



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**  
**FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA**

**NIVEL DE AUTOCONCEPTO Y SU RELACION CON LOS  
NIVELES EDUCATIVO Y LABORAL EN ADULTOS CON  
SECUELAS DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO.**

**TESIS**  
**QUE PRESENTA:**

**SALVADOR ENRIQUEZ HERNÁNDEZ**

Para obtener el grado de maestro en atención a la diversidad y  
educación inclusiva.

**DIRECTOR DE TESIS:**  
**DR. EDUARDO HERNÁNDEZ PADILLA**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



# **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

## **FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA**

**NIVEL DE AUTOCONCEPTO Y SU RELACION CON LOS  
NIVELES EDUCATIVO Y LABORAL EN ADULTOS CON  
SECUELAS DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO**

### **TESIS**

#### **QUE PRESENTA:**

**SALVADOR ENRIQUEZ HERNÁNDEZ**

Para obtener el grado de maestro en atención a la diversidad y  
educación inclusiva.

#### **DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. EDUARDO HERNÁNDEZ PADILLA**

#### **COMITÉ REVISOR:**

**MTRA. DANIVIA LÓPEZ GARCIA**

**DR. LEONARDO MANRIQUEZ LOPEZ**

**DRA. MARIA DEL CARMEN PAMPLONA FERREIRA**

**DR. ELISEO GUAJARDO RAMOS**

## ***Dedicado***

**A:**

*Teresa Hernández Guadarrama,  
Quien con su hermosa terquedad a  
pesar de muerta, siempre estará viva...*

**Y a:**

*Danya S. Marino Ferreyra  
Quien con su luz nubla mis palabras...*

## ***Agradecimientos:***

---

Al Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (CONCyT-México) puesto que, sin el apoyo de la beca otorgada, no habría podido cursar esta maestría.

A la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), que en lo personal considero mi segundo hogar. A la facultad de Comunicación Humana, que a través de su Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva (MADEI), ha hecho posible la presente investigación.

Expreso mi profundo agradecimiento al Dr. Eduardo Hernández Padilla, quien, a pesar de la premura del tiempo, accedió a ser parte de este proyecto como director de tesis, y con sus conocimientos, asesorías y paciencia ha logrado darle forma a esta investigación.

Mi más grande agradecimiento a una mujer que no solo es mi mejor amiga, también considero una inspiración en el ámbito académico y profesional, y que, con su estricta y persecutoria forma de ser, logro que, a pesar de todos los contratiempos, este proyecto de investigación llegara a buen término, gracias Dra. Danivia López García.

Al resto de los miembros del comité revisor: Dr. Leonardo Manríquez López, Dra. María del Carmen Pamplona Ferreira, Dr. Eliseo Guajardo Ramos, a quienes agradezco profundamente su tiempo y dedicación para corregir el manuscrito final y fungir como miembros del jurado evaluador.

## ***Agradecimientos personales:***

---

Tres años y una tesis parecerán insignificantes, sin embargo, ese tiempo de vida y todos sus aprendizajes estuvieron siempre acompañados de personas y situaciones que directa o indirectamente han dejado una profunda huella en mi memoria. Así pues, primero que nada, quiero agradecer a los misterios del Universo y a la maravillosa naturaleza, que a través de su evolución permitió la existencia humana con todas sus diversidades.

En segundo lugar, si fuese posible me gustaría agradecer a todos los grandes pensadores y científicos que se han aventurado a explorar los más profundos misterios de la mente humana y su comportamiento, y que, con sus reflexiones, conclusiones y descubrimientos, han alimentado mi curiosidad por entender esta cualidad que nos hace humanos y a la vez a cada uno diferentes.

A Don Chava y Doña Tere, los seres que a través de su amor, cuidado y protección me dieron vida e hicieron de mí, quien soy; a Rosí, Azu e Iván, mis hermanos, y que a pesar de todas nuestras diferencias siempre seremos familia.

A Gala y Emilio, mis dos personas favoritas en el mundo, y que día con día me inspiran a ser mejor persona.

A la familia Cervantes Castañeda, quienes, en los momentos más difíciles de mi vida, me dieron cobijo, amor y protección, y alentaron para comenzar este proyecto que culmina con este trabajo.

A mis compañeros de maestría: Sandra, Kimberly, Manuel, Laura, Olí, Blanquita, Paty, Anselmo, Sahily, Alondra, Natalia e Itzi, con quienes no solo compartí durante

estos dos años salones de clases, sino también, momentos de estrés, alegría y una que otra celebración que forjo nuevas amistades.

Quiero agradecer infinitamente a mis amigos y futuros psicólogos Noé Gálvez y Erik J. Fierros, quienes padecieron su servicio social a mi cargo durante la elaboración de esta investigación, y con desvelos aportaron un granito a la ciencia.

## ÍNDICE

1) RESUMEN .....	9
2) INTRODUCCIÓN .....	10
3) ANTECEDENTES .....	11
4) JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
5) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
5.1) Pregunta de investigación.....	16
6) HIPÓTESIS.....	17
7) OBJETIVOS .....	17
7.1) Objetivo general.....	17
7.2) Objetivos específicos .....	17
8) MARCO TEÓRICO .....	17
8.1) Anomalías congénitas.....	17
8.2) Malformaciones congénitas en la historia .....	19
8.3) Labio y/o Paladar Hendido.....	21
8.4) Autoconcepto.....	23
8.5) El autoconcepto en adultos con Labio y/o Paladar Hendido.....	25
8.6) Niveles educativos en México.....	26
8.7) Niveles educativos en personas con LPH.....	29
8.8) El nivel educativo en relación con el nivel laboral.....	32

8.9) Niveles Laborales en México .....	34
8.10) Nivel Laboral en población con LPH.....	39
9) METODO .....	41
9.1) Diseño.....	44
9.2) Instrumentos .....	41
9.3) Procedimiento .....	44
9.4) Muestra.....	46
9.5) Consideraciones éticas.....	48
10) RESULTADOS.....	49
10.1) Resultados cuantitativos .....	49
Autoconcepto.....	49
Niveles Educativos .....	51
Nivel laboral.....	51
Nivel Socioeconómico .....	52
Resultados estadísticos.....	53
10.2) Resultados cualitativos .....	57
Generalidades sobre el LPH.....	58
Entorno educativo, logros y dificultades .....	60
Entorno Laboral .....	64
Relaciones Socioafectivas.....	67



11) DISCUSIÓN .....	69
12) CONCLUSIONES .....	74
13) REFERENCIAS.....	76
14) ANEXOS.....	92
Anexo 1. Cuestionario de Evaluación de Autoconcepto Forma AF-5 .....	92
Anexo 2. Formato de entrevista semiestructurada a adultos con secuelas de labio paladar hendido (LPH).....	94
Anexo 3. Escala AMAI .....	96
Anexo 4. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación .....	97
Anexo 5. Propuesta de Intervención psicológica en Adultos con LPH.....	98

## 1) RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal analizar el nivel del autoconcepto que presentan los adultos con secuelas de Labio y/o Paladar Hendido y de qué manera esta asociado con su nivel educativo y laboral. Para lo cual se recluto una muestra de 22 participantes (12 mujeres y 10 hombres) con una media de edad de 26.64

El diseño de la investigación se desarrolló bajo metodología Mixta, siendo de tipo explicativo secuencial, transversal y descriptiva en dos tiempos. Los instrumentos que se aplicaron a la muestra fue la adaptación de la escala de Autoconcepto AF-5, realizada por Salum-Fares, Marín y Reyes (2011) y una entrevista semiestructurada.

Los resultados de la investigación cuantitativos mostraron que el 100% de la muestra presentaron un autoconcepto normal y alto, mientras que en el nivel educativo el 41% presentaba nivel básico, en el nivel laboral solo el 2% se encontraba en el nivel de profesionistas. En los resultados cualitativos, mostraron una discrepancia entre lo reportado en el autoconcepto y la percepción que tienen de sí mismo dentro de las diferentes esferas. Mostrando que más del 50% de la muestra tuvieron dificultades para insertarse en la vida educativa y laboral. Dicha discrepancia se analizó a partir de que la mayoría de los adultos con Labio y/o Paladar Hendido desarrollaron un ajuste psicológico igual o mayor que sus pares sin hendidura, y se adaptaron bien a la malformación.

Palabras clave: *Autoconcepto, Adultos con secuelas de labio y/o paladar hendido, Nivel Educativo y Laboral.*

## 2) INTRODUCCIÓN

En el año 2013, se catalogó el labio paladar hendido como una de las malformaciones congénitas de mayor incidencia en México, ocupando el segundo lugar, presentando una estimación de entre 4.9 por 10,000 nacimientos vivos y muertos a nivel internacional (Navarrete, Canún, Valdés y Reyes, 2017); la cual se constituye como una deficiencia estructural congénita a causa de la unión entre algunos procesos faciales y embrionarios en formación (Mejía y Suárez, 2012).

En la sociedad actual, a menudo concede mucha importancia al aspecto físico, y esto puede hacer de la infancia y especialmente de la adolescencia una etapa muy difícil para aquellas personas que presentan diferencias en su aspecto físico, repercutiendo todavía en la edad adulta (Fernández, 2005). El presentar Labio Paladar y/o Hendido (LPH), implica un gran número de desafíos para los afectados, como la carga del tratamiento, la insatisfacción con la apariencia, los problemas con el habla, audición y dificultades con los pares (Hunt et al., 2005; Rumsey and Stock, 2013). La investigación sobre las secuelas del LPH se ha centrado predominantemente en el apoyo a los niños y padres, solo un número menor de estudios han investigado el impacto a largo plazo que presenta esta patología (Stock, Billaud y Rumsey, 2015).

La presente investigación se organizó en dos tiempos, en el primero se aplicó a cada uno de los participantes el instrumento AF-5, para conocer los niveles de autoconcepto que presentaban y después se les realizó una entrevista semiestructurada. La evaluación tuvo como finalidad conocer la percepción que tenían de sí mismos en las diferentes esferas en las que se desenvuelven y la relación del autoconcepto en ello, cuyos resultados permitieron elaborar una propuesta de intervención, que está enfocada

en un mejor desenvolvimiento en personas con secuelas de Labio y/o Paladar Hendido en las dimensiones educativas y laborales, contribuyendo en la atención a la diversidad.

### **3) ANTECEDENTES**

Dentro de los aspectos preocupantes respecto a esta anomalía, se encuentran: las disfunciones en el habla y la deglución, las enfermedades respiratorias y la disfunción estética, con las consiguientes secuelas psicológicas, que deja en el paciente fisurado la marginación social a que muchas veces se ve sometido por parte de los grupos humanos (Echevarría, Vela y Vecchy, 2000), sobre todo en la edad del crecimiento. Además, el aspecto común que presenta esta malformación ha sido asociado dentro de la sociedad a una maldición o desgracia, y los sujetos que la han padecido han sido marginados (Carrazan y Medina, 2010).

Puesto que, los niños con fisura labio palatina, presentan anomalías faciales claramente visibles, es posible que tengan que soportar burlas y bromas pesadas, que pueden repercutir negativamente sobre su autoestima y crear en ellos características psicológicas diferentes y mecanismos de defensa en su personalidad que perdurarán hasta la adultez.

