

## Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido

Stefano Vinaccia,<sup>1</sup> Japcy Margarita Quiceno, Hámilton Fernández, Luz Adriana Calle, Manuela Naranjo y Johana Osorio  
Universidad de San Buenaventura - Medellín (Colombia)

Martha Jaramillo  
Hospital Infantil Clínica Noel - Medellín (Colombia)

Recibido: 09/11/07    Aceptado: 14/02/08

### Resumen

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la relación de los autoesquemas y las habilidades sociales de 49 adolescentes de ambos géneros con diagnóstico de labio y paladar hendido, de la ciudad de Medellín, Colombia. El diseño del estudio fue exploratorio-descriptivo-transversal-correlacional. Se utilizaron como instrumentos el Cuestionario de Esquemas, CIE y la Escala de Habilidades Sociales, EHS. Los resultados no evidenciaron niveles clínicamente significativos en las variables del estudio, a nivel general los puntajes de los autoesquemas y las habilidades sociales, reportados por los adolescentes con labio y paladar hendido, fueron buenos. Por último, todo el estudio tuvo un Alfa de Cronbach superior a .70

Palabras clave: labio y paladar hendido, malformación congénita, autoesquemas, habilidades sociales, adolescentes.

### Abstract

The purpose of this research was to evaluate the relationship of the self-schemes and social skills of 49 adolescents of both genres with a diagnosis of cleft lip and

---

<sup>1</sup> Investigación realizada por el grupo de investigación de Salud Comportamental de la Universidad de San Buenaventura de Medellín.  
Dirección de correspondencia:  
mail: vinalpi47@hotmail.com, japcy@hotmai.com

palate in the city of Medellin, Colombia. The design of the study was exploratory-descriptive-transversal-correlational. The Schemes Questionnaire (CIE) and the Scale of Social Skills EHS were used as instruments. The outcomes did not demonstrate clinically significant levels in the variables of the study; the scores of the self-schemes and the social skills reported by the adolescents with cleft lip and palate were generally good. Finally, the whole study had a Cronbach Alfa above .70

Key words: Cleft Lip and Palate, congenital malformation, self-schemes, social skills, adolescents.

### Resumo

O objetivo da presente investigação foi avaliar a relação dos autoesquemas e as habilidades sociais de 49 adolescentes de ambos gêneros com diagnóstico de Lábio e Paladar Fendido da cidade de Medellín, Colômbia. O desenho do estudo foi exploratório-descriptivo-transversal-correlacional. Se utilizaram como instrumentos o Questionário de Esquemas CIE e a Escala de Habilidades Sociais EHS. Os resultados não evidenciaram níveis clinicamente significativos nas variáveis do estudo, em nível geral os puntajes dos autoesquemas e as habilidades sociais reportados pelos adolescentes com Lábio e Paladar Fendido foram bons. Por último, todo o estudo teve um alfa de cronbach superior a .70

Palavras chave. Fissura lábio-palatal, malformação congênita, a auto-esquemas, habilidades sociais, adolescentes.

### Introducción

Las anomalías o malformaciones congénitas (MC) ocupan gran parte de la atención de los clínicos especialistas por ser una patología humana de alta prevalencia y por constituirse una de las principales causas de morbimortalidad infantil que puede tener serias repercusiones a nivel de la estética, el funcionamiento físico, psicoemocional y psicosocial de quienes la padecen; muchas de estas malformaciones son prevenibles si se conoce su causa y se identifican los factores de riesgo a tiempo (Galíndez, Rodríguez y Suárez, 1994).

Las malformación congénita (MC), según La Organización Mundial de la Salud (OMS), es toda anomalía del desarrollo

morfológico, estructural, funcional o molecular que esté en un niño recién nacido (aunque pueda manifestarse más tarde), sea externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple, que resulta de una embriogénesis defectuosa; la frecuencia de las malformación congénitas es de 2 a 3% en los recién nacidos, porcentaje que alcanza el 7% al primer año de vida, siendo estos datos aún más significativos cuando se consideran los abortos (Del Rosario, Flores, Cardiel y Luna, 2003).

En Colombia, las anomalías congénitas pasan a un segundo lugar como causa de mortalidad infantil, constituyéndose en un imperativo de Salud Pública, el conocimiento que se tiene sobre este tema es

fragmentario y escaso, así como las causas de estas patologías en el país (Muñoz, Bustos, Quintero y Giraldo, 2001). De otro lado, Vargas (2004) reporta que en el año 2001 nacieron 48.000 niños malformados en Colombia, quienes reciben poco a nivel médico y social. Con lo que respecta a los estudios relacionados con labio y paladar hendido en los países de América Latina la frecuencia e impacto de éstos son muy pocos hasta el momento (Ochoa, Ortiz, Padilla, Chacón y Blanco, 2003). De otro lado, se ha reportado una prevalencia de 1:500 nacidos vivos en Europa y 1:1.000 en Estados Unidos y Colombia (Duque, Estupiñán y Huertas, 2002).

