

UAM-IZTAPALAPA
- CSH
- Lic. PSICOLOGIA SOCIAL

✓ CANALES MAS EFECTIVOS EN LA TRANSMICION DE LA
INFORMACION ACERCA DEL ORIGEN, EPIDEMIOLOGIA
Y TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE
LABIO-PALADAR HENDIDO.

DIRECTOR DE LA TESINA. = ANA A. SOLIS DE ALBA

✓ ASESOR. = RAFAEL RAMOS RODRIGUEZ.

✓ MARTHA P. BONILLA MUÑOZ.

1982

MB

Redacción
Profundizar conclusiones
Finalizar

INDICE .

Introducción	I
Capítulo I	
Labio-paladar hendido	2
A).-Etiología de las malformaciones congénitas	2
B).- Labio-paladar hendido, Descripción y Modalidades	9
C).- Datos epidemiológicos	15
D).- Tratamiento	16
E).- Aspectos Psicosociales de las malformaciones congénitas	18
La Comunicación	23
Capítulo II	
La Investigación	30
Problema	30
Hipotesis	30
Importancia y Limitaciones	32
El Metodo	
A)Sujetos	34
B)Método de obtención de datos	35
C)Procedimiento	36
D)Procedimiento del análisis de los datos	3

Capítulo III

Análisis de resultados 39

Conclusiones 45

Recomendaciones 46

Referencias 4

Bibliografía 49

Anexos 51

INTRODUCCION

El presente trabajo pretende auxiliar a las distintas técnicas de información que se vienen realizando por parte de los médicos en las clínicas de labio-paladar hendido, con el fin de brindar una mejor información y aun nivel masivo.

Para lo anterior se ^{asumieron} ~~asumieron~~ los siguientes tipos de canales de comunicación; Video-tape e información proporcionada por los médicos residentes de la clinica de labio y paladar. Así pues, se deberá analizar en ^{si} ~~si~~ la calidad de la información de dichos canales.

La falta de motivación, debido a una mala comunicación médico-paciente, generaba uno de los más importantes problemas en el tratamiento del padecimiento de labio-paladar hendido ya que los tutores de los niños desconocían desde el origen hasta el posible tratamiento a seguir con respecto al problema.

En primer lugar este ^{trabajo comprende} ~~problema~~ fue abordado de una manera descriptiva de lo que era el labio-paladar hendido, para en un segundo, aspecto, adoptando un modelo de comunicación que mejor representará nuestro problema, finalmente presentamos los resultados obtenidos en el presente trabajo.

CAPITULO I

LABIO-PALADAR HENDIDO

A.-ETIOLOGIA DE LAS MALFORMACIONES CONGENITAS.

Las malformaciones congénitas constituyen en nuestros días, una causa importante de la mortalidad y de la morbilidad, principalmente en el período prenatal y en el curso del primer año de vida.

Es por eso importante hacer mención de ellas en una forma, aunque global, ~~para~~, tratando los tópicos más relevantes para el desarrollo de nuestro trabajo.

Ahora comensaremos por decir lo que entendemos por malformaciones congénitas, a los defectos estructurados debidos a una alteración en el desarrollo, presentes al nacimiento, macroscópicos y microscópicos, superficiales o de estructuras profundas, únicos o múltiples, familiares o esporádicos y hereditarios o no hereditarios.

Las malformaciones congénitas tiene una frecuencia global aproximada de un 2% según los estudios realizados en Nueva York. Se estima que alcanzan como causa de mortalidad el 13% entre los nacidos vivos, y el 16% para los nacidos muertos, llegando a no menos del 20% las defunciones fetales en el primer trimestre de la gestación. La importancia relativa de las malformaciones congénitas, como causa de mortalidad, ha aumentado para los períodos neonatal y pre-escolar, constituyendo la tercera causa de la muerte. (ver cuadros I y 2)

	Birmingham	Suecia	Japon	Kampala
Total de nacimientos	56730	44109	64750	2068
Anencefalia	2	.5	3.6	0
Espina Bífida	1.8	1.5	3	0
Hidrocefalia	1.8	1	.3	1.5
Malformaciones cardiacas	2.1	.8	4.2	.5
Labio-paladar hendido	1.8	1.8	2.8	1.5
Luxación de la cadera	0	0	.3	0
Pie zambo	4	2.8	1.1	1
Síndrome de Down	1.1	11.2	12.2	8.5

	Birmingham hasta 5 años	Nueva York hasta 1 año	Japon hasta 9 meses
Período de observación*			
Total de nacimientos	56760	5749	16144
Anencefalia	2	1.6	.6
Espina Bífida	3		
Hidrocefalia	2.6	.9	.5
Malformaciones cardiacas	4.2	8.5	7
Labio-paladar hendido	1.9	1.6	3
Luxación de cadera	.7	1.2	7.1
Pie Zambo	4.4	5.2	1.4
Síndrome de Down	1.7	no proporcionado	24.5

*Frecuencia de malformaciones importantes por cada 1000 nacimientos.

Estimadas poco despues del nacimiento.

Fuente:

Los cuadros fueron tomados de: Mo Keown, T. Record, R. G. Giba Fundata -
tion on Congenital malformations. J. and A. Churchill, Londres, 1960.

Por lo anterior, es necesario tomar en cuenta el primer trimestre -
tre de vida, ya que en dicho intervalo todos los órganos o sistemas

se constituyen.

La diferenciación de los tejidos y órganos ocurre a un ritmo regular, de tal manera que cada uno de ellos alcanza un determinado momento, que puede ser de unos cuantos minutos o semanas, dependiendo de los tejidos y órganos particulares, el período del desarrollo crítico, durante el cual ocurren los cambios que conducirán a un desarrollo normal o anormal, siendo evidente que las desviaciones de lo normal en las primeras etapas serán aquellas que mayores consecuencias tendrán.

"Las cualidades estructurales pueden ser afectadas por muchas causas, pero también están relacionadas siempre con la rapidez del desarrollo de la parte o del individuo."

Las malformaciones pueden ser ⁽³⁾ múltiples, ya sea porque la anomalía primaria afecta a más de un sitio, o porque la porción primariamente lesionada influye sobre otras, en tal forma que éstas a su vez se tornan anormales. Estos mecanismos no se excluyen, sino que por el contrario pueden asociarse. Una misma alteración genética es causa de diversas malformaciones.

El proceso anormal se halla habitualmente limitado al corto período, en tanto que el resto del organismo continúa en condiciones normales. Posteriormente, los mecanismos fisiológicos del desarrollo, al actuar sobre una parte enferma provocarán el desenvolvimiento anormal de la porción afectada, aunque en algunos casos, suele corregirse más o menos, por un proceso regenerativo.

En general los defectos congénitos pueden deberse a:

a.- Mutación de un gen por un par de genes.

- b.- Herencia Multifactorial.
- c.- Agentes Ambientales.
- d.- Causas Desconocidas.

A) Mutación de un gen por un par de genes.

Hay una gran variedad de tipos de malformaciones humanas que son esencialmente determinadas por mutación de los genes.

Los factores hereditarios o genes, que determinan todas las características de las personas, se encuentran por pares y están localizados en los 46 cromosomas característicos de la especie humana.

Los genes están constituidos por ácido desoxirribonucleico (DNA) y de hecho un gene es una porción de DNA que contiene la información específica.

De esta manera, los genes controlan la síntesis de todas las proteínas del organismo, ya sea estructurales o enzimáticas. Cuando un gen muta, se altera la secuencia de aminoácidos y en consecuencia la función de la proteína correspondiente. La manifestación de esta anomalía genéticamente determinada, puede ser: una enfermedad metabólica defectos funcionales en diversos órganos y sistemas. o bien, malformaciones congénitas.

B) Herencia Multifactorial.

Por otro lado, tenemos defectos en el desarrollo causados por varios genes (poligénicas), en los que también influyen para que se manifiesten la presencia de factores ambientales, por lo cual se les-

conoce con el nombre de multifactoriales. La mayoría de las malformaciones más comunes son debidas a este tipo de herencia y entre ellas se encuentran, el labio-paladar hendido, los defectos del cierre del tubo neural, la luxación congénita de cadera, etc.

C.- Agentes Ambientales.

Se sabe que múltiples agentes físicos, químicos, biológicos, maternos y mecánicos pueden alterar el desarrollo normal del embrión y producir malformaciones congénitas. Estos agentes se denominan teratógenos, es decir agentes que lo dañarían aunque no lo matarían, pero para comprender su acción sobre las células somáticas del organismo en desarrollo es importante recordar algunos principios básicos:

a) El embrión es más susceptible a los agentes ambientales durante las primeras ocho semanas de gestación, pero ocasionalmente los defectos teratógenos pueden producirse en etapas más tardías.

b) La constitución genética del embrión influye en la respuesta del agente.

c) Los agentes teratógenos disminuyen la sobrevivencia del embrión.

d) Los agentes que afectan el desarrollo embrionario generalmente no producen efectos clínicos en el organismo materno.

I) Agentes Físicos.

a.-Radiaciones. Las radiaciones ionizantes, en particular los rayos X, son capaces de interferir con el crecimiento intrauterino normal y producir malformaciones, retardo en el crecimiento, muerte embrionaria y déficit funcional postnatal; si se utiliza en dosis altas -

generalmente muy superiores a las empleadas en el diagnóstico radiológico.

De cualquier manera es conveniente evitar la exposición, a los rayos X, ya que se ha observado una mayor incidencia de enfermedades malignas en hijos de madres que recibieron radiaciones durante el embarazo.

b.-Temperatura. Existen evidencias sobre todo en animales de experimentación de que la hipertemia puede influir en el desarrollo normal del embrión y recientemente se ha observado una posible relación entre hipertermias elevadas y prolongadas, y defectos en el cierre del tubo neural.

II Agentes Biológicos.

El virus de la rubeola es un agente teratogéno que inhibe el crecimiento celular y causa necrosis. La susceptibilidad del embrión está en relación a la edad gestacional en el momento de la infección materna. En general se acepta que el riesgo de que el embrión este afectado es del 50% si la infección se produce en el primer trimestre del embarazo, del 23% si ocurre en el segundo y del 6 al 10% se presenta en el tercero. El patrón de malformaciones es característico e incluye: cardiopatía congénita, cataratas, labio-paladar hendido y retardo mental.

Se sospecha que otros virus también sean capaces de causar malformaciones congénitas, sin embargo, es difícil distinguir entre el efecto del virus, el de la hipertemia y el de los medicamentos ingeridos para el tratamiento de la infección, por ejemplo, las epidemias de influenza se han asociado con un aumento en la incidencia de abortos y malformaciones.