Durante la adultez joven, la persona con fisura también está expuesta a experimentar dificultades en el ámbito psicológico o social. Existen algunas investigaciones en otros países que han evidenciado las diversas problemáticas presentadas por los adultos con labio y paladar hendido (LPH):

Berk, Cooper, Liu y Marazita (2001) realizaron en China, un estudio transversal utilizando un diseño de estudio de caso y control emparejado, en una muestra de 85 participantes con LPH y 85 hermanos “no afectados”, por esta condición, a los que se les

aplico la Escala de Evitación y Socorro Social, Miedo a la Evaluación Negativa, Escala de Autoestima de Rosenberg, Lista de Evaluación de Apoyo Interpersonal, teniendo como resultado que los adultos con hendidura presentaban mayores niveles de ansiedad social y bajos niveles de autoestima y apoyo social, además de ser desfavorecidos con respecto a la interacción social y la capacidad de resistencia y adaptación.

Mientras Marcusson, Akerlind y Paulin (2001) compararon en su estudio, un grupo control igualado en género y edad sin hendidura, donde se mostraba que, en el aspecto de ajuste de vida, los adultos con LPH tenían significativamente menor puntaje en calidad de vida, bienestar, vida familiar, contactos sociales y participación en la vida fuera de su esfera personal que los adultos sin hendidura. Por tanto, la condición del LPH, no solo es un problema fisiológico, el aspecto social se ve claramente afectado en las personas que lo padecen.

Siguiendo la misma línea de investigación, Ramstad, Ottem y Shaw (1995) encontraron que los adultos con secuelas de LPH presentan dos veces más probabilidades de ansiedad y depresión y, en particular, tenían el doble de probabilidades de cometer suicidio en su vida. Heller, Tidmarsh y Pless (1981) encontraron que hasta un 33% de los participantes en un estudio de seguimiento de tratamiento de pacientes con LPH, reportaron impactos psicosociales como insatisfacción de aspecto, la audición y el lenguaje, además prolongada dependencia familiar y bajos niveles de integración social.

En otro estudio, se reporta que la autopercepción que tienen las personas con LPH puede cambiar de acuerdo a los resultados obtenidos en las diversas intervenciones quirúrgicas, Oosterkamp et al. (2007) mencionan en un estudio mixto, llevado a cabo en

Países Bajos, con una muestra de 48 adultos con LPH y grupos control, a los que se les auto administraron cuestionarios que evalúan satisfacción con la apariencia facial, función y calidad de vida relacionada con la salud, concluyendo que los adultos satisfechos con la estética física resultante de las cirugías, presentaban mayor ajuste emocional.

En este mismo tenor Sinko et al. (2005) realizaron en Viena, un estudio con 70 individuos, de entre 18 y 30 años con LPH, con la finalidad de conocer la satisfacción frente a los tratamientos quirúrgicos, para esta investigación se utilizó una escala analógica visual, teniendo como resultado que el 44. 3% se sentían insatisfechos con su apariencia y por ello no buscaban otro tratamiento, mientras los restantes estaban muy satisfechos con las intervenciones quirúrgicas y seguían buscando alternativas de tratamiento.

Danino et al., (2005) en un estudio realizado con una muestra de 82 adultos con LPH con edades entre 18 a 35 años, señaló que existen diferencias significativas en términos de logro educativo, empleo y relaciones personales, por ejemplo, tienden a casarse con menor frecuencia y a una mayor edad que sus pares sin fisura, además reportaban menor probabilidad de vivir independientemente de sus padres, participan menos en actividades sociales, dependen más de sus familias de origen respecto a la participación social y el apoyo emocional, manifestando que otra fuente recurrente de preocupación para muchos, es la posibilidad de tener un hijo con fisura (dado el componente hereditario que existe en algunos casos).

Las conclusiones de las diferentes investigaciones ponen en evidencia las problemáticas referentes a aspectos psicosociales que tienen una relación directa con

las secuelas del LPH; demostrando que la conjunción de factores socioculturales y familiares puede impedir la adecuada inclusión social, además de atentar contra el mito de la belleza y la eficiencia (Padrón, Achirica y Collado, 2006). Así como también describen la relevancia del aspecto físico, los resultados obtenidos de las cirugías, la importancia de la imagen corporal y la relación con aspectos psicosociales como son la autoimagen, el ajuste social, la dependencia familiar y los niveles de integración social, elementos que forman parte importante de las dimensiones del autoconcepto.

#### **4) JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

En México, como en otros países de América Latina, después del tratamiento quirúrgico de la fisura no se vela por el tratamiento rehabilitador y psicológico del paciente capaz de insertarlo sanamente en la sociedad, ni tampoco de conocer cuál es el impacto que tiene a lo largo de su vida las secuelas de dicha anomalía en los sujetos. Además, las personas con una hendidura difieren de sus pares debido a su apariencia facial, dificultades auditivas y del habla, estas diferencias pueden afectar los resultados de la vida, incluyendo la ocupación, los ingresos, la educación, las relaciones, presentar problemas psicosociales y su estilo de vida (Nicholls, Harper y Selvey, 2018).

Aunado a ello, no se cuenta con información científica suficiente sobre las características psicológicas generadas por esta condición (González y Sánchez-Ruiz, 2004), por lo que es fundamental desarrollar investigaciones que aborden las características psicológicas, educativas y laborales que pudieran presentar dichas personas. Ochoa, Ortiz, Padilla, Chacón y Blanco (2003) mencionan que los estudios relacionados con labio y/o paladar hendido en los países de América Latina son muy

escasos en cuanto a la frecuencia y el impacto de éste; información que es indispensable en el diseño de modelos de atención psicológica dirigidos a esta población.

Por ello conocer las características del autoconcepto en población adulta con LPH, servirá para desarrollar estrategias de intervención que fortalezcan a los sujetos adultos en vulnerabilidad por esta patología y plantear programas de prevención para los infantes y adolescentes con la misma condición.

## **5) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La condición requiere procesos largos de intervención multidisciplinar y quirúrgica, debido a la condición física de esta compleja malformación, debe prestarse atención a las implicaciones emocionales y psicosociales que de ella derivan. Al respecto, Berger y Dalton (2011); Kapp-Simon (2004) mencionan que entre los factores que pueden afectar el grado de ajuste social, se encuentra la visibilidad y severidad del defecto facial y la autopercepción de atractivo físico.

Abraham, Colmares y Prieto (como se citó en Márquez, 2012) mencionan que puede considerarse al labio paladar hendido como una incapacidad, pues dificulta el desarrollo social, aspectos conductuales y la adaptación de una persona, debido a que afecta los ambientes familiares, laborales y sociales.

Llevando a reflexionar sobre cuáles son las consecuencias psicológicas y sociales que viven las personas con secuelas del LPH, en su etapa adulta, tomando en cuenta que el autoconcepto está relacionado con el bienestar en general. Refiriéndose a éste como problemas psicológicos actuales, que están relacionados con un autoconcepto bajo o defectuoso, tales como la depresión o los malos tratos conyugales (Cazalla-Luna y Montero, 2013). Pues lo vivido con anterioridad podría desarrollar repercusiones



laborales en las personas con dicha condición, Hunt (como se citó en Vinaccia et al., 2008) menciona que “las personas con hendiduras palatinas tienden a verse afectadas socialmente, ya que presentan dificultades para pertenecer a clubes o grupos sociales afines, pueden desertar en sus estudios, tienen menos aspiraciones y menos ingresos” (p. 128).

A pesar de las estadísticas en México, tanto como en Latinoamérica, sobre la población adulta con LPH, no se tiene evidencia científica suficiente sobre las consecuencias psicológicas y sociales en las personas que presentan esta condición. Al respecto Vinaccia, et al. (2008) indican que los estudios sobre los factores psicoemocionales y psicosociales de personas con LPH no son significativos. Destacando que la poca información científica existente, no muestra información relevante que trate sobre las dificultades asociadas a la presencia del LPH en la edad adulta, enfocado al autoconcepto y sus repercusiones en el ámbito educativo y laboral. Siendo la esfera educativa como lo menciona Salgado (2020) el indicador más importante en el desarrollo económico de una sociedad puesto que potencializa las capacidades de los individuos, obteniendo conocimientos y habilidades necesarias que les permitan realizar actividades productivas mejor remuneradas, que les permita acceder a mejores niveles de calidad de vida; por ello la importancia de la presente investigación.

### **5.1) Pregunta de investigación**

*¿De qué manera incide el nivel de autoconcepto en adultos con secuelas de LPH en su nivel de desarrollo educativo y laboral?*

## **6) HIPÓTESIS**

El nivel de autoconcepto presente en los adultos con secuelas de LPH incide negativamente en su nivel educativo y laboral.

## **7) OBJETIVOS**

### **7.1) Objetivo general**

Analizar el nivel del autoconcepto que presentan los adultos con secuelas de LPH y la manera en que incide en su nivel educativo y laboral.

### **7.2) Objetivos específicos**

- 1- Evaluar el autoconcepto que presentan los adultos con secuelas de LPH.
- 2.- Conocer el nivel de desarrollo educativo y laboral de los adultos con secuelas de LPH.
- 3.- Describir de qué manera incide el nivel de autoconcepto que presentan los adultos con secuelas de LPH en su nivel educativo y laboral.
- 4.- Elaborar un programa de intervención psicológica para fortalecer su percepción de si mismo y el desenvolvimiento en su entorno educativo y laboral.

## **8) MARCO TEÓRICO**

### **8.1) Anomalías congénitas**

Según La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016) las malformaciones congénitas son toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular que esté en un niño recién nacido (aunque pueda manifestarse más tarde), sea externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple, que resulta

de una embriogénesis defectuosa; la frecuencia de las malformaciones congénitas es de 2 a 3% en los recién nacidos, porcentaje que alcanza el 7% al primer año de vida, siendo estos datos aún más significativos cuando se consideran los abortos (Del Rosario, Flores, Cardiel y Luna, 2003).

González (2015) menciona la distinción entre anomalías externas e internas, las externas son visibles a los demás y reconocibles sin dificultad, pues son de manera física, mientras que las internas corresponden a nivel fisiológico, los cuales presentan dificultad para percibirse, pueden ser menores e insignificantes de manera clínica o significantes y mayores. Las anomalías mayores presentan “consecuencias médicas, sociales o estéticas considerables para la persona afectada y por lo general requieren una intervención médica o quirúrgica. (...), son responsables de la mayor parte de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad” (OMS, 2015, p.3). Por otro lado, Fornieles y Díaz (2010) describen a las anomalías mayores como “defectos que, si no son corregidos, comprometen significativamente el funcionamiento corporal normal o reducen la expectativa de vida” (p.10).

Serrano, Ruíz, Quiceno y Rodríguez (2009) describen que el labio y/o paladar hendido, es una de las anomalías craneofacial congénitas externas más frecuentes a nivel mundial, afectando a 1 de cada 600 recién nacidos vivos; las malformaciones de hendidura de labio, de paladar o ambas, representan las malformaciones congénitas de cabeza y cuello es el segundo defecto de nacimiento después del síndrome de Down, (La Rosa, Restrepo y Torres, 2007).

Existen dos maneras en que puede presentar el LPH: Labio y/o Paladar Hendido Síndromico, que es el que se acompaña de otros síndromes, y representa el 30% de la

población afectada por la condición, y el Labio y/o Paladar Hendido no sindrómico (LPHns), mismo que se presenta de manera aislada y representa al 70% de la población afectada. (Zambrano, López, López y Rojas, 2006).