Los problemas de morfogénesis se clasifican en: malformación, deformación y disrupción: 1. la *malformación*, es un defecto morfológico de un órgano, parte de éste o de una región del cuerpo, resultado de la alteración de un proceso de desarrollo desde su principio (existencia de una alteración intrínseca del tejido afectado); 2. la *deformación*, es la alteración en la forma o posición de un órgano o región anatómica, causada por fuerzas mecánicas externas, siendo el tejido afectado intrínsecamente normal; y 3, *disrupción*, es la interrupción de un proceso que se inició normalmente por la interferencia de un agente externo que afecta a una región del cuerpo o un órgano en cualquier momento del proceso de gestación. Sin embargo, la separación de estas tres categorías es con frecuencia difícil, dado que en ocasiones existe superposición entre ellas (Vargas, 2004).

El fenómeno del labio y paladar hendido (LPH) se encuentra en la clasificación de las *malformaciones aisladas* más común de la cabeza y el cuello, y forma parte del grupo de las hendiduras orales, entre las cuales se encuentran: 1. *labio hendido*, falla congénita de los procesos maxilar y nasal medial para

fusionarse, formando un surco o fisura en el labio; 2. *paladar hendido*, es la falla congénita de fusión del paladar formando una depresión, surco o fisura en el techo de la boca; y 3. *labio hendido y paladar hendido*, pueden ocurrir separados o juntos, cuando aparecen juntos se le denomina labio y paladar hendido (Vargas, 2004; Ortega, 1996).

El labio hendido, con o sin paladar hendido, es considerado un defecto con herencia de tipo multifactorial o poligénico, donde juegan también un papel relevante los factores ambientales; el paladar hendido solo, es considerado un patrón con herencia autonómica dominante (Hagberg, Larson, Milerad, 1997; Jaillier y Villegas, 1999). Las hendiduras orales aparecen con frecuencia por diversos síndromes cromosómicos y mendelianas como: trisomía 13, trisomía 21, síndrome de bandas amnióticas, síndrome de Fryns, síndrome de Meckel, síndrome de Stickler, síndrome de Treacher-Collins, síndrome de Van der Woude, síndrome velocardiofacial, y muchos otros más, como lo indica Vargas (2004).

Aunque puede darse en cualquier grupo étnico, existen diferencias étnicas en el riesgo con relación a hendiduras orales (Ochoa, et al., 2003); los asiáticos y determinados grupos indígenas americanos presentan niveles más significativos que entre los caucásicos, y ocurren con menos frecuencia entre los afroamericanos (Cordero, 2007). Debido a estas diferencias étnico-raciales se ha pensado en la influencia de genes en la génesis de las hendiduras orales, como en la consanguinidad que puede incrementar el riesgo de hijos con hendiduras orales (Shutte y Murria, 1999; Lawanda y Jabs, 2001; Muñoz, et al., 2001).

Por otro lado, se cuenta con diversos factores ambientales y de hábitos de vida que están asociados a altas tasas de

hendiduras orales, tales como: consumo de agua contaminada con tricloroetileno, tetracloroetileno y dicloroetileno; exposición de la mujer-madre a solventes orgánicos como xileno, tolueno y acetona o a químicos, aerosoles, ester glicol, antineoplásicos, solventes alifáticos, etc., exposición a radiaciones y al mercurio en zonas de explotación mineras de fuentes auríferas (Jaillier y Villegas, 1999); mujeres-madres que trabajan en agricultura o que tienen su hogar cerca de zonas agrícolas y están expuestas a pesticidas (Muñoz, et al., 2001); factores psicoemocionales y psicosociales en el embarazo parecen tener relación con la secreción de cortisona por el estrés generado. Además, se han considerado los factores teratógenos de gran impacto, como las infecciones virales, la ingestión de alcohol, los medicamentos analgésicos, antibacterianos, hormonas, esteroides y sedantes como el consumo de fenobarbital en el embarazo (Jones, 1985; Muñoz, et al., 2001); como también la desnutrición o la alimentación deficiente y la falta de vitaminas en el embarazo (Tolarova y Harris, 1995); y por último, ha sido tema de controversia el nivel socioeconómico bajo, ya que la literatura reporta que esta patología puede darse en cualquier nivel socioeconómico (Ochoa, et al., 2003).

