

RESERVA

M
R457e
1999
C.1

Marc 14429

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE AUTOESTIMA Y HABILIDADES
SOCIALES EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS ENTRE DIEZ Y DOCE
AÑOS DE EDAD CON FISURA LABIAL Y/O PALATINA DE LA
QUINTA REGIÓN**

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO
Y AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**POR
CAROLINA REYES ARANDA
PÁMELA VALENCIA CASTRO**

**PROFESORA PATROCINANTE
M^a LILIANA CONTRERAS ALARCÓN**

**VIÑA DEL MAR, CHILE
SEPTIEMBRE DE 1999.**



A Daniel, Benjamín e Ignacio por la dulzura y la esperanza brillando en sus ojitos y renaciendo en sus sonrisas.

A Ernesto, el compañero de mis días, por creer en mí, por su infinito apoyo, amor y ternura.

Carola

Dedicada especialmente a mi hija Francisca y mis hermanos Pauli, Pati y Luis Pablo, cuyo amor, cariño y comprensión me dieron la fuerza necesaria para terminar esta tesis.

Pámela

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis papás, Aída y Luis, por acompañarme con amor en este largo camino recorrido y por enseñarme que las metas propuestas se logran con esfuerzo, constancia y dedicación.

A Sandra e Iván, por su alegría y su entereza, por escucharme y estar siempre a mi lado.

A mis amigas y amigos, por ayudarme a no flaquear, por sus palabras de aliento y su apoyo incondicional.

Carola.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Patricia y Luis por su apoyo y ayuda en este largo camino.

A mis amigas de la "U", pilares fundamentales para concretar este sueño.

A Pauli, Pati y Francisco por su ayuda en los cuidados de mi hija para que yo pudiera estudiar y terminar la carrera.

A mi compañera de tesis Carolina, a su esposo y su familia por su acogida y amistad.

A mis profesores María Antonia Vargas y Raúl Velozo por ser ellos un modelo a seguir.

Y a todos quienes de una u otra forma me ayudaron a sacar adelante este sueño que, en más de una ocasión me pareció inalcanzable.

Pámela.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración y el apoyo de todas aquellas personas e instituciones que contribuyeron a la realización de esta investigación, especialmente a:

- Ps. María Eugenia García y Ps. María Liliana Contreras, Profesoras de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
- Personal médico, administrativo y pacientes del Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke y Fundación Gantz.
- Germán Campos, Profesor de Estadística de la Universidad de Playa Ancha.
- Alberto Caro, Profesor de Estadística de la Universidad de Valparaíso.
- Ernesto Fernández, Ingeniero Comercial, Profesor de la Universidad de Valparaíso.
- Luis Chicuy, Ingeniero Informático, ASSIST.
- Jeanette Orellana, Secretaria de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
- Marcela Jélvez, Bibliotecaria de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

CONTENIDOS

	Pág.
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE TABLAS	xiii
RESUMEN	xv
 CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1.- Introducción.....	1
1.2.- Planteamiento del Problema.....	5
1.3.- Objetivos del Estudio.....	8
1.3.1.- Objetivo General.....	8
1.3.2.- Objetivos Específicos.....	8
1.4.- Universo en Estudio.....	9
1.5.- Relevancia y Justificación del Estudio.....	9
 CAPÍTULO II: ANTECEDENTES GENERALES	
2.1.- Aspectos Médicos.....	11
2.1.1.- Fisura Labial y/o Palatina.....	11
2.1.2.- Epidemiología.....	11
2.1.3.- Diagnóstico y Clasificación.....	12
2.1.4.- Factores de Riesgo.....	13
2.1.5.- Tratamiento.....	15
2.1.5.1.- Cirujano Plástico.....	16
2.1.5.2.- Genetista.....	16
2.1.5.3.- Enfermera Universitaria.....	16

2.1.5.4.- Otorrinolaringólogo.....	17
2.1.5.5.- Odontólogo.....	17
2.1.5.6.- Fonoaudiólogo.....	18
2.1.5.7.- Psicólogo.....	18
2.2.- Aspectos Psicosociales del Niño Fisurado.....	20
2.2.1.- Descripción General del Problema.....	20
2.2.2.- Impacto en los Padres.....	20
2.2.3.- Impacto en el Niño.....	21
2.3.- Antecedentes Empíricos.....	22
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO	
3.1.- Desarrollo Psicológico.....	28
3.2.- Teoría del Aprendizaje Social.....	32
3.3.- Definición de Autoconcepto.....	37
3.3.1.- Relación entre Autoconcepto, Imagen Corporal y Autoestima.....	38
3.3.2.- Definición de Autoestima.....	40
3.3.2.1.- Características de la Autoestima.....	42
3.3.2.2.- Formación de la Autoestima.....	43
3.3.2.3.- Factores que influyen en el Aprendizaje y Desarrollo de la Autoestima.....	44
a) Factor Afectivo.....	44
b) Factor Académico.....	45
c) Factor Físico.....	45
d) Factor Social.....	46

3.3.2.4.-	Proceso de la Autoestima.....	47
a)	Componentes Inferidos del Proceso de la Autoestima.....	48
b)	Componentes Observables del Proceso de la Autoestima.....	49
3.4.-	Conducta Social.....	50
3.4.1.-	Definición de Habilidades Sociales.....	51
3.4.1.1.-	Componentes de la Conducta Asertiva	53
3.4.1.2.-	Conducta no Asertiva.....	54
3.4.1.3.-	Modelos Explicativos de la Conducta no Asertiva.....	54
3.4.1.4.-	Características del Comportamiento Asertivo.....	55
3.4.1.5.-	Tipos de Habilidades Sociales.....	56
3.4.2.-	Habilidades Sociales en Niños.....	60
3.4.2.1.-	Interacción con los Pares.....	61
3.4.2.2.-	Situación Escolar.....	62
3.4.3.-	Consecuencias del Déficit de Habilidades Sociales en Niños.....	63
3.5.-	Relación entre Habilidades Sociales y Autoestima.....	65
 CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA		
4.1.-	Tipo y Diseño de la Investigación.....	67
4.2.-	Población.....	67
4.3.-	Procedimiento.....	69
4.4.-	Técnicas de Recolección de Datos.....	69
4.4.1.-	Inventario de Autoestima de Coopersmith.....	70
4.4.2.-	Escala de Comportamiento Asertivo para Niños.....	72
4.5.-	VARIABLES EN ESTUDIO.....	74
4.5.1.-	VARIABLES DEPENDIENTES.....	74

4.5.1.1.- Autoestima.....	74
4.5.1.2.- Habilidades Sociales.....	74
4.5.2.- Variable Independiente.....	75

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1.- Presentación de las Variables en Estudio.....	76
5.1.1.- Autoestima.....	76
5.1.1.1.- Análisis de la Distribución de Frecuencias (en Porcentaje) en Cada Escala.....	76
5.1.1.2.- Análisis de Distribución de Frecuencias (en Porcentaje) en Cada Escala según Sexo.....	78
5.1.2.- Escala de Comportamiento Asertivo para Niños.....	85
5.1.2.1.- Análisis de Distribución de Frecuencias (en Porcentaje) en CABS.....	86
5.1.2.2.- Análisis de Distribución de Frecuencias (en Porcentaje) en CABS según Áreas de Contenido de Respuestas.....	87
5.1.2.3.- Análisis de Distribución de Frecuencias (en Porcentaje) de las Tendencias de Respuestas.....	94
5.1.3.- Análisis de la Distribución de Frecuencias (en Porcentaje) de las Variables en Estudio.....	96
5.1.3.1.- Estudio de Correlación entre las Variables en Estudio.....	99

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1.- Discusión y Conclusiones.....	100
6.2.- Limitaciones del Estudio.....	107
6.3.- Proyecciones del Estudio.....	108

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE FIGURAS

No.	Pág.
1.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima total según sexo.....	79
2.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima general según sexo.....	80
3.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima social según sexo.....	82
4.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima escolar – académica según sexo.....	83
5.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima familiar según sexo.....	85
6.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala total del CABS según sexo.....	87
7.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala de respuestas positivas según sexo.....	88
8.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala de respuestas negativas según sexo.....	90
9.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala de peticiones según sexo.....	91
10.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala de conversación según sexo.....	92

11.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala de sentimientos/empatía según sexo.....	94
12.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para las tendencias de respuestas pasiva - agresiva según sexo.....	96
13.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la relación entre las variables en estudio según sexo.....	98

LISTA DE TABLAS

CAPÍTULO III

No.	Pág.
1.- Componentes inferidos y observables del Proceso de Autoestima.....	47

CAPÍTULO IV

1.- Distribución por sexo.....	69
2.- Correlaciones entre las diferentes escalas del Inventario de Autoestima de Coopersmith.....	71

CAPÍTULO V

1.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el Inventario de Autoestima de Coopersmith.....	77
2.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala total según sexo.....	78
3.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala general según sexo.....	80
4.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala social según sexo.....	81
5.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala escolar – académica.....	83
6.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala familiar según sexo.....	84
7.- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes totales obtenidos en el CABS según sexo.....	86

8.-	Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para las respuestas positivas.....	88
9.-	Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para las respuestas negativas.....	89
10.-	Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para las peticiones.....	91
11.-	Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para la conversación.....	92
12.-	Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para sentimientos/empatía.....	93
13.-	Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes totales obtenidos según sexo para las tendencias pasivas y agresivas.....	95
14.-	Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la relación entre las variables en estudio según sexo.....	97
17.-	Correlación entre Autoestima y Habilidades Sociales.....	99

RESUMEN

El presente estudio, pretende describir la autoestima y las habilidades sociales en niños de diez a doce años, afectados por la malformación craneofacial denominada fisura labial y/o palatina, desde el supuesto que la realidad socioambiental de estos niños, plena de burlas, rechazo y aislamiento social, dificulta su adaptación socioemocional y aumenta el riesgo de ocurrencia de futuros trastornos psicológicos.

El diseño de la investigación es no experimental y descriptivo - transeccional, y consiste en describir autoestima y habilidades sociales en un grupo de niños fisurados de la V región a través de los siguientes instrumentos: Inventario de Autoestima de Coopersmith y Escala de Comportamiento Asertivo para niños (CABS).

El escenario donde se llevó a efecto el estudio fue el Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar y corresponde a una primera aproximación al tema en la V región.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

El hombre, por ser de naturaleza social, requiere pertenecer a grupos, estableciendo vínculos y relaciones dentro de éstos que le permitan ver satisfecha su necesidad de afiliación con sus congéneres. Muchas de las dificultades de ajuste psicosocial tienen su origen en la falta de habilidades sociales ya que, las personas que carecen de éstas presentan comportamientos inadecuados o bien, son retraídas, tímidas, pasivas; o son agresivas, recurriendo con frecuencia a la violencia (López, 1995).

Las habilidades sociales son conductas verbales y no verbales que permiten, en las interacciones con los demás, conseguir lo que se desea y evitar lo que no se desea, sin causar daño a los demás. Se dice que, quien logra relacionarse de esta manera tendría habilidades sociales.

Dada la importancia de entablar buenas relaciones interpersonales, se hace fundamental poseer ciertas habilidades sociales (López, 1995). La autoestima, definida como la valoración que la persona hace de sí producto de la experiencia, está relacionada con las habilidades sociales ya que, la falta de éstas, es uno de los aspectos más mencionados en la literatura como determinantes de una baja autoestima en las personas (Hidalgo y Abarca, 1992). Si la falta de Habilidades Sociales en una persona sin problemas de tipo físico, puede repercutir en todas las áreas de comportamiento, también existen grupos que presentan malformaciones físicas cuya

repercusión puede incluso ser mayor ya que, para ellos, esta necesidad puede ser tan esencial como para el resto de los individuos. Dentro de este grupo humano se encuentran las personas con fisura labial y/o palatina.

Durante el primer trimestre de gestación humana, etapa en que aún muchas mujeres no tienen la seguridad de estar embarazadas, el niño puede desarrollar alguna malformación como una fisura, o lo que comúnmente se llamaba labio leporino. Al nacer este niño se da fin a la ilusión de la pareja de tener un niño “normal” y se inicia un gran problema, que no es del niño fisurado, ni de su familia; es el problema social que se inicia cuando nace alguien que es “diferente”, alguien que por un problema genético, hereditario o del medio ambiente, no es perfecto (Katanella y cols., 1990).

A nivel nacional, uno de cada seiscientos recién nacidos vivos lo hacen con fisura labial y/o palatina (INE, 1996), lo que conlleva a una serie de secuelas tanto psicológicas como sociales que requieren un proceso de rehabilitación. Es diferente, nació y se encuentra en una sociedad que no lo espera, a la que le cuesta aceptarlo y quererlo, es feo... Es distinto. Recientemente, gracias a las investigaciones empíricas realizadas acerca de los aspectos psicológicos de este tipo de malformación craneofacial, se ha enfatizado la importancia del tratamiento psicológico en estos niños, para su adaptación social (Pope y Speltz, 1997).

Nuestra sociedad apunta a la perfección física, a la perfección estética, lo que hace que desde las etapas de la niñez a la adolescencia, estos niños no sean bienvenidos. Sin ser responsables de su nacimiento, aparecen culpables ante la sociedad, que la mayoría de las veces los rechaza y los segrega. En el caso de un niño

fisurado, es fisurado primero, niño después (Katanela y cols., 1990).

La fisura labial y/o palatina, es un problema puntual que atañe sólo a algunas personas y por este motivo, al no ser una situación tan común, es más difícil que la sociedad lo acepte. Cuando estos niños son vistos por personas sanas, que no están familiarizadas con ellos, son objeto de una mirada insistente debido al impacto que produce ver un niño que sale de lo común. La gente mira la deformidad, lo que le hace diferente, sin ver que tras la deformidad está el niño mismo, que percibe la mirada distinta; y muchas veces la angustia de la madre, que sufre ambas penas (Katanela y cols., 1990). Esta angustia es traspasada al hijo a medida que va creciendo dificultándole a futuro su adaptación social. Esta situación se hace crítica en el periodo de la niñez intermedia o preadolescencia debido a que los niños, en esta etapa, se caracterizan por valorar todo lo que les sucede, son más sensibles, les afectan mucho las críticas y de no presentar habilidades sociales, quedan expuestos a diversas consecuencias negativas como: daños psicológicos debido al desdén de su grupo de pares, retraimiento social, infelicidad, inseguridad y desajuste entre sus emociones y conducta, ya que estas afectan las relaciones sociales, fomentando o disminuyendo la interacción con su entorno y, específicamente, el no aprender a tolerar las emociones desagradables resultaría peligroso para la adaptación social, y en el caso de los niños con fisura labial y/o palatina, éstos están expuestos a enfrentar situaciones que les hacen sentirse inseguros, inferiores e inadecuados, como: el efecto de su apariencia facial atípica; la sobreprotección padres-hijo; reiteradas intervenciones quirúrgicas, que conllevan separaciones de sus padres; voz nasalizada o rinolalia; etc.

Otra característica de la niñez intermedia o preadolescencia es el desarrollo del Autoconcepto, que está compuesto por la Imagen Corporal y la Autoestima (Cáceres, 1998); y se formaría como resultado del desarrollo cognoscitivo, el desarrollo de habilidades socioafectivas y las interacciones con el grupo de pares. Existen investigaciones que concluyen una pequeña, pero significativa correlación entre el atractivo físico, en niñas, y la eficacia, en niños con autoestima global positiva. Cuanto más atractivo o eficaz cree el individuo que es su cuerpo, más elevada es su autoestima (Carretero y cols., 1985). Muchas intervenciones médicas en niños con fisura labial y/o palatina tienen como objetivo el mejorar la apariencia, a menudo con el supuesto de que una mejor apariencia está asociada con el aumento del ajuste psicosocial. Sin embargo, el atractivo físico puede llegar a ser menos significativo si desarrollan Habilidades Sociales y tienen una autoimagen positiva.

El presente estudio aspira a describir la Autoestima y las Habilidades Sociales en un grupo de niños fisurados, puesto que se cree que éstas se encuentran mermadas por estados afectivos, emocionales y cognitivos negativos que interfieren en la expresión y desarrollo de estas capacidades. La necesidad antes mencionada hace pensar que, el funcionamiento social en dicho grupo etéreo sea de inestimable relevancia puesto que, el comportamiento interpersonal juega un papel vital en la adquisición del reforzamiento social, cultural y económico.

Estos niños, pacientes ambulatorios pertenecientes a la población hospitalaria de nivel socio-económico medio bajo, entre las edades de diez y doce años atendidos en el Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar

conformarán la población para realizar esta investigación.

En resumen, este estudio consiste en evaluar y analizar las variables dependientes (autoestima y habilidades sociales) aplicando los siguientes instrumentos: Inventario de Autoestima de Coopersmith y Escala de Comportamiento Asertivo para niños (CABS).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La malformación cráneo facial de tipo fisura labial y/o palatina es una alteración estructural producida durante la gestación producto de factores genéticos y/o ambientales que compromete diferentes áreas anatómicas (labio, nariz, dientes, alvéolo y paladar) y que se manifiesta por síntomas característicos a nivel del mecanismo de la respiración, funciones alimentarias, aspectos estéticos, lenguaje y audición, y con repercusión en el plano afectivo-emocional. Considerando este último plano es que se pretende describir la Autoestima y las Habilidades Sociales en este tipo de pacientes, características necesarias para lograr una adecuada adaptación al entorno ya sea éste, familia, grupo de pares, colegio y, a mediano plazo, una adecuada inserción laboral ya que, el sentirse diferentes es la mayor dificultad que deben enfrentar los niños en la etapa de desarrollo de la preadolescencia porque muchas veces por su aspecto físico son motivo de burla, y por su forma de hablar distinta, objeto de desvalorización.

El “sentirse diferente” también repercute en la formación del autoconcepto dado que existen una serie de factores implicados que interactúan en desmedro del desarrollo adecuado de éste, difíciles de separar por estar actuando en forma conjunta.

A continuación, se describirán brevemente algunos factores considerados relevantes y fundamentales para el presente estudio, en base a los escasos trabajos e investigaciones relacionados con el tema.

Los aspectos psicológicos que se ven afectados en la vida de los preadolescentes con labio fisurado son en parte, comunes a otros preadolescentes sin este problema. Lo que marca la diferencia entre ambos grupos, es la condición médica y física del primero, lo que hace que la adaptación a los cambios propios de esta edad se asuman con mayor dificultad, y por lo tanto el modo de enfrentar problemas futuros también se vea entorpecido (Falvo, 1991).

Las etapas de desarrollo de la preadolescencia y la adolescencia presentan otra gran dificultad para este tipo de pacientes, aunque las etapas anteriores no estuvieron exentas de dificultades adicionales o desafíos específicos como separación de la madre, rechazos previos, ingreso a la escuela, etc., se destacan ambas etapas por la formación del autoconcepto, que requiere de interacciones sociales reforzantes, que disminuyan el temor al rechazo por su aspecto físico

- El aspecto físico de los niños con fisura labial y /o palatina los hace ser objetos de agresiones verbales y visuales como: cuchicheos, comentarios furtivos, manifestaciones de lástima o aversión, risa o evitación directa, es así como no importa qué forma de actitud puedan tomar el resto de las personas, igual generan en este tipo de pacientes, sentimientos de vergüenza, impotencia, rabia y humillación y respecto de su interacción social, estados de soledad y aislamiento social (Pruzinsky, 1992). El déficit social se manifiesta además en que, experimentan sentimientos de impotencia

respecto a su interacción con otros.

El lenguaje de estos niños llama la atención por su timbre de voz, con mayor o menor resonancia nasal, además, puede presentarse gangosidad o disfonía, debido a la alteración funcional de la laringe y la melodía de la frase puede estar también, más o menos perturbada.

En cuanto a la audición, la conducción del sonido se puede ver alterada debido a la reiteración de otitis media aguda, por lo que resulta imprescindible hacer estudios de audición desde el nacimiento en forma periódica.

* La vida escolar se ve afectada por el ausentismo a clases debido a la cantidad de tiempo que requiere el tratamiento. Generalmente, los fisurados tienen problemas auditivos, y a pesar de eso, igual se les ubica muy atrás dentro de la sala de clases, por lo tanto, como no escuchan bien, se desconcentran, y su rendimiento se ve afectado, además, al presentar dificultades para expresarse, hacen pensar que tienen un déficit intelectual por lo que se les pide a los padres que los lleven a colegios especiales.

Por lo general, estos jóvenes establecen pocas relaciones interpersonales ya sean, relaciones de pareja o con su grupo de pares, por lo tanto, su grupo de amigos suele ser muy reducido. Todo esto producto de reiteradas burlas de las cuales han sido víctimas, dificultándoles confiar en otras personas y establecer lazos afectivos.

Muchas veces son segregados o aislados, aún estando ya rehabilitada su apariencia facial, pues el impacto psicológico que han experimentado desde su nacimiento aún les impide confiar y valorarse ellos mismos.

Para efecto de la presente investigación el problema queda definido de la

siguiente manera: ¿ Qué nivel de Autoestima y Habilidades Sociales presenta un grupo de niños y niñas de diez a doce años de edad con fisura labial y/o palatina de la V región, que asisten regularmente al Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar como pacientes ambulatorios?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. Objetivo General

- Conocer y analizar la Autoestima y las Habilidades Sociales en una población de niños de diez a doce años de edad con fisura labial y/o palatina de la V región, que asisten regularmente al Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar como pacientes ambulatorios.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir la Autoestima en niños y niñas de diez a doce años de edad con fisura labial y/o palatina.
- Detectar la autoestima general, social, escolar – académica y familiar en niños y niñas de diez a doce años de edad con fisura labial y/o palatina.
- Contrastar la autoestima general, social, escolar - académica y familiar según sexo de los sujetos de la población.
- Describir las Habilidades Sociales, que están definidas como conducta asertiva en esta investigación, en niños y niñas de diez a doce años de edad con fisura labial y/o palatina.
- Detectar las habilidades sociales en áreas de contenido de respuestas: positivas,

negativas, peticiones, conversación y sentimientos/empatía y, si éstas se caracterizan por ser pasivas o agresivas; que establecen niños y niñas de diez a doce años de edad con fisura labial y/o palatina.

1.4. UNIVERSO EN ESTUDIO

Esta investigación se realiza en el Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, institución pública en dependencia técnica y administrativa de Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

El Departamento de Fisurados es una instancia que atiende niños entre las edades de cero a veinte años de edad con la malformación cráneo facial de tipo fisura labial y/o palatina, cuyo radio de atención no sólo se limita a la V región, sino que se extiende al norte del país.

De los niños que asisten en forma ambulatoria al Departamento, se seleccionó la población para este estudio, menores de diez a doce años de edad de ambos sexos.

1.5. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Dentro de las malformaciones cráneo faciales la más conocida es la fisura labial y/o palatina (conocida comúnmente como labio leporino) cuya prevalencia en Chile, es de un 0,16% y se estima que uno de cada 642 recién nacidos vivos presenta este tipo de malformación (INE, 1996). A partir de Enero de 1998 el Fondo Nacional de la Salud, contempla un plan para el financiamiento de este tipo de malformación acreditando centros de referencia nacional para la atención integral del paciente

fisurado. Uno de estos centros es el Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar, cuyo radio de atención no sólo se limita a la V región, sino que se extiende al norte del país, institución de la cual se obtuvo la población para llevar a efecto el presente estudio.