## **8.2) Malformaciones congénitas en la historia**

Las malformaciones congénitas han causado interés a lo largo de la historia de la humanidad; Coiffman (1986) menciona que las explicaciones a estos fenómenos han variado de acuerdo a la época y la cultura, teniendo como principios conceptos mágico-religiosos o filosóficos prevalecientes, en algunas culturas, un niño mal formado era considerado un ser impuro y por tanto no debía vivir; mientras que en otras era deificado y adorado.

Los primeros registros que se tienen al respecto, corresponden a Mesopotamia y Babilonia, en donde prevalecía la idea de un valor predictivo para la economía y la política el nacimiento de un infante con alguna malformación y en la cultura griega el nacimiento de niños anormales tenía diferentes explicaciones, entre ellas, causas naturales o accidentes de la naturaleza y se consideraban augurios, integrándolos incluso en su mitología como es el caso del ciclope Polifemo, de la Odisea, de Homero (Polifka, 2002). El infanticidio y el abandono eran otra de las prácticas en las culturas antiguas con fin de mantener la perfección de los cuerpos, Santoni-Rugiu & Sykes (2007) mencionan que, en la antigua Esparta, los niños recién nacidos con alguna malformación eran abandonados en la montaña Tagete, en Roma eran ahogados en el río Tíber, o arrojados en la roca Tarpeina.

El primer estudio científico respecto a las malformaciones congénitas se le atribuye a Ambroise Paré (considerado padre de la cirugía francesa) quien dedicó una

sección en su “Chirurgie” publicado en 1579, a los monstruos y prodigios; El termino de teratología, como estudio de las monstruosidades fue utilizado por primera vez por Geoffroy St. Hilaire en su “Traité de tératologie” del siglo XIX, 1832, nombre derivado del griego tépac (monstruo) y hóyoc (ciencia), y que en las últimas décadas ha sido sustituido por el término dismorfología para referirse a la ciencia que estudia las malformaciones congénitas (Coiffman, 1986).

Dentro de las “monstruosidades” como fueron nombradas en la antigüedad se encuentra el LPH, y a pesar de ser escasos los registros que se tienen de esta debido a que los individuos que sobrevivieron a los infanticidios que se dieron en esas épocas eran segregados de su cultura, Santoni-Rugiu & Sykes (2007) remite a una monografía de George Dorrance, en donde se menciona la existencia de una momia egipcia de 2000 a. C. que presenta en su cráneo claras evidencias de hendidura de paladar. En la misma tesitura Tord Skoog, (como se citó en Santoni-Rugiu & Sykes, 2007) refiere un payaso que vivió entre el 700 y el 300 a. C., que presento hendidura completa de labio en la antigua Grecia, en las culturas antiguas en México, se han encontrado figuras de cerámica antiguas con claras muestras de malformación de labio superior, pertenecientes a la cultura totonaca (Habbaby, 2000).

Otra de las fuentes que nos permiten vislumbrar el estigma negativo respecto al LPH, desde la antigüedad, lo podemos encontrar en la cultura Judeocristiana, en el Viejo Testamento, puede leerse: “En caso de que haya hombre alguno en quien haya defecto, no podrá acercarse para presentar el pan de su Dios. Un hombre ciego, cojo, con un miembro más largo, con su labio hendido...” (Levítico 21:18).

En lo que corresponde a la reparación quirúrgica del LPH, el doctor Tresserra (1977) menciona que la primera cirugía exitosa fue realizada por un cirujano chino desconocido en el año 390 antes de Cristo. En la edad media en Europa, los cirujanos utilizaron instrumentos de cauterización para corregir las fisuras evitando hemorragias en los pacientes, siendo hasta el siglo VXI, que el francés Ambroise Paré, que más tarde será conocido como el padre de la reparación de labio, presentará en 1564, su primera reparación de Hendidura labial (Santoni-Rugiu & Sykes, 2007).

### **8.3) Labio y/o Paladar Hendido**

El LPH, corresponde a una patología de tipo Oral y Maxilofacial, que se produce por la falta de fusión parcial o completa de los procesos faciales embrionarios durante las primeras semanas del desarrollo embrionario, afectando la cavidad nasal, bucal y maxilares blandos. Se clasifica de acuerdo con las estructuras anatómicas afectadas que va desde solo el labio, paladar blando o duro o ambos y recibe distintos nombres según el lugar afectado, unilateral incompleto, unilateral completo, bilateral incompleto o bilateral completo (García, Arévalo y Aguilar, 2017).

Sapp (como se citó en Serrano, Ruíz, Quiceno y Rodríguez, 2009) lo define como un trastorno del desarrollo caracterizado por un defecto en forma de cuña que es consecuencia de una ausencia de fusión de las dos partes del labio en una sola estructura y el paladar fisurado como un defecto del desarrollo del paladar, caracterizado por la ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose una comunicación con la cavidad nasal.

Dixon, Marazita, Beaty y Murray (2011) refieren que esta condición presenta una prevalencia a nivel mundial más alta en raza asiática y nativos americanos con 1 caso

por cada 500 nacidos vivos, mientras que en población caucásica se presenta en 1 caso por cada 1000, y en población africana 1 caso por cada 2500.

Mientras que la prevalencia del LPH en México se estima que es de 1.1 a 1.39 por cada 1,000 recién nacidos vivos, la Secretaría de Salud (2015) reportó que, en los años 2011, 2012 y 2013 la tasa nacional de incidencia fue de .59, .56 y .60 por cada 1,000 recién nacidos vivos respectivamente, siendo Hidalgo y Jalisco los estados que presentaron el mayor número de casos.

Si bien no se ha encontrado la causa específica, se han evidenciado algunos de los factores de riesgo asociados al LPH, como son: el consumo de contaminantes en alimentos, consumo de alcohol, tabaco, desnutrición y plomo; se describe además que el uso de drogas anticonvulsivantes tipo difenil hidantoina en mujeres expuestas antes del embarazo o en las primeras semanas de la gestación, la disminución del ácido fólico y el ácido retinoico derivado de la vitamina A aumentan la incidencia de LPH. Aunado a esto, cuando existe antecedentes familiares, mayor es el riesgo de heredarla en un 4 a 20% (Secretaría de Salud, 2006).

La etiología del LPH, de acuerdo con lo reportado por la literatura es de tipo multifactorial, implicando causas tanto genéticas como ambientales (García, Arévalo y Aguilar, 2017). En lo que respecta a la etiología de tipo ambiental, esta se encuentra relacionada con factores demográficos, socioeconómicos y de contaminación (García, Arévalo y Aguilar 2017).

En cuanto a la descripción de la etiología genética, Otero et al., en (2007) encontraron que los alelos 4 y 3 del gen MSX1 tenían asociación estadística con la

presencia de LPH, de igual manera se ha reportado también la asociación de los genes TGFA, TGFB3 y el AP2 con labio y paladar hendido (Bender 2000).

Las secuelas que presenta esta malformación ocurren desde el momento de su nacimiento, debido a la imposibilidad de una adecuada alimentación (Lee, Nunn y Wright (1996), así como la necesidad de una intervención quirúrgica, que si bien no presenta una urgencia médica a menos que la vida del paciente se encuentre en riesgo se ha estipulado que la edad adecuada para realizarla es a los 3 meses de edad (Alarcón-Almanza 2010). Otras secuelas derivadas son alteraciones en la respiración, en el crecimiento facial (debido a la malformación), trastornos en la fonación y audición, así como afectaciones en el desarrollo dental, además de que las personas son más propensas a padecer caries y enfermedad periodontal (Gailey, 2016).

Derivando todo ello que la salud integral del paciente con LPH sea afectada de manera general, pues conlleva implicaciones que afecta al núcleo familiar y su entorno social ya que los pacientes requieren más de una cirugía reconstructiva, visitas al odontólogo, tratamientos de audición, terapias de lenguaje y psicológicas, así como diversos especialistas, lo que implica un desgaste emocional, económico y alteraciones en la dinámica familiar (Voigt, Radlanski, Sarioglu y Schmidt, 2017).

#### **8.4) Autoconcepto**

El constructo de autoconcepto tiene sus orígenes en la filosofía, en la pregunta “¿Quién soy?” y con el nacimiento de la Psicología como ciencia, será William James quien, de relevancia al estudio e importancia de este constructo, siendo considerado el padre de la investigación del autoconcepto (Salum-Fares, Aguilar y Reyes, 2011).



Durante mucho tiempo el autoconcepto fue considerado como unidimensional y global. Los primeros planteamientos históricos sobre autoconcepto se basaban en la idea de que las percepciones que cada cual tiene de sí mismo, forman un todo indivisible y global, por lo que para poder entender el autoconcepto propio había que evaluar esa visión general (Cazalla-Luna y Montero, 2013).

Para Shavelson, Hubner y Stanton (1976) el autoconcepto se concibe como jerárquico y multidimensional, según la cual el autoconcepto general estaría estructurado por varias dimensiones como son: laboral, académica, social y física; cada uno de los cuales estaría dividido a su vez en dimensiones de mayor especificidad (Axpe y Uralde, 2008) y refiere a las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta. Mientras que Marchago (2002) define el autoconcepto como una representación mental que se elabora al integrar la experiencia, los sentimientos y emociones que ésta produce. Esta representación mental es multidimensional y jerárquica y está conformada por la apariencia y la habilidad física (Harter, 1999). De igual manera es de relevancia señalar que desde una perspectiva social cognitiva de construcción de conocimiento, la formación del autoconcepto se articula con el contexto de lo social (Tajfel, 1981; Moscovici, 1988).

Vera y Zebadúa (2002) explican que, para una vida sana, con un buen funcionamiento y para la autorrealización es indispensable un nivel adecuado de autoconcepto, el cual está relacionado con el bienestar en general; muchos de los problemas psicológicos actuales como la depresión o los malos tratos conyugales se relacionan con un autoconcepto bajo o defectuoso.

En términos generales, analizando la concepción del autoconcepto se describe como la idea que tiene el individuo de sí mismo como persona y se estructura a partir de una serie de juicios tanto descriptivos como evaluativos, por lo que en el autoconcepto se expresa la forma en la que un individuo se representa, se conoce y se valora a sí mismo (Tajfel, 1981; Moscovici, 1988; García y Musitu, 1999; Vera y Zebadúa 2002) y su importancia reside en su relevante aportación a la formación de la personalidad, pues tiene que ver con la competencia social, ya que influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (Clemes y Bean, 1996; Clark, Clemes y Bean, 2000).

#### **8.5) El autoconcepto en adultos con Labio y/o Paladar Hendido**

Es fundamental para la exploración de las experiencias de los adultos nacidos con LPH la forma en que la presencia de una anomalía congénita a diferencia de una condición adquirida, influye en el desarrollo del autoconcepto (Cochrane y Slade, 1999). La apariencia facial es claramente importante para el bienestar social de un individuo (Anderson et al 2008), especialmente en adolescentes y pacientes adultos, donde la estética facial es importante para la conformación del autoconcepto y la autoestima (Turner, Rumsey y Sandy, 1998).

La mayoría de las investigaciones con relación al autoconcepto se han realizado en infantes y se muestran resultados mixtos, mientras Kapp-Simmon (1986) describe que los niños con LPH tienen un autoconcepto bajo a diferencia de los pares, Liao et al., (2006) refiere que tanto niños y adolescentes con LPH desarrollan un autoconcepto normal.