Aunque se cuenta con métodos diagnósticos prenatales como las *No Invasivas* (ultrasonográfico, el radiológico, el bioquímico, la electrocardiografía y la ecocardiografía fetal) e *Invasivas* (amniocentesis, la biopsia de vellosidades coriales y la fetoscopia) para detectar y prevenir estas malformaciones, aún existen numerosas familias que conviven con un hijo con labio paladar y hendido, quienes llegan a experimentar emociones encontradas entre angustia y culpa, que en ocasiones los lleva a buscar una

explicación al problema (Vargas, 2004). Las consecuencias clínicas son, por lo general, incómodas para la persona, especialmente en la alimentación, donde se evidencian trastornos de la mecánica deglutatoria con alto riesgo de reflujo, salida de alimento por la nariz, riesgo de aspiración y puede haber disfunción tubárica que aumenta el riesgo de otitis media. Igualmente, puede verse alterado los procesos de fonación y en una forma sostenida la oclusión dentaria. Estas alteraciones atraviesan e involucran todo desarrollo bio-psico-social del niño y por ende hay un alto costo y compromiso familiar que impacta de manera significativa la calidad de vida de todos, donde el niño desde muy temprana edad puede verse sometido a tratamientos quirúrgicos que buscan posibilitarle una anatomía o estética correcta y pueda ser funcional en muchas áreas de su vida (Monserat, Baez, Bastidas, Ghanem, Cedeño y Maza, 2000).

En el proceso de desarrollo evolutivo, las primeras etapas (nacimiento y lactancia), son las más complejas para la familia y el niño, especialmente para la familia, por los altos niveles de estrés causados por las múltiples cirugías recidivantes reconstructivas y por la sobreprotección que dan a sus hijos, por las posibles amenazas discriminatorias a que se ven expuestos. Más adelante, 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 y confianza frente al mundo y las habilidades sociales pueden llegar a ser más vulnerables y presentar alteraciones de tipo psicológico (conductuales y/o emocionales), causadas por el rechazo y la segregación de sus iguales, por los estereotipos culturales de belleza imperantes y el rechazo a la diferencia sociales (Cáceres, 2004). Luego, en la etapa de adolescencia, las dificultades

psicoafectivo-sociales pueden agudizarse y ser más evidentes como patologías psicológicas asociadas a alteraciones físicas visibles, ya que en esta etapa el adolescente se ve inmerso a cambios físicos que son relevantes, significativos e impactantes como medio de discapacidad social y a cambios cognitivo-emocionales, donde se siente y percibe como un adulto que lo lleva a buscar su autonomía e independencia (Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007; Friedberg y McClure, 2005). Por lo tanto, el déficit acumulado de destrezas sociales puede llevar al adolescente con LPH a interactuar de una forma poco efectiva 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, 2004).

Hunt, Burden, Hepper y Johnston (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 psicológico 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; y 8. apego, desarrollo y aprendizaje. Los resultados de esta revisión indicaron, a nivel general, 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. De otro lado, si se encontró diferencias respecto a las problemáticas psicológicas

asociadas al tipo de LPH en cuanto al autoconcepto, la satisfacción por el aspecto facial, la depresión, el apego, problemas de aprendizaje y dificultades en las relaciones interpersonales. En cuanto a la edad de la persona con LPH no se evidenció como una variable que tenga influencia con la severidad de problemas psicosociales.

Por otro lado, diversos estudios han encontrado, con relación al autoconcepto, que los niños con LPH tienen niveles más bajos que los sanos o son más vulnerables a tener un autoconcepto personal y social desfavorable que las personas sin LPH (Broder y Strauss, 1989; Kapp-Simon, 1986). En cuanto a la autoestima de los niños con LPH, algunas investigaciones han reportado niveles un poco más elevados en este autoesquema (Starr, 1978; Brantley y Clifford, 1979), ya que la construcción de la autoestima ha sido asociada a la opinión del niño con relación a su aspecto facial. Los niños que aceptan su hendidura oral tienden a tener más alta la autoestima y cuanto más ellos se perciban atractivos físicamente tienden a tener también más altos niveles de autoestima (Starr, 1978, 1982). Por otro lado, en un estudio realizado en China se encontró que la autoestima de las personas con LPH era inferior que el grupo control y hermanos (Berk, Cooper, Liu y Marazita, 2001). En otros estudios, con relación a la autoconfianza, los niños, adolescentes y adultos han divulgado que ha sido afectada por la presencia del LPH (Noar, 1991; Turner, Thomas, Dowell, Rumsey y Sandy, 1997). En cuanto a emociones negativas se ha encontrado que los niveles de depresión han sido inferiores en niños con LPH unilateral, comparado con aquellos con el paladar hendido sólo o bilateral (Millard y Richman, 2001).