III Factores Maternos.

Las enfermedades maternas endocrinas o metabólicas pueden afectar el desarrollo del embrión. Así se sabe que la incidencia de malformaciones congénitas en hijos de madres diabéticas no controladas es alrededor de seis veces más alta que en la población normal, en estos productos es frecuente observar defectos en el sistema nervioso central y en el cardiovascular.

IV Medicamentos y agentes químicos.

En la actualidad, se ha demostrado que algunos medicamentos son teratógenos y se sospechan que varios más lo sean.

En relación a los agentes químicos, la exposición a metales pesados, solvente industriales y pesticidas, es tóxica para el organismo en el desarrollo. La ingesta excesiva de alcohol es nociva para el embrión, a pesar de que, aún no se conoce cuál es la dosis mínima capaz de afectar la constitución del producto, las evidencias indican que los hijos de madres alcohólicas, tienen un alto riesgo de presentar el síndrome de alcoholismo fetal, que se caracteriza por la detención en el crecimiento, cardiopatía congénita y retardo mental.

V Factores Mecánicos.

El desarrollo fetal normal puede alterarse por la acción de fuerzas mecánicas aberrantes. Así, en los embarazos múltiples la incidencia de malformaciones es más alta que los embarazos múltiples, ya sea por el proceso de gemelidad mismo o por falta de espacio intrauterino.

A.- Causas desconocidas.

Desafortunadamente, en un alto porcentaje de casos no es posible determinar la etiología de los defectos del desarrollo. Por una parte, porque todavía no se han declarado los mecanismos que regulan la morfogénesis, y por otra, se desconocen las interacciones sutiles entre herencia y ambiente.

Sin embargo, el clínico que se enfrenta a un paciente con malformaciones congénitas, debe iniciar un estudio completo para reconocer aquellas anomalías de etiología bien establecida, con el propósito de hacer el diagnóstico, decidir el tratamiento, y planear la prevención.

Para finalizar diremos que para "distinguir claramente entre causas genéticas y ambientales a la luz de los nuevos conocimientos es, cada vez más difícil y aunque hay un pequeño número de padecimientos genéticamente determinados, la mayoría de los defectos congénitos son casi siempre el resultado de la acción combinada de factores genéticos y ambientales, aún en el caso de poderosos agentes teratógenos experimentales como los rayos X.
(4)

B.- Labio-Paladar hendido, Descripción y Modalidades.

El labio-Paladar hendido es una malformación congénita, que posee la misma incógnita, en cuanto a su origen, que las malformaciones congénitas en general tales como nos hemos referido anteriormente pues debido a que, los defectos del desarrollo de la cara y del paladar no se hallan ocultos en el organismo, ni cubiertos por la ropa, los defectos de la cara resultan los más familiares.

Las regiones más frecuentemente afectadas son: el labio superior, - la mandíbula y el paladar. El nombre de "labio Leporino", con que comúnmente se conoce al labio superior hendido, es por lo general impropio porque la hendidura característica del labio de una liebre o de un conejo se halla en la línea media y, excepto en los casos muy raros la hendidura anormal en el labio humano aparece a uno u otro lado de la línea media.

(fig I)

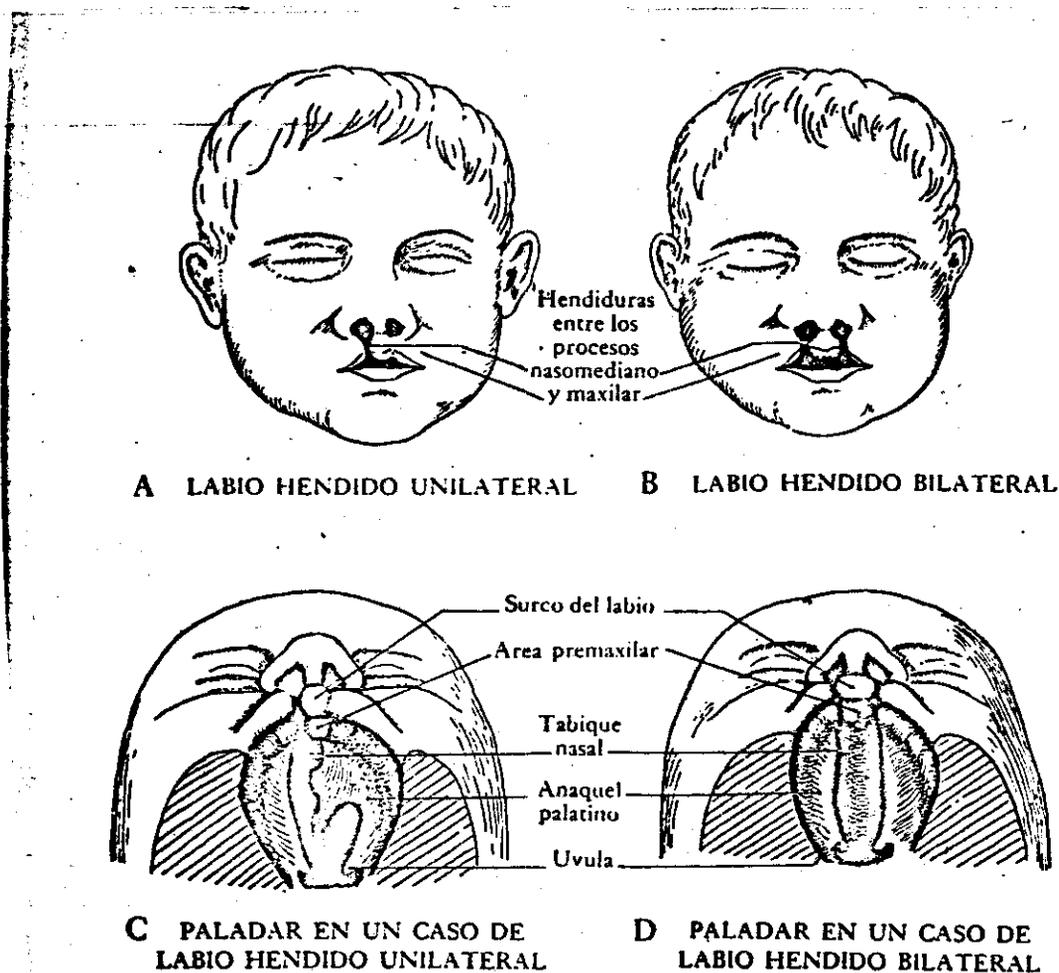


FIG I (Modificado según Corning)

Es evidente que tal defecto se localiza en la línea que, durante el segundo mes de desarrollo embrionario, la prolongación maxilar debería haberse unido a la prolongación nasomedial. (ver figura 2)

EMBRIOLOGÍA HUMANA

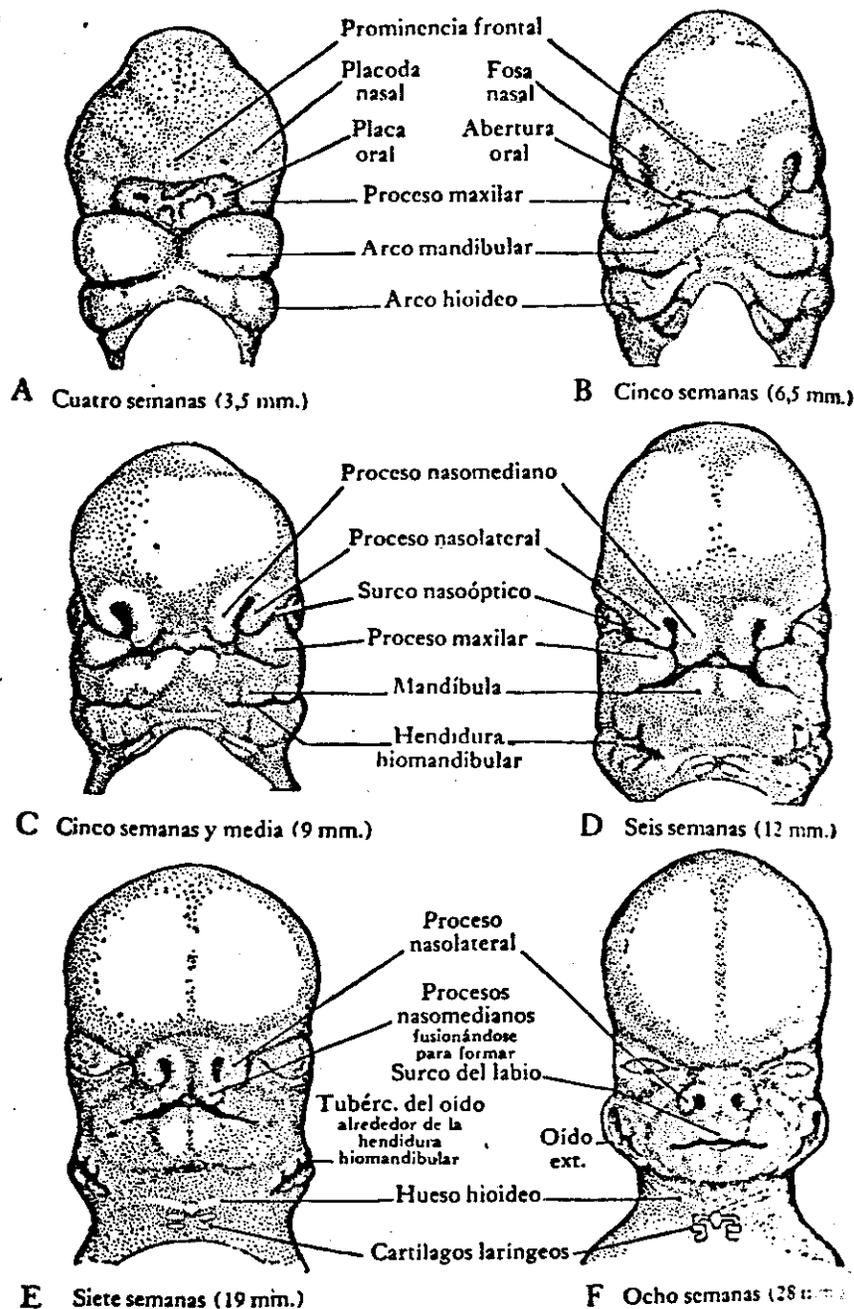


Figura 2.-Dibujos que muestran, en la superficie frontal, algunas de las etapas importantes en la formación de la cara. (según William-Patten, de Morris; Human Anatomy).