En tanto que los estudios realizados con adultos que examinan la autoestima y el autoconcepto han sido contradictorios, algunos investigadores no han encontrado diferencias significativas entre individuos con LPH y grupos de control u otras poblaciones médicas (Clifford, 1972; Kapp-Simon, 1979; Richman and Eliason, 1986; Clifford, 1987; King et al., 1993). De la misma manera, Person, Becker y Svensson (2012), citados en Fudalej et al., (2013) establecen que incluso las personas con LPH tienen un autoconcepto superior. Vinaccia et al., (2008) de igual manera, encontraron resultados promedio (con respecto a datos de población sin LPH), en las variables de autoimagen, autoconcepto y autoestima.

#### **8.6) Niveles educativos en México**

Las formas específicamente humanas de aprendizaje nos dicen Moleiro, Otero Y Nieves (2007), son siempre un proceso interactivo, mediado por la existencia de una cultura que se va haciendo propia, la existencia de los otros y de uno mismo. Existe aquí una unidad dialéctica entre aprendizaje y desarrollo. El aprendizaje facilita, propicia y se manifiesta como fuente de desarrollo, va delante y abre el camino. Cada nuevo nivel de desarrollo es el resultado y punto de partida para los continuos aprendizajes que el sujeto realiza en su vida.

Existen varios tipos de aprendizajes para la vida y el desarrollo del sujeto, la escuela como institución está llamada a promover ese sistema de aprendizajes. Villanueva (2003) propone como misión educativa los retos del desarrollo humano que los actores de la sociedad asumirán. Expresa la situación lograda después de superar los retos definidos por los actores en conjunto. Idealmente pone en el centro a las

personas que son el fin de la educación; habla de sus competencias y de cómo protagonizarán los procesos de desarrollo y de ciudadanía en sus entornos.

El nivel educativo es un factor básico para fomentar la incorporación completa de las personas a la vida económica, política y social, además es esencial para promover e incrementar las capacidades de los individuos y su potencial en los distintos espacios de la vida, así como también para obtener los conocimientos o habilidades necesarios para realizar adecuadamente las actividades laborales productivas y mejor remuneradas (Salgado, 2020).

En México, El artículo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Educación (Diario oficial de la federación, 1993) son los principales instrumentos legales que regulan al sistema educativo y establecen los fundamentos de la educación nacional. Dicha ley, establece en su artículo 7º, párrafo I, entre otros, que la educación en México tiene como fin, “contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas”. Así mismo, en el mismo artículo párrafo XII menciona que hay que “Fomentar actitudes solidarias y positivas hacia el trabajo”,

En México, la Secretaría de Educación Pública, es la responsable de la planeación y evaluación del sistema educativo nacional, De acuerdo con lo que señala la Ley General de Educación, en la organización del sistema educativo nacional, existen tres tipos de educación: la básica, la media superior y la superior (véase figura 1). La educación básica a su vez está conformada por 3 niveles diferentes, el preescolar (3 años), la primaria (6 años), la secundaria (3 años) y el bachillerato (el cual puede contar además con una carrera técnica) y como señala la Ley General de Educación estos

niveles son obligatorios para todos los ciudadanos del País y deben tener acceso a ella.

Mientras que la educación media superior sólo contempla el nivel bachillerato y/o la educación profesional técnica, el cual a partir del 2012 es obligatorio y cuya finalidad es proporcionar a los estudiantes la posibilidad de continuar en un nivel superior o bien contar con las herramientas de poder insertarse al campo laboral como técnico (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2017).

Por último, la educación superior contempla varios programas de formación según el área de interés del estudiante y tiene como finalidad de formar profesionistas que contribuyan al desarrollo del país, la cual contempla un alto número de instituciones que van desde Universidades Politécnicas, Universidades Estatales hasta Centros Públicos de investigación (SEP, 2017).

Tipo educativo	Nivel educativo	Tipo de servicio
Educación básica	Preescolar	General Indígena Comunitaria
	Primaria	General Indígena Comunitaria
	Secundaria	General Técnica Telesecundaria Comunitaria Para trabajadores
Educación media superior	—	Profesional técnico Bachillerato general Bachillerato tecnológico
Educación superior	Licenciatura	Educación normal Universitaria y tecnológica <sup>1</sup>
	Posgrado	Especialidad Maestría Doctorado

Figura 1. Representación de los niveles educativos en México

Fuente: INEE, con base en la Ley General de Educación (Cámara de Diputados, 2009).

De acuerdo con la UNESCO, México tiene una tasa de alfabetización del 94.86%, ocupando el puesto número 62 de tasa de alfabetización a nivel mundial. En el 2010, el grado promedio de escolaridad de los habitantes de 15 años y más a nivel nacional era de 8.6, lo que equivalía a un poco más del segundo año de secundaria, para el año 2015 aumento dicho indicador, encontrándose en 9.1, lo que significa un poco más de la secundaria concluida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015).

Al respecto es importante mencionar que existe una desigualdad marcada en México con respecto al acceso y/o permanencia educativa, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2018) menciona que solamente 2 de cada 5 adolescentes continúan su educación más allá de la secundaria contribuyendo factores económicos, sociales y de desempeño escolar. El abandono en la educación secundaria, tiene como principal motivo el trabajo infantil producto de los bajos recursos y en el nivel medio superior, trabajar para ayudar a sus familias. Es sustancial mencionar, que en los estudios que se han realizado acerca del abandono escolar y no continuar en los niveles avanzados poco se habla de la población con alguna patología física, que si bien no interfiere para estudiar en escuelas regulares, es una población vulnerable que puede sufrir discriminación, rechazo y acoso por parte de sus pares dentro del aula y/o hasta del mismo docente, lo que ocasiona que no deseen continuar sus estudios, como son personas con alguna dificultad motora, microtía, ausencia de una extremidad y entre ellos los que presentan LPH.

### **8.7) Niveles educativos en personas con LPH**

Se ha evidenciado que si bien el LPH es una malformación congénita, que requiere de un tratamiento quirúrgico inmediato debido a las lesiones provocadas

facialmente, no interviene de ninguna manera en algún daño neurológicamente hablando. Dicha malformación no involucra las funciones cognitivas de los individuos y presentan habilidades intelectuales normales, por lo que la mayoría de las personas con LPH se desempeñan tan bien en la escuela como otras personas sin dicha condición y no presentan dificultades específicas de aprendizaje en los diversos niveles educativos (Broder, Richman, & Matheson, 1998). No obstante, el estigma provocado por la malformación puede provocar que presenten problemas de relaciones sociales con los compañeros, aislamiento y rechazo hacia la escuela (Valero, 2002).

La gran mayoría de la literatura que investiga el logro educativo y vocacional de individuos con LPH sugiere que aquellos nacidos con una hendidura son probables a ser educativamente desfavorecidos (Peter y Chinsky, 1975; Ramstad et al. 1995; Danino et al., 2005; Persson, Becker y Svensson, 2012). Cuando los niños están en una etapa de tratamiento para la corrección del labio, los padres adquieren un sentimiento de culpa, haciendo que aparezcan estilos de crianza, como lo es la sobreprotección, que ocasiona que algunas veces el niño no ingrese al preescolar sometiéndolo a una espera hasta la edad escolar donde aparecen alteraciones de tipo psicológico, conductuales o emocionales, ya que es ahí cuando el niño experimenta el rechazo y la segregación, acompañadas de dificultades escolares como la adaptación, debido a las malformaciones que presenta en comparación a los otros (Gonzales, 2013). También el habla y el lenguaje constituyen un papel fundamental en el desarrollo del niño, sin embargo, para quienes presentan dificultades para captar o expresar ideas durante la comunicación se observan conflictos en cuanto a lo educativo y adaptativo es decir que un trastorno del lenguaje puede llevar al individuo a sentir inseguridad, angustia y

desintegración en contraste a quienes no presentan a ninguna problemática en cuanto al funcionamiento habitual del desarrollo del habla en la edad establecida (Castañeda y Hernández, 2009).

Las primeras investigaciones en los que participaron adultos con LPH examinaron los resultados del comportamiento en los estados educativo, laboral y civil, en los cuáles se reportaba que tendían a casarse a una edad más tardía y a un ritmo más bajo, una dependencia prolongada de la familia y niveles más bajos de integración social en comparación con sus hermanos que no presentaban LPH, pero lograron niveles educativos y laborales iguales a los de sus hermanos (McWilliams & Paradi, 1973; Peter & Chinsky, 1974; Peter, Chinsky & Fisher, 1975; Ramstad et al. 1995).

Los estudios retrospectivos realizados con graduados escolares han sugerido que adultos jóvenes con LPH pueden recibir grados promedio más bajos y ser menos propensos a recibir un certificado de que salga en la escuela que la población general (Persson et al., 2012) y algunos también han sugerido que pueden tener puntuaciones significativamente más bajas de coeficiente intelectual y un funcionamiento cognitivo más pobre comparado con controles coincidentes (Nopoulos et al., 2002).

Mientras que en una investigación realizada por Stock, Billaud y Rumsey (2015), con 52 participantes con LPH reportaban que la mayoría de los participantes habían alcanzado un alto nivel educativo (39 de ellos con títulos de educación superior) y estaban empleados en una gran variedad de entornos; pero que podría haber un sesgo en el muestreo que podría explicar algunas de las discrepancias en estos hallazgos, el cual podría ser que aquellos con un intelecto más alto tuvieran mayores probabilidades de ser conscientes y/o elegir a participar en la investigación u otra posible explicación



podría ser que los déficits objetivos descritos en la literatura no son necesariamente experimentados subjetivamente por los pacientes.

Por otro lado, Nicholls et al., (2018) realizaron un estudio con población australiana con LPH y los resultados mostraban que no había diferencias significativas en los niveles educativos más altos con la población general australiana, pero si existía una diferencia significativa por género, el porcentaje de mujeres con LPH que tenían un título universitario o un posgrado era más alto que el que presentaban los hombres con LPH (mujeres 48% y hombres 27% de 158 participantes), es decir que con relación al nivel educativo y el sexo, las mujeres mostraban mayores apoyos para alcanzar altos logros.

### **8.8) El nivel educativo en relación con el nivel laboral**

Ferrari (2012) menciona que el trabajar en la vida del ser humano es una respuesta ante las necesidades del ser humano, esto con tal de garantizar la subsistencia del mismo, caso contrario, no existiría la acción de laborar, así mismo, si se cumplen las necesidades, se dejaría de hacer, hasta la aparición de un nuevo reclamo de subsistencia, es decir, garantizar el bienestar de las personas. Uno de los papeles más importantes de la vida de una persona lo constituye el trabajo, en la mayoría de los casos, es la forma de percibir los ingresos económicos necesarios para la supervivencia y bienestar. Con él se logra satisfacer las necesidades psicosociales como el prestigio, los contactos sociales, el desarrollo personal. Los efectos negativos que resultan de la falta de este, el desempleo o la jubilación ponen de manifiesto su importancia. Igualmente se encuentra vinculado y relacionado con la familia, la formación, el ocio, el tiempo libre, la religión.

Tras un trabajo recopilatorio acerca del significado del trabajo, Romero (2017) refiere que autores como Blanch; Garrido; Peiró y Prieto; De la Garza; Pérez, González y Díaz, han definido que el trabajo es un constructo que ha sido modificado al cabo de los años, definiéndolo como la actividad central y que proporciona las herramientas, para acceder a las demandas de la sociedad capitalista, con ello, permite brindarle una identidad a quién lo ejerce, pues sirve como medio para adaptarse a los principios de realidad de la sociedad, que en ella se ven inmersos procesos psicológicos, políticos y un desarrollo moral, siendo el principal proveedor de suministros importantes para la vida humana. En dicha actividad la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social. El tipo de trabajo o puesto de trabajo dependerá la mayoría de las veces, de las habilidades, la planeación de carrera, el nivel de estudios que posea el individuo y lo lleve al desarrollo profesional.