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, pudiéndoles originar a futuro problemas severos en la autoimagen (Marcusson, Paulin y Ostrup, 2002). De otro lado, algunos estudios con adolescentes plantean que la insatisfacción por el aspecto facial ha sido vinculada a la incidencia de problemas de conducta (Richman, 1983; Richman, Holmes y Eliason, 1985).

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). Los estudios han sugerido que los niños y adolescentes con LPH tienen menos amigos que los niños sin LPH (Bressman, Sader, Ravens-Sieberer, Zeilhofer y Horch, 1999).

Partiendo de las anteriores consideraciones, el objetivo de este estudio descriptivo exploratorio, mediante encuesta de tipo transversal-correlacional, (Montero y León, 2002) fue evaluar la relación de

los autoesquemas y las habilidades sociales de 49 adolescentes de ambos géneros con diagnóstico de labio y paladar hendido de la ciudad de Medellín, Colombia.

## Método

### Participantes

Se realizó un muestreo por conveniencia no-aleatorio, seleccionando a todos los sujetos disponibles de la muestra accesible. En el estudio participaron 49 adolescentes diagnosticados con labio y paladar hendido (LPH), 25 mujeres (51%) y 24 hombres (49%) adscritos al Hospital Infantil Clínica Noel de la ciudad de Medellín, Colombia. La edad de los adolescentes del estudio osciló entre los 12 y 18 años, cuyo intervalo más representativo estuvo en edades comprendidas entre los 15 y 16 años (47%). En cuanto al estrato socioeconómico, la mayoría se encontró en un nivel bajo, representado por el estrato 1 y 2 (75.5%) y un 24.5% se ubicó en el nivel medio, estratos 3 y 4. Respecto al grado de escolaridad, el 91.8% se encontró en un nivel académico de básica secundaria.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio.

		Frec. (%)			Frec. (%)
Género	Hombre	24 (49%)	Escolaridad	Básica primaria	4 (8.2%)
	Mujer	25 (51%)		Básica secundaria	45 (91.8%)
Edad	12 años	4 (8.2%)	Estrato socioeconómico	1	12 (24.5%)
	13 y 14 años	11 (22.4%)		2	25 (51.0%)
	15 y 16 años	23 (47%)		3	10 (20.4%)
	17 y 18 años	11 (22.4%)		4	2 (4.1%)

### Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Esquemas, CIE, diseñado desde los planteamientos de Bandura y Ellis por Barrios, Fernández y Restrepo (1994) en Medellín, Colombia. El objetivo de este cuestionario es conocer los autoesquemas que rigen y predominan en el sujeto, permite un perfil del tipo de metas del individuo, la capacidad para enfrentar problemas de manera adecuada y la propia opinión, como la capacidad de resistencia frente a situaciones imponderables. Consta de 48 ítem en un formato tipo likert, con una escala que oscila de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo); comprende tres dimensiones: 1. autoconcepto, del ítem 1 al 19, con un Alfa de Cronbach .95; 2. autoimagen, del ítem 20 al 31, con un Alfa de Cronbach .80, y 3. autoestima, del ítem 32 al 48, con un Alfa de Cronbach .90. A mayor puntuación en cada una de las dimensiones mejor son los autoesquemas del individuo.

Para evaluar habilidades sociales se empleó la Escala de Habilidades Sociales, EHS, desarrollada por Gismero-González (2003), la cual permite medir la aserción y las habilidades sociales. Consta de 33 ítem, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en las habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo, en un formato tipo likert con las siguientes cuatro alternativas de respuestas: a. no me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría, b. más bien no tiene que ver conmigo, aunque algunas veces me ocurra, c. me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así, y d. muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos. A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos

contextos. Comprende seis dimensiones: 1. autoexpresión en situaciones sociales (EHS-1); 2. defensa de los propios derechos como consumidor (EHS-2); 3. expresión de enfado o disconformidad (EHS-3); 4. decir no y cortar interacciones (EHS-4); 5. hacer peticiones (EHS-5), y 6. iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (EHS-6). El Alfa de Cronbach, encontrado en la validación original, fue de .88.