Al parecer, las causas que ocasionan tales defectos en la función pueden ser muy distintas en diferentes individuos, por eso es evidente que "deben conocerse todos los antecedentes familiares y médicos de un individuo para que sea posible la determinación de los factores etiológicos en cada caso particular"⁽⁵⁾

La malformación del labio hendido puede oscilar desde una pequeña muesca en los labios hasta una separación total que puede extenderse hasta el suelo de la nariz. La fisura puede ser unilateral (nasal) o bilateral, siendo sus anomalías asociadas a la presencia de dientes malformados, supernumerarios, o la ausencia de las mismas piezas dentales.

En cuanto al paladar hendido, las fisuras de éste pueden presentarse aisladas, se sitúan en la línea media, y que pueden afectar exclusivamente a la úvula o extenderse a través del paladar blando y llegar hasta los incisivos. Cuando se acompaña del labio hendido la fisura del paladar afecta en ocasiones, la línea media, extendiéndose en ocasiones por uno o ambos lados y exponiendo una o las dos cavidades nasales.

(fig I)

Sin embargo, lo que sí se puede asegurar es que estas fisuras del labio-paladar hendido se producen cuando el feto se encuentra en el período crítico, es decir en los primeros tres meses de su desarrollo.

Modalidades del labio-paladar hendido.

Un labio hendido puede ser unilateral o bilateral y puede o no estar acompañado de un paladar hendido. Generalmente, el defecto del labio es amplio lo que hace probable, que tanto el maxilar como el paladar, hayan sido afectados por la misma perturbación del desarrollo.

El defecto de la mandíbula y en la parte anterior del paladar se produce a lo largo de la línea de fusión (entre las prolongaciones nasomedial y maxilar) relacionada con el labio hendido. En la parte posterior la brecha ocupa la línea media, debido a que los tabiques palatinos laterales no se han unido entre sí.

CARA, MANDIBULAS Y DIENTES (Fig 3)

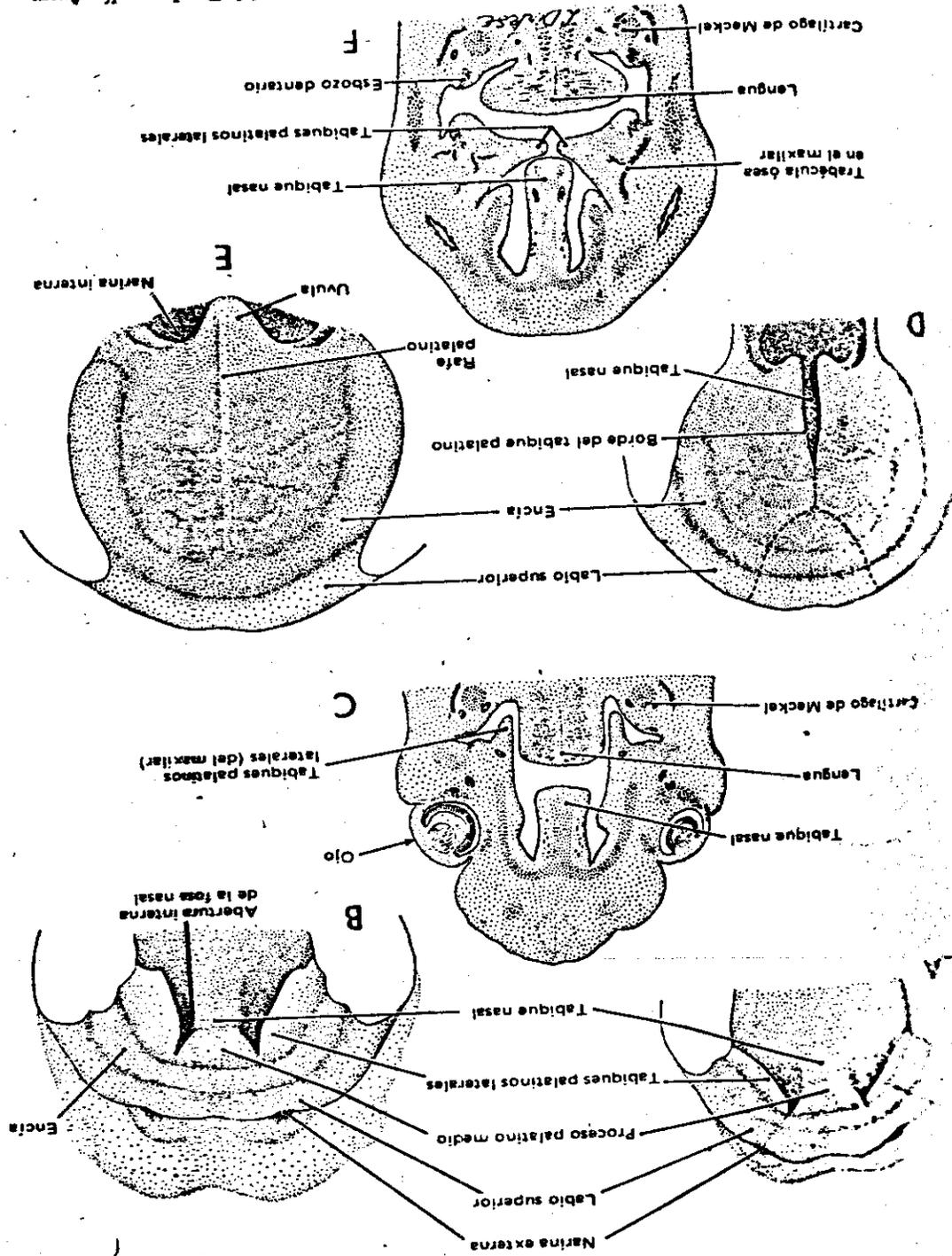
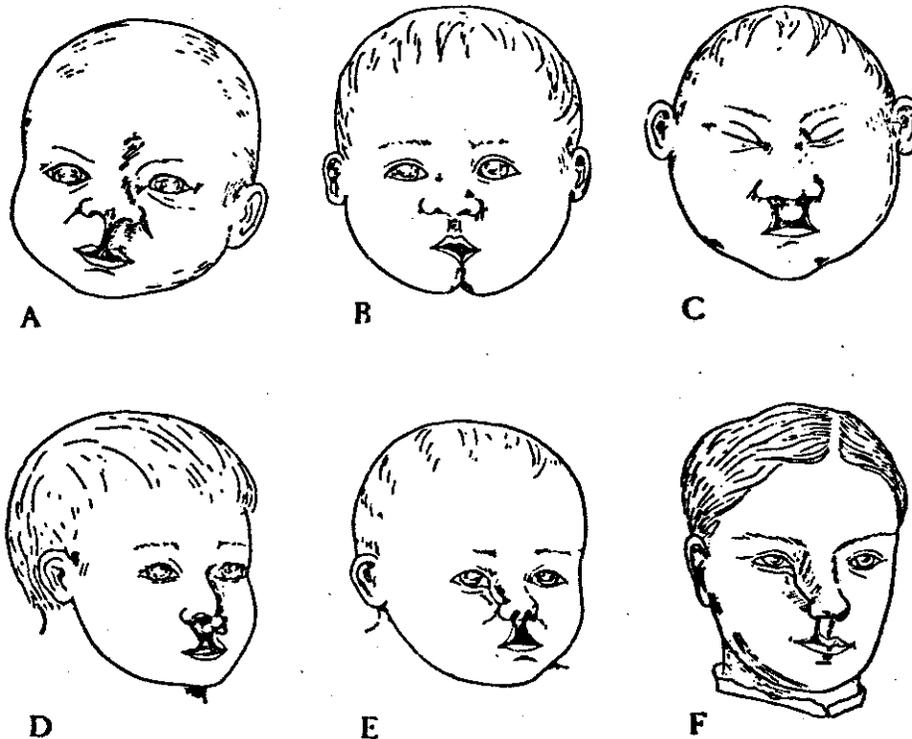


Fig. 3. Desarrollo del paladar. (Agradecemos la colaboración del Dr. James K. Avery para esta ilustración.) (A) Vista inferior del maxilar superior y del techo de la boca en embriones de poco más de 6 semanas (V-C 14-15 mm). (B) Vista similar en embriones aproximadamente de 7 semanas (V-C 19 a 21 mm). (C) Dibujo de un corte a través de la cabeza de un embrión de 7 semanas. Puede observarse que los tabiques palatinos, en esta etapa, se hallan separados por la lengua. (University of Michigan Collection, EH 358, V-C 19 mm.) (D) Paladar durante la 9ª semana. Los tabiques palatinos laterales han comenzado a fusionarse en la porción rostral y el proceso avanza hacia el esbozo doble de la uvula (línea media de trazo interrumpido). Las líneas laterales de trazo interrumpido indican las partes del maxilar superior, el labio y el paladar de origen nasomediano. (E) Paladar en el último trimestre de la gestación. (F) Corte de la cabeza de un embrión hacia el fin de la 8ª semana. La retracción de la lengua hacia abajo ha modificado las relaciones entre los tabiques palatinos. (Dibujo de EH 141)

Tales defectos dejan en comunicación abierta las cavidades -
eral y nasal y provocan una inequívoca gravedad en el tono de
la palabra emitida, además de la desfiguración facial..

Ocasionalmente, en casos de labio y paladar hendidos bilate -
rales, la porción premaxilar del maxilar superior, al hallarse to -
talmente desprendido de las prolongaciones maxilares, al ser lle -
vada hacia adelante por la nariz en crecimiento, de manera que queda
da totalmente "fuera de línea" con el resto del maxilar.
(fig I)

Aunque es extremadamente raro, a veces puede observarse hendi -
duras medianas en la mandíbula superior las cuales suelen ser -
(fig 4)
el resultado de una falla parcial o completa en el desarrollo de
la porción inter-maxilar de los procesos nasomediales. Así, los mar -
genes laterales del defecto están constituidos por los procesos -
maxilares más que por los procesos nasales mediales sin unir.



g) Datos Epidemiológicos.

Es difícil de estimar con exactitud la frecuencia global de las malformaciones congénitas, particularmente en México, pues es casi imposible llevar un control de los pacientes que tiene malformaciones congénitas (y en especial las del labio-paladar hendido) que asisten a los diferentes hospitales de la República.

Sin embargo, a partir de 1980 se están implementando programas de vigilancia epidemiológica, donde se lleva un registro de malformaciones congénitas con el propósito de conocer la frecuencia habitual en una población dada para cada una de las malformaciones, que por su incidencia y conspicuidad diagnóstica permita por un lado, una detección confiable de las mismas, y por otro lado un análisis estadístico de los datos.