El desarrollo profesional es el proceso por el que las personas progresan a través de una serie de etapas caracterizadas por distintas tareas de desarrollo, actividades y relaciones enfocadas en el trabajo como, medio de satisfacción económica para la supervivencia o bienestar, puede entenderse como una mejora continua de habilidades y capacidades necesarias o idóneas que pueden generar un mayor ingreso económico, pues dicha ampliación en el mejoramiento laboral permitirá una ascendencia por la actuación profesional, en la calidad del quehacer diario y en un proceso continuo de autoeducación y superación, asimismo el desarrollo profesional efectivo mejora la satisfacción de la persona y su autoestima, minimiza el estrés y fortalece la salud física y psicológica (Fernández, 2002), por otro lado Gansters y Schaubroeck (como se citó

en González, Fresnedas, Carrillo, Martín y García, 2014) hacen saber que la autoestima en el ámbito profesional influye tanto como en la competencia y el desempeño, siendo de forma positiva y negativa, así mismo, aclaran que es un factor de suma importancia, pues está implicada en la satisfacción laboral y también actúa como una variable que modera la relación existente entre el estrés laboral y la salud. En el mismo sentido, Puente y Santos (2018) realizaron un estudio concluyendo que el autoconcepto influye en la visión que los trabajadores tienen de sí mismos, en sus creencias sobre el trabajo, y su desempeño en equipo, siendo éste último importante para la explicación de los vínculos que desarrollan.

### **8.9) Niveles Laborales en México**

El trabajo, como en el resto del mundo es la actividad más importante que existe, pues genera ingresos económicos y permite la satisfacción de necesidades básicas. En México, según el INEGI (2016) existen 11 tipos de actividad económica, el sector agropecuario, el comercio, la construcción, educación y salud, industria extractiva, gobierno, servicios personales, servicios profesionales, transformación, transporte y turismo, dividiéndolos en tres sectores, el primario, secundario y terciario (Véase figura 2).

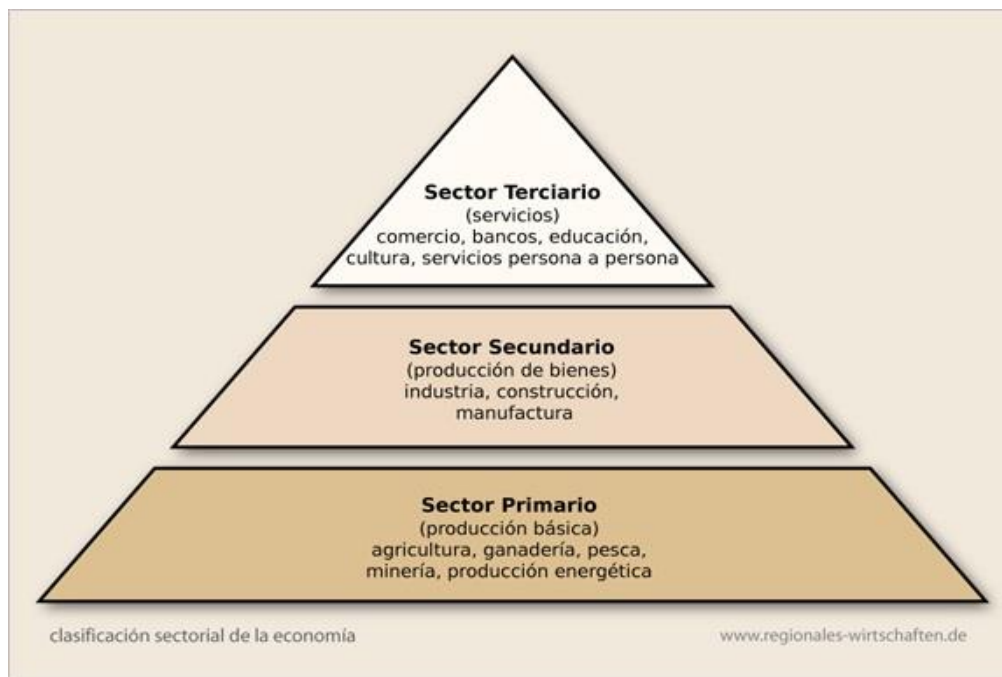


Figura 2. Organización de los sectores económicos en México (INEGI, 2016t)

Datos de INEGI (2018) refieren que “6.7 millones de personas (12.5% del total) trabajan en el sector primario, 13.8 millones (25.6%) en el secundario o industrial y 33 millones (61.3%) están en el terciario o de los servicios” (p.5). Mientras que, en el sector primario, las personas que laboran son principalmente familias en calidad de bajos recursos, el secundario o industrial se ha consolidado como un benefactor a lo largo de la historia de México, llegando a posicionar empresas a nivel internacional y el sector terciario o de servicios corresponde al transporte, medios de comunicación, comercio que ayudan al crecimiento y una alta producción de las industrias (Centro de Información y Documentación Internacionales en Barcelona [CIDOB], 2014).

La segmentación de los trabajos en los tres sectores económicos, determinan cierta cantidad de remuneración que establecen un nivel socioeconómico en las personas, éste según puede entenderse como “una forma de caracterizar

estructuralmente los mercados de productos y servicios en una sociedad; es decir un intento clasificatorio de la población según sus posibilidades de acceso a los mismos” (Universidad Nacional del Nordeste, 2010) colocándolas en una categorización acorde a la remuneración del trabajo, pues el dinero obtenido permitirá satisfacer necesidades de las personas, mientras que en el país, el nivel socioeconómico es una segmentación del consumidor y las audiencias que definen la capacidad económica y social de un hogar, en México, el nivel socioeconómico se mide a través de la regla AMAI, creada por la Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión en el 2017.

Dicha escala ha sufrido cambios por los trabajos de investigación que se han llevado a cabo, como resultado es una factorización en los aspectos a evaluar, además de hallazgos en los que se puede determinar que “hay una correlación importante entre el nivel socio económico estimado y el ingreso corriente de los hogares, en una relación que tiene sentido con la definición de calidad de vida de los distintos niveles socioeconómicos” (Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión [AMAI], 2017, p.16).

Por tal motivo, es importante analizar el ambiente laboral, para poder comprender de qué manera las personas obtienen una calidad de vida, si bien es un término con distintos puntos de vista, la OMS (1996) la define de la siguiente manera:

*“La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su*

*estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.”*

Ahora bien, en México el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones [SINCO] (2018) establece la clasificación de ocupación y empleo, que sirve para dos fines principalmente. En primer lugar, para difundir estadísticas que se obtienen de los censos de población y en segundo para sustentar políticas de empleo y análisis de mercado laboral y permite asegurar que refleje fielmente el mapa ocupacional de un país; comparar e intercambiar datos estadísticos en materia de empleo, educación y formación profesional, orientación y vinculación laboral, así como para hacer visibles las inequidades sociales y de género, entre otros temas (SINCO, 2018).

El SINCO planteó la división estructural de las ocupaciones en cuatro niveles de agrupación, partiendo de lo general a lo particular, a efecto de facilitar la clasificación e identificación de cada una de las ocupaciones y de las necesidades que busca satisfacer. El nivel más general es la división, le sigue el grupo principal, después el subgrupo y finalmente el grupo unitario. Para fines de la investigación, se ocupa el primer nivel de clasificación que es la división, dónde las ocupaciones se clasifican de acuerdo con el nivel de competencias, por lo cual se delimitan nueve categorías ocupacionales, que constituyen el primer nivel denominado división como se muestra en la tabla 1 (SINCO, 2018).

Tabla 1. *Clasificación de las ocupaciones laborales en México*

<b>Nivel</b>	<b>Ocupación laboral</b>
<b>1</b>	Funcionarios, directores y jefes
<b>2</b>	Profesionistas y técnicos
<b>3</b>	Trabajadores auxiliares en actividades administrativas
<b>4</b>	Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas
<b>5</b>	Trabajadores en servicios personales y de vigilancia
<b>6</b>	Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca
<b>7</b>	Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios
<b>8</b>	Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte
<b>9</b>	Trabajadores en actividades elementales y de apoyo

*Nota:* Clasificación de ocupaciones laborales de acuerdo con el SINCO (2018)

Un elemento importante de esta clasificación es el concepto de competencia, entendido como "la capacidad para llevar a cabo tareas y cometidos correspondientes a determinado empleo", de manera que cada nivel está determinado de acuerdo con ciertas exigencias, tareas y requerimientos inherentes a las ocupaciones y que se fijan en función de analizar nuevamente la naturaleza del trabajo y el nivel de formación, ya sea formal o informal. Esto es, a nivel operacional el nivel de competencias se mide considerando uno o más de los siguientes elementos:

1. La naturaleza del trabajo realizado
2. El nivel de enseñanza formal
3. La cantidad de formación informal en la ocupación y/o la experiencia previa

Siendo punto importante para esta investigación el nivel de enseñanza formal, ya que habla de la importancia del nivel educativo necesario para desempeñar eficazmente las tareas y cometidos exigidos para determinado puesto o empleo. Así mismo el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE] (2018) menciona que la posibilidad de tener un empleo formal y de gran remuneración, se encuentra entre los factores más

importantes que motiva a continuar con su formación académica, ante ello, en México el porcentaje de trabajadores asalariados con contrato estable muestran que también existe una asociación positiva entre el nivel de escolaridad, pues en el 2018 se registró que la población de entre 15 a 29 años de edad, 72.9% de personas con empleo, tuvo una educación de nivel superior, contrastando a 52.7% con educación media superior, seguido de 43.7% con un nivel básico y por último se encuentra que 42.9% de la población no cuenta con educación básica, esto dentro de los distintos niveles educativos.

A su vez la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] (2019) menciona que el título de educación superior en México (como en la mayoría de los países) mejora los resultados en el mercado laboral en comparación con niveles educativos más bajos, ya que les da la oportunidad de participar más en el mercado laboral y disfrutar de mejores resultados en materia de empleo y posibilitar salarios considerablemente superiores.

#### **8.10) Nivel Laboral en población con LPH**

Aunque no se han encontrado diferencias entre adultos con y sin LPH en relación con el estatus laboral, algunas investigaciones realizadas han identificado niveles más bajos de ingresos y menor estabilidad laboral en adultos con LPH en comparación con los grupos controles utilizados para dichos estudios (Peter y Chinsky, 1975; Ramstad et al. 1995; Danino et al., 2005).

Mientras que Stock, Billaud y Rumsey (2015) en su investigación encontraron que varios de los participantes habían percibido que existía algún tipo de estigma al insertarse al medio laboral y sintieran que tenían que trabajar más duro que sus compañeros para



demostrar que eran capaces de realizar sus actividades. Y mientras que algunos se enfrentaban a este desafío y ser decididos a tener éxito, otros se sentían discriminados, pero en general no sentían que tener LPH hubiera influido negativamente.

En una investigación más reciente realizada por Nicholls et al., (2018) encontraron que no había diferencias significativas en los porcentajes anuales dentro de la categoría de ingresos para los participantes que tenían empleos de tiempo completo en comparación con la población en general. No obstante, cuando se les pregunto si tener LPH tuvo un impacto en la obtención del trabajo 27 (17%) de los 158 participantes respondieron que sí, del mismo modo, cuando se les pregunto si tener LPH tuvo impacto en el desempeño de su trabajo 22 (14%) respondieron que sí y estas afectaciones estaban relacionadas con las limitaciones del habla y la audición derivadas de las secuelas.