### Procedimiento

Previo permiso del Hospital Infantil Clínica Noel de la ciudad de Medellín, Colombia, fueron informados acerca de los objetivos de la investigación a los adolescentes y sus representantes respectivos. Una vez brindada la información, se solicitó a los adolescentes y sus representantes el consentimiento para participar en el estudio, comentándoles acerca del secreto ético de la información y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos lo consideraran. Una vez obtenido el consentimiento informado, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos y se les entregó los dos instrumentos (CIE y EHS), los cuales fueron autodiligenciados por los adolescentes con la supervisión del entrevistador, con una duración aproximada de 40 minutos.

### Resultados

Se observa en la Tabla 2 las diferentes medidas de tendencia central: la media, la moda, la desviación típica, los puntajes mínimos y máximos y el Alfa de Cronbach de cada uno de los instrumentos psicométricos y sus diferentes dimensiones. Se encontró una alta confiabilidad y validez en todo el estudio con un Alfa de Cronbach superior .70.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de las variables del estudio: Autoesquemas y Habilidades Sociales

	Media	Moda	D.T.	Mínimo	Máximo	Alfa
Cuestionario de Esquemas, CIE						
Autoconcepto	67.3	59	10.3	43	89	.79
Autoimagen	41.8	38	7.5	25	55	.80
Autoestima	59.9	61	8.0	39	78	.81
Escala de Habilidades Sociales, EHS						
EHS-1	45.8	15	29.3	2	95	.80
EHS-2	35.4	35	28.2	2	99	.77
EHS-3	41.0	10	29.6	2	99	.81
EHS-4	47.8	65	33.5	2	99	.77
EHS-5	41.1	75	32.2	1	98	.78
EHS-6	45.6	40	25.6	2	99	.81
EHS-Global	39.9	10	28.3	2	98	.73

A nivel general se observa, entre las diferentes variables del estudio, puntajes medios en los autoesquemas y medios a medio-bajos en las habilidades sociales.

Por consiguiente, a manera de información, respecto a la investigación de Barrios, et al. (1994) con adolescentes sanos de la ciudad de Medellín, Colombia, los adolescentes de nuestro estudio con LPH tuvieron puntajes medios comparativamente similares, a diferencia de la sub-dimensión de autoestima, donde se encuentran puntajes medios ligeramente inferiores pero no significativos. Los puntajes medios de la sub-dimensión autoconcepto de los jóvenes con LPH fue de 67.3 puntos y el de los adolescentes sanos fue de 67.5 puntos; los puntajes medios de la sub-dimensión autoimagen de los jóvenes con LPH fue 41.8 puntos y en el estudio original fue de 43.9 puntos; y los puntajes medios de la sub-dimensión autoestima de los jóvenes con LPH fue 59.9 puntos, en comparación de los 65.5 puntos de la investigación original. Indicando, a nivel

general, unos autoesquemas favorables para el funcionamiento óptimo en la vida de los adolescentes con LPH que participaron en el estudio.

Respecto a los resultados de la Escala de Habilidades Sociales, EHS, se observan puntajes medios en las siguientes dimensiones: autoexpresión en situaciones sociales (EHS-1); decir no y cortar interacciones (EHS-4); iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (EHS-6). Se observa, además, puntuaciones medio bajas en las dimensiones expresión de enfado o disconformidad (EHS-3) y hacer peticiones (EHS-5). Mientras se evidencia una puntuación baja en la dimensión defensa de los propios derechos como consumidor (EHS-2). En cuanto a la puntuación global (EHS-Global), se encuentra una puntuación medio-baja. Indicando, a nivel general, que se observan ligeras dificultades, mas no alcanzan a llegar a ser indicadores clínicos significativos en la conducta asertiva y de habilidades sociales en los adolescentes con LPH.

En cuanto a los resultados de la aplicación del Coeficiente de Correlación de Pearson a todas las variables del estudio, encontramos que hubo correlaciones altas

positivas ( $p>0.5$ ), con respecto a algunas de las dimensiones de los cuestionarios de Autoesquemas y Habilidades Sociales entre sí, como se describe en la Tabla 3.

Tabla 3. Correlación de las diferentes variables de Autoesquemas y Habilidades Sociales.

	EHS-4	EHS-5	EHS-Global	Autoconcepto
EHS-1	-	-	.63	-
EHS-2	.63	.58	.70	-
EHS-4	-	-	.71	-
EHS-5	-	-	.70	-
Autoconcepto	-	-	.58	-
Autoimagen	-	-	.57	.62
Autoestima	-	-	-	.54

( $p>0.5$ )

Se observa que la variable EHS-Global tiene una relación positiva o directamente proporcional con las variables EHS-1 (.63), EHS-2 (.70), EHS-4 (.71), EHS-5 (.70), autoconocimiento (.58) y autoimagen (.57). La variable EHS-2 se relaciona positivamente con la variable EHS-4 (.63), EHS-5 (.58) y con la variable EHS-Global (.70). En cuanto a la variable autoconcepto se encuentra una relación significativa con la variable autoimagen (.62) y autoestima (.54).