Estos programas se están implementando por el departamento de Genética del Instituto de la Nutrición, quien primeramente inició el desarrollo del estudio del Registro y Vigilancia Epidemiológica de Malformaciones Congénitas Externas con la participación de diversas instituciones del D.F. y hospitales del interior del país.

"Por medio de estos programas se ha estimado que la incidencia de las malformaciones congénitas es aproximadamente de un día un 2% y, particularmente, en las malformaciones del labio-paladar hendido se observa con mayor frecuencia en el niño que en la niña, siendo su proporción de 1:600".

(6)
La incidencia entre los africanos es de 1:2500 mientras que entre los caucásicos es de 1:1000. Las regiones orientales presentan una frecuencia de 1. en 1000.

(8)

(9)

Quando la fisura es unilateral es más común su aparición al lado izquierdo

de izquierdo en el 0% de los casos.
(10)

La frecuencia del lado bilateral es acerca de un 85% de los casos y en un 0% de casos se presenta el labio asociado con la hendidura del paladar.
(11)

En este momento, en México se está realizando una campaña - para el tratamiento de los niños con labio-paladar hendido y es la Secretaría de Salubridad Y Asistencia a través del Hospital "Manuel Gea Gonzales" el que se está dedicando exclusivamente a resolver este problema, ya que ahí llegan todos los niños de diferentes lugares de la republica y de diferentes hospitales del D.F. para su tratamiento.

D) Tratamiento

Los problemas de tipo inmediato que presentan los lactantes con fisura palatina o labio hendido, son los concernientes a la alimentación y los referentes a evitar aspiraciones que pudieran originar alguna infección. La mayor parte de los lactantes pueden alimentarse en posición erecta, utilizando tetinas blandas y con aperturas ligeramente mayores que lo habitual, dando a veces, mejor resultado con un cuenta gotas medicinal o alimentación por sonda,

La intervención quirúrgica debe ser practicada por un cirujano plástico. La intervención para el labio-hendido suele llevarse a cabo al mes a los tres meses de edad, una vez que el niño haya ganado el peso satisfactoriamente y se encuentre libre de cualquier infección oral o respiratoria.

La técnica más corriente, es la que utiliza una sutura

La técnica más corriente es la que utiliza una sutura escalonada a fin de minimizar la muesca labial. Inmediatamente después de la operación, se coloca un alambre fijado en la mejilla a fin de liberar la tensión de la línea de sutura.

Esta reparación inicial puede realizarse hasta los cuatro o cinco años de edad. En la mayoría de los casos es mejor aplazar la cirugía de la nariz hasta la adolescencia. Los resultados estéticos dependen de la importancia de la deformidad inicial y de la habilidad del cirujano.

El momento en que debe procederse a la intervención de la fisura palatina debe adaptarse a cada caso en particular, ya que las hendiduras del paladar son extremadamente variables tanto en tamaño como en forma y grado de deformidad. A su vez, la decisión debe tener en cuenta criterios tales como: la anchura de la hendidura, la adecuación de las partes palatinas, así como, la función neuromuscular del paladar blando y partes faríngeas.

Las finalidades que se persiguen con la intervención quirúrgica son: la unión de partes palatinas, una fonación agradable e inteligible y la prevención de lesiones al maxilar en crecimiento. El momento óptimo para proceder al tratamiento quirúrgico palatino, varía desde los seis meses hasta los cinco años de edad, según la necesidad que haya de aprovecharse las variaciones palatinas que ocurren en el crecimiento.

Casi siempre la fisura palatina cruza el surco alveolar e interfiere con la formación de los dientes de la zona correspondiente en cuyo caso, las piezas deficitarias pueden suplirse con elementos de prótesis, a veces se hace necesario proceder a la correc

ción de las alteraciones de posición que sufren algunas piezas dentarias.

Lo mencionado a lo largo de este capítulo sería el tratamiento que la institución brinda a éstos pacientes, pero el otro lado son los padres de los niños que tiene este problema del labio-paladar hendido los que refortan los problemas, ya que este tratamiento es largo y contante por lo que los pacientes tienen que tomarlo muy en cuenta y no faltar a sus citas con los diferentes especialistas ya que no depende sólo de la intervención quirúrgica sino de la consulta a otros médicos que conforman el cuerpo de especialistas de la clinica de labio-paladar.

Es por eso necesario crear conciencia a los padres del problema que sufren así como del tratamiento que se les dará a sus hijos.

E) Aspectos Psicosociales de las Malformaciones Congénitas.

Al referirnos a los aspectos psicosociales del ser humano, nos debemos situar en el hecho de que el hombre es social por naturaleza propia, primeramente a la existencia de sociedad organizada e independiente del tipo que ésta sea.

La imposibilidad de obtener satisfactores a sus necesidades de manera individual induce al hombre a agruparse e interactuar con sus semejantes, siendo una consecuencia de esto la aparición de mecanismos de distribución social, que actúan como eje de integración de la sociedad.

De esta integración, se desprenden potencialidades que no habrían sido expresadas en individuos aislados. El sentido de ser par

te y de unión engendra seguridad, lo que favorece el éxito biológico y la prosperidad del grupo social en general.
(12)

La conceptualización psicosocial es relativa al aspecto funcional del ser humano dentro de su sociedad en su momento histórico determinada por factores biológicos y sociales, intrínsecos y extrínsecos, que actúan de manera conjunta sin seguir un patrón prefijado pero, que aseguran la participación regulada entre los miembros del grupo y la permanencia de la sociedad.
(13)

Por lo anterior considero a lo psicológico como una expresión funcional del hombre, es decir, a la conducta como una forma de manifestación de las interacciones biosociales, es sea, que el pensamiento, como una forma de expresión, está en relación a su capacidad biológica (inteligencia) y a su interacción social (experiencia).
(14)

En el párrafo anterior, se reconoce lo básico del problema, pues si bien podemos, en un sentido estricto desvincular el aspecto biológico del aspecto social de las malformaciones congénitas, creo que para un mayor entendimiento podríamos hacerlo en un sentido figurado, ya que podríamos asegurar que estos niños con malformaciones congénitas no demuestran un coeficiente intelectual deteriorado, siendo esto sostenido por Sattler y Mussen quienes dicen que "dado en desarrollo, su capacidad orgánica de aprendizaje y actuación se va modificando, y que por otro lado la historia de la cultura de un sujeto está íntimamente relacionada con su grado de desarrollo y con su capacidad de asimilación, las diferentes etapas de este crecimiento nos imponen ciertas obligaciones de responsabilidad".
(15)
En

En la sociedad de los adultos, esto son los encargados de mantener las estructuras y formar nuevos elementos que en el futuro ocupen su lugar. Cuando algún sujeto sufre alguna lesión o secuela que pueda producir limitaciones, sus posibilidades de integración grupal se ven reducidas, no sólo por la situación incapacitante sino por la incapacidad de continuar desarrollándose provocada por la exclusión social que le rodea.

Una forma de respuesta de la sociedad como la muestra esta problemática de invalidez, es la creación de instituciones o medios de cuidados, las cuales, por sus características propias pueden limitar al inválido en sus oportunidades de interactuar con un grupo de sujetos sin afección, segregándolos a solo relación con sujetos que presentan es mismo tipo de problemática y en muchos casos mayor.

Al "crecer inválido", la participación social se limita aún mas y su carga armamentaria de experiencias lo incapacitan para integrarse al grupo de adultos al negarse su participación con dicho rol.

Si el fin último del humano es participar plenamente en la sociedad de los adultos, la marginación de un sujeto producirá alteraciones en su funcionamiento social.

Así es que, a menor edad en que el hombre presenta la alteración menos oportunidades tendrá de desempeñar su rol de adulto adecuadamente, porque sus áreas de preparación social se verán muy restringidas, bajo esta circunstancia, el que padece defectos al nacimiento tiene un pronóstico menos favorable, y presentará mayores alteraciones en su integración a la comunidad.

Nuestra estructura social se encuentra fincada en la productividad y la limitante que presentan estos sujetos está íntimamente relacionada con dicho factor. Con la producción, que se expresa en diversos campos, podemos observar que si la lesión que tiene el sujeto no interfiere en la actividad ocupacional a la que se debe dedicar y las oportunidades de interactuar socialmente en su desarrollo han sido adecuadas, la limitante se minimizará; e inversamente proporcional será en el caso en que la alteración interfiera específicamente con su desarrollo laboral; es así que el sujeto que presenta problemas de dicción secundarios a una malformación del labio y paladar hendido no será menoscabado en su función social del adulto a desempeñar una actividad manual, pero sí podrá ser segregado cuando su ocupación se vincule con la relación verbal.

El enfoque más importante del manejo de una secuela es la prevención integral, tanto de la extensión de las áreas de limitación física como en las que los procedimientos resolutivos de la lesión no deben dejar de lado el uso adecuado de la nueva función; como también el restar importancia al tiempo que pueda padecer para cruzar las etapas de socialización de manera adecuada, lo que representará una limitación social y por ende un grado de invalidez más severo.

Por todo lo anterior es necesario que en las acciones de rehabilitación temprana con criterio de prevención de invalidez deben tener como objetivo, preparar al niño con problemas al nacimiento además de la atención de su lesión biológica, el brindarle las oportunidades de realizar las experiencias adecuadas de interacción social en las diferentes etapas de su largo desarrollo, lo cual re-

flejará en la disminución de la severidad de la invalidez.

Para finalizar es necesario señalar que los aspectos psicosociales de las malformaciones congénitas así como los problemas que de estas se desprendan, no han sido en México debidamente investigados a pesar de su gran importancia.

LA COMUNICACION

Para empezar este punto vale la pena definir a la comunicación de alguna forma para tener una "plataforma de despegue" en relación al término.

Ahora bien, empezaremos por decir que para la realización de cualquier actividad, cualquiera que esta sea, es necesario el elemento fundamental de la comunicación, podríamos decir entonces, que la comunicación es la acción y reacción ejercitada por un emisor y otro receptor, cuya forma de expresión puede ser: lingüística, acústica o simbólica, así por ejemplo, Flores de Gortari y Orozco Guitierrez nos dan una definición a partir del verbo y dice: "El verbo comunicar, proviene de la voz latina *communicare*" puesto o poner en común es su acepción más general comunicar, es la acción y efecto de hacer a otros participes de lo que uno tiene, discutir o manifestar o hacer saber a alguno cierta cosa, consultar conferir con otros un asunto tomando su parecer", el Wright señala al verbo comunicar como el proceso mediante el cual se transmiten significados de una persona a otra.

En general la mayoría de los criterios consideran que la comunicación es la transformación de la información, ideas, emociones y habilidades por medio de símbolos palabras, cuadros figuras y muchas otras formas que podríamos mencionar.