Desde 1997 se comenzó a dar mayor relevancia al tipo de tratamiento para estos niños, que requieren de una atención integral, la que contempla el trabajo en conjunto de diversas especialidades tales como: cirujano plástico, odontólogo (ortodoncia y ortopedia), fonoaudiólogo, otorrinolaringólogo, enfermera, asistente social, genetista, pediatra y psicólogo, siendo este último reconocido recientemente como agente activo dentro del tratamiento, tanto para el apoyo del niño como de la familia, dada la repercusión en el plano afectivo y emocional que provoca esta malformación. Se cree que este problema afectaría el desarrollo normal de sus capacidades y podría influir en el desarrollo de la Autoestima positiva y la adquisición de las Habilidades Sociales, ambas de crucial importancia en el desarrollo humano, para la adaptación al entorno, sea éste familiar, social, escolar, etc.

De ahí que esta investigación se justifica, puesto que estudios sobre este tema son escasos en nuestro país, pese a la alta prevalencia de este tipo de malformación.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES GENERALES

2.1. ASPECTOS MÉDICOS

2.1.1. Fisura Labial y/o Palatina

Generalmente a la fisura se le conoce como “labio leporino” ya que, está directamente relacionado con la forma de hocico de la liebre, el que presenta una división media en la parte superior. Comúnmente se piensa que la fisura es una malformación sólo de labio, pero en su gran mayoría no es así ya que, generalmente está comprometido también el paladar. Esta es una malformación congénita que hasta hace muy poco tiempo sólo se hacía evidente al momento del parto. Actualmente con equipos muy sofisticados es posible detectarla mediante una ecografía en los últimos meses de gestación (Katanela y cols., 1990).

2.1.2. Epidemiología

Dentro de las malformaciones cráneo-faciales, la más frecuente es la fisura labial y/o palatina cuya prevalencia, en Chile, es de un 0,16% y se estima que uno de cada 642 recién nacidos vivos presenta este tipo de malformación (INE, 1996). En cuanto al tipo de fisura, la incidencia se presenta en las siguientes proporciones: la relación entre unilateral izquierdo y unilateral derecho y bilateral es de 6 a 3 y 1 (Trostsbaeh y cols., 1993).

En lo que respecta al factor racial, la incidencia en orden decreciente sería raza amarilla, raza blanca y raza negra, es decir, mayor en la raza amarilla y menor en la

raza negra, quedando como intermedia la raza blanca.

A nivel nacional se ha experimentado un aumento en la frecuencia de la aparición de fisura, tanto labio palatina como palatina, dándose esta última con mayor frecuencia entre las mujeres; mientras que entre los varones se da un mayor número de fisuras labio palatinas.

El número estimado de recién nacidos vivos fisurados en la V región es de 45, de un total de 27.195 nacimientos, año 1996, lo que equivale al 0,17%. En el hospital Dr. Gustavo Fricke en 1997 el número de casos fue 1 cada 580, de un total de 4000 nacimientos, lo que equivale al 0,17%.

La proyección de las fisuras (fisura de paladar y fisura de labio palatina) en la población chilena va en aumento.

2.1.3. Diagnóstico y Clasificación

Este tipo de patología abarca toda una gama de variedades, que van desde la simple depresión del labio hasta una fisura media total complicada. A continuación, se dará una breve explicación de las más frecuentes:

- Fisura Labial Completa Unilateral. La fisura se presenta en el lado derecho o izquierdo del labio, hasta la base de la nariz.
- Fisura Labial Completa Bilateral. La fisura se presenta en ambos lados del labio.
- Fisura de Velo. La fisura afecta la zona posterior del paladar o paladar blando.
- Fisura Palatina Velar. La fisura afecta el paladar duro y blando.
- Fisura Labial Unilateral Complicada con Fisura Velo Palatina. La fisura afecta un

solo lado del labio y reborde alveolar, que puede ser derecho o izquierdo, además del paladar duro y blando.

- Fisura Labial Bilateral Complicada con Fisura Velo Palatina. La fisura afecta a ambos lados del labio y reborde alveolar, además de paladar duro y blando.

Después del nacimiento, la problemática médica se va acrecentando siendo su primera dificultad la alimentación del niño, las frecuentes infecciones en la vía aérea superior, tener que someterse al menos a dos intervenciones quirúrgicas y posteriormente, alteraciones en el crecimiento y desarrollo máxilofacial y dificultades en la fonación: voz nasalisada (rinolalia) y alteraciones en los fonemas velares (dislalia).

2.1.4. Factores de Riesgo

Existen diversos factores de riesgo asociados a la ocurrencia de la fisura labial y/o palatina, dentro de los cuales podemos identificar: alteraciones cromosómicas o genéticas, factores ambientales y en su gran mayoría, causas de naturaleza multifactorial es decir, distintos tipos de factores influyendo en ellas.

No cabe duda que los factores genéticos tienen importancia en muchas malformaciones congénitas humanas. Sin embargo, se ha estimado que sólo el 10% de las malformaciones congénitas tienen una etiología genética, como alteraciones y/o mutaciones en los cromosomas o en los genes. Por otro lado, al medio ambiente se le atribuye otro 10%, algunos de estos factores pueden ser: peligros en el ambiente prenatal, sucesos traumatizantes en el parto, problemas de nutrición, infecciones,

fármacos y defectos maternos o embrionarios; y queda un 80% de todas las malformaciones congénitas que tienen un origen, hasta el momento, desconocido y/o variaciones de proporción en los papeles que juegan los factores genéticos y ambientales ya sea, antes del nacimiento o después de él.

Se han mencionado factores genéticos y aberraciones cromosómicas en la incidencia de la fisura, pero además están los agentes teratógenos que pueden actuar en forma aislada o conjunta en el origen de la fisura. Entre estos agentes estarían ciertas afecciones virales, toxoplasmosis, desbalances metabólicos de la madre, la ingestión de ciertas drogas durante los primeros meses de embarazo, la acción de las radiaciones o de ciertas condiciones ambientales.

Algunas de las drogas que pueden incidir en el origen de la fisura son: los antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina, paracetamol, ibuprofeno y muchos otros que son de automedicación común para pequeños malestares, actúan inhibiendo las prostaglandinas, sustancias que son indispensables que existan en altas concentraciones en el proceso de fusión de los mamilones embrionarios que dan origen al labio y al paladar; los corticoides, éstos actúan limitando el espacio intrauterino y por lo tanto, la posibilidad de desplazamiento del embrión, impidiendo la extensión normal de la cabeza, que interfiere el desplazamiento hacia abajo y atrás de la lengua, esencial para la elevación y fusión de las láminas palatinas; los tranquilizantes como las benzodiazepinas afectarían durante el primer trimestre de embarazo; las aspirinas y vasodilatadores producen hemorragias en el embrión que traería como consecuencia la malformación; los citostáticos, como la vitamina A en dosis masivas y los

anticonvulsiantes.

Ciertos factores ambientales parecen incidir en la aparición de la malformación, el estrés es uno de estos ya que, actuaría en la producción de un desbalance metabólico en la madre.

2.1.5. Tratamiento

Para el tratamiento de la fisura labial y/o palatina existen, alrededor del mundo, diferentes criterios, incluso en nuestro país existen dos tendencias: la primera es tratar al niño, resolviendo el problema puntual por cada uno de los diferentes especialistas y, la segunda, la atención simultánea de los profesionales necesarios para llevar a cabo la rehabilitación. El tratamiento es prolongado en el tiempo, comienza desde que nace el menor hasta la adolescencia y debe tener en cuenta que este tipo de paciente es un ser en crecimiento y que es tan importante realizar una técnica operatoria correcta, como guiarlo desde el nacimiento hasta su completa rehabilitación, adecuar el ambiente para que reciba la estimulación requerida y el afecto necesario que lo ayudará a crecer como ser humano útil a sí mismo y a la sociedad (Trostsbach y cols., 1993). Por tratarse de una lesión que afecta a diferentes áreas anatómicas (labio, nariz, dientes, alvéolo y paladar), es necesaria la integración de un equipo multi (distintas especialidades que constituyen el equipo) e interdisciplinario (distintas disciplinas que interactúan entre sí), formado por: cirujanos plásticos, genetistas, otorrinolaringólogos, pediatras, fonoaudiólogos, odontólogos (ortodoncia y ortopedia), psicólogos, asistentes sociales y enfermeras. A

continuación, una breve descripción del trabajo que realiza cada uno de los distintos especialistas involucrados:

2.1.5.1. El Cirujano Plástico es quien se encarga de explicar a los padres en qué consiste el tratamiento y las operaciones que se requieren para la recuperación del niño, según la etapa de desarrollo en que se encuentre y, dependiendo del tipo de fisura que presente, comenzando a los tres meses de edad y finalizando alrededor de los diez y ocho o veinte años. Estas cirugías se caracterizan por ser diferentes a las otras ya que, no tienen mortalidad y el paciente siempre queda mejor de lo que estaba. Las técnicas quirúrgicas varían de acuerdo a cada caso.

2.1.5.2. El Genetista, es uno de los especialistas que toma contacto en primera instancia con los padres, contesta las principales inquietudes que los aquejan, aclara dudas e intenta disminuir la angustia generada y liberarlos en alguna medida de sentimientos de culpa. Realiza un estudio acabado sobre la historia familiar para ver si existe algún factor hereditario y a través de un examen físico más detallado, ve si hay algún tipo de asociación de malformaciones que implicarían un riesgo de recurrencia hereditaria. Además, como la fisura puede venir acompañada de otras anomalías que configurarían un síndrome, estas deberán ser detectadas a corto plazo. Todos los pacientes deben ser evaluados por este especialista.

2.1.5.3. La Enfermera universitaria es una profesional importante en la educación de los padres ya que, es quien asesora e interviene en el largo proceso de la rehabilitación del paciente fisurado con algunos servicios como: la enseñanza de la técnica de alimentación, seguimiento nutricional, información a la familia de los

cuidados pre y post operatorios como cuidados de cicatrices, ejercicios que puede realizar el menor, exámenes requeridos, etc.

2.1.5.4. El otorrinolaringólogo es otra de las especialidades presentes en el tratamiento de estos pacientes ya que, se preocupa de los problemas auditivos que son frecuentes en estos niños, debido a que en muchos casos tienen conectadas boca, nariz y trompa de Eustaquio. Es indispensable un examen clínico minucioso del oído medio en los pacientes con fisura palatina ya que, con frecuencia desarrollan otitis media serosa por acumulación de secreciones, debido a su alteración anatómica y funcional de la trompa de Eustaquio y de los músculos tensores y elevadores del velo del paladar. Este tipo de anomalía impide la correcta aireación del oído medio, aumentando por esta razón la otitis mencionada, lo que le origina dificultades en los mecanismos de conducción auditiva, causando frecuentemente hipoacusias o sordera total uni o bilateral.

2.1.5.5. El odontólogo cumple la labor preventiva de enseñar a las madres a cuidar los dientes del niño para evitar las caries. Lo ideal es proporcionarle al menor una dieta menos cariogénica para que, una vez que éste haya completado su dentadura definitiva, pueda someterse al tratamiento de ortodoncia, que requiere mucha constancia de parte de la madre y del niño ya que, es muy largo en el tiempo.

El **ortodoncista** trata de conseguir la rehabilitación total del paciente, papel que está sustentado por la relación de la especialidad con la corrección y mantenimiento del complejo dento – facial, especialmente en los desórdenes del desarrollo y en aquellas condiciones que causan o requieran movimientos de dientes.

El cuidado ortodóncico del paciente fisurado se debe extender, cuando se trata de niños, a lo largo de todo el período de crecimiento; ello hace que su contacto con este profesional sea más largo que con los otros especialistas que lo tratan (Ortega, 1990). Su trabajo no puede ser aislado si quiere obtener los mejores resultados ya que, requiere la estrecha colaboración de las otras disciplinas y, de manera especial la del cirujano y fonaudiólogo. El **ortopedista** actúa orientando y estimulando el crecimiento óseo, a través de la implementación de aparatos ortopédicos funcionales.

2.1.5.6. El fonaudiólogo, actúa desde el nacimiento asesorando a los padres para asegurar el cumplimiento normal de las funciones alimentarias, también llamadas prelingüísticas, dando pautas a los padres para estimular las funciones sensoperceptivas y la comunicación del niño según la edad y la etapa que atraviesa (Trostsbach y cols., 1993). Este profesional acompañará al niño y a sus padres por todas las etapas de la rehabilitación hasta lograr su recuperación total, es decir, será el último del equipo en concluir el tratamiento.

2.1.5.7. El psicólogo juega un rol fundamental para el apoyo de la familia y del niño en este largo proceso de rehabilitación, debido a que su intervención la realiza desde el nacimiento, apoyando a los padres y brindando la contención necesaria para liberarlos de sentimientos de culpa, angustia, frustración y rechazo logrando así la aceptación del problema; durante las primeras hospitalizaciones y operaciones, entregando una información adecuada y manejando las ansiedades y temores que surgen frente a cada intervención; y finalmente, apoyando la entrada al colegio y las edades de preadolescencia y adolescencia, poniendo en sus manos las

herramientas para lograr una autoimagen positiva, una autoestima adecuada y el desarrollo de habilidades sociales necesarias para insertarse en nuestra sociedad, desenvolviéndose sin trabas ni inhibiciones. Además, este profesional participa en forma activa en conjunto con los demás profesionales, en la toma de decisiones, a modo de concretar la visión de ser integral, con respecto al paciente en sí, como persona y respecto al tratamiento que es adecuado realizar en su debido tiempo.

Un equipo de esta naturaleza debe reunirse periódicamente para la discusión de casos ya evaluados por los diferentes especialistas.

Este proceso no sólo requiere de tiempo y paciencia, sino además, un cierto grado de solvencia económica debido a que son muchas las operaciones necesarias para concretar el tratamiento, lo que se traduce en un alto costo, debido a las numerosas hospitalizaciones, uso de equipos necesarios, materiales, etc.

Antes de 1997 en los pacientes fisurados se resolvía el problema puntual debido a la falta de equipos multi e interdisciplinarios, no había seguimiento de los casos, deambulaban en forma permanente de un centro u hospital a otro, por lo tanto, las necesidades de los pacientes y familiares se dejaban sin resolver.

A partir de Enero de 1998, el Fondo Nacional de Salud, contempló un plan para el financiamiento de este tipo de malformación craneofacial, acreditando centros de referencia nacional, para la atención integral del paciente fisurado. Estos centros son: Hospital Luis Calvo Mackena; Hospital Exequiel González Cortés y Roberto del Río (Región Metropolitana); Hospital Guillermo Grant Benavente (VIII región); Hospital Regional de Temuco (IX región) y Hospital Dr. Gustavo Fricke (V región).

El radio de atención que abarca este último centro no sólo se limita a la V región, sino que se extiende al norte del país. Además, este Fondo entrega cirugía gratuita a los recién nacidos vivos con fisura. (FONASA, 1998). Anteriormente, sólo existían dos maneras de acceso al tratamiento una, en forma particular total o bien, a través de un sistema de Isapre o Fonasa, que cubría los gastos en forma parcial.

2.2. Aspectos Psicosociales del Niño Fisurado

2.2.1. Descripción general del problema

Al nacer un niño con fisura el impacto lo sufre primero, la familia, después el niño, pues a lo largo de su vida, debe pasar por momentos difíciles, que le irán haciendo sentirse estigmatizado y afectado en su integridad, considerando que la primera operación es a los tres meses de vida.

2.2.2. Impacto en los padres

Los padres arraigan sentimientos de las más variadas índoles y grados, pues son ellos los primeros en enfrentar la discapacidad de sus hijos (Pruzinsky, 1992). La reacción inicial y más normal es el shock, incredulidad y la negación o rechazo a una realidad que se hace evidente. Una vez que han confrontado el problema en forma gradual, el dolor da paso a la rabia, ésta no tiene un blanco específico a quien ir dirigida, en ocasiones es hacia ellos mismos o es hacia los otros; también puede ser producto de lo frustrante de la situación. Es en este momento cuando aparece la necesidad de culpar a alguien. Ellos pueden ver el defecto como un castigo por

errores pasados cometidos en su vida, negligencias durante el embarazo o por situaciones que pudieron ser evitadas que contribuyeron a causar dicha malformación (Falvo, 1991). Cuando las tres reacciones han pasado a un segundo plano, comienza a embargar a los padres el miedo a todo lo desconocido que implica el proceso de rehabilitación, cada etapa que se les presenta respecto del tratamiento genera en ellos un alto nivel de ansiedad, sobretodo cuando comienzan las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas. Además, la familia, en un intento por proteger al niño desde el momento que nace, puede aislarlo, limitándole la posibilidad de desarrollar su autoconfianza.

La tensión de los padres puede aumentar al ir descubriendo otros tipos de problemas como por ejemplo: problemas de aprendizaje, retardo mental, problemas de sueño, problemas auditivos, etc. En algunos casos, lo anterior se acompaña de recriminación de ambos padres lo que conlleva a posibles rupturas, problemas financieros, falta de soporte social, aislamiento por la total dedicación al tratamiento, etc.

Sin embargo, si los padres tienen acceso a un soporte social o logran una mayor aceptación del problema y acceden a un apoyo profesional adecuado, los sentimientos de rabia, culpa y ansiedad pueden ser manejados de modo tal que, todos los esfuerzos vayan en pro de la rehabilitación del niño.

2.2.3. Impacto en el niño

Aislamiento social, rechazo y en conjunto, menos felicidad son la mejor

definición de la vida que experimentan las personas que tienen un defecto físico como por ejemplo: la fisura labial y/o palatina (Cáceres, 1998). En el caso de los niños con dicha problemática, su vida se ve sometida a tratamientos médicos prolongados en el tiempo (desde que nacen hasta la adolescencia), con recurrentes hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y sus implicaciones como: exámenes de laboratorio, controles físicos y manipulaciones pre y post operatorias. Además, dependerá de su nivel socioeconómico y/o el tipo de cirugía, la cantidad de tiempo que va a estar separado de su madre. Esta misma situación afecta el ámbito escolar ya que, sus continuas inasistencias hacen que el niño pierda o se le dificulten sus interacciones sociales con el grupo de pares.

En resumen, la sensación de sentirse diferente le acompaña en todas las etapas de su desarrollo, muchas veces son motivo de burla, por su aspecto físico y su forma de hablar distinta, objeto de desvalorización, repercutiendo además, en su autoestima en lo que se refiere a la valoración de sí mismo y a la presencia o ausencia de habilidades sociales.

2.3. ANTECEDENTES EMPIRICOS

En los pasados cuarenta años, ha habido un creciente reconocimiento e investigación literaria en las implicaciones psicológicas en los pacientes con fisura labial y/o palatina y sus familias. Sólo en la última década, han proliferado los estudios empíricos sobre los aspectos psicológicos de las personas con malformaciones craneofaciales (Pope y Speltz, 1997).

El énfasis en la investigación ha variado de un análisis transversal para una variable particular a estudios longitudinales con modelos teóricos multifactoriales que examinan las interacciones sociales básicas del niño con dicha malformación y su entorno (Pope y Speltz, 1997).

La investigación psicológica ha centrado sus esfuerzos en estudiar el grado de ajuste psicosocial de los jóvenes con malformación craneofacial, considerando factores emocionales, cognitivos y conductuales, además de ampliar el conocimiento en torno a las relaciones con la familia, la escuela y el grupo de pares, para lograr avances en el ámbito interventivo (Pope y Speltz, 1997).

Se ha dado a conocer una cantidad considerable de consecuencias negativas para aquellos sujetos que no presentan habilidades sociales, tales como: daños psicológicos debido al desdén de sus coetáneos, sentimientos de soledad, infelicidad e inseguridad, porque no ven satisfechas sus necesidades sociales. Además, se ven privados de las experiencias de aprendizaje necesarias para socializarse pero, el problema no termina ahí, puesto que estos sujetos se ven expuestos a descalificaciones, tales como “apestosos” y esto les indica que su aceptación no es tan buena como cuando se les da sobrenombres más favorables como “amigo” (Hurlock, 1984). Todo lo anterior les permite a los niños inferir con facilidad cuáles son los sentimientos de los demás hacia su persona (Hurlock, 1984). Por último, quienes carecen de los apropiados comportamientos sociales, tienen una alta probabilidad de experimentar aislamiento social y rechazo, que los lleva a sentirse desvalorados.

Pope y Word (1997), realizaron un estudio sobre la relación entre la propia

percepción de la apariencia facial y la adaptación psicosocial en preadolescentes con anomalías craneofaciales. La evaluación fue realizada usando un diseño correlacional intergrupar. La muestra de la investigación fue de 24 pacientes, de edad entre once y trece años de edad, y sus padres. Las mediciones se realizaron por medio de cuestionarios de autorreporte y reportes parentales sobre el costo de la adaptación psicosocial. Los resultados reflejaron que la propia percepción de la apariencia facial tuvo una correlación positiva con: su autoestima global, la propia percepción de la aceptación social y el grupo de pares del mismo sexo; y una correlación negativa con la soledad, desvaloración parental de los problemas sociales y la falta de apoyo y preocupación parental. A partir de este estudio se concluyó que la insatisfacción con la apariencia facial está asociada de la misma forma con problemas de adaptación psicosocial y una baja autoestima, pero no con otros aspectos del propio concepto u otros tipos de problemas.

Macgregor (1974), sostiene que las interacciones sociales negativas tendrían un efecto más allá de los encuentros sociales casuales ya que, estos pacientes ven afectadas además, la naturaleza de sus relaciones íntimas durante su vida adulta. En un estudio realizado a largo plazo por él, de seguimiento de pacientes con fisura labial y/o palatina; de catorce pacientes casados, la malformación tuvo un rol decisivo en todos los casos, excepto en dos, en la elección de pareja, dado que las oportunidades de salir y de casarse eran limitadas, o las percibían como limitadas. Todos los pacientes que se casaron, salvo dos, lo hicieron con personas de nivel socioeconómico y cultural más bajo, o de otro credo religioso o con personas que eran física o

emocionalmente minusválidas. Ellos mismos expresaban que debían sentirse contentos con cualquier pareja dispuesta. Las pacientes femeninas aceptaban la propuesta de matrimonio para probarse a sí mismas que ellas eran atractivas como mujeres, los hombres, en cambio, como no eran capaces de conseguir la mujer de su elección, optaban entonces, por la segunda mejor.

Mc Guire y colegas (1992), obtuvieron de observaciones hechas en un colegio datos sobre jóvenes adolescentes con diferencias faciales visibles y, encontraron que éstos tenían pocos acercamientos a su grupo de pares y eran acogidos menos frecuentemente por éstos que jóvenes sin diferencias faciales. Además, ellos se empeñan en conductas de acercamiento inefectivas ya que, tienden a observar más que a participar en las interacciones con sus compañeros. Su postura física cuando ellos están en grupo se manifiesta en un escaso contacto visual, postura cabizbaja y un tono de voz monótono. Aún cuando ellos hagan el intento de interactuar con sus pares, el esfuerzo es tan tentativo y distante que son, frecuentemente ignorados. Es así como la experiencia clínica sugiere que muchos adolescentes quienes han tenido dificultades sociales se han condicionado a que la causa de sus problemas es netamente su deformidad facial y no su falta de habilidades sociales (Kapp-Simon, 1995).

Giancaman y cols., en 1987, realizaron un estudio en doce niños de ambos sexos, entre las edades de 10 a 12 años de edad, de nivel socioeconómico medio, en el cual evaluaron las habilidades sociales utilizando para tal propósito el instrumento de medición, Escala de Comportamiento Asertivo para niños (CABS). Los puntajes de dicha escala teóricamente fluctúan en un rango de 0 a 54 puntos, en donde altos

puntajes indican no asertividad. Los puntajes obtenidos en dicha investigación fluctuaron entre 5 y 39 puntos. Al evaluar si existían diferencias en las habilidades sociales según el sexo de los niños, se pudo observar que no existían diferencias significativas. Además, se observó cómo se distribuían los puntajes pasivos y agresivos en niños y niñas, concluyendo que se tiende a evaluar a las mujeres como “más pasivas” que los hombres, del mismo modo se observa una leve tendencia a evaluar como “más agresivos” a los varones. Otra conclusión de esta investigación fue que las niñas consideraban la inteligencia como rasgo deseable, mostrando los cambios que se están produciendo en los estereotipos y supuestos atribuidos al rol sexual, luego de los avances tecnológicos, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, los cambios legislativos a su favor, la proyección de ambos sexos por igual en los medios de comunicación y la ocupación de puestos importantes mundialmente por el sexo femenino (Giancaman y cols.; 1987). Otra variable asociada a las habilidades sociales fue la autoestima ya que, se pudo afirmar que, al mejorar las habilidades sociales conllevaría mejoras en la autoestima.