### Discusión

En este estudio participaron 49 adolescentes escolarizados con labio y paladar hendido (LPH), evidenciándose homogeneidad respecto a la variable género y a los intervalos de edad; de otro lado, gran parte de los adolescentes fueron de estrato socioeconómico bajo, de la ciudad de Medellín, Colombia. El coeficiente

de consistencia interna Alfa de Cronbach fue superior .70 en ambos instrumentos utilizados.

Con relación a los autoesquemas, se definen como generalizaciones cognitivas sobre el yo, derivadas a partir de la experiencia pasada y que organizan y guían el procesamiento de la información relevante existente en las experiencias sociales concretas, y funcionan como marcos interpretativos que dan significado a la conducta (González, Núñez, Glez.-Pumariega y García, 1997; Riso, 2006).

De acuerdo con la consideración anterior, los autoesquemas no se heredan, se aprenden, se interrelacionan para posibilitar el funcionamiento óptimo del individuo o pueden ser positivos o negativos o rígidos o flexibles, de acuerdo con la experiencia de cada persona, y mantienen su consistencia interna en el tiempo. Algunos autoesquemas pueden sobresalir o ser más relevantes en la vida de las personas marcando su conducta

general (Riso, 2006). En la mayoría de los estudios desarrollados con adolescentes con LPH se han encontrado diferencias significativas en los diferentes autoesquemas (Hunt, et al., 2005).

De acuerdo con Raich (2004), la imagen corporal (autoimagen) es un concepto que se refiere a la manera en que una persona percibe, imagina, siente y actúa con respecto a su propio cuerpo, es decir, se contemplan aspectos perceptivos, subjetivos como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales.

En los adolescentes con LPH se ha encontrado en algunos estudios que particularmente su autoimagen es más vulnerable, por los defectos visibles de la nariz y los dientes; razón por la cual los procesos quirúrgicos de reconstrucción oral, aunque tienen altos costos en la calidad de vida desde su más temprana infancia, son anhelados por éstos para recuperar la estética o una anatomía correcta que le posibilite una imagen homogénea a sus iguales, para lograr la aceptación social que juega un papel importante en el funcionamiento psicoemocional de los niños y jóvenes con LPH. (Bressman, et al., 1999; Marcusson, et al., 2002; Richman, 1983; Richman, et al., 1985). A diferencia de las investigaciones reportadas anteriormente, en nuestro estudio se encontró que los adolescentes con LPH tuvieron niveles promedio de autoimagen.

En cuanto al autoconcepto, la mayoría de los estudios han reportado bajos niveles en comparación con los grupos control de personas sanas (Broder y Strauss, 1989; Hunt, et al., 2005; Kapp-Simon, 1986). En nuestro estudio no se hallaron estas diferencias, ya que los adolescentes con LPH reportaron puntajes promedio en esta variable muy cercanos a los puntajes de la investigación de Barrios, et al. (1994)

con adolescentes normales. Por otro lado, respecto a la autoestima, los estudios no son concluyentes en cuanto a los resultados, unos manifiestan que puede estar afectada y otros reportan lo contrario (Brantley y Clifford, 1979; Starr, 1978, 1982; Berk, et al., 2001). En los resultados de nuestro estudio se evidenciaron niveles promedio en esta variable en los adolescentes con LPH.

Respecto a las habilidades sociales y la conducta asertiva de los adolescentes, las teorías de la cognición social son las que más se aproximan para explicar estos comportamientos en el adolescente. La cognición social y la conducta asertiva consisten en la habilidad para entender a los otros sus pensamientos, sus emociones, su conducta social y en general, su punto de vista. Estas habilidades y capacidades socio-cognitivas para comprender las relaciones sociales se desarrollan muy lentamente durante el proceso evolutivo, entre más avanzada sea la etapa de la cognición social, mayor es la capacidad del adolescente para comprender a sus pares y tener unas adecuadas relaciones con los demás (Kimmel y Weiner, 1998). Para Selman (1980) la adquisición de roles sociales consisten en la capacidad para comprenderse a uno mismo y a los demás como personas, para reaccionar ante los otros como ante uno mismo y reaccionar ante la propia conducta desde el punto de vista de los demás. Para este autor, los adolescentes mayores, de trece, años tienen la capacidad de entender que existe una perspectiva de grupo y que sus apreciaciones se pueden reflejar y tener consecuencias en el sistema social.