El concepto de comunicación se remota a muchos años atrás, así

venos que desde la antigua Grecia la existía la preocupación por ahondar en éste concepto, así, tenemos que los filósofos de aquella época señalaban la importancia de este aspecto; por ejemplo, -a para Aristóteles la comunicación puede resumirse en la persuasión de quien habla, de quien lo escucha y sobre todo de lo que se habla.

Sin embargo en contra del modelo Aristotelico nace el modelo de la Escolástica que tiene en su nucleo un estilo llamado Retorico "arte que enseña las reglas del bien decir, rebuscamiento, artificio u obscuridad en el lenguaje" en donde lo que importa es la forma y no el contenido. (18)

Descartes define: "con voluntad se elige, se afirma o se niega un juicio" sin embargo, para poder hacerlo este tiene que tener como principio claridad y distinción, y es precisamente su principio de la duda metódica, lo que hace que la comunicación para Descartes contenga las características de claridad y distinción que plasma en la geometría por medio del método cartesiano. (19)

Tambien nos hemos encontrado evidencias de que para los positivistas la comunicación es una posibilidad coherente, útil y con un caracter claramente pragmático, ya que, está corriente marca como característica principal el rechazo de toda realidad que no sean los hechos" y las relaciones entre los hechos.

Ahora bien una vez esbozados algunos modelos de comunicación ahondemos en el modelo de Berlo para satisfacer los propósitos de esta investigación, ya que éste utiliza la comunicación como un modelo que descubre la conducta individual de las personas que intervienen en éste proceso, explicando a su vez el funcionamiento

de la red de comunicaciones en tanto su ámbito de aplicación; Berlo utiliza para ello un lenguaje propio, el cual determina los distintos procesos por los que pasa la acción comunicativa.

Para Berlo, existen los siguientes procesos básicos para que exista un verdadero modelo de comunicación;

- a.-La fuente
- b.-El encodificador
- c.-El descodificador
- d.-El mensaje
- e.-El canal
- f.-El receptor

La fuente.-es el punto de partida de la emisión sensible, en cuanto a su fidelidad, a factores como las habilidades comunicativas, sus conocimientos específicos, actitudes y su posición socio-cultural.

El encodificador.-es la traducción del lenguaje en una clave para obtener la respuesta esperada.

El mensaje.-es el producto físico, verdadero del emisor de la comunicación y deben considerarse como elementos que comprenden su estructura: un código, un contenido y un tratamiento del mensaje.

El descodificador.-supone las habilidades de hablar y de escribir.

El canal.-el cual es el medio de transporte de la comunicación como sería; la vista, el oído, el tacto y el olfato.

El receptor.-que en un momento actúa como tal, y en otras ocasiones también es fuente encodificador, y son aplicables al caso, las

observaciones apuntadas para este elemento.

Hay que observar que la decodificación de alguna manera resulta determinada por las actividades que el receptor decodificador guarda para sí mismo hacia la fuente, y también el resultado debido al nivel de conocimiento del código, en el receptor de eslabon, un interesante del proceso, hace que la fidelidad de la comunicación descaese en una buena parte, en la relación entre los niveles de la habilidad de la fuente, como del receptor en cada caso particular.

Ahora trataremos de ejemplificar lo anterior por una gráfica, donde veremos en forma explicativa el modelo de Barlo.

<u>FUENTE</u>	<u>MENSAJE</u>	<u>CANAL</u>	<u>RECEPTOR</u>
ENCODIFICADOR TECNICAS DE COMUNICACION	CONTENIDO CODIGO	VIA ALGO	DESCODIFICADOR TECNICAS DE COMUNICACION
NIVEL DE CONOCIMIENTO	ELEMENTOS ESTRUCTURA	TACTO OLEATO	NIVEL DE CONOCIMIENTO

Ahora bien, vemos que cualquiera que fuese el modelo tomada - para esta investigación, vemos que hay elementos que influyen - directamente e indirectamente en los receptores; que las característi- cas del emisor que son efectivas en algunos casos no lo son en otros, ya que las condiciones en cada situación varían en el tien- po y en la cultura donde se dan. Los atributos personales que son considerados como "positivos" en una cultura puede que no lo sean así en otras. Sin embargo, podríamos mencionar un criterio transcultu- ral en lo que se refiere a: la afectividad, al poder y a la cre- dibilidad de la fuente.

(20)

Al hablar de la afectividad vemos que los elementos que aquí - influyen serían, la admiración y la estimación de la fuente cuya conducta se considera un parámetro a seguir, el hecho mismo de ac- tuar como ella o de recibir su aprobación hara que se acepten sus opiniones, esto sucede de igual manera con la experiencia y sin- ceridad de la fuente.

En cuanto al poder o status de la fuente vemos que si esta - tiene maneras atractivas de dominio en el arte de la oratoria de tal manera que pueda mantener la atención de su público, es, pro- bable que se incremente la buena disposición hacia la aceptación de una nueva opinión.

(21)

El que la fuente sea percibida con poder depende de ciertas -a características por ejemplo: la edad, el hecho de que sea un líder y su similitud con la audiencia.

Generalmente se ha percibido, en personas de mas edad una ma- yor experiencia, en el caso del líder la capacidad para la pre- dicción de reacciones sociales y en el hecho de que se compartan

valores, necesidades, intereses y posición social, hace suponer - que se comparten también formas de pensar y puntos de vista; pero todavía hay un punto más y es el hecho de que al comunicador este acerca del tópico que sostiene en términos de su actividad profesional asegura en cierta forma, que hay validez en sus conclusiones.

(22)

Respecto a la credibilidad de la fuente Hovland y colaboradores al hablar sobre esto indican que a través de la experiencia adquirida para aceptar o rechazar influencias sociales cada individuo se hace una serie de expectativas sobre la validez de la fuente de información y aprende que al seguir las sugerencias de alguna de ellas, a la larga resulta muy compensatorio, lo cual no resulta con otros". Así vemos que al hablar de "credibilidad" de la fuente nos enfrentamos a dos problemas: el primero a la manera en que el contenido y la presentación son percibidos y evaluados; y el segundo al grado en que las creencias, opiniones y actitudes cambian.

(23)

El que una fuente sea percibida como digna de crédito implica a. - que la fuente sea percibida como digna de crédito al dejar traslucir un grado aceptable de conocimiento y experiencia en la materia.

b. - que la fuente aparezca como digna de confianza en el sentido de que no pretenda manipular al receptor en función de intereses no claros y extraños al mismo tiempo de dar el mensaje.

En resumen el que la fuente sea digna de confianza depende, básicamente de las intenciones que se perciban de ella. La confianza depositada disminuirá cuando sea percibida como una fuente que

tiene algo que ganar convenciendo a los demás.

Como conclusión al respecto, se sostiene que una fuente que reúna todos los atributos antes mencionados como son; afectividad poder y credibilidad tendrá una mayor posibilidad de poder brindar un cambio de opinión en la audiencia, por medio de sus argumentaciones. En el caso de una fuente de "baja credibilidad" la atención y comprensión hacia el contenido puede mermar la posibilidad del cambio por lo que al proceso de aprendizaje de la nueva opinión pueda no llevarse a cabo en forma completa, pudiéndose esperar entonces que el receptor no se apege a la opinión recomendada.

Sin embargo las evidencias experimentales hacen que algunos autores consideren esta relación como proceso significativo y tiendan a dar una mayor importancia al hecho de que la actitud negativa adoptada hacia una fuente percibida por la audiencia como de baja credibilidad el individuo se motiva aceptando conclusiones que considera ciertas, útiles en cuanto a su aplicación a futuras experiencias, estas anticipaciones se incrementan cuando la información es brindada por personas consideradas como informadas y deseosas de expresar su verdadero sentir.

Con lo anterior hemos cubierto a grandes rasgos el aspecto teórico de lo que es nuestra investigación, ahora pasaremos a analizar los resultados prácticos de la misma.

CAPITULO II

LA INVESTIGACION

PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

El problema al que nos hemos referido a lo largo de este trabajo, es principalmente, el de escoger de alguna manera el método más efectivo en la transmisión de cierta información relevante acerca del labio-paladar hendido, es por eso que nuestro problema lo hemos delimitado de la siguiente manera:

¿Cuál es el canal más efectivo en la transmisión de la información acerca del origen, epidemiología y tratamiento de los niños con problemas de labio-paladar hendido ?

HIPOTESIS DE TRABAJO

La cantidad y la calidad de la información recibida varía dependiendo del canal (información dada por los médicos residentes y la dada por medio de video-tape) de comunicación empleado.

HIPOTESIS NULA

No existen diferencias significativas entre la cantidad de la información que posean dos grupos de personas expuestas a diferentes canales (información dada por los médicos residentes y la dada por medio del video-tape) de comunicación empleado.

HIPOTESIS ALTERNATIVA

Existen diferencias significativas entre la cantidad de la información que poseen dos grupos de personas expuestas a diferentes canales (información dada por médicos residentes y la dada por medio del video-tape) de comunicación empleado.

HIPOTESIS NULA

No existen diferencias significativas entre la calidad de la información que poseen dos grupos de personas expuestas a diferentes canales (información dada por médicos residentes y la dada por medio del video-tape) de comunicación empleado.

HIPOTESIS ALTERNATIVA

Existen diferencias significativas entre la calidad de la información que poseen dos grupos de personas expuestas a diferentes canales (información dada por los médicos residentes y la dada por medio del video-tape) de comunicación empleado.

IMPORTANCIA Y LIMITACIONES

IMPORTANCIA

- 1.- Brindar en lo posible una información masiva (como la del video-tape) con el fin de brindar una información con una mayor cantidad y calidad de información con respecto al problema del labio-paladar hendido.
- 2.- Lo anterior ahorraria tiempo y dinero tanto para el médico como para el paciente.
- 3.- Evaluar hasta cierto punto la ineficiencia de la relación médico-paciente, la cual no contempla como meta final la información completa al paciente.
- 4.- Sirve para evaluar la información brindada por un médico residente y la dada por un especialista (valoración a nivel médico)
- 5.- Evaluar en lo posible el que una información estandarizada como la del video-tape cubra toda la información requerida por el paciente.

LIMITACIONES

- 1.- La poca Bibliografía existente sobre este tema.
- 2.- El poco tiempo en que se llevo a cabo nuestra investigación
- 3.- El no poder hacer una selección estadísticamente rígida como se debiera, ya que no sabemos el número exacto de pacientes que llegaran al día en que se designan los dos grupos de información.
- 4.- Esta investigación solo considero al emisor (características), no estudiando al receptor ni al mensaje en sí.
- 5.- La salida imprevista de los pacientes (ya que la mayoría son del estado de México) en el transcurso de la investigación.
- 6.- La poca cooperación y falta de organizativa de los médicos residentes para con este trabajo.