En Chile, se realizó una adaptación del Inventario de Autoestima de Coopersmith, forma A por Brinkmann y cols., el que fue probado en una muestra de más de 1300 estudiantes de primer y segundo año de Enseñanza Media de la Comuna de Concepción. Sobre la base de los resultados obtenidos se elaboraron normas de puntajes T para cada una de las escalas del Inventario, y se realizaron los estudios de confiabilidad y validez, en donde se obtuvieron coeficientes con valores entre 0,81 y 0,93 para las diferentes escalas. No se encontraron diferencias significativas

relacionadas con el sexo de los estudiantes.

Otro estudio en el que se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith se realizó en Santiago en una muestra de 149 alumnos cursando entre cuarto y sexto básico provenientes de cinco escuelas de nivel socioeconómico bajo, cuya edad promedio fue de once años. En esta investigación, se aplicó el instrumento a dos grupos, en uno de los cuales además, se aplicó un Programa de estimulación de base verbal, por tratarse de niños con problemas de aprendizaje de lectura. De acuerdo a los resultados obtenidos, se señala que no existe una clara diferencia en la autoestima de los alumnos que han participado de los que no han participado en el Programa antes mencionado. Tampoco se observan diferencias en el nivel de la autoestima entre los alumnos que poseen severas dificultades lectoras y los que no las presentan. Por último, se comprueba que no existe una fuerte correlación entre autoestima y rendimiento. Además, al tomar en cuenta las subescalas del Inventario se encontró lo siguiente: los puntajes de Autoestima Total son más heterogéneos que los observados en el área de la Autoestima General; la Autoestima Escolar es superior en niños sin dificultades lectoras; existe una correlación significativa entre la asignatura de Castellano y la Autoestima General y Total, lo mismo ocurre con el vocabulario y, finalmente, existe una correlación significativa entre el promedio general y la Autoestima Total.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. DESARROLLO PSICOLÓGICO

La preadolescencia, como etapa de desarrollo, abarca desde los seis a los doce años caracterizándose por ser un periodo de consolidación más que de innovación ya que los niños progresan en cosas que ya han estado haciendo. Los cambios biológicos que experimentan permiten comprender muchas conductas y la forma en cómo él vivencia estos cambios va a depender, en parte, de la imagen personal, de la información que tenga y de las formas en que el ambiente se aproxime a él.

Según Piaget el niño se encontraría en el estadio de las Operaciones Concretas, es decir, puede usar representaciones mentales (símbolos) para llevar a cabo actividades mentales (operaciones), además, puede atender diversos aspectos de un problema a la vez y además, considerar las relaciones recíprocas y los puntos de vista de otros. El desarrollo moral se ve influido por el nivel de madurez del niño, las habilidades sociales e interacciones con otros, pues quieren, en esta etapa, complacer y ayudar a los demás, pueden juzgar las intenciones de los otros y desarrollar sus propias ideas de lo que es una buena persona, conductas y aptitudes que se adquieren en el plano de las relaciones interpersonales. Evalúan un acto de acuerdo con el motivo que hay detrás de él o de la persona que lo ejecuta, y tienen en cuenta las circunstancias (Papalia, 1992).

En esta etapa, el desarrollo social se caracteriza por el comienzo de un proceso que culminará con el logro de una autonomía responsable, de una

independencia y autosuficiencia que le permitirán al joven integrarse a la sociedad.

Durante este período, los jóvenes desarrollan conceptos más reales acerca de ellos mismos y de lo que se requiere para sobrevivir y tener éxito en su cultura. Se vuelven más independientes de sus padres y se relacionan más con otra gente, particularmente con el grupo de compañeros (Papalia, 1992). A través de la interacción con otros niños, hacen descubrimientos acerca de sus propias actitudes, valores y habilidades; pero la familia permanece como una influencia vital por considerarse como la base del aprendizaje de las habilidades interpersonales. Además, este período se caracteriza por ser lento y estable y en él se van consolidando, puliendo y refinando habilidades, destrezas y capacidades, siendo lo más importante la definición del **autoconcepto**, que prepara a los prepúberes para enfrentar de mejor forma la etapa de la adolescencia.

Existen perspectivas teóricas que dan una explicación del por qué la preadolescencia es un período fundamental para el desarrollo del autoconcepto y cómo ese desarrollo se lleva a cabo. Las más importantes son:

a) Teoría Eriksoniana. Erikson en su concepción plantea que el desarrollo humano es esencialmente “epigénesis” ya que se rige por un principio dinámico y activo que está inscrito y está ordenado a la sucesiva emergencia de partes diferenciadas en su momento oportuno, hasta aparecer todas formando un todo en funcionamiento e integración (Carretero y cols., 1985).

Este plan epigenético se desarrolla a través de ocho estadios, que van desde el nacimiento hasta la edad adulta. Cada uno de éstos representa una crisis que la

persona debe resolver con un equilibrio satisfactorio de opuestos si se desea que haya un progreso saludable hacia la siguiente etapa y, viene acompañado de un logro y de un fracaso.

Es así, como la crisis característica del período preadolescente es la capacidad de reflexión versus inferioridad. Este periodo es visto por Erikson como un tiempo de relativa calma emocional en donde el niño puede asistir a sus tareas escolares y aprender destrezas de la cultura a la cual pertenece o enfrentarse a un sentimiento de inferioridad. Por lo tanto, la virtud de esta etapa sería la destreza o competencia, una visión de sí mismo capaz de dominar y completar tareas, que ayudaría a los niños a formar autoconceptos positivos a través del trabajo y del esfuerzo; y el fracaso, sería la inferioridad ya que, se siente incapaz de realizar un trabajo productivo.

Erikson plantea que cuando los niños comparan sus propias habilidades con las de sus compañeros, se forman una idea de lo que ellos son, si se sienten inadecuados por esa comparación, puede que ellos se devuelvan al estadio “más aislado, menos consciente de las herramientas y, de la rivalidad familiar del tiempo de Edipo” (1950). Si por otra parte, predomina la reflexividad, pueden descuidar sus relaciones con otra gente (Papalia, 1992).

b) Teoría Piagetana. Piaget, al igual que Erikson, propone una explicación desde la Teoría del Desarrollo Cognoscitivo: la que menciona que a causa de que (según Piaget) los niños en edad escolar son menos egocéntricos que los más pequeños, son más capaces de verse ellos mismos desde el ángulo de otras personas y son más sensibles a lo que otros piensen de ellos. Su habilidad creciente para

descentrarse, los capacita para adquirir un punto de vista acerca de ellos mismos. Este cambio permite el crecimiento en el razonamiento moral y la habilidad para considerar las necesidades sociales, así como las personales.

c) Teoría Cognoscitivista. En esta teoría el método de procesamiento de la información considera que la formación de conceptos acerca de nosotros mismos sigue las mismas leyes de la formación de los conceptos en general, o más en particular, de la gestación de conceptos sociales, relativos a personas (Fierro, 1996). Los autoconceptos se relacionan con tres facetas de los conceptos en general: esquemas, prototipos y constructos. Se consideran como esquemas de representaciones de conjuntos de miembros de una categoría particular, estructuras de conocimiento derivadas de la experiencia pasada, sobretudo social. Estos esquemas van a organizar y guiar el procesamiento de la información importante para el sujeto en su experiencia actual, el contenido tendrá relación con la apariencia física y la conducta propia; las relaciones con otros; la personalidad del sujeto, los valores y metas de la persona; y las reglas y estrategias para controlar la conducta. Son estos esquemas los que se pueden ver luego, como prototipos, como centro de referencia de un concepto difuso o borroso. Son como una plantilla mediante la cual un procesador reconoce e identifica un estímulo en la operación de comparar esa entrada con el prototipo para comprobar si encaja o no en su estructura. Además, los autoconceptos serían constructos, porque son construcciones que el individuo ha fabricado acerca de sí mismo.

Para el presente estudio se considerará como base teórica la Teoría del

Aprendizaje Social de Bandura ya que, ésta abarca los antecedentes conceptuales necesarios para desarrollar y explicar los fundamentos de esta investigación.

3.2. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

En los años sesenta surgió una perspectiva interaccional, la Teoría del Aprendizaje Social, representada por Albert Bandura, esta teoría muestra la conjugación de los enfoques provenientes de la Psicología Social con las Teorías Conductistas del Aprendizaje y se basa principalmente en el aprendizaje a través de la observación sin que el refuerzo extrínseco sea totalmente necesario ya que, tiene un valor netamente informativo y de incentivo sólo en las subsecuentes conductas sociales. Este aprendizaje se produce por medio de procesos simbólicos durante la exposición a las actividades del modelo antes de realizar cualquier tipo de respuesta, es decir, se aprende a través de experiencias interpersonales directas o vicarias, y son mantenidas y/o modificadas por las consecuencias sociales de un determinado comportamiento.

Antes del surgimiento de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, se planteaba que la conducta social, ya sea ésta adaptada o desadaptada, se adquiría únicamente mediante la experiencia directa. Bandura no descartó este medio para aprender nuevas conductas, pero planteó que la mayor parte de los comportamientos se adquirirían a través de la observación e imitación del comportamiento. A esto Bandura le llamó Aprendizaje Observacional o Imitación (Modeling).

Esta teoría plantea que el funcionamiento psicológico de una persona y, por lo

tanto, su comportamiento social estaría dado por una interacción continua y recíproca entre el ambiente, la conducta y la persona, que la Teoría Social Cognitiva de Bandura, la explica en términos de causalidad triádica recíproca (Bandura, 1986), la que proporciona al ser humano oportunidades para delimitar su autodirección y ejercitar un cierto grado de control sobre los sucesos de su existencia. No todos los focos de influencia tienen la misma fuerza o peso ni tampoco actúan de forma simultánea, pero debido a su naturaleza bidireccional, el hombre es producto y productor de su entorno (Bandura en Bryant, 1994).

En este modelo de determinismo recíproco, el comportamiento, los factores personales cognitivos y biológicos que pueden afectar a las percepciones y a las acciones y los eventos ambientales funcionan como determinantes interactivos que se influyen recíprocamente entre sí. El ambiente, según esta teoría, lo constituirían los elementos ambientales significativos para el individuo y, dentro de éstos encontraríamos las pautas de reforzamiento, los modelos y las oportunidades que ofrece el ambiente para ejecutar conductas sociales, explicando éstas las diferencias existentes entre los individuos.

En cuanto a los determinantes personales de la conducta social a los que alude esta teoría, son fundamentalmente los procesos cognitivos reguladores que determinarán qué acontecimientos externos serán observados, cómo serán percibidos, si tendrán un efecto duradero o no, qué valencia tendrán, cómo será procesada la información para su utilización en el futuro, etc.

La conducta en sí misma juega un papel importante en este proceso de

interacción recíproca y continua entre los determinantes personales y ambientales ya que, ambiente y conducta se determinan recíprocamente. Esto porque aún cuando el ambiente potencial puede ser el mismo para distintas personas, el ambiente real dependerá del comportamiento de cada individuo (Bandura, 1986).

Es así como esta teoría atribuye una importancia relevante a las dimensiones de la autoinfluencia que corresponden a los procesos cognitivos, vicarios, autorreguladores y autorreflexivos.

A través de los procesos cognitivos la mayoría de las influencias externas afectan al comportamiento y determinan, en parte, cuáles serán las situaciones del entorno observadas, qué significado se les dará, cuál será su capacidad para causar o no efectos duraderos, qué poder de motivación o impacto emocional tendrán y cómo se ordenará la información para ser usada posteriormente. Así, el individuo procesa y transforma por medio de símbolos experiencias transitorias para la formación posterior de modelos cognitivos de actuación y juicio.

Los procesos vicarios se relacionan con la adquisición de conductas y aprendizaje a través de la observación del comportamiento humano y de sus consecuencias, lo que le permite al individuo, a partir de la información recibida de las influencias modeladoras, aumentar su conocimiento y habilidades. Además del modelado directo, se le otorga gran importancia al modelado simbólico, expresado verbal o visualmente, por su gran poder multiplicativo, es decir, un único modelo puede transmitir nuevos modos de pensamiento y comportamientos simultáneos a mucha gente en diversos lugares (Bandura en Bryant, 1994).

Los procesos autorreguladores se relacionan con la capacidad de autodirección del ser humano ya que, éste no sólo conoce y realiza sino que también autorreacciona. La autorregulación de automotivación, afecto y acción, funciona en parte, a través del estándar interno y de las reacciones de evaluación del propio comportamiento (Bandura en Bryant, 1994).

Finalmente, los procesos de autorreflexión se refieren a la eficacia personal y al pensamiento propio el que se verifica a través de formas activadoras, vicarias, persuasivas y lógicas.

Estos aspectos del aprendizaje, experiencia, modelaje e instrucción, van generando las expectativas de autoeficacia en el ámbito interpersonal, las que están referidas a la creencia respecto a si uno va a ser capaz de enfrentar una determinada situación. Es así como las personas aprenden cuándo y dónde deben realizar determinados actos, qué conductas son aceptadas y cuáles prohibidas y qué consecuencias tienen determinadas acciones. La efectividad de la observación de las acciones de los otros depende no sólo de las características del modelo y del resultado de su conducta, sino también de las propias características del observador (Carretero y cols., 1985; Hidalgo y Abarca, 1992). Esta capacidad de aprender por observación le permite al ser humano adquirir pautas de conductas amplias e integradas, además se puede fortalecer o debilitar la inhibición de jerarquías de respuestas aprendidas previamente por los observadores, dependiendo de las consecuencias positivas o negativas que la conducta trae al modelo.

Esta teoría permite explicar el desarrollo de la autoestima y la adquisición de

las habilidades sociales, variables a considerar en esta investigación, puesto que, en el caso de la autoestima, el Modelo de Autoeficacia de Bandura, propone que las experiencias de fracaso en el logro de objetivos constituyen una importante fuente de información para determinar la autoestima, junto con la observación de la conducta de otros y la comparación social, pueden poner en evidencia los déficits de la conducta social. La información entregada por los demás y la persuasión verbal respecto a las capacidades de las personas son otras fuentes de información de generación de expectativas de autoeficacia. Por último, los estados emocionales, el temor, el miedo, la angustia, provocan una excitación emocional alta que generalmente debilita la acción e impide que ésta se realice, constituyéndose en una fuente de autoevaluaciones negativas. Todos estos elementos pueden confluír a generar bajas expectativas de autoeficacia, que inciden en que la persona no se involucre, no perdure en el esfuerzo ni se refuerce tanto como debiera, teniendo como resultado una baja autoestima (Hidalgo y Abarca, 1992).

• En cuanto a las habilidades sociales éstas se refieren a un repertorio de conductas sociales que cuando se usan en la interacción con otros, conllevan al logro de refuerzos de parte del ambiente y éstos a su vez, aumentan el contacto interpersonal, el cual enriquece afectiva, social y culturalmente al individuo. Por el contrario, la carencia de una conducta social apropiada conduce al rechazo y aislamiento social del individuo por parte del ambiente y esto, al fracaso e infelicidad.

Finalmente y de acuerdo a lo planteado por Bandura en su teoría, en el

proceso de desarrollo humano, el autoconocimiento y la observación sutiles de los niños en edad escolar los hacen más receptivos a la influencia de la gente que ellos admiran o aquellos que ven como poderosos y gratificantes. Mientras los niños más pequeños responden principalmente a los refuerzos materiales, en la preadolescencia la aprobación o desaprobación de los padres, profesores y compañeros viene a ser un modelador poderoso del autoconcepto y del comportamiento (Papalia, 1992).

3.3. DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO

En general, en el ámbito de la Psicología, se han usado indistintamente los términos autoimagen, autoconcepto y autoestima para referirse al mismo constructo, es por eso que se ha considerado necesario definir y caracterizar cada uno de estos conceptos para así poder delimitar lo que se entenderá como autoestima en esta investigación.

Cabe mencionar, que la autoestima y la imagen corporal que tenemos de nosotros mismos forman parte de un constructo más amplio, el autoconcepto, el que será definido y caracterizado a continuación conformando el marco para, posteriormente, desarrollar el concepto de autoestima.

Durante el desarrollo humano, el organismo va experimentando numerosos cambios tanto estructurales como funcionales, va ampliando su mundo desde la familia a su entorno social y desde su propio cuerpo al espacio que lo rodea. Dentro de esta evolución natural, un concepto que aparece desde muy temprana edad es el autoconcepto, el que se define como "las cogniciones que el individuo tiene

conscientemente acerca de sí mismo. Incluye todos los atributos, rasgos y características de personalidad que estructuran y se incluyen en lo que el individuo concibe como su yo” (Brinkmann y cols.,1989).

La preadolescencia es el momento en el que el autoconcepto es considerado un fenómeno social, pues los niños se convierten en agentes activos de este mundo social, internalizando patrones de comportamiento y valores de éste, buscando el equilibrio entre lo que ellos son y lo que la sociedad espera de ellos. En este afán de buscar el equilibrio, se esfuerzan por desempeñarse adaptativamente a su entorno, lo que les demanda la realización de tareas importantes que contribuyan al desarrollo de su autoconcepto. Dentro de éstas se hallan: ampliar su autoentendimiento, aprender más acerca del funcionamiento de la sociedad, desarrollar estándares de comportamiento y dirigir su propio comportamiento (Papalia, 1992).

En conclusión, la diferenciación de la niñez y de la adolescencia en relación al autoconcepto radica en que hay una evolución de un autoconcepto inicial muy segregado y no integrado en todos sus aspectos hasta una integración superficial en primera instancia, para culminar finalmente en una organización dentro de un todo que integra todos los aspectos del sí mismo (Gorostegui, 1992).

3.3.1. Relación entre autoconcepto, imagen corporal y autoestima

El primer componente del autoconcepto involucra una percepción individual de la propia apariencia y función física, es decir, la imagen corporal ya que, a medida que el niño crece se mueve y coordina sus movimientos en el espacio y

experimenta el dolor físico irá progresivamente configurando y confirmando el esquema de su propio cuerpo. Y aunque la etapa de la preadolescencia sea crucial, el niño desarrolla su imagen corporal básica como ser físico mucho antes (Carretero y cols., 1985).

La imagen del cuerpo cambia a lo largo de la vida, y está influida por las tendencias culturales y las expectativas de la sociedad, por las reacciones y las experiencias con otros (Prieto, 1998).

Los cambios en la apariencia, capacidades, o estado funcional, pueden contribuir a alterar la imagen del propio cuerpo y por consiguiente, desarrollar un autoconcepto alterado ya que, las desfiguraciones físicas u otros cambios visibles en el cuerpo pueden causar alteraciones significativas en la imagen de éste, dependiendo del significado de los cambios para el individuo. El grado del cambio físico o deformidad no siempre es proporcional a la reacción que él provoca (Falvo, 1991). Por consiguiente, el autoconcepto tiene un impacto significativo en la interacción con los otros. Un autoconcepto negativo puede producir respuestas negativas y uno positivo, puede aumentar la posibilidad de que otros reaccionen positivamente (Falvo, 1991), pero el atractivo físico puede llegar a ser menos significativo si se tienen habilidades sociales y autoestima positiva.

El segundo componente del autoconcepto es la autoestima, parte importante que se considera y se diferencia del primero en que tiene una clara orientación afectiva, y puede ser evaluada de acuerdo a su valencia positiva o negativa para el sujeto, es decir, cuantitativamente; en cambio, el autoconcepto se aborda desde una

comprensión conceptual, lo que sería una actividad cognitiva y abordable en términos cualitativos (Gorostegui, 1992). Conceptualmente, para esta investigación la autoestima se estudia formando parte de un constructo más amplio, el autoconcepto y se define como “la autoevaluación que el individuo hace y mantiene en forma perseverante hacia sí mismo: se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta dónde el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo (Coopersmith en Rivera, 1996). Este constructo se basa en la combinación de la información objetiva sobre uno mismo y la evaluación subjetiva de dicha información, es decir, la diferencia que exista entre la percepción y el ideal de uno mismo determinará una baja o alta autoestima.

3.3.2. Definición de Autoestima

El tema de la autoestima ha sido relevante desde la época de la psicología científica ya que, diversos investigadores de la conducta humana se han ocupado de ésta y la han definido de la siguiente manera:

a) William James fundador de la escuela funcionalista, define la autoestima como el resultado de lo que la persona hace para obtener el éxito en aquellas metas que pretende alcanzar (Mezerville, 1993).

b) Alfred Adler, pionero de la escuela psicodinámica, enfatizó el papel de la autoestima como uno de los elementos relevantes de la dinámica personal que caracteriza la vida del hombre (Mezerville, 1993). Adler considera que el hombre se

mueve hacia una meta autoseleccionada, una meta que él siente que le dará un lugar en el mundo. Actúa como si lograr esta meta ideal le pudiera ofrecer seguridad y le diera un lugar.

James coincide con Adler al considerar la autoestima como el resultado de las metas propuestas. Además esta posición compartida, establece que la autoestima se manifiesta no sólo como un proceso interno dentro del individuo, sino que se relaciona externamente con el éxito o el fracaso que éste obtiene, a nivel conductual, en la búsqueda de sus metas (Mezerville, 1993).

c) Maslow es uno de los fundadores de la psicología humanista, quien incluye a la autoestima dentro de su conocida "Jerarquía de Necesidades", para él existen dos tipos de necesidades de estima a saber, la estima propia y aquella que proviene de los demás, ubicándolas a ambas jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las necesidades de pertenencia y afecto.

d) Milicic y Antonijevic definen a la autoestima como la sensación interna de satisfacción o insatisfacción consigo mismo (Rivera, 1996).

e) Brinkmann se refiere a la autoestima como la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de sus atributos, rasgos y características de personalidad que estructura y se incluyen en lo que el individuo concibe como su yo, incluyendo las emociones que asocia a ellos y las actitudes que tiene respecto de sí mismo.

Revisadas todas estas definiciones, se puede concluir que la autoestima forma parte, junto a la imagen corporal, del autoconcepto y es el componente evaluativo o emocional acerca de uno mismo, el que se manifiesta tanto a nivel inferido como a

nivel observable, y las fuentes que la sustentan son de dos tipos, internas y externas en continua interacción. Por lo tanto, puede afirmarse en un sentido más restringido que la autoestima se refiere al valor del yo, o sea, el valor de uno como persona a los ojos de otros y especialmente a los ojos de uno mismo.

Tomando en cuenta todo lo anterior, se pueden encontrar algunos puntos comunes en las definiciones del concepto de autoestima:

- La autoestima se relaciona directamente con el autoconcepto y la autoimagen.
- La autoestima es una actitud aprendida.
- La autoestima es el resultado de la interacción del individuo con su medio social.
- La autoestima está directamente relacionada con la percepción y valoración que cada persona tiene de sí misma.
- La autoestima, siendo una actitud valorativa, se mueve en un continuo que va desde lo negativo a lo positivo.
- La autoestima se presenta como un concepto estable, consistente y presente en la mayor parte de las conductas del sujeto. (Rivera, 1996).