Ahora bien, con relación a las habilidades sociales y a la conducta asertiva de los adolescentes que participaron en el estudio tampoco se presentaron indicadores clínicos significativos a nivel general, sólo se evidenció dificultad en la defensa

de sus propios derechos ante personas desconocidas, y un comportamiento más bien pasivo ante la expresión de sus emociones que directamente no lo afecta socialmente ya que no se perciben agresivos ni con problemas de conducta. Mas, sin embargo, la literatura reporta que los adolescentes con LPH presentan algunas dificultades en sus relaciones interpersonales y de comportamiento, especialmente con sus iguales (Bressman, et al., 1999; Hunt, et al., 2005).

Es de considerar, además, que se encontraron relaciones significativas de los autoesquemas entre sí y de éstos con la conducta asertiva y habilidades sociales en los adolescentes de nuestro estudio, lo que indica que la percepción e interpretación, la emoción y la conducta aprendida desde temprana edad es reflejada o proyectada a lo largo del ciclo vital en las manifestaciones o estímulos sociales, y éstos a su vez actúan como medios o mecanismo de refuerzo de los mismos autoesquemas. En los adolescentes con LPH de este estudio juega un papel importante el autoconcepto y autoestima en relación con su conducta social en general.

Las diferencias halladas con los antecedentes empíricos podrían depender del trabajo realizado por muchos años de acompañamiento clínico del equipo interdisciplinario del Hospital Infantil Clínica Noel, de la ciudad de Medellín, Colombia, que desarrolló con estos adolescentes desde muy temprana edad, a través procesos de intervención que les posibilitaron a éstos y a sus familias adaptarse socialmente a las posibles dificultades que acarrea este tipo de malformación congénita. Además, el apoyo psicoemocional familiar es vital en el proceso de rehabilitación del niño con labio y paladar hendido, ya que la forma cómo los padres perciban y manejen la malformación congénita de sus hijos influyen de forma

impactante en la percepción de su estado de bienestar físico y mental y en el proceso de tratamiento y rehabilitación de su LPH.

Es de resaltar que los estudios de los factores psicoemocionales y psicosociales de personas con LPH, sean estos niños, adolescentes y/o adultos, son muy escasos, especialmente en América Latina y prácticamente inexistentes a nivel de publicaciones en Colombia. Los estudios reportados en la literatura son por lo general de la década de los años 70, 80 y 90 del siglo pasado, desarrollados en países de habla inglesa, evidenciándose hasta el momento un gran vacío de estudios nuevos de tipo psicológico que vayan a la par con los estudios biomédicos que evalúan el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgico-reconstructivas o estético-faciales.

## Referencias

- Barrios, J., Fernández, M. y Restrepo, O. (1994). *Aparición de síntomas o cuadros depresivos como consecuencia de la modificación de los autoesquemas en mujeres adolescentes, primigestantes que participan en los programas de control prenatal en los hospitales -San Juan de Dios- de los municipios de El Retiro y El Carmen de Viboral*. Trabajo de grado no publicado, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.
- Berk, N. W., Cooper, M. E., Liu, Y. E. y Marazita, M. L. (2001). Social anxiety in Chinese adults with oral-facial clefts. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38, 126-133.
- Brantley, H. T. y Clifford, E. (1979). Cognitive, self-concept, and body-image measures of normal, cleft palate, and obese adolescents. *Cleft Palate Journal*, 16, 177-182.
- Bressman, T., Sader, R., Ravens-Sieberer, U., Zeilhofer, H. F. y Horch, H. H. (1999). Quality of life research in patients with cleft lip and palate: preliminary results. *Mund, Kiefer und Gesichtschirurgie*, 3, 134-139.