A) Sujetos

Esta investigación se llevo a cabo en un hospital que depende de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ubicado en la zona sur del D.F.

A él, asisten personas de bajo nivel socio-económico existiendo aquí todos los servicios médicos; este hospital posee también un servicio especial de la clínica de labio-paladar en donde llegan todos los niños de la zona metropolitana y semiurbana que tienen este problema.

El costo de cualquiera de las consultas de ese hospital es de \$20.00, y el de las operaciones tratamientos depende del estudio socio-económico realizado por las trabajadoras sociales, del resultado obtenido se clasifica a la gente en seis grupos donde varían desde la exención del pago hasta las cuotas de recuperación al hospital que pueden ser hasta de \$1 800.00.

Las características generales de los sujetos de la muestra fueron las siguientes: el 100% de los tutores fueron del sexo femenino, con una edad promedio de 28 años, la mayoría provenientes de los diferentes estados de la república que llegan a éste hospital referidos principalmente de los hospitales de asistencia popular (IMAN, BIF) .

En cuanto a su educación que el 43.3% es alfabeto, el 30% es analfabeto y el 26.6% es lo que hemos llamado alfabeto funcional, es decir, aquella persona que sabe leer o escribir sin haber asistido a la escuela.

Finalmente con respecto a su ingreso, vemos que al 66.6% de la muestra tiene un ingreso entre \$3 000.00 y \$5 000.00, mientras que un 33.4% percibe un salario inferior a los \$3 000.00.

B) Método de obtención de datos.

1.- Instrumento. Este consistió en un cuestionario, que engloba en su principio preguntas básicas socio-demográficas tales como escolaridad, lugar de nacimiento etc.

La segunda parte se divide a su vez en tres áreas; la primera se refiere a la etiología del problema del labio-paladar hendido, la segunda al conocimiento de los problemas asociados con esta malformación, y en una última área encontramos las preguntas RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO A SEGUIR.

El cuestionario tenía un total de 29 preguntas de las cuales 11 fueron cerradas y 12 abiertas, todas estas reportadas en las tres áreas de estudio (ver anexo).

2.- Características de las fuentes de información.- La información que recibían estos pacientes antes de aplicarles el cuestionario era dada por dos medios: el primero era el proporcionado por los médicos residentes del área de cirugía plástica, el segundo era la proporcionada por un video-tape (ver anexo) hecho por el di

rector del hospital.

El grupo de los residentes (médicos) desconocía al fin de esta investigación, mientras que el director lo conocía perfectamente.

II) PROCEDIMIENTO.

Los sujetos requeridos para esta investigación tenían que cumplir como requisito indispensable el asistir al hospital por primera vez, es decir, si haber pasado antes por otro servicio a sítica. Al llegar con su tarjeta de control de control al área de sigla plástica se les informaba que tenían que pasar con el médico en turno para que se les hiciera la ficha de identificación y les diera la información sobre el labio-paladar hendido, esto se hizo con los pacientes que llegaban con una numeración en su expediente impar 1,3,5 y así sucesivamente hasta llegar al número 29 y a los pacientes con los números pares hasta el número 30, se les dijo que tenían que pasar primeramente a ver el video-tape sobre el problema del niño.

A ninguno de los dos grupos se les aviso que posteriormente de pasar unos con el médico residente y otros para ver el video-tape se les iba a hacer ciertas preguntas relacionadas con ese tema.

El grupo de residentes* iba pasando con el médico en una forma individual, así como de la misma forma iba pasando para que se le aplicara el cuestionario.

*Al refernos a residentes estamos hablando de la muestra de pacientes que recibió información de ellos.

Mientras que el grupo de video-tapes* iban pasando los pacientes de tres en tres para ver el video y posteriormente de uno en uno para la aplicación del cuestionario.

D

D) PROCEDIMIENTO DEL ANALISIS DE LOS DATOS.

En función de las diferentes respuestas que la gente daba debía de abrir las categorías de las preguntas abiertas e ir colocando ahí las respuestas.

Las preguntas cerradas se manejaban en categorías fijas por ejemplo en la pregunta ¿Sabe si el origen del problema es hereditario? solo podían escoger entre si y no; mientras que en las preguntas abiertas como la de ¿Además del cirujano plástico que otros especialistas va a tener que ver relacionados con este problema? se iban abriendo las categorías de acuerdo a las múltiples respuestas dadas por los padres de los niños de labio-paladar hendido.

Como el cuestionario estuvo dividido en tres áreas; la del origen, la del problema asociados y la del tratamiento, existían también varios rubros para englobar las respuestas, así por ejemplo: si se contestaba que el origen del problema era por la aparición de un eclipse en el período del embarazo, o si, el problema se debía a un mal de ojo, este tipo de respuestas, se encontraban tabuladas bajo el rubro de pensamiento magico-religioso.

En cuanto a la estadística aplicada en el análisis de los datos, fue tomado un diseño para dos grupos independientes, ya que asignamos al azar ambos tratamientos a miembros de cierta muestra

*Al referirnos a video-tape estamos hablando de la muestra de pacientes que recibió información de esta manera.

de orígenes arbitrarios, utilizando tanto la prueba de Fisher, -
 como la prueba de X^2 , la primera prueba es una técnica ^{no} paramé-
 trica para analizar datos (nominales u ordinales) cuando las -
 dos muestras independientes son pequeñas, la fórmula empleada fue;

$$P = \frac{(A+B)!(C+D)!(A+D)!(B+C)!}{N!A!B!C!D!}$$

donde A B C D son las frecuencias de cada una de las celdillas
 mientras que la X^2 , es una prueba igual a la anterior, ya que mide
 también diferencias entre dos grupos independientes, a diferencia
 que ésta requiere que las frecuencias de cada celdilla no sean -
 demasiado pequeñas, su fórmula es;

$$X^2 = \sum \left(\frac{O - E}{E} \right)^2$$

donde O son las frecuencias observadas,

E son las frecuencias esperadas

es la sumatoria total.

Ambas formuladas fueron tomadas del libro de Siegel S. "Diseño
 experimental no paramétrico."

CAPITULO III
ANALISIS DE RESULTADOS

Por un mayor entendimiento de éstos resultados, recordaremos - que el cuestionario fue dividido para su analisis en tres apartados: el área sobre el origen del problema del labio paladar-hendido, el relacionado con los problemas relacionado con éste y, finalmente el área dedicada al tratamiento del problema. Una vez abordado el tema comenzaremos por el analisis de los resultados.

Etiologia.

Cuadro I

Origen del factor hereditario del labio-paladar hendido.

	HEREDITARIO	NO HEREDITARIO	TOTAL
GRUPO DE RESIDENTES*	6	9	15
GRUPO DE VIDEO-TAPE**	5	10	15
TOTAL	11	19	30

$P < .025$

Las diferencias entre el grupo de video-tape no son significativas.

* Grupo de personas que pasaron con los médicos residentes a la información
 ** Grupo de personas que paso al video-tape para recibir la información

ativas ($p \geq .025$) ya que el origen del labio-paladar hendido puede verse presente el factor hereditario claro mientras que en otros casos no.

Cuadro 2

Porcentaje de los problemas reportados en relación con el labio-paladar hendido.

Tipo de Problema	Grupo de Residentes*	Grupo de video-tape*
Lenguaje	46.6%	93.3%
Dentición	46.6%	100%
Prob. de alimentación	40 %	53.3%
De inteligencia	26.6%	0
Audición	6.6 %	13.3%
Prob. de relación	53.3%	6.6%
De apariencia	66.6%	23 %

Observando el cuadro anterior, podemos inferir que: al grupo del video-tape* le interesa más los problemas orgánicos como dentición, lenguaje y alimentación, mientras que al grupo de los residentes* les interesa más los aspectos físicos como son el de apariencia, el de relación y el de lenguaje.

Se puede concluir que el grupo de video-tape* entendió la información dada, ya que en ésta se decía que el problema físico o de apariencia no era tan importante, pues este quedaba totalmente recuperado con las pperaciones, y no así el problema del lenguaje y dentición, ya que, para esto es necesario todo un tratamiento especial.

Sin embargo, el grupo de residentes* recibió más importancia al problema de como "se verían" no dando la importancia como se

debiera a los problemas más grandes como son: lenguaje, dentición y alimentación, pues inferimos que éstos puntos no fueron abordados por los médicos residentes.

Tratamiento

Cuadro 3

Necesidad para corregir el paladar.

	Video-tape* n=15		Residentes* n=15		Total	
	F	%	F	%	F	%
Correctas	13	86	5	33	18	60
Incorrectas	2	13	3	20	5	16
sin contestar	0	0	7	46	7	23
Total	15		15		30	

$$\chi^2=10.74$$

$$gI=1$$

$$p \leq .01$$

Existe diferencia significativa entre los grupos ($p \leq .01$) en relación a la necesidad de corregir el paladar, se ve que el grupo de video-tape* responde en un 86% correctamente mientras que el grupo de residentes* solo un 33% lo hace.

Cuadro 4

Necesidad de corregir la nariz

	V.T.*		Residentes*		Total	
	F	%	F	%	F	%
Correctas	12	80	7	46	19	63
Incorrectas	3	20	8	53	11	36
Totales	15		15		30	
	$\chi^2=3.56$		gl=1		$p > .05$	

No existen diferencias significativas entre los grupos ($p > .05$) en relación a la necesidad de la corrección de la nariz ya que el 80% del grupo de Video-tape* y el 46% del grupo de residentes contestaron afirmativamente.

Cuadro 5

Necesidad de ayuda en el lenguaje.

	V.T.*		Residentes		Total	
	F	%	F	%	F	%
Correctos	13	86	5	33	18	60
Incorrectos	2	13	10	66	12	40
Total	15		15		30	
	$\chi^2=8.66$		gl=1		$p \leq .01$	

Existe una diferencia significativa entre los grupos ($p \leq .01$) en relación a la necesidad de ayuda en el lenguaje; Siendo un 86% los del video-tape que contestaron correctamente y un 33% del grupo de residentes* los que lo hicieron.

CUADRO 6

Necesidad de consultar con otros especialistas.