En México cómo ya se ha mencionado, las investigaciones de la población adulta con LPH y los accesos a la educación así como a los niveles laborales en los cuales están insertados se desconoce, ya que la mayoría de ellos al llegar a la edad adulta dejan de dar un seguimiento clínico y en las estadísticas educativas y laborales no se mencionan. Coincidiendo con lo que menciona Stock, Billaud y Rumsey, que se necesita una investigación adicional del entorno educativo y lugares de trabajo en relación con el LPH para comprender más de cerca los factores que contribuyen a los logros académicos y vocacionales en individuos con LPH (Stock, Billaud y Rumsey, 2015).

## 9) METODO

### 9.2) Instrumentos

*Autoconcepto.* El instrumento que se utilizó para medir esta variable en la presente investigación fue la escala AF5 (García y Musito 1999) en su versión adaptada y validada para México, por Salum-Fares, Marín y Reyes (2011).

Dicho instrumento está conformado por 30 afirmaciones a las que cada uno de los participantes deben responder de acuerdo con su forma de ser y de sentir. Contiene cinco opciones de respuesta para cada una utilizando una escala tipo Likert, las cuales van ordenadas desde la más positiva hasta la más negativa: 5-siempre, 4-casi siempre, 3-a veces, 2-casi nunca y 1-nunca. La escala contiene una puntuación global así como, 5 dimensiones, conformadas por autoconcepto educativo-laboral, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico.

Un tercio de los ítems están planteados de forma negativa (3, 4, 8, 12, 13, 14, 18, 22, 23 y 28), con el objeto de controlar la aquiescencia (tendencia a responder afirmativamente independientemente del contenido de la pregunta). El Rango de las puntuaciones posibles del cuestionario tiene un puntaje general mínimo de 30 y un máximo de 150 (cuanto mayor es la puntuación, más alto es el autoconcepto). El instrumento fue adaptado y validado para población Mexicana, obteniendo un índice de confiabilidad de .88.

*Nivel Educativo, Laboral y Socioeconómico.* Para medir los niveles educativos y ocupación laboral, se integró un pequeño cuestionario donde se solicitaban los datos actuales de estudios terminados, así como la actividad laboral desempeñada y se integró a la escala AMAI (2017), la cual fue creada por la Asociación Mexicana de agencias de

Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), esta permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo con su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes: Infraestructura Práctica, Conectividad y entretenimiento, Infraestructura Sanitaria, Planeación y futuro e Infraestructura básica y espacio. La clasificación de los niveles socioeconómicos se establece de la siguiente manera:

### **A/B**

El nivel socioeconómico A/B está conformado mayoritariamente (82%) de hogares en los que el jefe de familia tiene estudios profesionales. El 98% de esos hogares cuenta con Internet fijo en la vivienda. Es el nivel que más invierte en educación (13% de su gasto) y también el que menor proporción gasta en alimentos (25%)

### **C+**

El 89% de los hogares en este nivel cuentan con uno o más vehículos de transporte y un 91% tiene acceso a internet fijo en la vivienda. Un poco menos de la tercera parte (31%) de su gasto se destina a los alimentos y lo que se destina (5%) a calzado y vestido es muy homogéneo con otros niveles.

### **C**

Un 81% de los hogares en este nivel tienen un jefe de hogar con estudios mayores a primaria y 73% cuentan con conexión a Internet fijo en la vivienda. Del total de gastos de este nivel, un 35% son destinados a la alimentación y un 9% a educación.

### **C-**

Un 73% de los hogares en este nivel están encabezados por un jefe de hogar con estudios mayores a primaria. El 47% de estos hogares cuentan con conexión a

Internet fijo en la vivienda. El 38% del gasto de estos hogares se asigna para alimentos y un 5% es para vestido y calzado

#### **D+**

En el 62% de los hogares en este nivel el jefe de hogar tiene estudios mayores a primaria. Solamente el 19% cuenta con conexión a internet fijo en la vivienda. Un 41% de su gasto se destina a la alimentación y un 7% a educación.

#### **D**

En el 56% de hogares el jefe del hogar tiene estudios hasta primaria y únicamente un 4% tiene internet fijo en la vivienda. Un poco menos de la mitad de su gasto (46%) se destina a la alimentación.

#### **E**

La gran mayoría de hogares en este nivel (95%) tienen un jefe de familia con estudios no mayores a educación primaria. La posesión de internet fijo en la vivienda es mínima (0.1%). Es el nivel en el que la mayor parte de su gasto se asigna a los alimentos (52%) y el grupo en que se observa menor proporción dedicada a la educación (5%).

*Entrevista Semiestructurada (ve Anexo 2).* Para obtener los datos cualitativos se diseñó una entrevista semiestructurada, la cual está compuesta por cinco apartados, en el primero de ellos se encuentran datos personales como son nombre, edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, y fecha de aplicación de la entrevista.

El segundo apartado ha sido denominado generalidades sobre el LPH, y está compuesto por cuatro preguntas relacionadas al tratamiento que la persona entrevistada ha llevado a lo largo de su vida.

El tercer apartado se encuentra destinado a conocer información relacionada a su historial educativo, así como de posibles problemáticas relacionadas al LPH, durante su desarrollo escolar.

El cuarto apartado de la entrevista está relacionado con su nivel laboral, así como, de situaciones relacionadas a las secuelas del LPH, y su situación laboral.

El quinto apartado de la entrevista es adicional y se ha denominado socio afectivo, en que se busca obtener información relacionada a su vida social y afectiva.

### **9.1) Diseño**

El diseño utilizado para la investigación se desarrolló bajo la metodología mixta, el cual fue de triangulación (Creswell, 2003) transversal y descriptiva (Hernández, 2014).

El diseño de triangulación tiene como objetivo obtener datos diferentes pero complementarios y los métodos cuantitativos y cualitativos son implementados en un mismo tiempo y gozan de la misma importancia,

La investigación de tipo mixto permitió realizar un proceso de análisis simultáneo de datos cuantitativos y cualitativos, lo que proporcionó una triangulación de datos que dará como resultado una mayor amplitud y certidumbre del fenómeno y objeto de estudio. De tipo transversal, el estudio fue en una sola fase y en un tiempo determinado. De tipo descriptivo, pues se buscó la caracterización de los rasgos del fenómeno de estudiado

### **9.3) Procedimiento**

La presente investigación se desarrolló en las siguientes 3 fases:

### **1ª. FASE:**

Se reclutó una muestra de adultos con secuelas de LPH, a través del método de muestréo por conveniencia y bola de nieve. La evaluación de la muestra captada se realizó en una sola sesión dividida en dos tiempos, de media hora y una hora cada uno.

En el primer tiempo de la sesión, se les informó a los participantes en qué consiste la investigación, cuál es la importancia y la finalidad, además de informar el tiempo aproximado de evaluación. Se entregó un consentimiento informado, donde se señala el libre compromiso por participar, se les explicó el llenado del cuestionario de los niveles educativo, laboral y socioeconómico para que lo realizaran, así como la aplicación de la escala AF5.

En el segundo tiempo de la sesión, se realizó la entrevista semiestructurada (previamente diseñada), para conocer la percepción de los sujetos sobre su situación educativa, laboral y social. La cuál permitió ahondar en cómo se vivencian los participantes en estas esferas, cuáles son las dificultades que han atravesado y de qué manera creen que ha afectado el desarrollo de su vida las secuelas del LPH.

### **2ª. FASE:**

En esta segunda fase, se realizaron los análisis e integración de los datos tanto cuantitativos como cualitativos obtenidos en las evaluaciones.

### **3ª. FASE:**

Se elaboró una propuesta de intervención dirigida a adultos con secuelas de LPH, la cual se desarrolló partir de los datos encontrados en las evaluaciones previamente hechas.

#### **9.4) Muestra**

Los participantes para esta investigación fueron seleccionados tanto por muestreo por conveniencia, y muestreo por bola de nieve, para lo cuál se difundió la información con estudiantes universitarios de la Escuela de Estudios Superiores de Jicarero (sede UAEM) quiénes contactaron con personas que conocían y a su vez, los participantes llevaron a otros participantes, los cuales eran adultos de entre 18 y 60 años, con labio y/o paladar hendido corregido quirúrgicamente y sin ningún síndrome asociado.

##### *Criterios de Inclusión*

Adultos mayores de 18 y hasta 60 años que presentaban secuelas de Labio y/o Paladar Hendido unilateral o bilateral, corregidos quirúrgicamente y que se encuentren estudiando o laborando actualmente.

##### *Criterios de exclusión*

Adultos que no hayan sido intervenidos quirúrgicamente o no se encuentren estudiando o laborando de manera continua, así como adultos que presenten además del LPH algún síndrome asociado, como discapacidad intelectual.

##### *Criterios de Eliminación*

Se elimino a todo aquel participante que no concluyo las respuestas de la escala de autoconcepto o la entrevista semiestructurada contemplados para esta investigación.

##### *Características de la muestra*

Para la presente investigación se tuvo una muestra total de 22 sujetos (12 son mujeres y 10 son hombres) y los cuales cumplían con las características establecidas. Es importante mencionar, que siete participantes con los que se realizó un primer contacto, al momento de la entrevista prefirieron retirarse de la investigación, argumentando preferir no hablar de su condición. Las características de la muestra se describen a continuación (Véase tabla 2):

Tabla 2. *Características generales de la muestra participante*

<b>Sexo</b>	<b>#</b>
Hombres	10
Mujeres	12
<b>Edad media: 26.64</b>	
<b>Ocupación</b>	<b>#</b>
Ama de casa	1
Estudia	5
Empleados	13
Trabajador independiente	3
<b>Estado civil</b>	<b>#</b>
Soltero/a	15
Casado/a	4
Unión Libre	3
<b>Municipio</b>	<b>#</b>
Cuernavaca	1
Jojutla	7
Puente de Ixtla	1
Tlaltizapán	6
Tlaquiltenango	3
Xoxocotla	1
Zacatepec	3

Nota: Elaboración propia con los datos recabados de la muestra



### **9.5) Consideraciones éticas**

De acuerdo con la Declaración de Helsinki y lo promulgado por la Asociación Médica Mundial (AMM) en donde toda investigación realizada en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, la presente investigación se someterá a aprobación por el comité de ética de las instituciones de Salud correspondientes y con apego al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. Debiendo cubrir como lo señala lo anterior, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación (Asociación Médica Mundial 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, 2008).

Considerando que fue una investigación en la cual no se experimento ni realizó ninguna intervención en los participantes, siendo su objetivo central la exploración y obtención de datos escritos mediante auto reportes y mediante entrevista, de acuerdo a lo marcado por la Ley General de Salud, la investigación se clasificó como bajo riesgo, ya que no existían factores que pusieran en peligro alguno la integridad física y mental de los participantes, informándoles a detalle el procedimiento, los propósitos y fines de la investigación. Debido a que la institución dónde se desarrollo el proyecto no cuenta con comité de ética, no se sometió a este pero se diseñaron cartas de consentimiento informado para los participantes, en donde se establecieron los términos y las obligaciones del investigador, así como derechos de los participantes y la confidencialidad de la información obtenida.