3.3.2.1. Características de la Autoestima

a) La autoestima es multidimensional ya que, un individuo posee varias dimensiones que pueden ser evaluadas en forma conjunta o en forma separada, como por ejemplo: dimensión social, dimensión personal, dimensión familiar, etc., las que se encuentran ligadas a la configuración social en que se encuentra el sujeto.

b) La autoestima es dinámica, es decir, se modifica a lo largo del desarrollo y

puede variar tanto en su contenido como en su centralidad, y se adquiere a partir de las experiencias propias del individuo y de su interacción social (Mestre y Frías, 1996). Un ejemplo de lo anterior lo da Erikson (1959) (citado en Gorostegui, 1992), el que afirma que las diferencias anatómicas características de niños y niñas al iniciar la etapa reproductiva, necesariamente producen un impacto en la autoestima, en las relaciones interpersonales y en la conducta del rol.

c) La autoestima es jerárquica, de acuerdo a la etapa de desarrollo o a la situación en que se encuentre el sujeto, van a adquirir mayor o menor importancia algunas dimensiones sobre otras.

3.3.2.2. Formación de la Autoestima.

La autoestima o valoración propia es una actitud aprendida de las interacciones sociales con el medio y, en particular, con las personas significativas para el sujeto y se va desarrollando durante toda la vida de éste.

A medida que el autoconcepto va apareciendo, según Rogers, surgen dos necesidades profundas, la autoestima positiva de los demás y la autoestima positiva propia, la que se forma fundamentalmente durante los primeros cinco a seis años de vida, pero continúa desarrollándose en la medida que se van asimilando y valorando nuevas experiencias (Rivera, 1996).

Diversos estudios en niños pequeños muestran que el estilo de crianza de los padres durante los tres o cuatro primeros años de vida determina la cantidad de autoestima inicial del niño. A medida que va creciendo, van incorporándose otras

variables familiares, escolares y sociales (Mestre y Frías, 1996).

Existen tres fuentes que permiten la formación de la autoestima y regulan su desarrollo:

a) Las respuestas de personas significativas para el niño que influyen en las percepciones que tengan de sí mismos. / En el caso de los niños, los otros significativos lo constituyen su familia, en especial sus padres. / Y en el caso de los preadolescentes y adolescentes, su grupo de pares, es decir, los primeros se juzgan y valoran su comportamiento en relación a sus padres y los segundos, en relación a su grupo de pares.

b) La percepción de sus propias conductas relevantes para el sujeto como persona es decir, a través de su desarrollo el niño va reconociendo conductas que le van permitiendo satisfacer sus propias necesidades, por lo tanto, van tomando relevancia al otorgarles un valor.

c) La internalización de sus percepciones en conjunto que adquieren un cierto valor, es decir, las personas que han tenido experiencias enriquecedoras en su vida podrán aceptarse como realmente son porque han sido valoradas por otros y por sí mismas (Rivera, 1996).

3.3.2.3. Factores que influyen en el aprendizaje y desarrollo de la autoestima

a) **Factor afectivo.** El clima afectivo en el que se desarrolle un niño será de vital importancia para tener una autoestima positiva. El amor, la preocupación, la atención y el respeto de la familia, el grupo de pares y su núcleo social serán

relevantes para llegar a aceptarse tal como se es, fomentando la seguridad de la persona en forma abierta y sincera, siempre y cuando se establezcan relaciones basadas en una comunicación verdadera, confianza, no enjuiciamiento, sentimientos de aprecio, respeto por los sentimientos y opiniones de otros y en la empatía, elementos claves para la existencia de un adecuado clima afectivo.

La familia como agente socializador primario es un elemento fundamental en la autovaloración del niño ya que, se ha demostrado que una autoestima negativa se relaciona con familias conflictivas o disfuncionales, separaciones del hogar, expectativas demasiado altas o bajas con respecto al niño, excesos de castigos unidos a pocos cuidados y falta de supervisión (Gorostegui, 1992).

b) Factor académico. Variadas investigaciones ponen de manifiesto la relación existente entre el éxito académico y la autoestima, la que está en función de las sensaciones de eficacia y competencia y de las valoraciones percibidas de los otros significativos (Mestre y Frías, 1996).

Los estudiantes exitosos tienen como características típicas, autoconfianza, autoaceptación, competencia personal y adaptación emocional.

Y se ha demostrado que el rendimiento se ve afectado por la autoestima así como también la conducta, la interacción con los demás y la salud mental (Mestre y Frías, 1996).

c) Factor físico. Dentro de nuestra sociedad existen “estereotipos” de belleza física que tienden a seguirse, porque además de considerarse atractivos, se les atribuyen cualidades como mayor inteligencia, simpatía, mayor popularidad,



características que para los niños y adolescentes, que son más vulnerables a estos estímulos, conforman un modelo a seguir. Lo anterior influirá directamente en el desarrollo de la autoestima debido a que, al no cumplir con esas cualidades, el concepto de sí mismo podría llegar a tener una valencia negativa.

d) Factor social. Además de las actitudes y opiniones de los otros significativos, otra fuente de valoración reside en las comparaciones que cada uno hace dentro de su grupo de referencia o pertenencia. La autovaloración varía según si el resultado de las comparaciones es favorable o desfavorable en características que el niño considera importantes según su edad, o son privilegiadas dentro de ese grupo: inteligencia, fuerza, atractivo sexual, apariencia física y otras (Rosenberg, 1979, citado en Gorostegui, 1992).

Este factor adquiere mayor relevancia en la etapa escolar ya que, es la escuela la que le exige adquirir nuevos roles y normas y donde el niño necesita que sus acciones sean reconocidas por otros que no formen parte de su núcleo familiar. Su autoestima por lo tanto, estará en parte determinada por la opinión que siente que los demás tienen de él (Rivera, 1996).

En la preadolescencia y adolescencia se producen una serie de cambios de responsabilidades y competencias que el joven tiene que enfrentar, las que se ven influenciadas directamente por el grupo de pares y su experiencia social, es decir, si el joven es aceptado por los otros, se siente valorado y su autoestima positiva se ve reforzada, lo que le permitirá posteriormente desarrollar una actitud positiva para conformar su propia identidad. El grupo de amigos y compañeros le proporciona

satisfacciones inmediatas, le ayuda a definirse como individuo, seguro y competente, y le informa de las actitudes que se esperan de él como ser social.

3.3.2.4. Proceso de la Autoestima

A partir de lo expuesto anteriormente, se considera a la autoestima como un conjunto de conceptos relacionados sistemáticamente, destacando seis componentes asociados que interactúan en forma ordenada permitiendo una mayor comprensión de la forma en que ésta se expresa y se consolida a nivel personal, es a este modelo que se le denomina “Proceso de la Autoestima” y se le considera desde la perspectiva de dos dimensiones complementarias, la dimensión interna o inferida y la dimensión externa u observable, cada una de ellas integrada por tres componentes esenciales.

Tabla 1. Componentes inferidos y observables del proceso de la autoestima.

Componentes Inferidos o Internos del Proceso de Autoestima	Componentes Observables o Externos del Proceso de Autoestima
Autoimagen	Autocontrol
Autovaloración	Autoafirmación
Autoconfianza	Autorrealización

Los tres primeros componentes de la autoestima, representan los elementos de tipo inferido y son los siguientes: la autoimagen, que podría caracterizarse por la frase “ Me veo bien”; la autovaloración que encuentra una expresión adecuada en la

frase “Soy importante” y la autoconfianza que se manifiesta cuando la persona afirma “Yo puedo” (Mezerville, 1993).

Los siguientes tres componentes complementarios constituyen los elementos conductuales externos de la autoestima de tipo observable, éstos son: el autocontrol, que puede expresarse con la manifestación “Estoy en orden”, la autoafirmación que se refleja cuando la persona expresa satisfecha “Así soy yo” y la autorrealización que hallaría su mejor expresión en la frase “Lo he hecho” (Mezerville, 1993).

La suma de todos estos elementos o componentes asociados de la autoestima pueden finalmente caracterizarse por la afirmación “Estoy bien”.

a) Componentes inferidos del proceso de la autoestima. La autoimagen consiste en la capacidad de verse a sí mismo, no mejor ni peor, sino como la persona que realmente es. Las personas que poseen una autoestima inadecuada tendrían falta de claridad en el conocimiento de sí mismo y el mayor problema sería el autoengaño, con una visión de inferioridad o de superioridad, impidiéndole a la persona tener una imagen realista de sus propias cualidades y defectos.

La autovaloración consiste en apreciarse como una persona importante para sí misma y para los demás, esta definición puede entenderse como un percibir con agrado la imagen personal. Generalmente la baja autoestima implicaría una autodevaluación que se podría asociar con sentimientos de autorechazo e indignidad personal, afectando la capacidad de las personas de apreciar el significado positivo de sus vidas.

La autoconfianza se caracteriza por creer que uno puede hacer bien distintas

cosas y sentirse seguro al realizarlas. Las personas con baja autoestima manifiestan sentirse inseguras y ansiosas en su forma de actuar, es decir, el problema radica en que ésta experimenta inseguridad personal unida a sentimientos de incapacidad e impotencia.

b) Componentes observables del proceso de la autoestima. El autocontrol consiste en manejarse correctamente a nivel personal cuidándose, dominándose y organizándose bien en la vida.

La autoafirmación puede definirse como la libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones con autonomía y madurez. Este concepto se caracteriza por la capacidad del individuo de manifestarse abiertamente a la hora de expresar sus pensamientos, deseos o habilidades incluyendo otras capacidades afines tales como la autodirección y la asertividad personal. Las personas con baja autoestima en esta área experimentan el problema de la autoanulación, que se refleja en una incapacidad para manifestarse con libertad y cuando tienen que tomar decisiones personales o realizar algún tipo de actividad muestran una excesiva dependencia de otros.

La autorrealización consiste en el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades propias para vivir una vida satisfactoria que sea de provecho para sí mismo y para los demás. Las personas con baja autoestima se quejarían continuamente de su falta de realización personal asociándola con una sensación agobiante de estancamiento y esterilidad existencial, impidiéndoles desarrollar sus áreas de potencial o realizar aquellas acciones que contribuirían a entregar un verdadero significado a sus vidas.

3.4. CONDUCTA SOCIAL

La conducta social humana ha sido explicada por diversos teóricos del comportamiento asumiendo distintas posiciones con respecto a la controversia organismo-ambiente como factor determinante de la conducta.

Quienes han participado en esta controversia, si bien han terminado por adoptar la concepción de que la conducta es el resultado de la interacción de las personas con las situaciones y no, producto de cada factor por separado, no han logrado resolver sus diferencias en relación a cómo interactúan estas dos fuentes de influencia para determinar la conducta (Alvarez y Cárdenas, 1991).

En los años sesenta surgió una perspectiva interaccional, la Teoría del Aprendizaje Social, representada por Albert Bandura la que planteaba que el funcionamiento psicológico de una persona y, por lo tanto, su comportamiento social estaría dado por una interacción continua y recíproca entre el ambiente, la conducta y la persona.

Esta capacidad de aprender por observación le permite al ser humano adquirir pautas de conducta amplias e integradas además, se puede fortalecer o debilitar la inhibición de jerarquías de respuestas aprendidas previamente por los observadores, dependiendo de las consecuencias positivas o negativas que la conducta trae al modelo.

Es así como dentro de conducta social definida como “un aprendizaje continuo de patrones cada vez más complejos que incluyen aspectos cognitivos, afectivos, sociales y morales que se van adquiriendo a través de un proceso de

maduración y aprendizaje en permanente interacción con el medio social”, (Hidalgo y Abarca, 1992) se pueden enmarcar las habilidades sociales, entrando también en la discusión de los distintos teóricos respecto a por qué algunas personas cuentan con estas habilidades y por qué otras no.

Las habilidades sociales, se refieren a un repertorio de conductas sociales que, cuando se usan en la interacción social conllevan al logro de refuerzos de parte del ambiente y ésto, al aumento del contacto interpersonal, el cual enriquece afectiva, social y culturalmente al individuo. Por el contrario, la carencia de éstas conduce al rechazo y aislamiento social del individuo por parte del ambiente y ésto, a la sensación de fracaso e infelicidad.

3.4.1. Definición de Habilidades Sociales

La Psicología Social definió a las Habilidades Sociales como un conjunto de capacidades que contribuyen a la efectividad del comportamiento interpersonal, es decir, al buen desempeño del propio rol y al cumplimiento de las expectativas de los demás que se asocian a dicho rol (Alvarez y Cárdenas, 1991).

La psicología clínica, por su parte, en un comienzo se refería al tema de las habilidades sociales, utilizando fundamentalmente el término de asertividad y más tarde conducta asertiva, siendo definida por la mayoría de los teóricos como la expresión adecuada de sentimientos, creencias u opiniones, para aumentar la probabilidad de refuerzo social y disminuir la de castigo.

Generalmente hablar de habilidades sociales implica un repertorio de

conductas interpersonales complejas que cuando se usan en la interacción con otros conllevan al logro de refuerzos de parte del ambiente y esto, al aumento del contacto interpersonal, el cual enriquece afectiva, social y culturalmente al individuo.

Para entregar una comprensión básica del concepto de habilidades sociales se pueden considerar diferentes definiciones de éstas, pero para los propósitos de este estudio y por adecuarse a sus objetivos, se mencionarán sólo la de Michelson (1987) y Jakobowsky y Lange (1973) ya que, son muchos los autores que otorgan un significado equivalente al concepto de habilidades sociales con el de conducta asertiva (Alvarez y Cárdenas, 1991).

Michelson (1987) define las habilidades sociales como “un conjunto de comportamientos verbales y no verbales, que suponen iniciativas y respuestas socioafectivas eficientes y apropiadas a las características del medio. Estas habilidades se adquieren principalmente a través del aprendizaje social, socialización y además acrecientan el reforzamiento social.” Por su parte Jakobowsky y Lange (1973) definen la conducta asertiva como “la capacidad de expresar sentimientos y creencias en forma adecuada, en el momento oportuno, respetando los propios derechos y tomando en cuenta los derechos de los demás”. Esta conducta favorecería las relaciones interpersonales, tanto a corto como a largo plazo.

3.4.1.1. Componentes de la conducta asertiva

- *Componentes observables:* Corresponden a los aspectos no verbales como tono de voz, expresividad facial, postura, mirada, gestos, etc. y dentro de los

aspectos verbales la calidad de los contenidos, longitud del discurso, expresión de los sentimientos, etc.

- *Componentes cognitivos:* Según las investigaciones las personas no asertivas conocerían la conducta asertiva y sabrían cómo deben comportarse en determinada situación, pero a nivel conductual presentan deficiencias. Los autores Schwart y Gottman (1976) demostraron que los sujetos asertivos presentan una mayor cantidad de frases positivas que se dicen a sí mismos, mientras que en los sujetos no asertivos ocurría lo contrario.

Otros autores Fiedler y Beach (1978) mencionan la importancia que puede tener la consideración que un individuo haga de las consecuencias positivas o negativas de su conducta, de cómo esto influye en su decisión de comportarse o no en forma asertiva.

Eisler, Frederiksen y Petterson (1978) en Giancaman, (1987), demostraron que las personas asertivas esperan mayores resultados positivos de las conductas asertivas, en cambio los sujetos no asertivos consideran que las respuestas pasivas logran mayor aceptación. Generalmente las personas no asertivas ante una evaluación negativa de sus posibilidades optan por la pasividad o la agresividad, creyendo que de esta forma lograrán un mejor enfrentamiento con su ambiente. En los individuos no asertivos estas bajas expectativas se relacionan con un problema de autoaceptación y evaluación de sí mismos, además tienen un fuerte temor al fracaso y al castigo y dependen fuertemente de la aprobación externa.

3.4.1.2. Conducta no asertiva.

La conducta no asertiva se refiere a aquella conducta en que la persona no hace valer ni respetar sus sentimientos, necesidades y/o creencias como en el caso de la conducta pasiva, o aquella conducta en que para conseguir los objetivos deseados se pasa a llevar los sentimientos, necesidades, ideas y/o creencias de otros, como es el caso de la agresividad. En ambos casos hay una transgresión de derechos, en el caso de la pasividad, se transgreden los propios derechos, y en el caso de la agresividad se transgreden los derechos ajenos (Giancaman y cols., 1987), presentándose conductas disfuncionales relacionadas con su ambiente y falta de habilidad para interactuar efectivamente con su entorno social, llevándolos a recibir el rechazo o disminución del refuerzo social, produciéndoles deterioro de su autoestima, aislamiento social y otros problemas que se derivan de esta situación.

3.4.1.3. Modelos explicativos de la conducta no asertiva.

Las diversas teorías plantean diversos modelos explicativos de la falta de Habilidades Sociales.

En un comienzo se planteó que esta falta se debía a que no existían dichas conductas, calificadas como socialmente adecuadas en el repertorio de la persona. Algunos autores como Mc Fall (1970-1971) y Eisler y cols. (1973), plantean que las personas no asertivas no cuentan con un repertorio de habilidades interpersonales necesarias para su adecuado comportamiento social.

Más adelante, se planteó que el problema no radicaba en la falta de un

repertorio conductual, sino que un exceso de ansiedad social experimentada por la persona en una situación determinada hacía que se comportara ineficazmente.

Otra línea teórica posteriormente sugirió, que la carencia de Habilidades Sociales adecuadas y/o la presencia de ansiedad social, no justificaban por sí solas las posibles razones por las que una persona se comportaría no asertivamente en determinadas situaciones y sugirieron que la no asertividad tendría su origen en los procesos cognitivos mediacionales, esto es, en el “cómo” se procesaban los estímulos internos y/o externos que les significaba involucrarse en determinada situación. Estos procesos mediacionales se refieren también a los diálogos internos y, en general, a las evaluaciones y expectativas negativas que exhiben las conductas no asertivas.

En resumen, los tres modelos explicativos de la no asertividad se basan en el nivel de ansiedad social, carencia de repertorio conductual eficiente y en los procesos cognitivos mediacionales.

3.4.1.4. Características del comportamiento asertivo

La persona asertiva poseería cuatro características:

- Se siente libre para manifestarse.
- Puede comunicarse con personas de todos los niveles: amigos, familiares y desconocidos. Esta comunicación es siempre abierta, directa, franca y adecuada.
- Tiene una orientación activa en la vida. Va tras lo que quiere hasta lograr sus metas.

- Actúa de un modo que le hace mantener el respeto hacia sí mismo. Acepta sus limitaciones, pero siempre se esfuerza de manera que, independientemente de los resultados de sus acciones, quede satisfecho de su comportamiento.

3.4.1.5. Tipos de Habilidades Sociales (identificadas por Michelson)

- *Decir y aceptar elogios.* Esta habilidad puede definirse como decir algo positivo o agradable a otra persona. La habilidad de decir un elogio positivo y honesto a otros tiene una serie de beneficios tanto para quien los dice como para quien lo recibe. Este ciclo de dar y recibir refuerzo social ayuda a aumentar la popularidad, el desenvolvimiento y el rendimiento académico. Decir elogios implica ser sincero y oportuno (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Decir y recibir críticas.* Una crítica es una frase con respecto a algo o alguien que a uno no le gusta. Esta es una importante habilidad social que requiere ser oportuno y prudente, además de tener un propósito positivo. Los niños que son capaces de hacer críticas constructivas tienen la habilidad de verbalizar sus preocupaciones y modificar las condiciones negativas de su medio ambiente. Además estos niños son más objetivos y abiertos cuando reciben críticas de otros (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Decir no.* Rehusar es ser capaz de decir no de un modo agradable frente a una solicitud que no se quiere o no se puede aceptar. Los niños que han aprendido a negar apropiadamente las solicitudes de otros, ganan más control sobre sus propias interacciones sociales, en cambio, los niños que carecen de esta habilidad se sienten a

menudo frustrados y resentidos (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Pedir favores.* Puede definirse como la capacidad de pedirle a alguien que haga algo por uno. Para los niños la importancia de desarrollar habilidades en la solicitud de favores llega a ser fundamental en virtud de su dependencia de otros (padres y profesores). Los niños que son capaces de organizar y verbalizar sus deseos y necesidades clara y apropiadamente, son aquellos que responderán en forma más preparada y positiva frente a los otros (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Preguntar por qué.* Esta habilidad puede definirse como la capacidad de solicitar información adicional sobre una situación problema o interacción con la finalidad de aclarar ambigüedades, conceptos errados y malos entendidos. La habilidad de preguntar "por qué" juega un importante rol en el proceso de toma de decisiones y otras capacidades cognitivas fundamentales en el aprendizaje del niño (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Solicitar cambios de conducta.* Es la habilidad de poner en conocimiento de otra persona aquello que nos molesta o incomoda de su comportamiento y pedirle que lo modifique. Con esta habilidad el niño adquiere un rol más activo en el desarrollo y reestructuración del medio ambiente social (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Defensa de los propios derechos.* Se refiere al acto de autoafirmarse en situaciones donde otras personas tengan el propósito de violar los propios derechos. Esta habilidad requiere que el individuo tome conciencia de cuáles son sus derechos y que aprenda a discriminar cuándo puede hacerlos valer (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Iniciar, mantener y terminar conversaciones.* La importancia de esta

habilidad radica en que las conversaciones sirven como vehículo primario de intercambio de información entre dos o más personas. Para los niños, la conversación es un mecanismo esencial y un vehículo para el aprendizaje y desarrollo social. Las interacciones entre pares así como entre adultos-niños (padres y profesores), están basadas en su mayoría en comunicaciones diádicas y grupales. El facilitar en el niño el " arte de la conversación" contribuye a su desarrollo social, emocional e intelectual (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Empatía.* Esta habilidad se define como la capacidad de sentir y entender lo que otra persona está sintiendo y comunicarlo. Para los niños llegar a ser empáticos y aprender a comunicarlo es un parámetro de su maduración social. Las amistades pueden llegar a ser más significativas y el niño se aleja de la posibilidad de estar socialmente aislado (Alvarez y Cárdenas, 1991). Se ha visto que los niños que presentan más conductas empáticas son más aceptados por sus pares (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Habilidades sociales no verbales.* Se definen como la capacidad de hablar sin palabras. Las claves no verbales ayudan a proveer feedback e intercambio de información entre las personas y se suman a la transmisión del afecto y la intensidad del mensaje verbal. Cuando los componentes verbales y no verbales son congruentes, la comunicación es óptima. Habilidades sociales no verbales deficientes pueden afectar no sólo el contenido de lo que se dice sino también el flujo de la conversación (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Interacciones con personas más importantes.* Esta habilidad se refiere a la

manera cómo nos relacionamos con personas cuya posición es diferente a la nuestra (padres, profesores y otros adultos). La diferencia de estatus o posición se deriva de variables tales como grado de estimación hacia la persona, grado de autoridad del individuo, su poder dentro del grupo y su edad. El desarrollo de esta habilidad en los niños contribuye al éxito con el cual el niño se relaciona con el mundo adulto (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Interacciones con personas de diferente sexo.* Esta habilidad se refiere a la manera como nos relacionamos con personas de sexo diferente al nuestro. El desarrollo de habilidades en interacciones de ambos sexos pueden servir de gran ayuda en el desarrollo heterosexual. Una falta de habilidades sociales para interactuar con personas del sexo opuesto puede ser un factor que contribuya a la ansiedad social en la adultez (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Toma de decisiones.* Esta habilidad consiste en la capacidad para decidir inteligentemente y sin vacilación frente a una determinada situación o problema. Aquellas personas hábiles en la toma de decisiones tienen la capacidad de organizar eficientemente las alternativas y clasificarlas en base a sus beneficios y desventajas, para luego seguir un determinado curso de acción. Quienes toman decisiones hábiles son vistos de un modo positivo y reconocidos como capaces y organizados (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Interacciones grupales.* Se definen como aquellas situaciones en las cuales tres personas o más están interactuando o actuando entre sí. Para los niños el tener habilidades sociales en interacciones de grupo es un componente importante de la

vida diaria y fundamental en el desarrollo psicosocial exitoso (Alvarez y Cárdenas, 1991).