	V.T.*		RESIDENTES*		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Correctas	12	100	9	60	21	70
Incorrectas	3		6	40	9	30
Total	15		15		30	

$\chi^2=3$ $gl=1$ $p > .25$

No existe diferencia significativa entre los grupos ($p > .025$). El grupo de video-tape* contesta en 100% que es necesario recurrir a otros especialistas mientras que un 60% del grupo de residentes* contestaron directamente y, esto se pudo haber dado porque los pacientes tiene apuntado, en sus carnets a los medicos que va a tener que, ir a ver. Esto significa que aunque los medicos residentes no les hayan dado esa informacion, ellos al leer sus citas ya lo sabian.

Quadro 7

Operaciones necesarias para corregir el labio-paladar hendido.

	V.T.*		Residentes		Total	
	F	%	F	%	F	%
Correctas	8	86	8	20	16	53
Incorrectas	7	13	7	80	14	47
Total	15		15		30	

$$\chi^2=13.38$$

$$gl=1$$

$$p \leq .0005$$

Existe diferencia significativa entre los grupos ($p \leq .0005$) con relación al conocimiento del Número de operaciones necesarias para corregir el labio-paladar hendido. Se puede observar que el grupo de video-tape* da una frecuencia de un 86% de respuestas - correctas mientras que el grupo de residentes* solo un 20% contestó afirmativamente, por lo tanto se deduce que el video-tape lo que la gente captara este punto.

Como conclusión sobre éste capítulo diremos, que, existe una diferencia significativa entre el grupo de residentes* y el grupo de video-tape* y éste último aumento las posibilidades de conocimiento adquiridas mediante este canal de comunicación.

CONCLUSIONES.

Debido al desarrollo del presente, es fácil concluir que la calidad y la cantidad de la información proporcionada por los médicos residentes, en comparación con la realizada por el video-tape, es deficiente, debido a múltiples razones tales como; ineficiencia en la relación médico-paciente, razones de tipo temporal (no tienen el tiempo adecuado) desigualdad en informaciones dadas - por distintos médicos que generan confusión para los pacientes, etc.

Por otro lado se comprueban las distintas cualidades del video-tepecuanto a este ha sido elaborado por una persona altamente capacitada; lo anterior garantiza que cubrira las necesidades que le dieron origen.

RECOMENDACIONES.

- 1.- Esta investigación se limitó a estudiar las características de la fuente, descartando las propias del receptor y del mensaje en sí,
- 2.- Crear de alguna manera una motivación o interés por el conocimiento del problema para los tutores de los niños con el problema del labio-paladar hendido.
- 3.- Esta investigación necesita de un lapso de tiempo mayor, para poder profundizar en la elaboración del cuestionario y así elaborar una mejor y mayor información.
- 4.- Integrar un buen equipo de trabajo, ya que es necesario que los pacientes de primera vez se valoren antes de pasar con los respectivos especialistas (trabajo organizado).
- 5.- Un estudio más a fondo para evaluar la necesidad y carencias que los tutores tienen de recibir dicha información.

REFERENCIAS.

- 1.- Morrison J.E. "Aetiology of Congenital Abnormalities" New York 1955 pag 14.
- 2.- Worcester, J; Shelton S. "Congenital malformed infants associated gestational characteristics II parental factors" - Pediatrics, 6:208, 1950.
- 3.- Glastones, S. "The development of tooth germs in vitro" Anat, 0:260, 1955.
- 4.- Grupo de estudios del nacimiento A.C. "Los defectos al nacimiento como problema de salud pública en Mexico" Ed por O Clates 1955 pag 5 revista.
- 5.- Workany, J. "Etiology of congenital abnormalities" 14:1, 1945
- 6.- Idem revista pag 8.
- 7.- Atenus, L.A. "The incidence of cleft lip and palate among - North African Negroes, Cleft palate" 351-361, 1966.
- 8.- Stewart, J et al "Submucous cleft palate .Birth Defects" 646 66, 1966.
- 9.- Metrakos J.D. et al "Cleft of the lip and palate in twins" Plast Reconstr. Surg 22:109-122, 1958.
- 10.- Chung, C.E. "Racial and Prenatal Factors in major Congenital malformations" Am, Hum Genet 20:44-60, 1968.

- 11.- Curtis E. et al "Congenital cleft lip and palate" Am. Dis Child. 10 ;853-85 ,a961.
- 12.- Dulos, R. "El hombre en adaptación" Ed, F.C.E. 1ª edición Pag 48 19 5.
- 13.- Laborit, H. "Del sol al Hombre" Ed. Labor Barcelona pag 34 19 6.
- 14.- Merton, R.K. "Teoría y estructuras sociales" F.C.E. pag 68 1964.
- 15.- Aguilera, D.C. "Control de los conflictos emocionales" Ed. Interamericana pag 32 1966.
- 16 De Gortari Flores S, Orozco Guierrez E "Hacia una comunicación administrativa integral" pag 8
- 17.- Revista Preuves, paris, julio 1965 pags 1255.
- 18.- Autores varios "Salvat Enciclopedia" Escolastica pag 1231
- 19.- Ob cont "Descartes" pag 1033.
- 20.- Salsman, H. "¿Que? es la filosofía?" colección Opag 28.
- 21.- Ídem De Gortari pag 22.
- 22.- Davis R.M. "Técnicas de medición de actitudes" Ed. Limusa-Mexico 19 5 pag 29.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Ajuirriguerra, J: Manual de psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson 4ª edición España 19 .
- 2.- Aranguren, J: La Comunicación Humana. Ed. Biblioteca para el - Hombre Actual. 2ª edición Madrid, 1969.
- 3.- Barnouw, E: Mass Communication. Editor Center of Mass Communica- tion New York, 1980.
- 4.- Berlo, D. El Proceso de la Comunicación. Ed. El Ateneo. 5ª edi- ción Buenos Aires.
- 5.- Campell D. y Staneley J. Diseños Esperiemntales y Cuasies- perimentales en la investigación social. Ed Amorrortu. Bue- nos Aires.
- 6.- Colin R: Experiment, Design and statistics in psychology" - First published, Ontario Canada 19 3.
- 7.- De la Torre, J: Enfermedades del recién nacido. Ed La Prensa Médica Mexicana, 2ª edición Mexico 1980.
- 8.- Downie, N.M. y Heath, R.W: Métodos estadísticos aplicados. - Ed. Harla 19 3.
- 9.- English H.B: Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Ed. Paidós 19 8.
- 10.- Frenal, J y Fringred J: Genética enfermedades Hereditarias -

DEL Metabolismo Ebríopático. Patología Médica 19 0.

- II.- Garlin, R. and Pimberg, J: Syndromes of the head and neck.
Mc. Graw-hill Book Company a Blakeston Publication. Second
edition.
- 12.- Goodman, R. M: Transtornos Genéticos. Salvat Editores 19 4.
- 13.- Guirand, P: La Semiología. Ed. XXI.
- 14.- Hollander E: Principios y Métodos de Psicología social. Ed.
Amorrortu, Buenos Aires, 19 6.
- 15.- Klapper, T. J: Efectos de la Comunicación de Masa Ed Aguilar.
- 16.- Nelson y Vaughan: Tratado de pediatría. Tomo II Ed. Salvat.
- 17.- Malberg, B: Teoría de los Signos. Ed. Siglo XXI, 19 0.
- 18.- Patten B. Embriología Humana. Ed. El Ateneo. Ed. 5ª Buenos -
Aires. 19 6.
- 19.- Porot, A: Diccionario de Psiquiatría. Ed. Labor España 19 8.
- 20.- Siegel S. Diseño experimental no paramétrico. Biblioteca -
Técnica de psicología. Ed. Trillas 19 0.
- 21.- Thiens G.: Diccionario y cambios de actitudes. Ed. Toray, Bar-
celona 19 4.
- 22.- Vanoye, F: Expression et Communication Ed. Troisième Librairie Ar -
naud Clin, Paris, 19 3.

ANEXO

LABIO_PALADAR.

Nombre.

Edad del paciente

Edad de los padres

Lugar de nacimiento

Como llego al hospital

Escolaridad

Nivel socioeconomico

I.- ETIOLOGIA.

I.-Sabe si es hereditario.

— si no

2.- Que problemas va a tener su hijo relacionado con esta enfermedad.

II.- PROBLEMAS.

I.-Sabe usted si va a tener problemas para hablar?

si no

2.-A que cree que se deba que no vaya a hablar bien?

3.-Sabe si va a tener problemas con sus dientes?

si no

4.-Que tipos de problemas?

5.-Sabe si su hijo va a necesitar aparato dental?

si no

6.-Sabe si su hijo va a tener problemas del oido?

si no

7.-Sabe usted porque son estos problemas?

8.-Tiene problemas para comer?

si

no

9.-Le dieron informacion para alimentar a su hijo?

si

no

10.-Cree que la enfermedad tenga relacion con la inteligencia?

si

no

11.-De los siguientes problemas mencione usted en orden de importancia.

dentales() forma de hablar() dificultad para comer()

apariencia() problemas para relacionarse con los demas()

angustia() tristeza() rendimiento escolar().

12.-De los /problemas anteriores cual cree que es mas dificil de corregir?

III.- ESTUDIOS.

1.-Ademas del cirujano plastico, que otros especialistas va a tener que ver relacionado a este problema?

2.-Que exámenes conoce va a necesitar?

IV.- TRATAMIENTO.

1.-En cuanto al problema del habla, sabe si hay manera de corregir esto,

si

no

2.-Como puede ayudar al respecto a su hijo?

3.-Sabe si necesita clases especiales para hablar?

si

no

4.-Con respecto a los dientes, sabe si hay especialistas para que atiendan el problema de estos pacientes?

si

no

5.-Cree que va a poder pagar de su salario el tratamiento?

si

no

6.-Cuántas operaciones necesitara su hijo?

7.-Cuál operacion va a realizarse primero?

8.-Necesita otro tratamiento ademas de la cirugia?

si

no

9.-A que edad cree que vaya a terminar el tratamineto?

10.-Necesita corregirse la nariz.

si

no

11.-Para que necesita curar el paladar?