## **10) RESULTADOS**

Para el análisis de los datos, se realizó mediante estadística descriptiva, inferencial y multivariada, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

La muestra total de personas con secuelas de labio paladar hendido, corresponde a 22 sujetos, de los cuales 12 pertenecen al sexo femenino y 10 al masculino. Los rangos de edades de los sujetos oscilan entre 18 y 52 años, se muestra la media de las edades más frecuentes de personas con labio paladar hendido, debido a que son variada.

### **10.1) Resultados cuantitativos**

#### **Autoconcepto**

Los resultados obtenidos en el autoconcepto fueron identificados con el instrumento AF5 en su versión adaptada por Salum-Fares, Marín y Reyes (2011), en la tabla 2 se muestran las medias obtenidas de los sujetos con LPH en cada una de las dimensiones. En el autoconcepto general los participantes obtuvieron una media de 107, siendo que las puntuaciones para obtener el nivel alto es de 110-150, de las dimensiones que lo conforman, el académico tiene la media mas alta siendo de 25.18, mientras que el autoconcepto emocional es el que obtiene menores puntajes con una media de 17.06 (Véase tabla 3):

Tabla 3. Puntuaciones obtenidas por los participantes en el Autoconcepto

Autoconcepto	Media	Desviación estándar	Rango Mínimo	Rango Máximo
<i>Autoconcepto Global</i>	107	9.467	83	123
<i>Autoconcepto Académico</i>	25.18	3.813	18	30
<i>Autoconcepto Social</i>	22.23	2.429	17	26
<i>Autoconcepto Emocional</i>	17.09	4.994	7	27
<i>Autoconcepto Familiar</i>	21.86	2.532	16	27
<i>Autoconcepto Físico</i>	20.68	3.884	12	28

En la tabla 3, se pueden observar la media de puntajes obtenidos en el instrumento del Autoconcepto Forma 5 (AF5), en el cual, el autoconcepto global presenta un promedio de 107 puntos, que corresponde a un autoconcepto medio, pues se considera así por un puntaje entre 70 y 110, aunque, con la desviación estándar de 9.467, se puede mencionar que se encuentra en el límite hacia un autoconcepto alto. Por otra parte, 4 de 5 dimensiones del autoconcepto, presentan un puntaje alto, que van de 20 a 30 puntos, mientras que el autoconcepto emocional, se encuentra en un puntaje medio al tener una media 17.09.

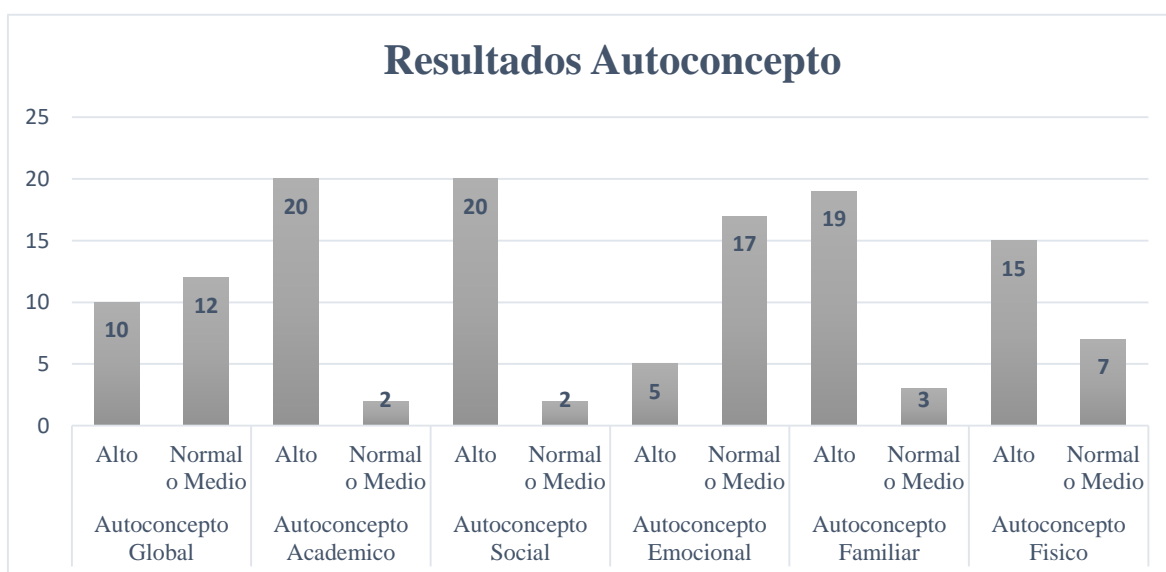


Figura 3. Resultados de los participantes en Autoconcepto global y sus dimensiones

## Niveles Educativos

De acuerdo con el sistema de educación básica escolarizada, el cual ofrece tres niveles educativos, cada uno con tipos de servicio específicos, los participantes de la muestra mostraron los resultados presentados en la figura 4. Dónde se puede observar que el 41% de la muestra sólo tiene el nivel básico educativo, es decir primaria y/o secundaria y solo el 9% tiene estudios en nivel superior, ya sea nivel licenciatura y/o posgrado

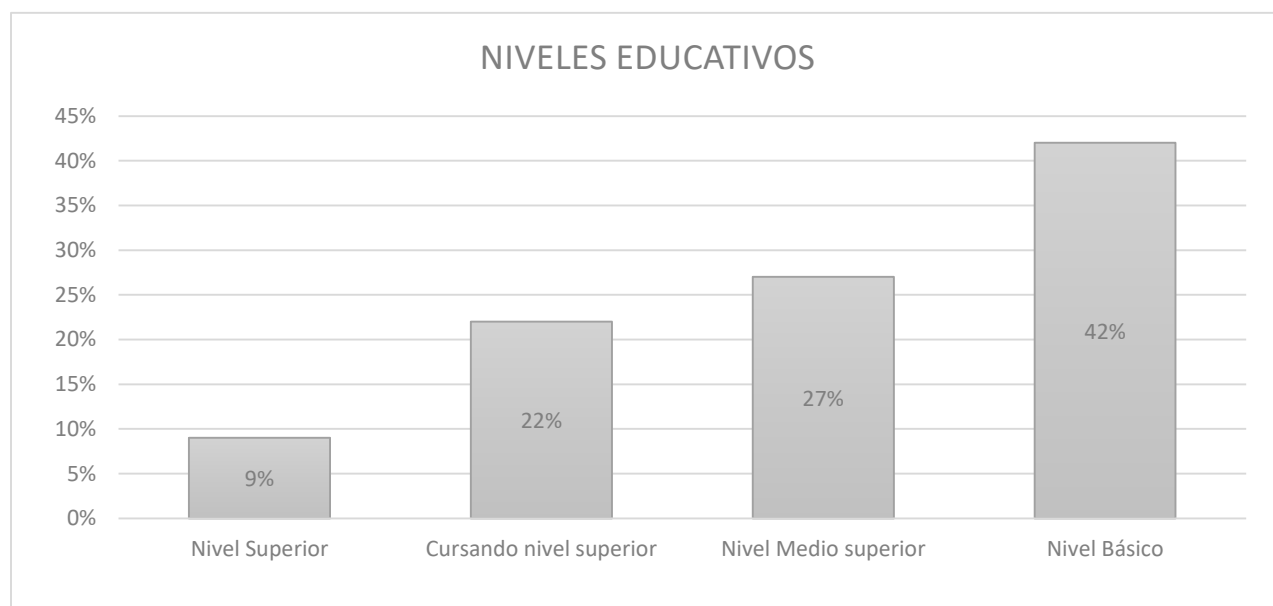


Figura 4. Resultados de los participantes en Niveles laborales

Nota: Niveles educativos en México (SEP, 2018)

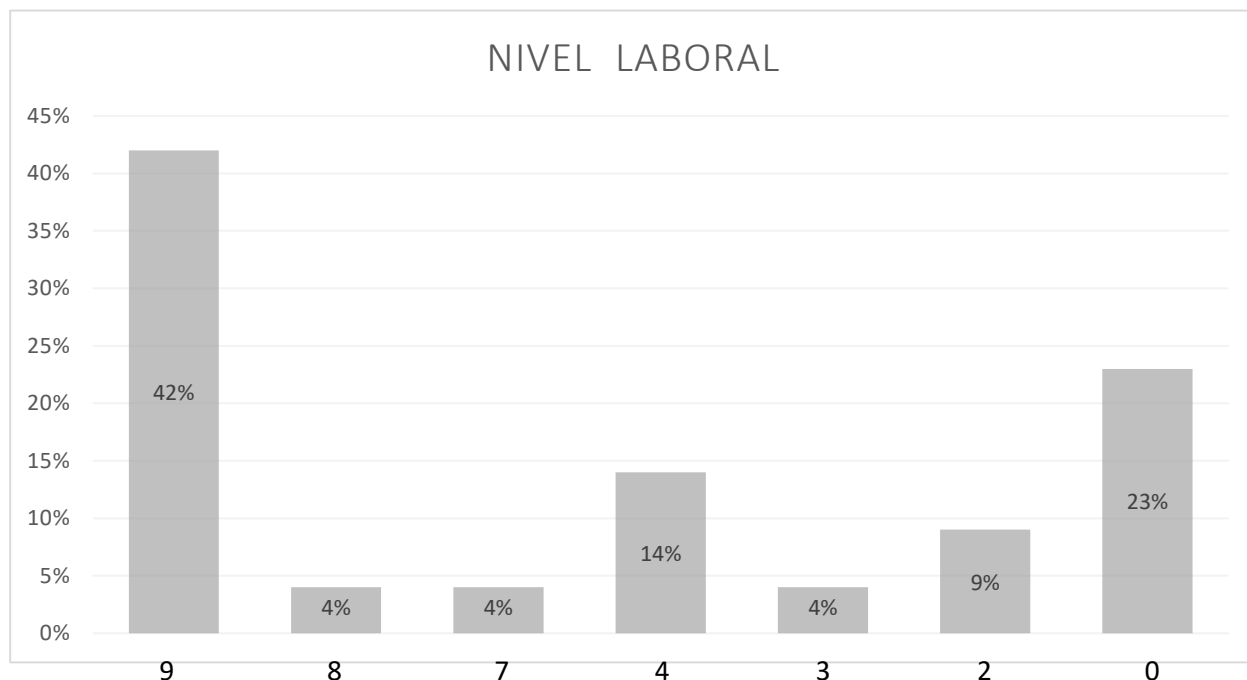
La educación básica está integrada por tres niveles: preescolar, primaria y secundaria.