- Broder, H. L. y Strauss, R. P. (1989). Self-concept of early primary school age children with visible or invisible defects. *Cleft Palate Journal*, 26, 114-117.
- Cáceres, A. (2004). Incorporación de la atención psicológica a una patología AUGE: fisuras labiopalatinas. *Terapia Psicológica*, 22 (2), 185-191.
- Cordero, J. J. (2007). La geografía del labio y paladar hendido en Guanajuato, de la ruralización a la urbanización de los pacientes. *Presencia*, 4, Artículo 1. Recuperado el 26 octubre, 2007, de <http://usic13.ugto.mx/revista/labio.asp#>
- Del Rosario, A. M., Flores, F. G., Cardiel, M. L. y Luna, R. C. (2003). Frecuencia de malformaciones congénitas en el área de neonatología del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70 (3), 128-131.
- Duque, A. M., Estupiñán, B. A. y Huertas, P. E. (2002). Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años. *Colombia Médica*, 33 (3), 108-112.
- Friedberg, R. y McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós
- Galíndez, L., Rodríguez, E. y Suárez, H. (1994). Malformaciones congénitas y ocupación de los padres. *Salud de los trabajadores*, 2 (1), 49-56.
- Gismero-González, E. (2003). *Manual Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. Madrid: TEA
- González, J. A., Núñez, J. N., Glez.-Pumariega, S. y García M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9 (2), 271-289.
- Hagberg, C., Larson, O. y Milerad, J. (1997). Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 35, 40-45.
- 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.
- Jaillier, G. y Villegas, L. F. (1999). *Labio y paladar hendido: Manual de manejo integral del niño*. Medellín, Hospital Infantil Clínica Noel.
- Jones, M. C. (1985). Facial clefting: Etiology and developmental pathogenesis. *Clinics in Plastic Surgery*, 12, 533-541.
- Kapp-Simon, K. (1986). Self-concept of primary-school-age children with cleft lip, cleft palate, or both. *Cleft Palate Journal*, 23, 24-27.
- Kimmel, D. y Weiner, I.B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona, Ariel.
- Lawanda, A. F. y Jabs, E. W. (2001). Dysmorphology: Genetic syndromes and associations. In J.A. McMillan, C.D. DeAngelis, R.D. Feigin y J.P. Warshaw (Eds.), *Oski's Pediatrics. Principles and Practice* (pp. 2225-2259). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins Publishers
- Marcusson, A., Paulin, G. y Ostrup, L. (2002). Facial appearance in adults who had cleft lip and palate treated in childhood. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 36, 16-23.
- Millard, T. y Richman, L. C. (2001). Different cleft conditions, facial appearance, and speech: relationship to psychological variables. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 38, 68-75.
- Monserat, E. R., Baez, R., Bastidas, R., Ghanem, A., Cedeño, J. A., Maza, W. (2000). labio y paladar hendidos. *Acta Odontológica Venezolana*, 38, (3), 15-20.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Muñoz, J., Bustos, I., Quintero, C. y Giraldo, A. (2001). Factores de riesgo para algunas anomalías congénitas en población colombiana. *Revista de Salud Pública*, 3, 3.

- Noar, J. H. (1991). Questionnaire survey of attitudes and concerns of patients with cleft lip and palate and their parents. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 28, 279-284.
- Ochoa, B. R., Ortiz, J. D., Padilla, K. E., Chacón, H. y Blanco, F. (2003). Casuística de 10 años de labio y paladar hendido en el Hospital Universitario de la UANL. *Medicina Universitaria*, 5, (18), 19-24.
- Ortega, A. (1996). Deformidades craneofaciales, labio y paladar hendido o ambos. *Prácticas Odontológicas*, 12, 47-80.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Richman, L. C. (1983). Self-reported social, speech, and facial concerns and personality adjustment of adolescents with cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal*, 20, 108-112.
- Richman, L. C., Holmes, C. S. y Eliason, M. J. (1985). Adolescents with cleft lip and palate: self-perceptions of appearance and behavior related to personality adjustment. *Cleft Palate Journal*, 22, 93-96.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Selman, R.L. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Development and clinical analysis*. New York: Academic Press.
- Shutte, B. C. y Murria, J. C. (1999). The many faces and factors of orofacial clefts. *Human Molecular Genetics*, 8, 10, 1853-1859.
- Starr, P. (1978). Self-esteem and behavioral functioning of teenagers with oro-facial clefts. *Rehabilitation Literature*, 3, 233-235.
- Starr, P. (1982). Physical attractiveness and self-esteem ratings of young adults with cleft lip and/or palate. *Psychological Reports*, 50, 467-470.
- Tolarova, M. y Harris, J. (1995). Reduced recurrence of orofacial clefts after periconceptional supplementation with high-dose of folic acid and multivitamins. *Teratology*, 51, 71-78.
- Turner, S. R., Thomas, P. W., Dowell, T., Rumsey, N. y Sandy, J. R. (1997). Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *British Journal of Plastic Surgery*, 50, 1-9.
- Vargas, F. M. (2004). *Malformaciones congénitas y sus factores asociados en el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil "Dr. Fernando Vélez Paiz"*. Monografía para optar el título de especialista en pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. y Moreno, E. (2007). Resiliencia en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.