- *Resolución de conflictos.* Esta habilidad se define como el modo en que la gente resuelve los problemas o conflictos que tiene con otras personas. Los niños tienden a enfocarse más analíticamente e independientemente, la solución de problemas que las niñas. Tienden además a mostrarse persistentes en las situaciones problemáticas (Alvarez y Cárdenas, 1991). Ante tales diferencias de orientación, no es sorprendente que los niños tiendan a mostrar una mayor preferencia por las Ciencias y las Matemáticas, en tanto que las niñas prefieren las Artes y Humanidades (Alvarez y Cárdenas, 1991).

3.4.2. Habilidades Sociales en niños

La conducta social adecuada conlleva al logro de refuerzos del ambiente y esto, al aumento del contacto con otros, lo que enriquece afectiva, cultural y socialmente al niño. Por el contrario, los déficits de habilidades sociales se han relacionado con baja autoestima y depresión. En relación a este último punto, varios investigadores han planteado como antecedente de la depresión, la falta de refuerzo social, el cual se vería disminuido, en parte, por este tipo de déficit (Giancaman y cols., 1987). Además, a estos niños se les han asociado una serie de problemas futuros, como dificultades en su adaptación escolar, expulsiones escolares, delincuencia y problemas de salud mental cuando adultos.

3.4.2.1. Interacción con los pares

El aprendizaje de las habilidades sociales se adquieren no sólo por imitación de los padres y los otros significativos, sino más bien de la interacción con los pares.

Al ingresar a la escuela, los niños amplían su mundo fuera del entorno familiar. Antes de asistir a ésta, los valores, reglas y expectativas son los que tenía su propia familia. Sin embargo, al ingresar son expuestos a un gran ambiente social, que no sólo hace que ellos aprendan habilidades sociales e interacciones cooperativas, sino que además desarrollen su autoestima y ganando gradualmente la capacidad para sustentar el esfuerzo requerido para finalizar una tarea. La aprobación, la estimulación de otros y la aceptación de sus pares, los ayuda a desarrollar la confianza en sí mismos, determinando a futuro un autoconcepto positivo (Prieto, 1998).

La aceptación de los pares y la popularidad aparecen jugando un importante rol en la socialización en la infancia, dado que las habilidades sociales proveen a los niños de un medio a través del cual ellos pueden dar y recibir refuerzo social, convirtiéndose su ambiente social en algo positivo que los atrae y compromete (Giancaman y cols., 1987).

La importancia de las habilidades sociales en el logro de la aceptación de los pares ha sido documentada por diversos investigadores, concluyendo que los niños populares, aparecen reforzados socialmente por sus pares y profesores más frecuentemente que los niños no populares; por otro lado, los niños hábiles socialmente muestran un mejor rendimiento académico, social y emocional, e

inversamente los niños con interacciones sociales deficientes reciben poco refuerzo social, lo que incidiría en la manifestación de conductas de aislamiento social, agresión, frustración y evitación (Giancaman y cols. 1987).

3.4.2.2. Situación escolar

La situación escolar es otro aspecto que guarda relación con el desarrollo de las habilidades sociales, especialmente el logro académico y la relación con el profesorado.

Golden (1980) enfatiza la intrínseca asociación existente entre las relaciones interpersonales que se dan al interior de la sala de clases y el rendimiento académico de los alumnos (Giancaman y cols., 1987).

En una investigación realizada por Kohn y Rosman (1972) con preescolares, se mostró la relación entre el funcionamiento social y emocional, con ejecución académica y logros intelectuales, pues el niño que es curioso, ágil y asertivo, aprenderá más de su ambiente, dada su amplia interacción con éste y la gran aceptación y refuerzo que recibe de los demás. Sin embargo, el niño pasivo, es apático y evitativo y aprenderá menos porque su contacto interpersonal está disminuido.

Por otro lado, en estudios psicoeducativos, se ha descubierto que la ansiedad académica disminuye el rendimiento ya que, los niños que experimentan ansiedad en situaciones académicas de evaluación, reaccionan con cierto grado inconsciente de hostilidad hacia sus examinadores, a los que de alguna forma consideran que están

juzgando su capacidad. La hostilidad fortalece sus expectativas de fracaso y, el deseo de los niños de eludir tales situaciones provoca deterioro del rendimiento al disminuir su atención hacia las actividades académicas (Giancaman y cols., 1987).

Por lo tanto, un sujeto con déficit en habilidades sociales tendería a desarrollar una baja autoestima, y en esta medida se vería afectado también el rendimiento pues, el sujeto se sentirá inseguro de sus propias capacidades y no rendirá según su potencial real (Giancaman y cols., 1987).

3.4.3. Consecuencias del déficit de Habilidades Sociales en niños

Los niños con déficit sociales o no asertivos son descritos por los investigadores como: aislados, tímidos o vergonzosos, pasivos y letárgicos. Estos niños violarían sus propios derechos al fracasar en la expresión de sus sentimientos, necesidades, deseos y opiniones. Este tipo de conducta pasiva puede tener como consecuencia, sentimientos de inadecuación, depresión e incompetencia (Giancaman y cols., 1987).

Los niños pasivos pueden experimentar menos popularidad que sus compañeros socialmente hábiles y el tono de respuesta de estos niños refleja baja autoestima, un estilo de autodesprecio y un pobre concepto de sí mismo.

Otra consecuencia del déficit social es la agresividad, este tipo de niños falla en la demostración apropiada y eficiente de las habilidades sociales necesarias para el comportamiento efectivo en la interacción social.

El niño agresivo se comporta de manera desagradable en su entorno social,

provoca o busca situaciones donde hay problemas o las crea; molesta e incluye agresividad verbal y física; su conducta está dirigida al logro de sus objetivos cueste lo que cueste y ésto frecuentemente, significa la violación de los derechos de los demás, mediante el uso de la fuerza física, emocional y psicológica.

Según los autores Alberti y Emmons (1978) en Giancaman (1987), la conducta agresiva comúnmente resulta en una descalificación del receptor, los derechos de éste han sido negados y se siente dañado, indefenso y humillado.

Además, según Petterson y otros, la conducta agresiva obstaculiza el proceso de socialización ya que, este tipo de conducta recibe el rechazo del grupo de pares, marginándose de esta forma la posibilidad de tener experiencias positivas de aprendizaje con los demás.

Al parecer los ajustes conductuales de estos niños son frecuentemente inmaduros, ellos no parecen haber aprendido las habilidades sociales claves y necesarias para iniciar y mantener relaciones sociales positivas con los demás.

Este tipo de niños, frecuentemente, puede presentar dificultades académicas y, a la larga, la pérdida de amigos va reduciendo el contacto interpersonal y los sentimientos de culpa pueden ser más que los posibles beneficios de la agresividad.

Al examinar el nivel de socialización y buscar una base común entre ambas conductas, pasiva y agresiva, estos niños mostraron tener un déficit de normas y juicios sociales basados en el control interno y moral autónomo, apareciendo como muy dependientes del control externo, lo cual, si se considera de la perspectiva del desarrollo social, implica inmadurez.

3.5. RELACIÓN ENTRE HABILIDADES SOCIALES Y AUTOESTIMA

Se señaló que las Habilidades Sociales corresponden a un conjunto de comportamientos verbales y no verbales, que suponen iniciativas y respuestas socioafectivas eficientes y apropiadas a las características del medio. Estas habilidades se adquieren principalmente a través del aprendizaje social, socialización y además acrecientan el reforzamiento social (Michelson y cols., 1987). Y respecto de la Autoestima, ésta se definió como la autovaloración que el individuo hace y mantiene en forma perseverante hacia sí mismo: se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta donde el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso, en resumen, la autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo (Coopersmith en Rivera, 1996).

Robert White, entre otros, manifiesta que la autoestima se genera a partir de dos instancias diferentes, la primera proviene de nuestro propio sentido de competencia al enfrentarnos con los que nos rodea y la segunda, de la apreciación que tienen los otros de nuestra persona, es decir, el sentimiento del propio poder y del propio valor proviene de la interacción con los demás a partir de la conciencia de la estimación recibida y conforman el antecedente de un sentimiento de autovaloración o autoestimación. Hay una doble vertiente en la formación de autoestima: una objetiva, el propio poder y una afectiva, el propio valor (Gorostegui, 1992). Como esta apreciación se deriva de la capacidad de interactuar con otros, se confirma que el déficit social sería uno de los aspectos determinantes de una baja autoestima y viceversa.

Las personas que tienen estos déficits interpersonales han construido una imagen de sí desvalorada, manifestándose en lo que denominan “inseguridad”, “no quererse a sí mismo”, o “no valorarse”. La baja autoestima es un proceso que ocurre muy ligado al desarrollo de la imagen de sí mismo y a la identidad personal. La mala imagen de sí mismo se va formando tanto a través de un interjuego de retroalimentación entre las evaluaciones y conocimientos de otros sobre la persona como del autoconocimiento y autoevaluación que la persona hace de sus propias experiencias, y en función de su estructura cognitiva personal.

Las experiencias de fracaso en el logro de objetivos constituyen una importante fuente de información para determinar la autoestima; junto con la observación de la conducta de otros y la comparación social, pueden poner en evidencia los déficits de la conducta social. También la información entregada por otros y la persuasión verbal respecto a las capacidades de las personas son otras fuentes de información de generación de expectativas de autoeficacia. Por último, los estados emocionales, el temor, el miedo, la angustia, provocan una excitación emocional alta que generalmente debilita la acción e impiden que ésta se realice, constituyéndose en una fuente de autoevaluaciones negativas. Todos estos elementos pueden confluír a generar bajas expectativas de autoeficacia, con lo cual la persona no se involucra, no perdura en el esfuerzo, ni se refuerza tanto, teniendo como resultado una baja autoestima (Hidalgo y Abarca, 1992).

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es no experimental y descriptiva – transeccional, y tiene como objetivo examinar una temática escasamente abordada como son algunos de los aspectos psicológicos del niño fisurado, por lo que este estudio se planteó describir el nivel de Autoestima y Habilidades Sociales en una determinada población, niños entre diez y doce años de edad con malformación cráneo facial de tipo fisura labial y/o palatina, pacientes ambulatorios del Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota. En esta investigación no hubo manipulación de variables ya que, se observa la realidad tal cual se presentaba y la medición se realiza por única vez, lo que permite concluir sólo en relación a los sujetos en estudio.

4.2. POBLACIÓN

El estudio se realizó en el Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar, que tiene a cargo la atención integral a través de un Programa de Rehabilitación que contempla las diversas especialidades a cargo del tratamiento de los pacientes con la malformación cráneo facial de tipo fisura labial y/o palatina. Del total de este universo, el que se compone de 218 individuos aproximadamente en control entre las edades de cero a veinte años, fue seleccionado

el total de la población a estudiar, la que fue de tipo no probabilística (intencionada) porque no todos los sujetos tenían la misma probabilidad de ser elegidos. Los criterios acordados fueron: el rango de edad de los pacientes (entre diez y doce años), que presenten fisura labial y/o palatina, inteligencia dentro de los rangos de normalidad que les permitiera comprender las preguntas de los instrumentos aplicados y nivel socio-económico determinado por formar parte de la población hospitalaria, que corresponde a un nivel medio – bajo. Para constituir la población se realizaron dos pasos:

- Se consultó al Jefe del Departamento de Fisurados la factibilidad de seleccionar la población entre los asistentes a éste.
- Contando con una respuesta positiva se revisaron los registros de los pacientes que asistían al Departamento de Fisurados, para sondear posibles integrantes de la población. Los pacientes que cumplieron con los requisitos establecidos fueron llamados, oportunidad en que se les conversó y se les explicó a las madres de los menores los objetivos del estudio, además de indagar la disposición a participar en la investigación.

En resumen, la población estuvo compuesta originalmente por un total de 40 niños, con una la mortalidad fue de 4 sujetos por invalidación de los instrumentos aplicados, 2 sujetos de sexo masculino y 2, femenino.

La tabla 2 resume la caracterización de la población de acuerdo a la **Variable Independiente: sexo**.

Tabla 2. Distribución por sexo.

Sexo	Nº	%
Mujer	17	47%
Hombre	19	53%
Total	36	100%

4.3. PROCEDIMIENTO

Los niños que aceptaron participar en el estudio, fueron citados a una entrevista individual de aproximadamente 40 minutos, previa entrevista con los padres en donde además de explicarles los objetivos del estudio, se recopilaban antecedentes tales como: composición familiar, es decir, número de hermanos, estado civil de los padres, con quién vive el menor; escolaridad, número de repitencias, etc. La entrevista con el niño se compuso de dos partes, la primera parte tuvo como objetivo establecer un buen rapport para que el menor se adaptara a la condición de evaluación. A continuación, en una segunda parte se procedió a pasar la batería de pruebas.

4.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para evaluar la Autoestima se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith y, para las Habilidades Sociales se empleó la Escala de Comportamiento Asertivo para niños (CABS).

4.4.1. Inventario de Autoestima de Coopersmith

Este es un inventario de autorreporte que se refiere a la percepción del niño en cuatro áreas: Autoestima General, Autoestima Social, Autoestima Escolar -Académica y Autoestima Familiar (con relación al hogar) y una escala de Mentira. En total, cuenta con 58 ítemes, en los que el niño deberá leer una sentencia y decidir si esa afirmación es "Igual que yo" o "Distinto a mí". Cada ítem contestado en sentido positivo es computado con 2 puntos (Brinkmann y cols.,1989).

Posteriormente, se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del instrumento: G: Autoestima General; S: Autoestima Social; E: Autoestima Escolar - Académica; F: Autoestima Familiar (con relación al hogar) y M: Escala de Mentira. Si este último puntaje resulta muy superior al promedio (T: 67 o más) significaría que las respuestas del niño son poco confiables e invalidan la aplicación del Inventario (Brinkmann y cols., 1989).

Por último, para obtener un indicador de la apreciación global que el niño tiene de sí mismo, se pueden sumar todos los puntajes sin incluir la Escala M.

La confiabilidad test-retest, en un grupo de estudiantes fue de 0,87. La validez interna fue de 0,72 determinada a través de las correlaciones con el Test de Personalidad de California o Perfil de Adaptación Personal y Social, de Tiegs, Clark y Thorpe. El Inventario no está sesgado por variables como el sexo (Brinkmann y cols., 1989).

En la Tabla 3 se presentan las correlaciones obtenidas entre las distintas escalas del Inventario de Autoestima para determinar la asociación entre ellas, utilizando el Coeficiente de Correlación de Pearson. Los resultados obtenidos se basaron en un valor crítico de $p=0,05$ siendo los resultados, con una correlación mayor o igual a 0,61, significativos para el presente estudio.

Se observa que existe una mayor correlación entre las escalas de autoestima general - total (0,90), escolar - total (0,77) y escolar - familiar (0,61). Es importante destacar que para este estudio resulta significativo que exista una correlación negativa entre las escalas de autoestima social y familiar (-0,098); y una baja correlación entre las escalas de autoestima general y social (0,22).

Tabla 3. Correlaciones entre las diferentes escalas del Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Escalas	Total	General	Social	Escolar	Familiar
Total	1,00	0,90	0,41	0,77	0,69
General	0,90	1,00	0,22	0,51	0,51
Social	0,41	0,22	1,00	0,32	- 0,098
Escolar	0,77	0,51	0,32	1,00	0,61
Familiar	0,69	0,51	- 0,098	0,61	1,00

Nota: Valores críticos con valor $p = 0.05$

Valores significativos destacados en color

Los resultados obtenidos con el instrumento son analizados estadísticamente a través de:

- Distribución de frecuencias en porcentaje de los puntajes obtenidos en cada escala por la población en estudio.
- Distribución de frecuencias en porcentaje de los puntajes obtenidos en cada escala según sexo.

4.4.2. Escala de Comportamiento Asertivo para niños (CABS)

Esta es una escala de autorreporte diseñada y psicométricamente validada por Michelson y Wood (1982), cuyo objetivo es evaluar la conducta asertiva en niños. Globalmente la media del CABS es de 13 con una desviación estándar aproximadamente de 7 (Michelson y cols., 1987). Esta escala de selección múltiple presenta 27 ítemes con una variedad de situaciones sociales, que mide diferentes respuestas que reflejan categorías conductuales, cada una con cinco alternativas posibles que indicarían cómo habría respondido él ante esa situación o cuál habría su conducta social habitual, frente a otro niño y/o un adulto (opcional). Cada una de las respuestas se evalúa en términos de áreas de contenido de respuestas: positivas, negativas, peticiones, conversaciones y sentimientos/empatía, y si el predominio de éstas es pasivo o agresivo.

La Escala entrega los siguientes puntajes: pasivo, agresivo y total. Así, las alternativas incluyen respuestas muy pasivas (puntaje -2), parcialmente pasivas (puntaje -1), asertivas (puntaje 0), parcialmente agresivas (puntaje 1) y muy agresivas

(puntaje 2). Por lo tanto, un puntaje negativo significaría una respuesta pasiva y, un puntaje positivo, una respuesta agresiva. Posteriormente se pueden sumar los puntajes correspondientes a cada una de las áreas de contenido de respuestas de la escala: positivas, negativas, peticiones, conversación y sentimientos/empatía; los puntajes fluctúan entre los rangos bajo lo normal, normal y sobre lo normal. Por último, la obtención de bajos puntajes absolutos en esta Escala se interpreta como asertividad (Michelson y cols., 1987).

La confiabilidad test-retest sobre un periodo de cuatro semanas fue determinada en 0,88. La validez interna determinada a través de la fórmula de Kuder-Richardson versión 20 (KR 20) fue de 0,78. La Escala no está sesgada por variables como el sexo y no se correlaciona significativamente con inteligencia o deseabilidad social (Michelson y cols., 1987).

Los resultados obtenidos por el instrumento son analizados estadísticamente a través de:

- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes totales según sexo obtenidos en la población en estudio.
- Distribución de frecuencias de los puntajes (en porcentaje) obtenidos para las áreas de contenido de respuestas según sexo.
- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de las tendencias de respuestas totales, sean éstas pasivas o agresivas obtenidas por la población en estudio según sexo.
- Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la relación entre las variables en estudio según sexo y análisis correlacional entre éstas.

4.5. VARIABLES EN ESTUDIO

4.5.1. Variables Dependientes

4.5.1.1. Autoestima

a) Definición Conceptual: Se definirá como la autovaloración que el individuo hace y mantiene en forma perseverante hacia sí mismo: se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta donde el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo (Coopersmith en Rivera, 1996).

b) Definición Operacional: Resultado obtenido con el Inventario de Autoestima de Coopersmith, para niños entre diez y doce años de edad.

c) Dimensiones: Este inventario se compone de las siguientes escalas: Escala Total (T); General (G); Social (S); Escolar – Académica (E) y Familiar (F).

d) Indicadores: Los rangos de normalidad fluctúan para cada escala entre: Escala (T) 40-60; Escala (G) 41-60; Escala (S) 44-56; Escala (E) 44-57 y Escala (F) 43-57.

4.5.1.2. Habilidades Sociales

a) Definición Conceptual: Se entenderán como un conjunto de comportamientos verbales y no verbales, que suponen iniciativas y respuestas socioafectivas eficientes y apropiadas a las características del medio. Estas habilidades se adquieren principalmente a través del aprendizaje social, socialización y además acrecientan el reforzamiento social (Michelson y cols., 1987).

b)Definición Operacional: Resultado obtenido con la Escala de Comportamiento Asertivo para niños (CABS).

c)Dimensiones: Esta escala permite conocer el tipo de repuesta según áreas de contenido: positivas, negativas, peticiones, conversación y sentimientos/empatía y si son de predominio pasivo o agresivo.

d) Indicadores: Los rangos de normalidad fluctúan para cada área de contenido de respuesta entre el 63% y 89%. Además, un puntaje negativo significaría una respuesta pasiva y un puntaje positivo, una respuesta agresiva.

4.5.2. Variable independiente

4.5.2.1. Sexo

a)Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o, en general, al macho de la hembra en los animales y en las plantas.

b)Definición operacional: El nombre del sujeto.

c)Dimensiones: Masculino – Femenino.

d)Indicadores: Respuesta motora escrita en el ítem M – F.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1. PRESENTACIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

A continuación se presentan los resultados de las **Variables Dependientes**, Autoestima y Habilidades Sociales.

5.1.1. Autoestima

A partir de los resultados obtenidos en el Inventario de Autoestima de Coopersmith, que fue el instrumento aplicado a la población en estudio, para determinar el nivel de **autoestima** de los pacientes con la malformación cráneo facial de tipo fisura labial y/o palatina, una de las variables dependientes de la presente investigación, se realizaron los análisis correspondientes en los que se incluyeron los datos numéricos obtenidos por los sujetos en cada escala: total, general, social, escolar - académica y familiar.

5.1.1.1. Análisis de la distribución de frecuencia (en porcentaje) en cada escala

Uno de los objetivos de este estudio fue detectar la autoestima total, general, social, escolar - académica y familiar. Los puntajes obtenidos por el Inventario de Autoestima de Coopersmith teóricamente se clasifican en bajo lo normal, normal y sobre lo normal. En los resultados de la población en estudio se observa que la distribución de frecuencias en porcentaje tiende a ser mayor dentro del rango de normalidad para cada una de las escalas. El 63,9% de la población en la Autoestima Total está dentro de los

rangos de normalidad. El 22,2% está bajo lo normal y el 13,9%, sobre lo normal. El 66,6% de la población en la Autoestima General está dentro de los rangos de normalidad, el 27,8% bajo lo normal y el 5,6%, sobre lo normal. El 75% de la población en la Autoestima Social está dentro de los rangos de normalidad, el 13,9% está bajo lo normal y el 11,1% sobre lo normal. El 56,6% de la población en la Autoestima Escolar está dentro de los rangos de normalidad, el 5,6% bajo lo normal y el 38,8% sobre lo normal. El 66,7% de la población en la Autoestima Familiar está dentro de los rangos de normalidad, el 8,3% bajo lo normal y el 25% sobre lo normal

Al comparar los porcentajes entre escalas, se observa que sólo las escalas de Autoestima Escolar (38,8%) y Familiar (25,00%) tienen porcentajes mayores sobre lo normal en relación a las otras escalas.

La tabla 3 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el Inventario de Autoestima de Coopersmith por el total de la población en cada escala.

Tabla 4. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Escala	Bajo lo Normal		Normal		Sobre lo Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Autoestima Total	8	22,2%	23	63,9%	5	13,9%	36	100%
Autoestima General	10	27,8%	24	66,6%	2	5,6%	36	100%
Autoestima Social	5	13,9%	27	75,0%	4	11,1%	36	100%
Autoestima Escolar	2	5,6%	20	55,6%	14	38,8%	36	100%
Autoestima Familiar	3	8,3%	24	66,7%	9	25,0%	36	100%

5.1.1.2. Análisis de distribución de Frecuencias (en porcentaje) en cada escala según sexo

En cuanto al objetivo de detectar la autoestima total, general, social, escolar - académica y familiar según sexo, se procedió a analizar cada escala individualmente, clasificando los puntajes según sexo y nivel de autoestima.