12.-Que tipo de anestesia se va a usar?

general

local

13.-Cree que el tratamiento pone en peligro la, salud o la vida de su hijo?

si

no

VIDEO-TAPE

Yo soy el Dr. Fernando Ortiz Monasterio Jefe de la División de Cirugía Plástica del Hospital y quiero dirigirme a ustedes que son los papás de los niños que han nacido con deformidades del labio y del paladar -- que tienen aberturas que comunican la boca con la nariz, debo informarles que aunque no estoy en contacto directamente con ustedes cada vez que vienen al Hospital yo personalmente estoy pendiente de la conducción del tratamiento de cada uno de sus niños, de su niño -- en particular, me interesa informarles que en la Clínica trabajamos para la atención de su niño varios especialistas en cirugía, en pediatría, en problemas de oídos, del lenguaje, de psicología, de dental, etc., todos nosotros dedicados a obtener el mejor resultado posible, ustedes en su preocupación se habrán preguntado porqué mi niño tiene estas deformidades, qué es lo que produce estas lesiones con las cuales nacen los niños, esto es un padecimiento muy antiguo siempre ha existido y uno de cada 800 niños que nacen en el mundo tiene una apertura de labio o una apertura del paladar o la combinación de las dos cosas, sabemos por lo tanto que podemos tratarlos y rehabilitarlos; el factor de herencia se ve claro en algunos casos en otros no se puede encontrar el factor de herencia y creemos que algunas enfermedades que no sabemos cuales, pueden afectar a la madre los dos primeros meses del embarazo y dar lu-

gar a este tipo de deformidades, pero si quiero ser muy claro cuando les digo a ustedes que las fisuras del labio y del paladar no tienen nada que ver con las enfermedades de la sangre, no guarda ninguna relación con las costumbres o la vida que puedan haber llevado los padres, sabemos también que los eclipses del sol y de la luna no tienen absolutamente nada que ver con estas lesiones con que los niños nacen, con esta deformidad de nacimiento son de la boca en lo que respecta a su aspecto y de la nariz, segundo del paladar que pueden tener relación pequeña con la comida en la alimentación pero muy importante con el lenguaje y problemas con el oído que deben ser atendidos también, con objeto de explicarles a ustedes mejor como tratamos cada uno de esos problemas usaré algunos dibujos. Este es un esquema que representa un niño que tiene una apertura de un labio de un lado, ésta es la nariz, el piso de la nariz de un lado está abierto, esto es el labio de abajo y este es el labio de arriba que está hendido, hay una comunicación de la boca con la nariz, lo que nosotros tratamos de hacer en la primera operación a los dos meses de edad es poner en contacto lo rojo del labio de este lado con el del otro lado hacer que tenga la misma forma normal de este sitio y que la nariz se junte para que sea igual a la del otro lado, si el niño está bien de peso, si el niño ha comido bien el momento ideal es a los dos meses de edad, es una pequeña operación y está-

rá internado en el Hospital un día ó dos, hemos representado como estará el labio después de esa primera operación, este es el labio de abajo y el labio de arriba tiene la curva normal que debe tener un niño tan bonito al nacer, luego la nariz está igual de los dos lados el orificio de la nariz es simétrico y queda una pequeña línea de cicatriz, estas rayas que ven ustedes son las pequeñas puntadas hechas con un hilo tan fino como un pelo y que quitamos a los tres días, al cabo de unos meses esa cicatriz será muy poco visible y el aspecto del niño para cuando vaya a la escuela, las fisuras del labio pueden ser de un lado o de otro o algunas veces de los dos lados en este caso el problema es un poquito mayor, puesto que la nariz está muy aplanada ésta que llamamos columela en el medio de la nariz es un poco corta y la porción central del labio también es corta, el tratamiento es igual a los dos meses de edad queremos juntar lo rojo del labio de este lado y lo de este lado con lo del centro y hacer que los músculos se junten también de manera que el niño tenga una sonrisa agradable, en este caso y a veces también cuando es de un solo lado tendremos que hacer posteriormente alguna corrección de la nariz que se hace más tarde en otras ocasiones podemos al mismo tiempo que corregimos el labio a los dos meses podemos resolver el problema del labio y la nariz, este dibujo dibujo correspondería a como queda el labio después de la operación cuando este es doble de los dos lados se --

se juntó lo de un lado y lo del otro con lo que había en medio, se corrigió la nariz, se hicieron más simétricos los agujeritos y se obtiene un labio de un niño normal tal vez corto en este sitio, ésta otra vez son las finísimas puntadas de seda que les quitamos a las tres o cuatro días. Dijimos que el labio se resuelve al segundo mes de la vida, queda el problema del paladar la comunicación, esto afecta un poco la alimentación pero es muy importante para el lenguaje, es necesario repararlo para que el niño aprenda a hablar y esto lo hacemos alrededor del año y medio o dos años de edad. En este dibujo que para que ustedes lo entiendan mejor imagínense que estuvieran dentro de la boca de una persona, sentados en la lengua y viendo hacia arriba, estas son las encías de los dos lados, este es el paladar con una hendidura en medio que viene desde la encía hasta atrás, nosotros necesitamos juntar este lado del paladar con el otro para que los músculos se junten en el centro y muevan este paladar para hablar, en otras palabras, lo que buscamos hacer es tenerlos aquí, juntarlos en medio, poner unas finas puntadas y ha quedado cerrado y la boca ya no está comunicada con la nariz.

Les voy a explicar también porqué necesitamos a los dentistas, aquí hay un agujero más o menos grande con el cual nació el niño, cuando cerramos el labio por delante, la acción del labio y de los músculos tiende a ir cerrando o haciendo más chico el agujero de la encía y algunas veces lle

gan a ponerse en contacto estas dos porciones de la encía, pero que es lo que esto sucede cuando empiezan a salir los dientes -- como en todos los niños, en este lugar no van a corresponder -- los dientes de arriba con los dientes de abajo, porque la encía de este lado se corrió para acá y la encía de este lado se corrió para acá, para ésto necesitamos a los dentistas que fabrican unos pequeños aparatitos que el niño debe usar en la boca -- y que nos permiten alinear los dientes de arriba con los de abajo para tener una bonita sonrisa. Más tarde es necesario enderezar los dientes para que en el aspecto exterior se vean bien y algunas veces poner una pequeña dentadura aquí con un diente -- que falta, por eso es que los dentistas son importantes en el equipo.

Quiero explicarles porqué es importante el paladar para que un niño hable bien, en este dibujo que es como si una cara estuviera cortada a la mitad, aquí va la nariz el labio de arriba, el labio de abajo, la barbilla, aquí están los dientes de adelante de abajo y de arriba, ésto sería la lengua y ésto es el paladar aquí en color café, hacia atrás están los dos conductos uno por el cual respiramos y otro por el cual pasan los alimentos. Cuando una persona habla, los músculos del paladar que juntamos en nuestra operación, llevan a la campanilla hasta atrás -- y entonces el aire que viene de los pulmones con el cual hablamos sale por la boca y entonces emitimos las palabras. Si el paladar no llega hasta atrás entonces el aire se escapa por la nariz y esta persona tiene una voz gangosa, por eso es importante

reparar el paladar, pero algunas veces aunque ya hayamos reparado el paladar el niño debe aprender a usar éstos músculos que no usaba hasta entonces y para esto hay en el grupo especialista en el adiestramiento del lenguaje que le van a enseñar a usar correctamente su paladar, de ahí, que haya foniatras o especialistas del lenguaje que forman parte del grupo que atenderá a su hijo.

Me falta por explicarles dos problemas más, uno es el que se refiere a los oídos, mientras el paladar no ha sido corregido y reparado el aire se escapa por la nariz y produce reseque-
dad en la garganta en los sitios en donde sale un conducto que comunica a la garganta con el oído por esta razón hay inflamaciones y a veces infecciones que van al oído y que pueden comprometer para el futuro el que el niño escuche bien, por eso necesitamos vigilarlo y por esto es que tenemos especialistas de oídos formando parte del grupo que va a atender a su niño.

El otro problema que quiero mencionar está relacionado con la actitud del niño y con su inteligencia, primero y debe quedar claro éstos son niños inteligentes tan inteligentes o más que cualquier otro niño normal, esto debe quedar claro para la familia, los amigos, los profesores y los compañeros de escuela son niños perfectamente capaces de estudiar y de seguir adelante en la vida, pero como tienen el problema del lenguaje de edad temprana, son un poco retraídos para hablar porque los padres -

están preocupados o tal vez porque alguien los molesta en la Escuela, mientras no sea resuelta toda la deformidad, estos niños a veces están tristes, tienen pocos amigos, no se manejan con la misma naturalidad que los demás, para ésto, tenemos en el grupo psicólogos y psiquiatras, que están para ayudarlos a ustedes y a sus niños durante ésta difícil etapa.

Finalmente quiero insistir en un punto importante, les he explicado todos los que trabajamos con interés en el cuidado de sus niños, pero hay otras personas importantísimas, esos son ustedes los padres, necesitamos su colaboración, primero entendiendo el problema, segundo aceptando que es un proceso que toma años tal vez y entonces trayendo el niño a la cita, ayudándonos para que no se interrumpa el tratamiento del adiestramiento del lenguaje o a veces cuando es necesario hacer radiografías o análisis necesarios para su intervención, siendo puntual en sus citas al Dentista, todo eso es muy valioso para que ustedes y nosotros juntos podamos ayudar a este niño de la mejor forma, naturalmente los padres no lo deben proteger en exceso, deben darle amor, pero como a todos los demás miembros de la familia, no de una manera distinta, el mismo tratamiento, los mismos amigos, la misma escuela, el mismo amor y la misma disciplina también, no protegerlos en exceso, ésto lo debilita y no lo ayuda, creo también que debo mencionar algo que a los padres preocupa, todo este tratamiento tanto tiempo operaciones, especialistas, cuánto dinero cuesta, claro que es un tratamiento que

puede ser costoso, pero el Hospital está sostenido con fondos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, disponemos de -- los equipos y las personas que están al servicio de ustedes.-- Aquellos niños cuyos padres tienen medios económicos pagan -- una pequeña cuota de recuperación al Hospital, los que no tengan recursos para pagar esta cuota son atendidos gratuitamente en cirugía, en el departamento dental, en los problemas de oído, de psicología, etc., en otras palabras, el problema económico no debe preocuparles a ustedes, este grupo está aquí -- para servirlos y para atender a sus niños, en resumen entre -- ustedes los padres y nosotros el grupo médico de la Clínica -- de Labio y Paladar podemos hacer maravillas con sus niños, po demos hacer de cada uno de estos niñitos un personaje bonito-- que sonría, que vaya a la Escuela y que hablen perfecto, es-- toy seguros que trabajando juntos haremos de cada uno de es-- tos niños un mexicano útil a su patria, a su familia y feliz.

Quiero por último decirles que si algo hubiera quedado en duda respecto a esto yo y los demás miembros del grupo esta-- mos a sus órdenes, les ruego que hagan las preguntas que con-- sideren necesarias cuantas veces ustedes quieran, por lo tan-- to nos seguiremos viendo muchas veces en el futuro próximo.

DR. FERNANDO ORTIZ MONASTERIO.

DIRECTOR GENERAL