="checkbox"/>						
13	Salgo a divertirme para no pensar en ellos.	<input type="checkbox"/>						
14	Intento aprender de ellos.	<input type="checkbox"/>						
15	Me siento deprimido.	<input type="checkbox"/>						
16	Me disculpo.	<input type="checkbox"/>						
17	Le pido a otros que me ayuden a pensar.	<input type="checkbox"/>						
18	Discuto con ellos.	<input type="checkbox"/>						

## CUANDO TENGO PROBLEMAS EN LA ESCUELA O EN EL TRABAJO YO...

		siempre					nunca	
1	Pienso que a todo mundo le puede pasar.	<input type="checkbox"/>						
2	Me siento triste.	<input type="checkbox"/>						
3	Lo platico con alguien para buscar la solución	<input type="checkbox"/>						
4	Le veo sus ventajas.	<input type="checkbox"/>						
5	No pienso en ellos.	<input type="checkbox"/>						
6	Trato de divertirme, para olvidarme de ellos.	<input type="checkbox"/>						
7	Me desespero.	<input type="checkbox"/>						
8	Me distraigo haciendo cosas en la casa.	<input type="checkbox"/>						
9	Los trato de superar.	<input type="checkbox"/>						
10	Pido que me ayuden a analizar la situación.	<input type="checkbox"/>						
11	No puedo dormir bien.	<input type="checkbox"/>						
12	Estudio y/o me preparo.	<input type="checkbox"/>						
13	Les busco el sentido.	<input type="checkbox"/>						
14	Me esfuerzo por mejorar.	<input type="checkbox"/>						
15	Me preocupo.	<input type="checkbox"/>						
16	Aprendo de ellos.	<input type="checkbox"/>						
17	Considero diversas opciones de solución.	<input type="checkbox"/>						
18	Prefiero ni hablar de ellos.	<input type="checkbox"/>						

## CUANDO TENGO PROBLEMAS EN MI VIDA YO...

		siempre					nunca	
1	Trato de encontrarles lo positivo.	<input type="checkbox"/>						
2	Me siento triste.	<input type="checkbox"/>						
3	Consigo ayuda profesional.	<input type="checkbox"/>						
4	Los acepto, porque me ayudan a madurar.	<input type="checkbox"/>						
5	Pienso en otra cosa.	<input type="checkbox"/>						
6	Me preocupo.	<input type="checkbox"/>						
7	Me mantengo ocupado para no pensar en ellos.	<input type="checkbox"/>						
8	Me molesto.	<input type="checkbox"/>						
9	No les doy importancia.	<input type="checkbox"/>						
10	Les busco una solución.	<input type="checkbox"/>						
11	Ni siquiera hablo de ellos.	<input type="checkbox"/>						
12	Hago lo posible por resolverlos.	<input type="checkbox"/>						
13	Le platico a alguien lo que pienso hacer.	<input type="checkbox"/>						
14	Considero un reto solucionarlos.	<input type="checkbox"/>						
15	Me desespero.	<input type="checkbox"/>						
16	Procuro aprender de ellos.	<input type="checkbox"/>						
17	Analizo diversas opciones para superarlos.	<input type="checkbox"/>						
18	Los enfrento.	<input type="checkbox"/>						