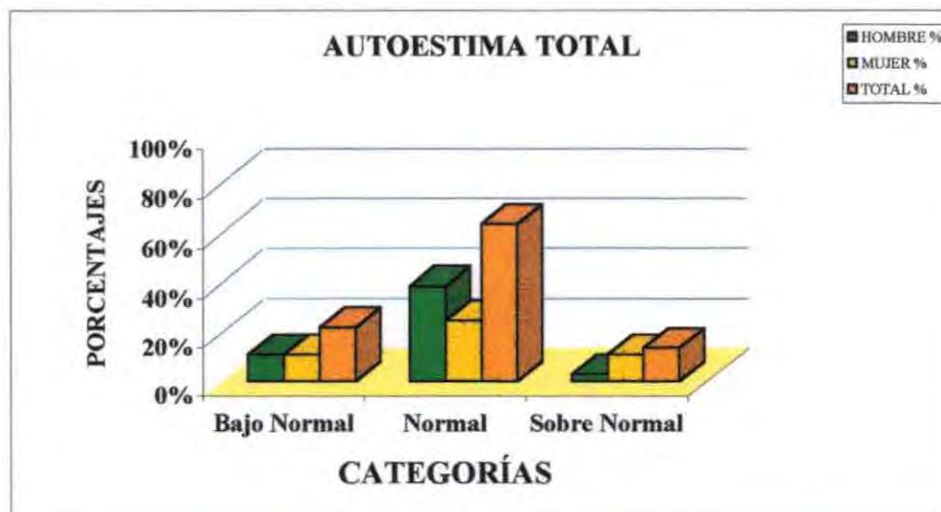
a) Escala total. En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias (en porcentaje) tiende a ser mayor dentro del rango de normalidad (64%), el 22% de los sujetos se encuentran dentro del rango bajo lo normal y el 14% sobre lo normal. Los niños mostraron una más alta frecuencia que las niñas en el rango de normalidad (39% sobre 25%). Los puntajes en el rango bajo lo normal son iguales para ambos sexos (11%). En cambio, para el rango sobre lo normal, la diferencia es a favor de las niñas, es decir, se observa un mayor número de niñas con autoestima sobre lo normal en relación a los niños (11% sobre 3%).

La Tabla 5 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala de autoestima total del Inventario de Autoestima de Coopersmith según el sexo de los sujetos que conforman la población en estudio.

Tabla 5. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala total según sexo.

AUTOESTIMA TOTAL	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	4	11%	4	11%	8	22%
Normal	14	39%	9	25%	23	64%
Sobre Normal	1	3%	4	11%	5	14%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 1. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima total según sexo.



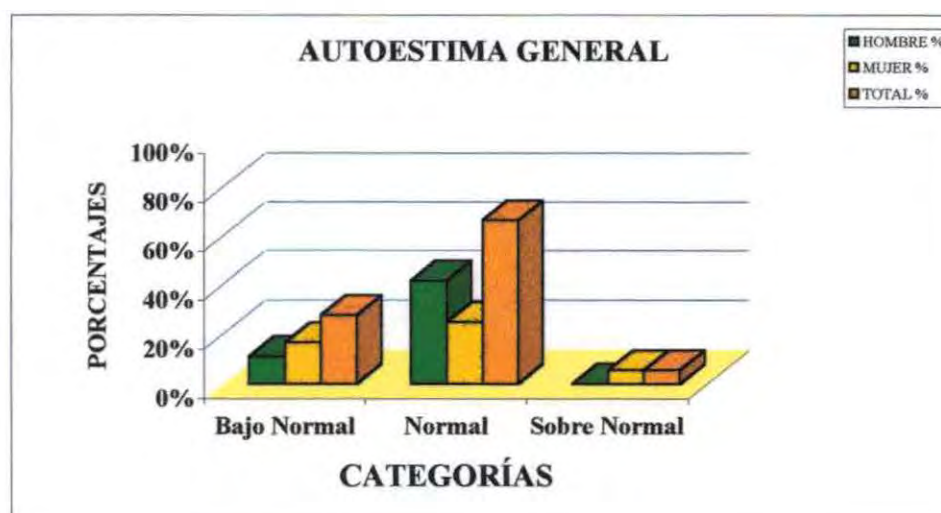
b) Escala general. En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias (en porcentaje) tiende a ser mayor dentro del rango de normalidad (67%), el 28% de los sujetos se encuentran dentro del rango bajo lo normal y el 6% sobre lo normal. Los niños (42%) mostraron un más alto porcentaje que las niñas (25%) en el rango de normalidad. Los puntajes en el rango bajo lo normal muestran una diferencia, es decir, existe una mayor cantidad de niñas que niños con una autoestima bajo lo normal (17% sobre 11%). En cambio, sólo las niñas (6%) aparecen dentro del rango sobre lo normal.

La Tabla 6 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala de autoestima general del Inventario de Autoestima de Coopersmith según el sexo de los sujetos que conforman la población en estudio.

Tabla 6. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala general según sexo.

AUTOESTIMA GENERAL	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	4	11%	6	17%	10	28%
Normal	15	42%	9	25%	24	67%
Sobre Normal	0	0%	2	6%	2	6%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 2. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima general según sexo.



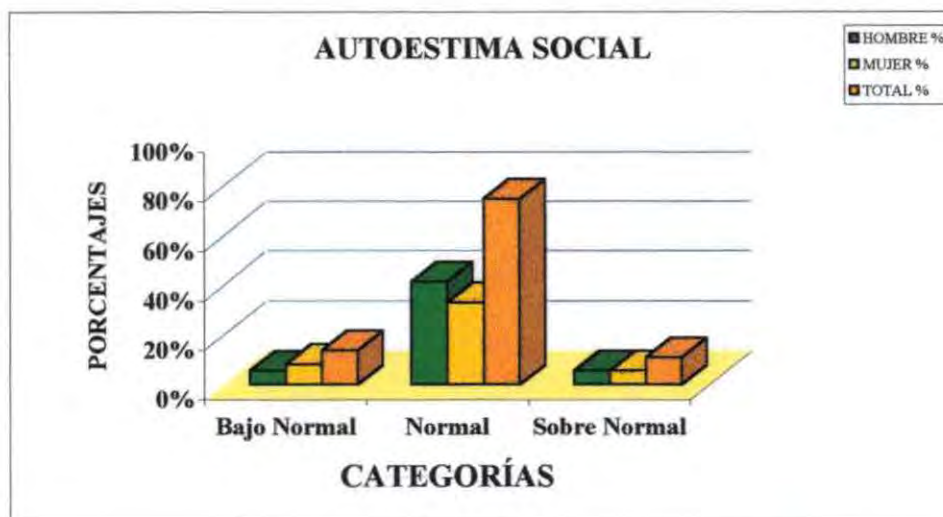
c) *Escala social.* En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias (en porcentaje) tiende a ser mayor dentro del rango de normalidad (75%), el 14% de los sujetos se encuentran dentro del rango bajo lo normal y el 11%, sobre lo normal. Los niños mostraron una más alta frecuencia que las niñas dentro del rango de normalidad (42% sobre 33%). Los puntajes en el rango bajo lo normal muestran una diferencia entre niños y niñas, es decir, una mayor cantidad de niñas con autoestima bajo lo normal (8% sobre 6%). En cambio, para el rango sobre lo normal, se observa la misma frecuencia para ambos sexos (6%).

La Tabla 7 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala de autoestima social del Inventario de Autoestima de Coopersmith según el sexo de los sujetos que conforman la población en estudio.

Tabla 7. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala social según sexo.

AUTOESTIMA SOCIAL	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	2	6%	3	8%	5	14%
Normal	15	42%	12	33%	27	75%
Sobre Normal	2	6%	2	6%	4	11%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 3. Distribución de frecuencia (en porcentaje) de la población para la autoestima social según sexo.



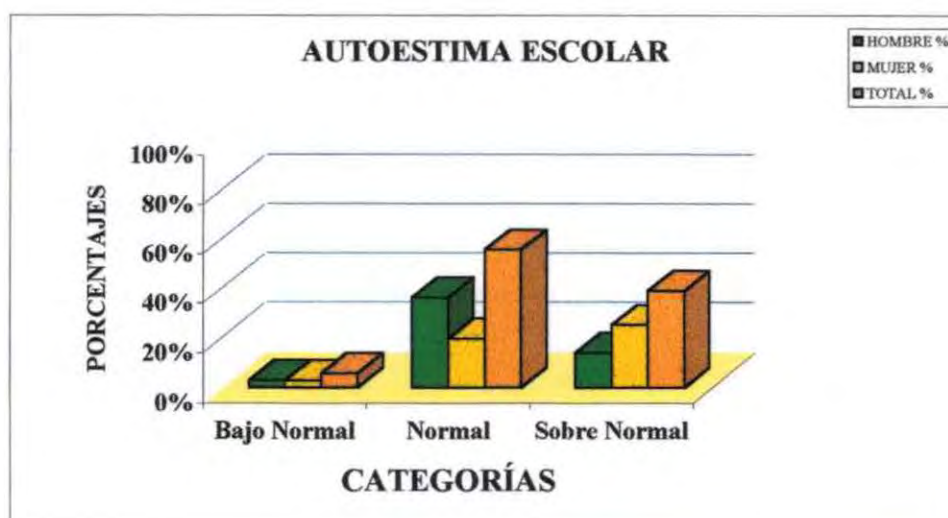
d) Escala escolar - académica. En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias tiende a ser mayor dentro del rango de normalidad (56%), el 6% de los sujetos se encuentran dentro del rango bajo lo normal y el 39%, sobre lo normal. Los niños mostraron una más alta frecuencia que las niñas dentro del rango de normalidad (36% sobre 19%). Los puntajes en el rango bajo lo normal son iguales para ambos sexos (3%). En cambio, para el rango sobre lo normal, la diferencia es a favor de las niñas, es decir, se observa un mayor número de niñas con autoestima sobre lo normal en relación a los niños (25% sobre 14%).

La Tabla 8 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala de autoestima escolar - académica del Inventario de Autoestima de Coopersmith según el sexo de los sujetos que conforman la población en estudio.

Tabla 8. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala escolar - académica según sexo.

AUTOESTIMA ESCOLAR	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	1	3%	1	3%	2	6%
Normal	13	36%	7	19%	20	56%
Sobre Normal	5	14%	9	25%	14	39%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 4. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima escolar según sexo.



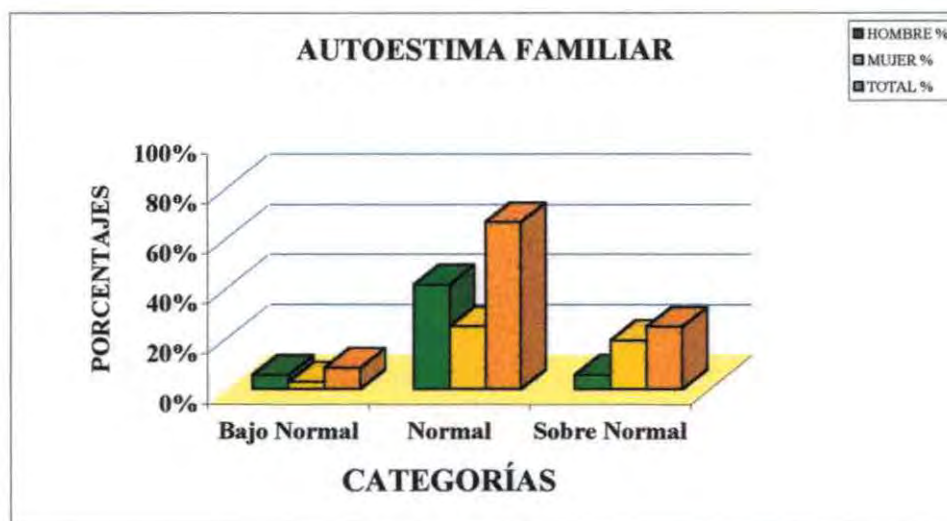
e) *Escala familiar.* En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias tiende a ser mayor dentro del rango de normalidad (67%), el 8% de los sujetos se encuentran dentro del rango bajo lo normal y el 25%, sobre lo normal. Los niños mostraron una más alta frecuencia que las niñas dentro del rango de normalidad (42% sobre 25%). Los puntajes en el rango bajo lo normal muestran una diferencia entre niños y niñas, es decir, una mayor cantidad de niños con autoestima bajo lo normal (6% sobre 3%). En cambio, para el rango sobre lo normal, la diferencia es a favor de las niñas, es decir, se observa un mayor número de niñas con autoestima sobre lo normal en relación a los niños (19% sobre 6%).

La Tabla 9 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala de autoestima familiar del Inventario de Autoestima de Coopersmith según el sexo de los sujetos que conforman la población en estudio.

Tabla 9. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en la escala familiar según sexo.

AUTOESTIMA FAMILIAR	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	2	6%	1	3%	3	8%
Normal	15	42%	9	25%	24	67%
Sobre Normal	2	6%	7	19%	9	25%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 5. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la población para la autoestima familiar según sexo.



5.1.2. Habilidades Sociales

A partir de los resultados obtenidos en la Escala de Comportamiento Asertivo para niños (CABS), que fue el instrumento aplicado a la población en estudio, para determinar el nivel de **habilidades sociales** de los pacientes con la malformación craneofacial de tipo fisura labial y/o palatina, otra de las variables dependientes de la presente investigación, se realizaron los análisis correspondientes en los que se incluyeron los datos numéricos obtenidos por los sujetos para cada área de contenido de respuestas, sean estas positivas, negativas, peticiones, conversación y sentimientos/empatía, y si son predominantemente pasivas o agresivas.

5.1.2.1. Análisis de distribución de frecuencias (en porcentaje) en CABS

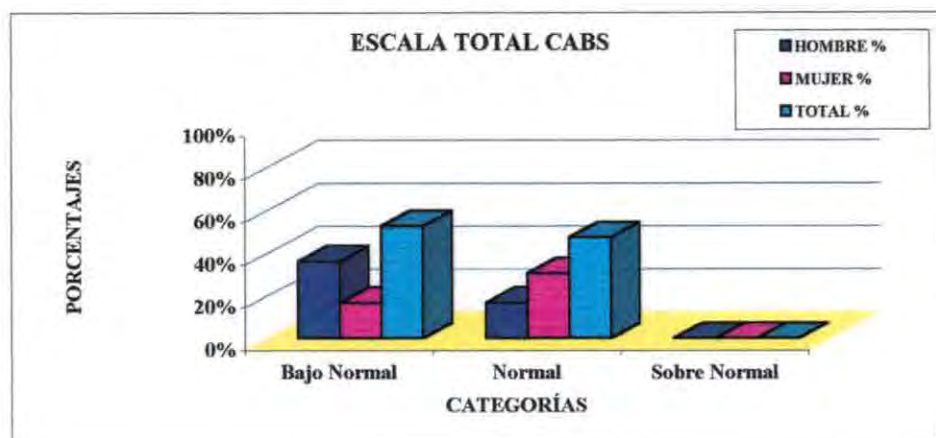
En cuanto al objetivo de conocer las habilidades sociales de la población en estudio total y según sexo, los resultados obtenidos por los sujetos arrojan que el 53% se encuentra en el rango bajo lo normal y el 47% dentro del rango de normalidad sumando así el total de la población. Al realizar un análisis más detallado se observa que, en el caso de las niñas, el 31% se encuentra dentro del rango de normalidad y el 17%, bajo lo normal. En cambio, en el caso de los niños el 36% se encuentra dentro del rango bajo lo normal y el 17%, en el rango de normalidad.

La Tabla 10 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el CABS, totales y según sexo de los sujetos que conforman la población en estudio.

Tabla 10. Distribución de las frecuencias (en porcentaje) de los puntajes totales obtenidos en CABS según sexo.

RANGOS CABS	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	13	36%	6	17%	19	53%
Normal	6	17%	11	31%	17	47%
Sobre Normal	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 6. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala total CABS según sexo.



5.1.2.2. Análisis de distribución de frecuencias (en porcentaje) en CABS según áreas de contenido de respuestas

En cuanto al objetivo de detectar las habilidades sociales en áreas de contenido de respuestas (positivas, negativas, peticiones, conversación y sentimientos/empatía), se procedió a analizar cada escala en forma individual, clasificando los puntajes según sexo y rangos: bajo lo normal, normal y sobre lo normal.

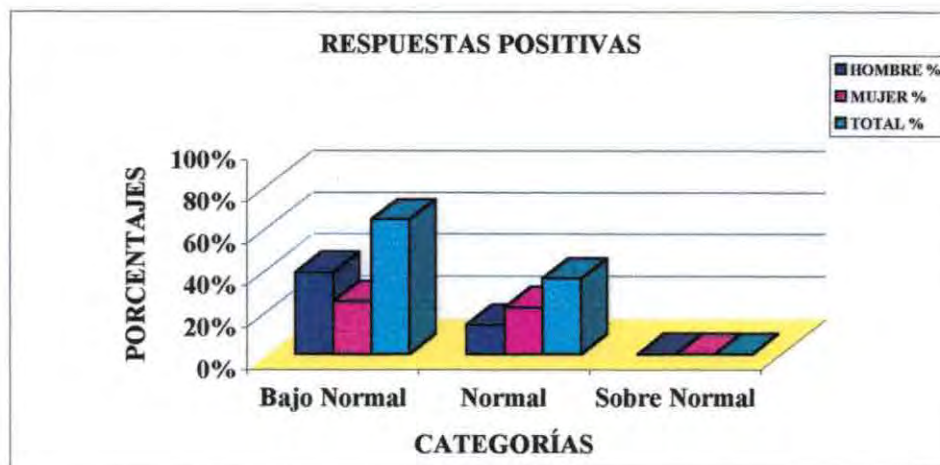
a) Respuestas positivas. En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias tiende a ser mayor en el rango bajo lo normal (64%), en cambio el 36% restante se encuentra en el rango de normalidad en ambos sexos. El 39% de los niños está bajo lo normal y el 14%, dentro del rango de normalidad. En cambio, el 25% de las niñas se encuentra dentro del rango bajo lo normal y el 22%, en el rango de normalidad. No se encuentra ningún sujeto en el rango sobre lo normal.

La Tabla 11 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el CABS, según sexo para las respuestas positivas.

Tabla 11. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para las respuestas positivas.

RESPUESTAS POSITIVAS	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	14	39%	9	25%	23	64%
Normal	5	14%	8	22%	13	36%
Sobre Normal	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 7. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala de respuestas positivas según sexo.



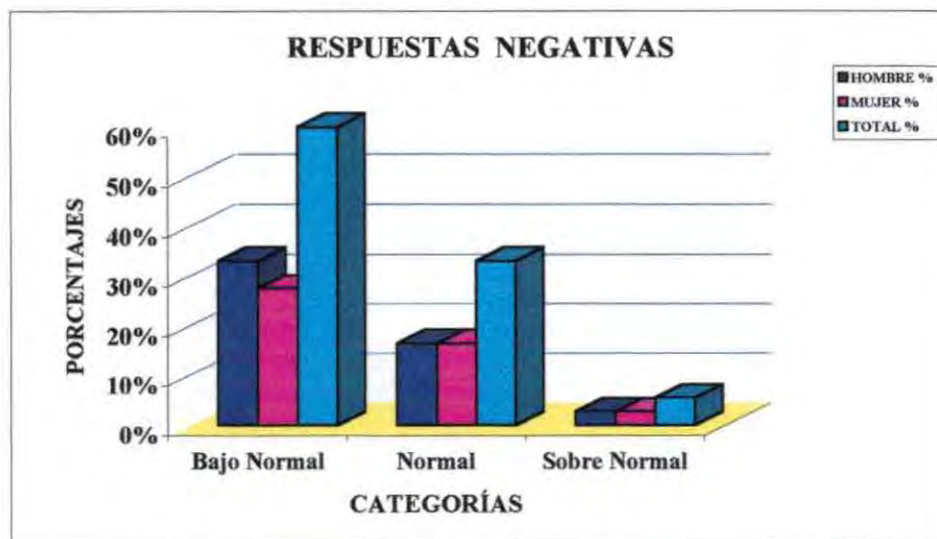
b) Respuestas negativas. En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias tiende a ser mayor en el rango bajo lo normal (61%), el 33% de los sujetos se encuentra dentro del rango de normalidad y el 6%, sobre lo normal. El 33% de los niños está bajo lo normal, el 17%, dentro del rango de normalidad y el 38%, sobre lo normal. En cambio, el 28% de las niñas se encuentra dentro del rango bajo lo normal, el 17% en el rango de normalidad y el 2,78%, sobre lo normal.

La Tabla 12 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el CABS, según sexo para las respuestas negativas.

Tabla 12. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para las respuestas negativas.

RESPUESTAS NEGATIVAS	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	12	33%	10	28%	22	61%
Normal	6	17%	6	17%	12	33%
Sobre Normal	1	3%	1	3%	2	6%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 8. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala de respuestas negativas según sexo.



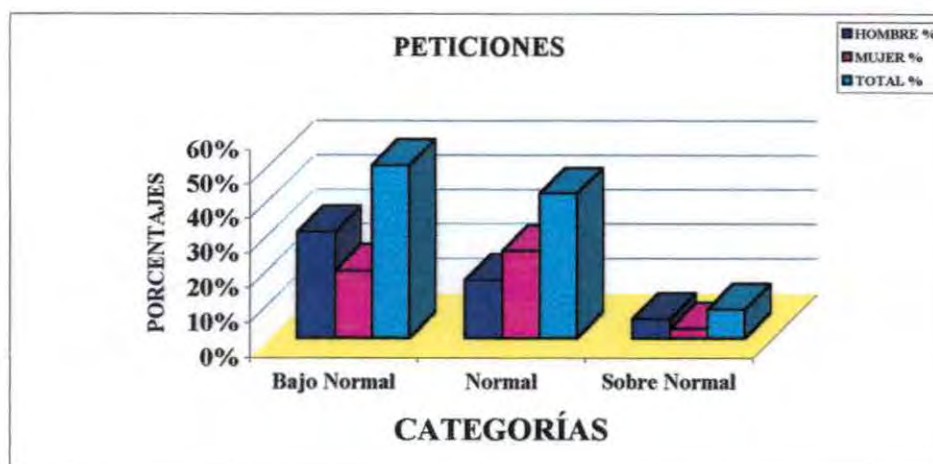
c) Peticiones. En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias tiende a ser mayor en el rango bajo lo normal (50%), el 42% de los sujetos se encuentra dentro del rango de normalidad y el 8%, sobre lo normal. El 31% de los niños está bajo lo normal, el 17% dentro del rango de normalidad y el 6%, sobre lo normal. En cambio, el 19% de las niñas se encuentra dentro del rango bajo lo normal, el 25%, en el rango de normalidad y el 3%, sobre lo normal.

La Tabla 13 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el CABS, según sexo para las peticiones.

Tabla 13. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para las peticiones.

PETICIONES	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	12	33%	8	22%	20	56%
Normal	5	14%	9	25%	14	39%
Sobre Normal	2	6%	0	0%	2	6%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 9. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos para la escala de peticiones según sexo.



d) Conversación. En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias tiende a ser mayor en el rango bajo lo normal (56%), el 39% de los sujetos se encuentra dentro del rango de normalidad y el 6%, sobre lo normal. El 33% de los

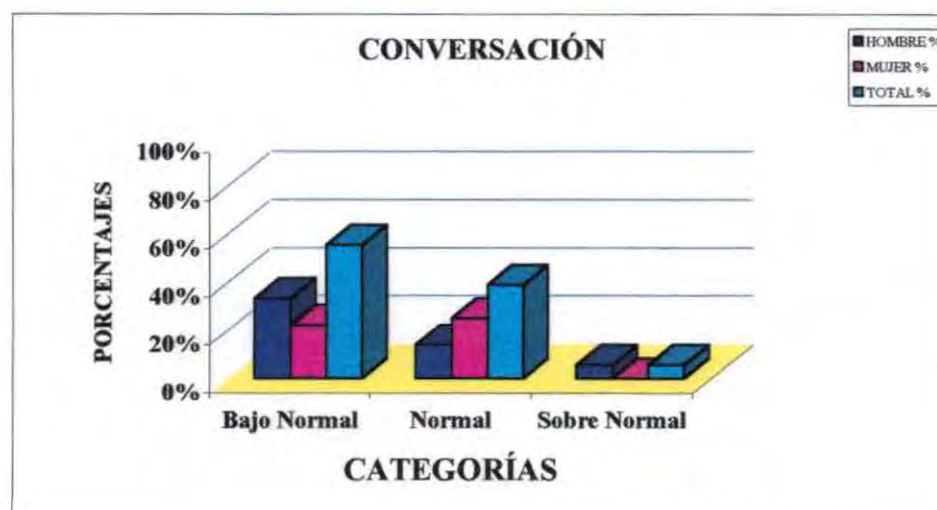
niños está bajo lo normal, el 14%, dentro del rango de normalidad y el 6%, sobre lo normal. En cambio, el 22% de las niñas se encuentra dentro del rango bajo lo normal y el 25%, en el rango de normalidad. No se encuentra ningún sujeto en el rango sobre lo normal.

La Tabla 14 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el CABS, según sexo para la conversación.

Tabla 14. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para la conversación.

CONVERSACIÓN	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	11	31%	7	19%	18	50%
Normal	6	17%	9	25%	15	42%
Sobre Normal	2	6%	1	3%	3	8%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura10. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos para la escala de conversación según sexo.



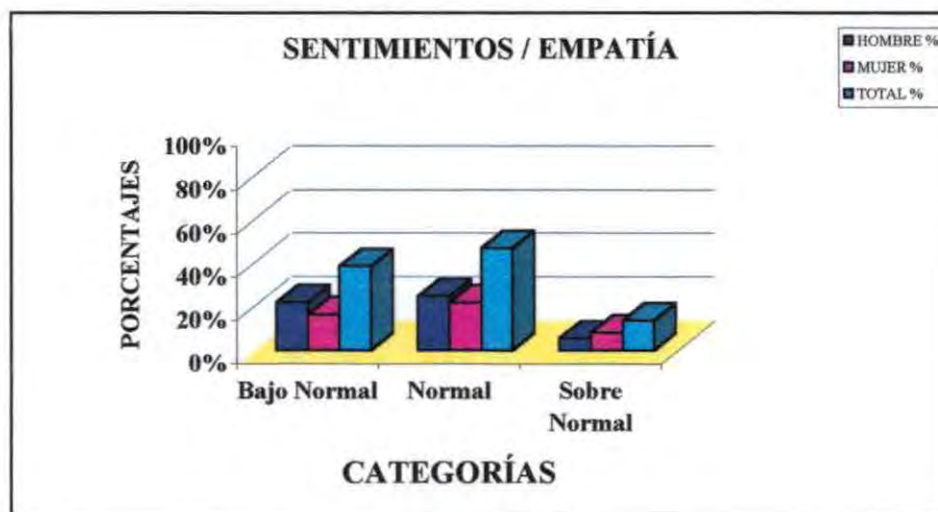
e) *Sentimientos/Empatía*. En los resultados obtenidos se observa que la distribución de frecuencias tiende a ser mayor en el rango de normalidad (47%), el 39% de los sujetos se encuentran dentro del rango bajo lo normal y el 14%, sobre lo normal. El 25% de los niños está en el rango de normalidad, el 22% bajo lo normal y el 6%, sobre lo normal. En cambio, el 22% de las niñas se encuentra dentro del rango de normalidad, el 17% bajo lo normal y el 8%, sobre lo normal.

La Tabla 15 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el CABS, según sexo para sentimientos/empatía.

Tabla 15. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos según sexo para sentimientos/empatía.

SENTIMIENTOS EMPATÍA	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Normal	8	22%	6	17%	14	39%
Normal	9	25%	8	22%	17	47%
Sobre Normal	2	6%	3	8%	5	14%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 11. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos para la escala de sentimientos/empatía según sexo.



5.1.2.3. Análisis de distribución de frecuencias (en porcentaje) de las tendencias de respuestas totales (pasivas o agresivas)

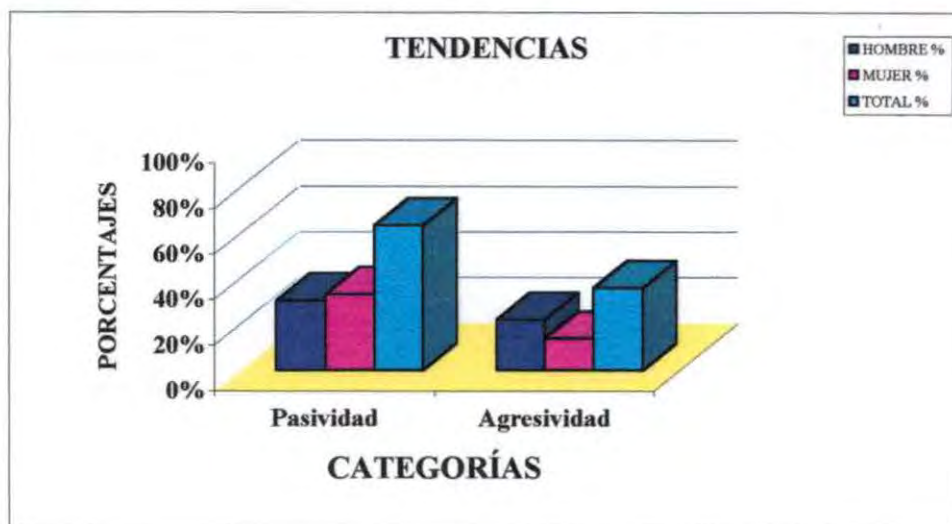
Se observa de los resultados obtenidos por el total de la población en estudio, que el 64% muestra una tendencia hacia la pasividad y el 36% hacia la agresividad en las distintas áreas de contenido de respuestas. Al realizar un análisis más detallado se observa que no existe una diferencia significativa entre niños (31%) y niñas (33%) para la tendencia pasiva. Sin embargo, los niños presentan una tendencia a la agresividad mayor que las niñas (22% sobre 14%).

La Tabla 16 resume la distribución de frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos en el CABS, según sexo para las tendencias pasivas o agresivas.

Tabla16. Distribución de las frecuencias (en porcentaje) de los puntajes obtenidos totales para las tendencias pasivas o agresivas según sexo.

TENDENCIAS	HOMBRE	HOMBRE	MUJER	MUJER	TOTAL	TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pasividad	11	31%	12	33%	23	64%
Agresividad	8	22%	5	14%	13	36%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 12. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos para las tendencias de respuestas pasiva - agresiva según sexo.



5.1.3. Análisis de la distribución de frecuencias (en porcentaje) de las variables en estudio

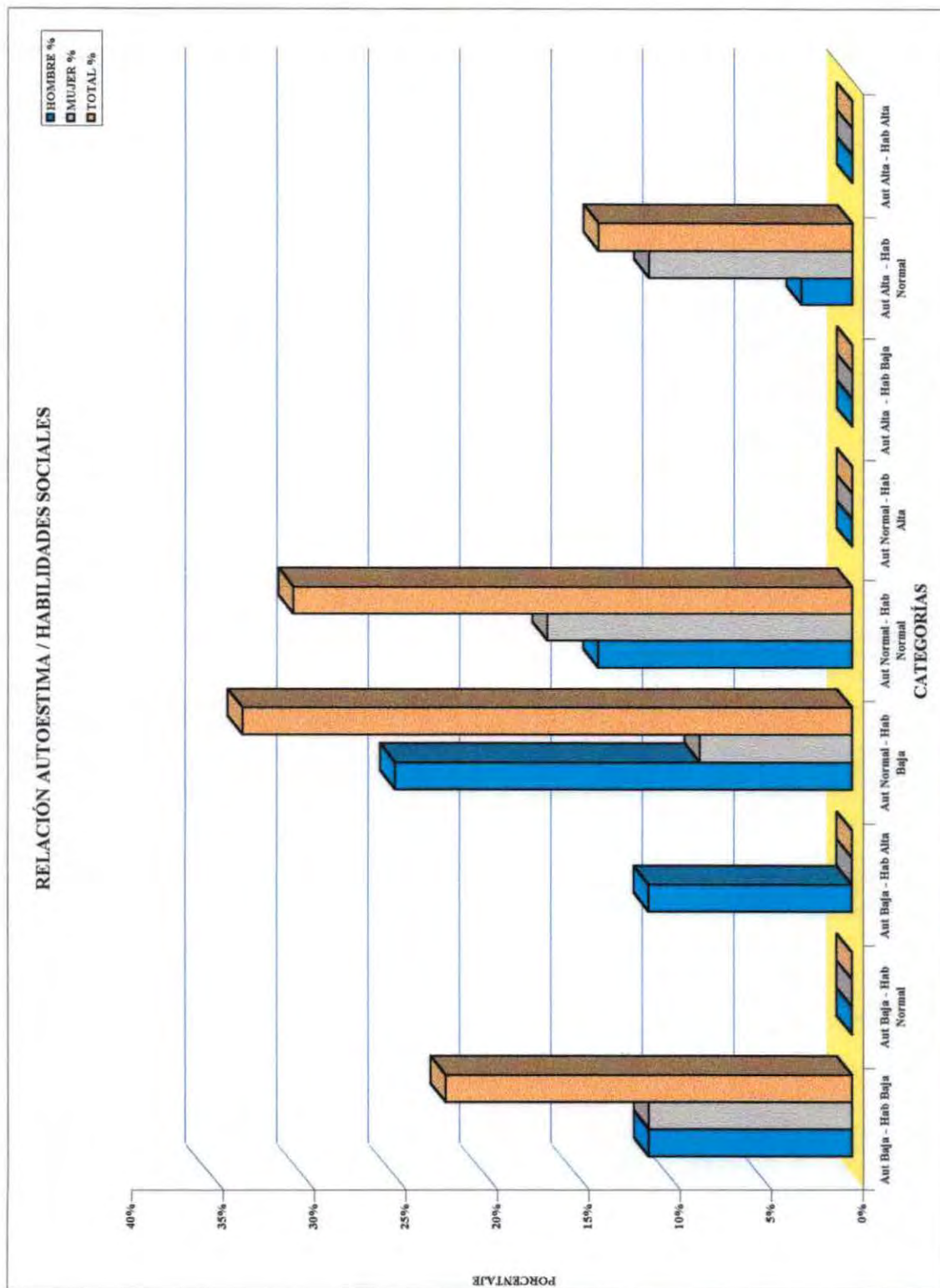
A partir de los resultados totales obtenidos en ambos instrumentos por la población en estudio, se realizó un análisis de distribución de frecuencias (en porcentaje) para determinar la relación entre los niveles de autoestima y habilidades sociales. El 33% del total de los sujetos tienen autoestima normal y habilidades sociales bajo lo normal. El 31% autoestima normal y habilidades sociales normales. El 22% tiene autoestima baja y habilidades sociales bajas. El 14% tiene autoestima sobre lo normal y habilidades sociales normales. Al hacer un análisis por sexo, el 25% de los niños y el 8% de las niñas tienen una autoestima normal y habilidades sociales bajo lo normal. El 17% de las niñas y el 14% de los niños tienen autoestima normal y habilidades sociales normales. Se observa que el 11% de niños y niñas tienen una autoestima y habilidades sociales bajo lo normal. El 11% de las niñas y el 3% de los niños tienen una autoestima sobre lo normal y habilidades sociales normales. Cabe mencionar que en la población estudiada no se encontraron sujetos que presentaran autoestima y habilidades sociales sobre lo normal.

La Tabla 17 resume la distribución de frecuencias en porcentaje de la relación entre las variables en estudio según sexo.

Tabla17. Distribución de las frecuencias (en porcentaje) de la relación entre las variables en estudio según sexo.

ASOCIACIÓN	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Autoestima/Habilidades						
Aut Baja - Hab Baja	4	11%	4	11%	8	22%
Aut Baja - Hab Normal	0	0%	0	0%	0	0%
Aut Baja - Hab Alta	0	0%	0	0%	0	0%
Aut Normal - Hab Baja	9	25%	3	8%	12	33%
Aut Normal - Hab Normal	5	14%	6	17%	11	31%
Aut Normal - Hab Alta	0	0%	0	0%	0	0%
Aut Alta - Hab Baja	0	0%	0	0%	0	0%
Aut Alta - Hab Normal	1	3%	4	11%	5	14%
Aut Alta - Hab Alta	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	19	53%	17	47%	36	100%

Figura 13. Distribución de frecuencias (en porcentaje) de la relación entre las variables en estudio según sexo.



5.1.3.1. Estudio de correlación de Spearman entre las variables en estudio

A partir de los resultados obtenidos por la población en estudio, se realizó además, un análisis correlacional para determinar la asociación entre autoestima y habilidades sociales, determinando éste que existe una baja correlación entre las variables en estudio.

La Tabla 18 resume la correlación entre autoestima y habilidades sociales en la población en estudio.

Tabla 18. Correlación entre Autoestima y Habilidades Sociales.

VARIABLES	Habilidad Social	Autoestima
Habilidad Social	1	-0,43715246
Autoestima	-0,43715246	1

Nota: Valor crítico con valor $p = 0.05$

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES

6.1. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES

A través de los resultados obtenidos en la presente investigación por la población en estudio, la cual estuvo formada en un comienzo por 40 niños de los cuales sólo 36, 17 niñas y 19 niños, tuvieron resultados válidos en los instrumentos de evaluación utilizados, de inteligencia dentro del rango de normalidad, que cursan entre quinto y séptimo año básico y que asisten regularmente al Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar como pacientes ambulatorios, es posible señalar en base a los objetivos propuestos inicialmente en el estudio que en estos niños, en general, la **Autoestima Total** evaluada con el Inventario de Autoestima de Coopersmith, se encuentra dentro de un rango normal promedio, al igual que sus dimensiones (**General, Social, Escolar – Académica y Familiar**). Sin embargo, se observa una leve superioridad en los resultados a favor de los niños en todas las dimensiones, lo que permite afirmar lo planteado por Carretero y cols. (1987), respecto a que en esta etapa de desarrollo (preadolescencia), los niños tienen una mejor autoestima global ya que, le atribuyen mayor importancia a la eficacia de sus acciones con respecto a otros, sobre el atractivo físico, favoreciendo la autovaloración y autoconfianza, componentes inferidos del Proceso de la Autoestima, es decir, su autopercepción respecto de su grupo de pares se resume en: “soy importante” y “yo puedo” (Mezerville, 1993), en

cambio, las niñas valoran más la apariencia física sobre la competencia (Pope y Word, 1997), y en el caso de las niñas fisuradas, por sus cicatrices, se ve desfavorecida la percepción de su autoimagen, último componente inferido del Proceso de Autoestima (Mezerville, 1993).

Además, es importante destacar que al comparar los resultados obtenidos entre niños y niñas para la dimensión de **Autoestima Social** en el rango bajo lo normal, se reafirma lo planteado en el párrafo anterior que los niños tienen una mejor autoestima respecto de las niñas, considerando que la autoestima social es el resultado de la relación entre la imagen grupal e ideal, y siendo esta última tan importante para las niñas, a mayor discrepancia entre ellas peor la autoestima social (Prieto, 1998). Además, la familia de estos niños no estaría siendo un adecuado agente socializador ya que, por el nivel de estrés que genera el impacto del nacimiento de un niño fisurado y su largo proceso de rehabilitación, los llevan a un aislamiento (Bandura, 1986, Katanella y cols., 1990, Falvo, 1991 y Pruzinsky, 1992).

Si se comparan los resultados obtenidos entre niños y niñas para la dimensión de **Autoestima Escolar – Académica** en el rango sobre lo normal, se destaca el hecho de que las niñas obtienen una mejor autoestima respecto de los niños, lo que corrobora la importancia de la inteligencia, como rasgo deseable, para obtener un mejor rendimiento y así, compensar la falta de atractivo físico, característica valorada en esta etapa de desarrollo por ellas, con un rendimiento escolar alto. Lo anterior se ve reforzado por la familia y la sociedad que actualmente, le están dando mayor importancia al rol femenino fuera del hogar,

logrando así el reconocimiento e igualdad de condiciones para ambos sexos (Giancaman y cols., 1987). Milicic y Arón (1991) (en Rivera 1996), señalan que los niños en general (que no presentan fisura), al sentirse competentes académicamente tienen una valoración más positiva de sí mismos y presentan más confianza en sus capacidades. Además, los estudiantes exitosos tienen como características típicas, autoconfianza, autoaceptación, competencia personal y adaptación emocional según lo planteado por Mestre y Frías (1996). En el caso de los niños fisurados, los otros significativos les permiten de algún modo compensar el “sentirse diferente” respecto a su aspecto físico y su forma de hablar distinta, valorando y estimulando más el desempeño escolar con el fin de reforzar las conductas para lograr un mejor rendimiento académico y por ende, una valoración positiva de sí mismo.

De la última escala revisada, **Autoestima Familiar**, es importante destacar que la mayoría de los sujetos (niñas y niños) tienen una autoestima familiar alta, lo que corroboraría que un clima familiar afectivo influye en el desarrollo de una autovaloración positiva (Gorostegui, 1992; Rivera, 1996 y Pope y Word, 1997).

Es preciso señalar que en la población estudiada, los resultados obtenidos contradicen lo planteado por la literatura revisada, la que asocia la presencia de fisura y su respectivo tratamiento a una baja autoestima. Una posible explicación de este hallazgo, podría relacionarse con que, al contar con escasos estudios realizados en Chile, se recurrió a literatura extranjera, específicamente norteamericana y española, que asociaban la malformación craneofacial a un autoconcepto negativo. Otra explicación se asocia a la tendencia social

predominante en este tipo de niños, que se caracteriza por ser pasiva según los resultados obtenidos en el CABS, la que tiende a ser aceptada y reforzada socialmente, al contrario de lo que ocurre con la conducta agresiva, la que es rechazada en las interacciones sociales según Eisler, Frederiksen y Peterson en Giancaman y cols. (1987). El clima afectivo familiar en el que se desarrollan estos niños puede considerarse como otro factor que incide en los resultados de la presente investigación ya que, el vivir en un mejor clima afectivo favorecería la autovaloración positiva del niño, lo que se relacionaría con los estilos particulares de relación de las familias chilenas, muy distintos a los de la norteamericana y española. Otra característica que se da en el clima afectivo familiar de esta población es el grado de aceptación de la malformación del niño y el compromiso adquirido por los padres con el Programa de Rehabilitación Integral que requiere este tipo de patología, desarrollado por el Departamento de Fisurados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar, lo que se observa en la constante asistencia a los controles de las diversas especialidades que componen el equipo inter y multidisciplinario tratante, lo que repercutiría en un mejor manejo del problema del niño por lo padres, favoreciendo la adaptación emocional y una valoración de sí mismo positiva. Por último, el amor, la preocupación, el respeto y la atención generados por la familia en la que se desarrolla un niño le generará sensaciones de eficacia y competencia las que serán de vital importancia para obtener un buen rendimiento (Rivera, 1996). En cambio, familias conflictivas o disfuncionales, separaciones del hogar, expectativas demasiado altas o bajas con respecto al niño, exceso de castigos unidos a pocos cuidados y supervisión se

relacionarían con una autoestima negativa según Gorostegui (1992), lo que se puede generalizar para las familias de niños fisurados.

En cuanto a la variable dependiente, **Habilidades Sociales**, evaluada con la Escala de Comportamiento Asertivo para niños (CABS) se puede decir que ésta se encuentra mayoritariamente entre los niveles bajo lo normal y normal para ambos sexos, lo que sí concuerda con la literatura revisada y refuerza lo expuesto en el párrafo anterior en lo que respecta a que la familia se aísla de los demás y en un intento por proteger al niño, tiende a aislarlo a él también (Pruzinsky, 1992) y, siendo ésta el principal modelo social del niño, al aislarse deja en desmedro la posibilidad de adquirir un comportamiento social adecuado que depende de la interacción continua y recíproca entre el ambiente, la conducta y la persona (Bandura, 1986). Otro factor influyente a considerar en los resultados obtenidos es la interacción con los pares, porque el aprendizaje de habilidades sociales se desarrolla no sólo por imitación de los padres y los otros significativos sino más bien por la relación que establecen con otros niños (Giancaman, y cols., 1987; McGuire y cols., 1992; Kapp – Simon, 1995), situación que también se ve afectada al disminuir la frecuencia de las interacciones sociales por los continuos tratamientos médicos, con recurrentes hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y sus implicaciones: exámenes de laboratorio, controles físicos y manipulaciones pre y post operatorias (Trotsbach y cols., 1993).

Es importante destacar que al analizar los resultados por **áreas de contenido específicas** se encuentra que las áreas más problemáticas de esta población son los

enunciados positivos, enunciados negativos, peticiones y conversación, todas ellas caracterizadas por requerir del mecanismo de fonación que facilita la expresión verbal. Esto confirma en alguna medida lo planteado teóricamente en lo que respecta a la realidad que viven los niños fisurados en relación a su condición médica, es decir, problemas de habla como un timbre de voz con mayor o menor resonancia nasal, gangosidad o disfonía que puede alterar la melodía de la frase dificultando más o menos su comprensión lo que determina una forma de hablar distinta y, paralelamente problemas auditivos tales como hipoacusias o sordera total uni o bilateral (Trotsbach y cols., 1993). Además, el tratamiento odontológico a que se ven sometidos estos niños también influiría en su lenguaje expresivo dado que el uso de aparatos ortopédicos funcionales para la corrección y mantenimiento dento-facial les dificulta aún más su habla (Ortega, 1990). Otro factor importante de destacar es el lenguaje no verbal caracterizado por una postura física cabizbaja, escaso contacto visual y un tono de voz monótono (Kapp-Simon, 1995). Todo lo anterior conlleva a que sean víctimas de burlas, cuchicheos, comentarios furtivos, manifestaciones de lástima o aversión, risa o evitación directa, generando en este tipo de pacientes sentimientos de vergüenza y humillación respecto de su interacción social (Pruzinsky, 1992). Específicamente, la **conversación** o el “arte de la conversación” es un mecanismo esencial y un vehículo para el aprendizaje y contribuye al desarrollo social, emocional e intelectual que al verse alterado perjudica el intercambio de información entre dos o más personas disminuyendo sus interacciones sociales (Alvarez y Cárdenas, 1991).

El área de contenido **sentimientos/empatía** se encuentra en su mayoría dentro del rango de normalidad, lo que confirmaría que el clima afectivo familiar en el que se desarrollan estos niños, caracterizado por un alto grado de aceptación de la malformación, le permitiría a éste expresar lo que está sintiendo y comprender los sentimientos de otros, empleando además de los componentes verbales de la comunicación, los no verbales, es decir, distintas manifestaciones de afecto como por ejemplo las caricias (Alvarez y Cárdenas, 1991); y, un mayor compromiso por parte de los padres, resultado de ser participantes activos de un Programa de Rehabilitación Integral pionero en la zona.

Respecto a las **tendencias** en las áreas de contenido específicas, la **pasividad** es mayoritariamente predominante en ambos sexos, lo que se explica porque se considera que las respuestas pasivas logran una mejor aceptación y son reforzadas por el entorno creyendo así lograr, un mejor enfrentamiento a éste (Giancaman y cols., 1987). En la tendencia **agresiva** se destaca que los niños responden más agresivamente que las niñas, lo que corrobora lo planteado por Giancaman y cols. (1987) y Papalia (1992) respecto a que interacciones sociales deficientes incidirían en la manifestación de conductas agresivas con el grupo de pares y, culturalmente, según Carretero (1987), esta tendencia agresiva se acrecienta con el ingreso del menor al colegio.

Finalmente, al realizar un análisis por cada sujeto de la relación existente entre su nivel de **Autoestima** y de **Habilidades Sociales** resulta interesante comentar que en esta población, niños entre diez y doce años con fisura, una mayor

autoestima no implica una mayor habilidad social, lo que se confirma con la baja correlación obtenida entre dichas variables.

6.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Respecto a posibles limitaciones del estudio que pudieran afectar la validez de los resultados, es posible considerar los siguientes aspectos:

- a) La escasez de información respecto a los aspectos psicológicos del niño fisurado en Chile.
- b) Los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a la población total de niños entre diez y doce años de edad con fisura labial y/o palatina por el número de sujetos evaluados, por lo que esto permite concluir sólo respecto a la población específica, en un contexto o tiempo determinado.
- c) En cuanto a los instrumentos de evaluación utilizados, cabe hacer notar que no han sido previamente estandarizados en esta población, por lo tanto, se desconoce información sobre el comportamiento de este grupo etéreo para esta batería de pruebas. Al respecto sólo se cuenta con datos de aplicación en población no fisurada.
- d) El no considerar como variable a la familia por la gran importancia que tiene para el desarrollo de autoestima y adquisición de habilidades sociales de los niños fisurados, que no fue debidamente evaluada en este estudio.
- e) El no comparar este grupo de niños que asisten a un Programa de Rehabilitación Integral con niños que sólo tienen acceso a un tratamiento aislado impide corroborar el impacto psicológico de la fisura en ellos.

6.3. PROYECCIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Finalmente, con la información obtenida en el presente estudio es posible:

- a) Generar líneas de investigación que tengan como objetivo conocer la realidad del niño fisurado chileno.
- b) Implementación de modelos de intervención y evaluación terapéutica derivados de los resultados de la presente investigación.
- c) Sensibilizar a los establecimientos educacionales en cuanto al manejo de estos niños en las áreas social y cognitiva.
- d) Implementar programas para desarrollar las habilidades socioafectivas y autoestima de estos niños en cada etapa de su desarrollo.
- e) Realizar el diseño y ejecución de un programa de Habilidades Sociales que incluya a los padres y profesores directa y permanentemente.
- f) Diseñar programas cuyo objetivo sea el desarrollo de un grupo específico de Habilidades Sociales.
- g) Realizar investigaciones que comparen grupos de fisurados pertenecientes a diferentes niveles socioeconómicos.
- h) Desarrollar estudios que permitan validar y adaptar a la realidad chilena los instrumentos utilizados en esta investigación: Inventario de Autoestima de Coopersmith y Escala de Comportamiento Asertivo para niños.



REFERENCIAS

- Alvarez C. y Cárdenas L., (1991). Diseño y evaluación de un Programa de prevención en Habilidades Sociales para adolescentes. Efecto de un medio audiovisual como material de apoyo al programa. Tesis para optar al título de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Arón A., Milicic N., (1993). Vivir con otros. Programa de desarrollo de habilidades sociales. Editorial Universitaria. Santiago, Chile.
- Bandura A.,(1986). Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Editorial Martínez Roca. Barcelona, España.
- Brinkmann H., Segure T., Solar M., (1989). Adaptación, Estandarización y Elaboración de normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Revista chilena de Psicología. Vol. 10, N° 1, pp. 63-71.
- Broder H. (1997). Psychological research of children with craniofacial anomalías: Review, critique, and implications for the future. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. Vol. 34, N°5, pp. 402-404.
- Bryant J., Zillmann D. (1994). Los efectos de los medios de comunicación. Investigaciones y teorías. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Caballo V. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial siglo XXI. Madrid, España.

- Caballo V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales. Editorial siglo XXI Madrid, España.
- Cáceres A. (1998). Aspectos psicológicos del niño fisurado. Edit. Fundación Gantz. Santiago, Chile.
- Carretero M., Marchesi A., Palacios J. (1985). Psicología Evolutiva. Tomo N°3. Alianza Editorial. Madrid, España.
- Corbella J. (1994). Aprendizaje. Motivación. Descubrir la psicología. Vol. 2, pp. 38.
- Corbella J. (1994). Desarrollo personal y social. La familia. Descubrir la psicología. Vol. 14, pp. 8-14.
- Corbella J. (1994). La emoción. Agresividad. Descubrir la psicología. Vol. 3, pp. 18-23.
- Falvo D. (1991). Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. An aspen publication, Gaithersburg, Maryland, USA.
- Fernández – Ballesteros R. (1994). Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Editorial Pirámide. Madrid, España.
- Fierro A. (1992). Manual de Psicología de la Personalidad. Ediciones Paidós. Barcelona, España.
- Giancaman C., Morales N., Valdés C., (1987). Habilidades sociales en niños. Adaptación de un programa de entrenamiento. Tesis para Optar al título de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

- Goleman D. (1996). La inteligencia emocional. Javier Vergara Editores S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Gorostegui M., (1992). Adaptación y construcción de normas de la escala de autoconcepto para niños de Piers-Harris. Tesis para optar al título de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Haeussler I., Milicic N., (1995). Confiar en uno mismo: Programa de autoestima. Editorial Dolmen. Santiago, Chile.
- Hernández R., Fernández C., Baptista P., (1991). Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill. México.
- Hidalgo C., Abarca N., (1992). Comunicación interpersonal. Programa de entrenamiento en habilidades sociales. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Hurlock E. (1984). Desarrollo del niño. Segunda edición. Editorial McGraw Hill. México.
- Kapp-Simon K. (1995). Psychological Interventions for the adolescent with cleft lip and palate. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. Vol. 32, N° 2, pp. 104-108.
- Katanella P., Meyohas S., Rodríguez A., Schilling M. (1990). Aproximación a la problemática que surge en la familia con el nacimiento de un niño fisurado. Seminario para optar al título de Orientador familiar y juvenil. Instituto Carlos Casanueva. Santiago, Chile.

- Kerlinger F. (1988). Investigación del comportamiento. Editorial McGraw-Hill. México.
- Labrador F., Gruzado J., Muñoz M., (1995). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Ediciones Pirámide. Madrid, España.
- López F. (1995). Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.
- Lugo E. (1990). Cirugía infantil. Editorial Trillas. México.
- Marchant L., Velásquez E. (1997). Terapia cognitivo-conductual con entrenamiento en habilidades de afrontamiento para mujeres mastectomizadas. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad de Valparaiso. Valparaiso, Chile.
- Meneghello J., Fanta E., Paris E., Rosselot J. (1991). Pediatría. Vol. 2, cuarta edición. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.
- Mestre V., Frías D. (1996). La mejora de la autoestima en el aula. Aplicación de un Programa para niños en edad escolar (11-14 años). Revista de Psicología General y Aplicada. Vol. 49, N°2, pp. 279-290.
- Mezerville G. (1993). El aprendizaje de la Autoestima como proceso educativo y terapéutico. Revista Educación. Vol. 17, pp. 5-13.
- Michelson L., Sugai D., Wood R., Kazdin A. (1987). Las habilidades sociales en la infancia. Editorial Martínez Roca. Barcelona, España.
- Ortega J. (1990). Fisura labio palatina. Tratamiento integral. Impreso por Tipografía Unión. Caracas, Venezuela.

- Papalia D., Wendkos S., Duskin R. (1992). Desarrollo Humano. Editorial McGraw-Hill. Santafé de Bogotá, Colombia.
- Peirano P., Seguel A., Vigneau M. (1996). Diseño y evaluación de un programa para desarrollar habilidades sociales en alumnos de octavo básico. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.
- Pinochet P., Tavano P. (1998). Estudio Exploratorio Descriptivo del Bienestar Psicológico en una Muestra de Adultos Mayores Jubilados que asisten y participan en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.
- Pope A., Mc Hale S., Craighead W. (1988). Mejora de la autoestima. Técnica para niños y adolescentes. Editorial Martínez Roca. Barcelona, España.
- Pope A., Speltz M. (1997). Research an psychosocial issues of children with craniofacial anomalies: Progress an challenges. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. Vol. 34, N° 5, pp. 371-373.
- Prieto A. (1998). Automodelaje, adolescencia y autoestima. Universidad de Viña del Mar. Viña del Mar, Chile.
- Pruzinsky T. (1992). Social and Psychological Effects of Major_Craniofacial Deformity. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. Vol. 29, N°6, pp. 578-584.

- Rivera M. (1996). Medición de la autoestima en alumnos que han participado en programas de estimulación verbal y que presentan severas dificultades lectoras. Tesis para optar al grado de Magister en Educación Especial. Pontificia de la Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Spence S. (1981). Validation of social skills of adolescent males in an interview conversation with a previously unknown adult. Journal Of Applied Behavior Analysis. Vol. 14, N°2, pp. 159-168.
- Trotsbach S., Kravetz M. y col. (1993). El niño fisurado. Editorial Puma. Buenos Aires, Argentina.

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre :

Dirección :

Teléfono :

F. de nacimiento :

Edad :

Colegio :

Curso :

Fecha :

1. SITUACIÓN FAMILIAR:

2. ANTECEDENTES RELEVANTES:

3. ANTECEDENTES MÓRBIDOS:

INVENTARIO DE AUTOESTIMA COOPERSMITH.

INSTRUCCIONES:

Aquí hay una serie de declaraciones. Por favor responde a cada declaración del modo siguiente:

Si la declaración describe cómo te sientes usualmente, pon una "x" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "igual que yo" (columna A) en la hoja de respuestas. Si la declaración no describe cómo te sientes usualmente, pon una "x" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "distinto a mí" (columna B) en la hoja de respuestas.

No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer qué es lo que habitualmente sientes o piensas.

Ejemplo: Me gustaría comer helados todos los días.

Si te gustaría comer helados todos los días, pon una "x" en el paréntesis debajo de la frase "igual que yo" frente a la palabra "ejemplo" en la hoja de respuestas.

MARCA TODAS TUS RESPUESTAS EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUARDENILLO.

No olvides anotar tu nombre, fecha de nacimiento y la fecha de hoy en la hoja de respuestas.

- 1.- Paso mucho tiempo soñando despierto.
- 2.- Estoy seguro de mí mismo.
- 3.- Deseo frecuentemente ser otra persona.
- 4.- Soy simpático.
- 5.- Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
- 6.- Nunca me preocupo por nada.
- 7.- Me abochorno (me da plancha) pararme frente al curso para hablar.
- 8.- Desearía ser más joven.
- 9.- Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.
- 10.- Puedo tomar decisiones fácilmente.
- 11.- Mis amigos gozan cuando están conmigo.
- 12.- Me incomodo en casa fácilmente.
- 13.- Siempre hago lo correcto.
- 14.- Me siento orgulloso de mi trabajo (en la escuela).
- 15.- Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.
- 16.- Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.
- 17.- Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.
- 18.- Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.
- 19.- Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.
- 20.- Nunca estoy triste.
- 21.- Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
- 22.- Me doy por vencido fácilmente.
- 23.- Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.
- 24.- Me siento suficientemente feliz.
- 25.- Preferiría jugar con niños menores que yo.
- 26.- Mis padres esperaban demasiado de mí.
- 27.- Me gustan todas las personas que conozco.
- 28.- Me gusta que el profesor me interroge en clases.
- 29.- Me entiendo a mí mismo.
- 30.- Me cuesta comportarme como en realidad soy.
- 31.- Las cosas en mi vida están muy complicadas.
- 32.- Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas.
- 33.- Nadie me presta mucha atención en casa.
- 34.- Nunca me regañan.
- 35.- No estoy progresando en la escuela como me gustaría.
- 36.- Puedo tomar decisiones y cumplirlas.
- 37.- Realmente no me gusta ser una muchacha (muchacho).
- 38.- Tengo una mala opinión de mí mismo.
- 39.- No me gusta estar con otra gente.
- 40.- Muchas veces me gustaría irme de casa.
- 41.- Nunca soy tímido.
- 42.- Frecuentemente me incomoda la escuela.
- 43.- Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.
- 44.- No soy tan bien parecido como otra gente.
- 45.- Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.
- 46.- A los demás "les da" conmigo.
- 47.- Mis padres me entienden.

- 48.- Siempre digo la verdad.
- 49.- Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.
- 50.- A mí no me importa lo que me pasa.
- 51.- Soy un fracaso.
- 52.- Me incomodo fácilmente cuando me regañan.
- 53.- Las otras personas son más agradables que yo.
- 54.- Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.
- 55.- Siempre sé qué decir a otras personas.
- 56.- Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela.
- 57.- Generalmente las cosas no me importan.
- 58.- No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE : _____ **FECHA** : _____ **CURSO** : _____

F. DE NAC. : _____ **EDAD**: _____ **COLEGIO** : _____

	Igual que yo A	Distinto a mi B		Igual que yo A	Distinto a mi B
Pregunta Ejemplo	()	()	Pregunta		
1	()	()	30	()	()
2	()	()	31	()	()
3	()	()	32	()	()
4	()	()	33	()	()
5	()	()	34	()	()
6	()	()	35	()	()
7	()	()	36	()	()
8	()	()	37	()	()
9	()	()	38	()	()
10	()	()	39	()	()
11	()	()	40	()	()
12	()	()	41	()	()
13	()	()	42	()	()
14	()	()	43	()	()
15	()	()	44	()	()
16	()	()	45	()	()
17	()	()	46	()	()
18	()	()	47	()	()
19	()	()	48	()	()
20	()	()	49	()	()
21	()	()	50	()	()
22	()	()	51	()	()
23	()	()	52	()	()
24	()	()	53	()	()
25	()	()	54	()	()
26	()	()	55	()	()
27	()	()	56	()	()
28	()	()	57	()	()
29	()	()	58	()	()

PB T
M :

PB T
G :
S :
E :
H : _____

TOTAL :

ESCALA DE COMPORTAMIENTO ASERTIVO PARA NIÑOS (CABS).

De estas cinco respuestas, decide cuál es la que se parece más a la que harías si ese "alguien" de la pregunta fuese 1) otro niño o 2) un adulto. Ahora, rodea la letra en la hoja de respuestas para cada pregunta. Una vez que hayas marcado tu respuesta en cada pregunta, pasa a la siguiente. Si no puedes entender una palabra, una pregunta o una respuesta, levanta la mano y te ayudarán. Recuerda que debes contestar con sinceridad como te comportarías. No hay límite de tiempo, pero procura contestar lo más rápido que puedas.

NO ESCRIBIR EN EL CUADERNILLO. ESCRIBIR SÓLO EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

- 1.- Alguien te dice: "Creo que eres una persona muy simpática".
¿Qué harías/dirías, generalmente?
 - (a) Decir: "No, no soy tan simpático".
 - (b) Decir: "Sí, creo que soy el mejor".
 - (c) Decir: "Gracias".
 - (d) No decir nada y sonrojarme.
 - (e) Decir: "Gracias, es cierto que soy muy simpático".

- 2.- Alguien ha hecho algo que crees que está muy bien.
¿Qué harás/dirías, generalmente?
 - (a) Comportarme como si no estuviera tan bien y decirle: "No está mal".
 - (b) Decir: "Está bien, pero he visto mejores que éste".
 - (c) No decir nada.
 - (d) Decir: "Yo puedo hacerlo mucho mejor".
 - (e) Decir: "Está muy bien".

- 3.- Estás haciendo algo que te gusta y crees que está muy bien. Alguien te dice: "No me gusta". ¿Qué harías/dirías, generalmente?
 - (a) Decir: "Eres estúpido".
 - (b) Decir: "Yo creo que está muy bien".
 - (c) Decir: "Tienes razón", aunque en realidad no lo creyeras.
 - (d) Decir: "Creo que es fantástico. Además, ¿tú que sabes?".
 - (e) Sentirme herido y no decir nada.

- 4.- Te olvidas de llevar algo que se suponía debías llevar y alguien te dice: "¡Eres un tonto! Olvidarías tu cabeza si no fuera porque la tienes atornillada".
¿Qué harías/dirías, generalmente?
 - (a) Decir: "De todas formas, yo soy más listo que tú; además, ¿tú que sabes?".
 - (b) Decir: "Sí, tienes razón; algunas veces parezco tonto".
 - (c) Decir: "Si hay alguien tonto, ese eres tú".
 - (d) Decir: "Nadie es perfecto. No soy tonto sólo porque me haya olvidado de algo".
 - (e) No decir nada o ignorarle.

- 5.- Alguien con quien te tenías que encontrar llega con media hora de retraso, hecho que hace que estés molesto. Esa persona no da ninguna explicación de su retraso. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "Me molesta que me hagas esperar de esta manera".
 - (b) Decir: "Me preguntaba cuándo llegarías".
 - (c) Decir: "Es la última vez que te espero".
 - (d) No decirle nada.
 - (e) Decir: "¡Eres un fresco! ¡Llegas tarde!".
- 6.- Necesitas que alguien te haga un favor. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) No pedirle nada.
 - (b) Decir: "Tienes que hacer esto por mí".
 - (c) Decir: "¿Puedes hacerme un favor?", y explicar lo que quieras.
 - (d) Hacer una pequeña insinuación de que necesitas que te hagan un favor.
 - (e) Decir: "Quiero que hagas esto por mí".
- 7.- Sabes que alguien está preocupado. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "Pareces preocupado. ¿Puedo ayudarte?".
 - (b) Estar con esa persona y no hacerle ningún comentario sobre su preocupación.
 - (c) Decir: "¿Te pasa algo?".
 - (d) No decirle nada y dejarle solo.
 - (e) Reírme y decirle: "Eres un crío".
- 8.- Estás preocupado y alguien te dice: "Pareces preocupado". ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Girar la cabeza y no decirle nada.
 - (b) Decir: "¡A ti no te importa!".
 - (c) Decir: "Sí, estoy preocupado. Gracias por interesarte por mí".
 - (d) Decir: "No es nada".
 - (e) Decir: "Estoy preocupado. ¡Déjame solo!".
- 9.- Alguien te culpa por un error que ha cometido otra persona. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "¡Estás loco!".
 - (b) Decir: "No es culpa mía. Lo ha hecho otra persona".
 - (c) Decir: "No creo que sea culpa mía".
 - (d) Decir: "¡Yo no he sido! ¡No sabes de lo que estás hablando!".
 - (e) Aceptar la culpa o no decir nada.
- 10.- Alguien te pide que hagas algo y tú no sabes por qué se tiene que hacer. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "Esto no tiene ningún sentido. ¡No quiero hacerlo!".
 - (b) Hacer lo que te piden y no decir nada.
 - (c) Decir: "¡Esto es una tontería. No voy a hacerlo!".
 - (d) Antes de hacerlo, decir: "No comprendo por qué quieres que haga esto".
 - (e) Decir: "Si es esto lo que quieres que haga", y entonces hacerlo.

- 11.- Alguien te elogia por algo que has hecho diciéndote que es fantástico.
¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "Sí, generalmente lo hago mejor que la mayoría".
 - (b) Decir: "No, no está tan bien".
 - (c) Decir: "Es cierto. Soy el mejor".
 - (d) Decir: "Gracias".
 - (e) Ignorarlo, y no decir nada.
- 12.- Alguien ha sido muy amable contigo. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "Has sido muy amable conmigo. Gracias".
 - (b) Comportarme como si la persona no hubiera sido tan amable y decirle: "Sí, gracias".
 - (c) Decir: "Me has tratado bien, pero me merezco mucho más".
 - (d) Ignorarlo y no decir nada a esa persona.
 - (e) Decir: "No me tratas todo lo bien que deberías".
- 13.- Estás hablando muy alto con un amigo y alguien te dice "Perdona, pero haces demasiado ruido". ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Parar de hablar inmediatamente.
 - (b) Decir: "Si no te gusta, ¡lárgate!", y continuarías hablando alto.
 - (c) Decir: "Lo siento. Hablaré más bajo", y entonces hablar en voz baja.
 - (d) Decir: "Lo siento", y dejar de hablar.
 - (e) Decir: "Muy bien" y continuar hablando alto.
- 14.- Estás haciendo cola y alguien se cuela delante de ti.
¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Hacer comentarios en voz baja, como por ejemplo: "Algunas personas tienen mucha cara", sin decir nada directamente a esa persona.
 - (b) Decir: "Vete al final de la cola".
 - (c) No decir nada a esa persona.
 - (d) Decir, en voz alta: "¡Imbécil, vete de aquí!".
 - (e) Decir: "Yo estaba aquí primero. Por favor, vete al final de la cola".
- 15.- Alguien te hace algo que no te gusta y te enfadas.
¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Gritar: "Eres un imbécil. ¡Te odio!".
 - (b) Decir: "Estoy enfadado. No me gusta lo que has hecho".
 - (c) Actuar como si me sintiera herido pero no decir nada a esa persona.
 - (d) Decir: "Estoy furioso. Me caes mal".
 - (e) Ignorarlo y no decir nada a esa persona.
- 16.- Alguien tiene algo que quieres utilizar. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir a esa persona que me lo diera.
 - (b) No pedirlo.
 - (c) Quitárselo a esa persona.
 - (d) Decir a esa persona que me gustaría utilizarlo y entonces pedirselo.
 - (e) Hacer un comentario sobre eso pero no pedirselo.

- 17.- Alguien te pide algo prestado pero es nuevo y tú no quieres prestarlo.
¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "No, es nuevo y no quiero prestarlo. Quizá en otra ocasión".
 - (b) Decir: "No me hace mucha gracia prestarlo, pero puedes cogerlo".
 - (c) Decir: "No, cómprate uno".
 - (d) Prestárselo aunque no quisieras hacerlo.
 - (e) Decir: "¡Estás loco!".
- 18.- Algunos niños están hablando sobre un pasatiempo que a ti te gusta mucho. Quieres participar y decir algo. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) No decir nada.
 - (b) Interrumpir e inmediatamente empezar a contar lo bien que haces ese pasatiempo.
 - (c) Acercarme al grupo y participar en la conversación cuando tuviera la oportunidad de hacerlo.
 - (d) Acercarme al grupo y esperar a que se dieran cuenta de mi presencia.
 - (e) Interrumpir e inmediatamente comenzar a contar lo mucho que me gusta ese pasatiempo.
- 19.- Estás haciendo un pasatiempo y alguien te pregunta: "¿Qué haces?".
¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "Oh, una cosa" u "Oh, nada".
 - (b) Decir: "No me molestes. ¿No ves que estoy ocupado?".
 - (c) Continuar haciendo el pasatiempo y no decir nada.
 - (d) Decir: "A ti no te importa".
 - (e) Dejar de hacer el pasatiempo y explicarle lo que haces.
- 20.- Ves cómo alguien tropieza y cae al suelo. ¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Reírme y decir: "¿Por qué no miras por dónde vas?".
 - (b) Decir: "¿Estás bien? ¿Puedo hacer algo?".
 - (c) Preguntar: "¿Qué ha pasado?".
 - (d) Decir: "¡Así son las caídas!".
 - (e) No hacer nada e ignorarlo.
- 21.- Te golpeas la cabeza con una estantería y te duele. Alguien te dice: "¿Estás bien?".
¿Qué harías/dirías, generalmente?
- (a) Decir: "Estoy bien. ¡Déjame solo!".
 - (b) No decir nada e ignorar a esa persona.
 - (c) Decir: "¿Por qué no metes las narices en otra parte?".
 - (d) Decir: "No, me he golpeado la cabeza. Gracias por preguntar".
 - (e) Decir: "No es nada. Estoy bien".

ESCALA DE COMPORTAMIENTO ASERTIVO PARA NIÑOS (CABS)

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

¿Qué harías si otro niño si “alguien” de las preguntas fuese otro niño?

- 1.- a b c d e
- 2.- a b c d e
- 3.- a b c d e
- 4.- a b c d e
- 5.- a b c d e
- 6.- a b c d e
- 7.- a b c d e
- 8.- a b c d e
- 9.- a b c d e
- 10.- a b c d e
- 11.- a b c d e
- 12.- a b c d e
- 13.- a b c d e
- 14.- a b c d e
- 15.- a b c d e
- 16.- a b c d e
- 17.- a b c d e
- 18.- a b c d e
- 19.- a b c d e
- 20.- a b c d e
- 21.- a b c d e
- 22.- a b c d e
- 23.- a b c d e
- 24.- a b c d e
- 25.- a b c d e
- 26.- a b c d e
- 27.- a b c d e