La educación media superior comprende el nivel bachillerato y la educación profesional técnica

La educación de tipo superior se conforma por tres niveles: técnico superior, licenciatura y posgrado

Los niveles laborales se obtuvieron a partir de la clasificación laboral desarrollada por el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO, 2018), dónde se reportó que nueve de los participantes se encuentran en el último escalón de esta

clasificación que es el de Trabajadores en actividades elementales y de apoyo, mientras que solo dos, están en el nivel 2 de profesionistas y técnicos (véase figura 5):



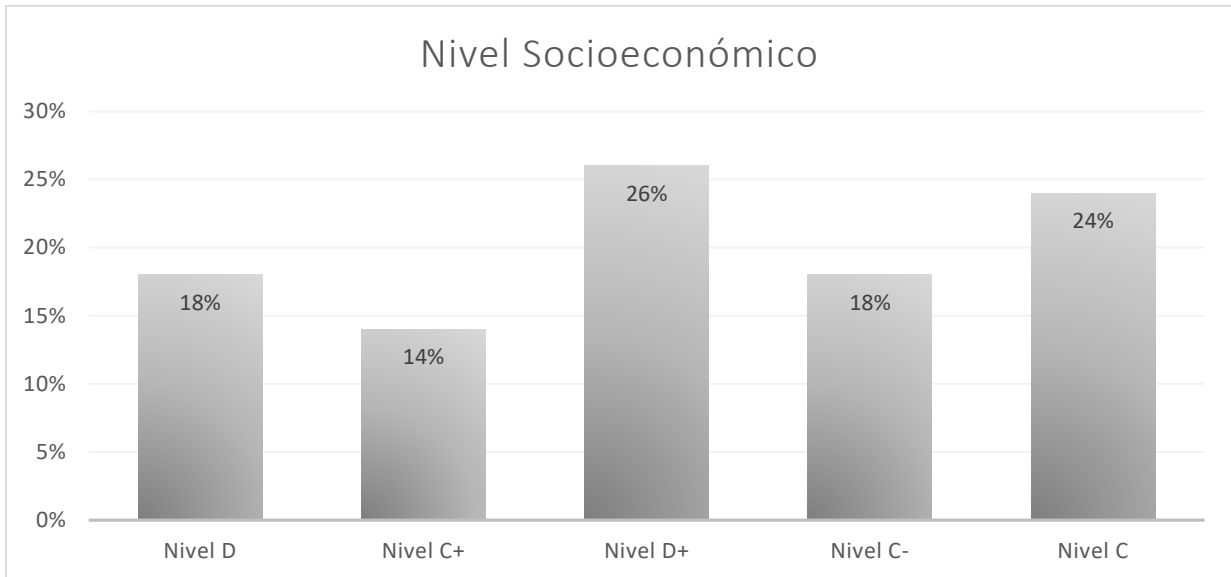
*Figura 5. Resultados de los participantes en Niveles laborales*

NOTA: Clasificación de ocupaciones

- |   |   |
|---|---|
| 1- Funcionarios, directores y jefes                       | 6- Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca               |
| 2- Profesionistas y técnicos                              | 7- Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios                             |
| 3- Trabajadores auxiliares en actividades administrativas | 8- Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte |
| 4- Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas  | 9- Trabajadores en actividades elementales y de apoyo                                       |
| 5- Trabajadores en servicios personales y de vigilancia   | 0- Estudiantes de nivel superior  |

## Nivel Socioeconómico

Con respecto a los niveles socioeconómicos de los participantes, la media del puntaje fue de 126.7 puntos, encontrándose que sólo 3 sujetos tienen el nivel C+ que significa que tienen un nivel socioeconómico mayor a la media de la población en general y el nivel más bajo reportado fue el nivel D, en el cual un poco menos de la mitad de su gasto se destina a la alimentación. Siendo perceptible que la mayoría de la muestra tiene un nivel socioeconómico bajo (Véase figura 6)



*Figura 6.* Resultados de los participantes en Niveles Socioeconómicos  
 Nota: Los niveles socioeconómicos están establecidos por la regla AMAI

## Resultados estadísticos

Debido a las características de la muestra se decidió realizar los análisis estadísticos de las variables, a través de la correlación de Spearman, para conocer si existía asociación entre el nivel de autoconcepto global y los niveles educativo y laboral, el cual mostró que no existía ninguna relación entre dichas variables, como se muestra en la tabla 4:

Tabla 4. *Correlación de Spearman con las variables de Autoconcepto, Nivel Laboral y Nivel Educativo*

Rho de Spearman N=22		Autoconcepto Global	Nivel Laboral	Nivel Educativo
<b>Autoconcepto Global</b>	Coeficiente de correlación	1.000	.070	.184
	Sig. (bilateral)		.757	.412
<b>Nivel Laboral</b>	Coeficiente de correlación	.070	1.000	.136
	Sig. (bilateral)	.757		.547
<b>Nivel Educativo</b>	Coeficiente de correlación	.184	.136	1.000
	Sig. (bilateral)	.412	.547	

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Si bien en la mayoría de los análisis no existe una relación significativa entre variables, algunas variables pudieron alcanzar un nivel significativo si el número de casos fuera mayor, como en el caso de las dimensiones de autoconcepto social y autoconcepto físico con relación al nivel socioeconómico.

En la tabla 5 se puede observar una relación significativa de tipo negativa en las variables de nivel socioeconómico y el autoconcepto social, donde aquellos que presentaron un autoconcepto social más alto tienen un nivel socioeconómico más bajo. Es decir, las personas que provienen de un estrato pobre tienen un autoconcepto social más alto, siendo un dato que no es algo que se espere en personas sin malformaciones.

Tabla 5. *Tabla cruzada con las variables de Autoconcepto social y Nivel Socioeconómico*

		Nivel Amai		Total	
		Medio	Bajo		
Autoconcepto social	Medio	1	6	7	
	Alto	9	6	15	
Total		10	12	22	
Nota: Correlación de Spearman P > 0.05		-.428	.174	-2.116	.047c

Si bien no se mostró asociación significativa entre el autoconcepto global y el nivel educativo ( $P > 0.05$ ), si se encontró que el nivel de autoconcepto físico y el nivel educativo tiene una correlación de carácter significativa, es decir el autoconcepto físico cuando es bajo es porque el nivel educativo es bajo, y viceversa. Lo que se puede entender es que toda vez, que las personas con LPH se encuentran en un nivel educativo medio superior o superior presentan un nivel de autoconcepto físico alto, como consecuencia de encontrarse en ese nivel educativo (véase tabla 6).

Tabla 6. *Tabla cruzada con las variables de Autoconcepto físico y Nivel Educativo*

		Nivel Educativo		Total	
		Bajo	Alto		
Autoconcepto Físico	Medio	7	4	11	
	Alto	2	8	10	
Total		9	12	21	
Nota: Correlación de Spearman P > 0.05		.440	.193	2.138	.046c



La dimensión del autoconcepto físico también presenta una correlación significativa con el nivel laboral, es decir, cuando tienen un autoconcepto bajo también tienen un nivel laboral bajo y cuando es alto tienen un nivel laboral que tiende a ser alto (véase tabla 7).

Tabla 7. *Tabla cruzada con las variables de Autoconcepto físico y Nivel Laboral*

		Nivel Laboral		Total
		Bajo	Alto	
Autoconcepto Físico	Medio	11	0	11
	Alto	5	5	10
Total		16	5	21

Nota: Correlación de Spearman .586 .128 3.155 .005<sup>c</sup>

P>0.05

En cuanto a la relación del autoconcepto general al sexo, se puede ver que los participantes del sexo masculino presentan un nivel de autoconcepto más alto que los del sexo femenino (Veáse tabla 8)

Tabla 8. *Tabla cruzada con las variables de Autoconcepto general y Sexo*

		Autoconcepto General		Total
		Bajo	Alto	
Sexo	Masculino	8	4	12
	Femenino	2	8	10
Total		10	12	22

Por último, en el autoconcepto social se puede encontrar el mismo comportamiento referido en el anterior, dónde el nivel de autoconcepto social es más alto en el sexo masculino y más bajo en el sexo femenino, que se puede interpretar desde la perspectiva cultural donde a la mujer se le impone parámetros de belleza diferentes a los establecidos para los hombres y por ello son más introvertidas (Vease tabla 9).

Tabla 9. *Tabla cruzada con las variables de Autoconcepto Social y Sexo*

		Autoconcepto Social		Total
		Bajo	Alto	
Sexo	Masculino	6	6	12
	Femenino	1	9	10
Total		7	15	22

## 10.2) Resultados cualitativos

Para el análisis de las entrevistas semiestructuradas, se utilizó el llamado análisis temático. Este consiste principalmente un método para identificar y organizar patrones dentro de un conjunto de datos enriquecido, puede ser también utilizado para interpretar varios aspectos del tema (Howitt y Cramer, 2011).

En el presente estudio, se adoptó un enfoque inductivo, basado en datos para el análisis, adoptando un marco pragmático (Fishman, 1999). Con la finalidad de contar con información general descriptiva de los datos. De acuerdo con las directrices de Braun y Clarke (2006), se tomaron las siguientes medidas: (1) familiarizarse con los datos, (2) identificar características interesantes de datos, (3) buscar temas, (4) revisar temas, (5) definir y nombrar temas, y (6) producir el informe.

El análisis fue visto como un proceso recursivo, y se escribieron notas detalladas en todas las entrevistas. Posteriormente, los temas fueron elegidos por su prevalencia y/o su importancia en relación con la investigación (Braun y Clarke, 2006).

### **Generalidades sobre el LPH**

En esta categoría se recopiló información sobre el número de cirugías, finalización del tratamiento e información recopilada sobre su condición, destacando los siguientes datos:

La muestra tiene un promedio de 7 cirugías, y una edad promedio de término de tratamiento de 8.3 años. En la infancia los sujetos demuestran, que tuvieron diferente o nula información sobre su condición por parte de sus padres o tutores; resultando así que: a 14 de ellos, nunca les explicaron sobre su condición

*“La verdad no” (JAS, 2019).*

Cinco de ellos, tuvieron información real sobre la malformación

*” Si, tanto mi papa como los doctores, pues que es una enfermedad que no es nada el otro mundo que son enfermedades que se pueden curar” (CYBS, 2019).*

A dos de ellos no les intereso saber *“No, no pregunté y no me dijeron “(AYEV 2019).*

Y a tres les proporcionaron explicaciones míticas

*“Mmm, no. Pues según decían que, porque mi mamá no se protegió, que no se puso seguro y que por la luna y que no sé qué, y así, y como ella vivía en un ranchito, pues no sabía de eso pues ella tampoco y pues así, así crecí...” (JSL, 2019).*

Según la prueba AMAI (2017) aplicada en ésta investigación, permite evaluar datos con base en sus estándares establecidos, lo que ayuda a establecer una relación con las respuestas adquiridas, pues, las respuestas de los 14 sujetos que refirieron no haber recibido información alguna, se ubican entre los niveles D y C+, predominando el

nivel C con 4 sujetos, posterior C- y D+ con tres sujetos respectivamente, los cuales mencionan que entre el 83%, 74% y 62%, de cada nivel, cuenta con jefes del hogar con estudios mayores a la primaria, puesto que ésta área está diseñada para indagar acerca del conocimiento proporcionado de los padres o tutores, es importante conocer dichos datos.

Los 5 sujetos que recibieron información por parte de sus figuras paternas, no se muestra predominio de alguno de esos datos, pues cada uno ocupa un nivel. Mientras que 2 de los tres sujetos entrevistados que proporcionaron respuestas míticas, corresponden al ya mencionado nivel D+, de manera más específica 6 de cada 10 hogares (62% de la población), cuenta con que el jefe del mismo, apenas tiene estudios mayores a primaria.

De la muestra se desprende que seis de los sujetos evaluados siempre han tenido información de su condición

*“En internet, y más a parte cuando estaba chiquita, como 7 u 8 años que vino el cirujano y me explicó el proceso y todo eso” (EYOD, 2019).*

Así mismo, cinco buscaron información ya siendo adultos

*“No, pero cuando yo ya estaba más grande, como a los 20 años, más o menos” (GRC, 2019)*

Y once de ellos, no les interesa saber,

*“...como que no tuviera un sentimiento pues, de si fue culpa de algún familiar, no sentiría resentimiento, pero yo siento que antes, si me hubiera topado con eso, si, hubiera sentido como que un resentimiento...” (SJEB, 2019).*

Para éste bloque analizado, se puede concluir que a pesar de que los once adultos contaron con una probabilidad de indagar sobre su estado en internet, 11 de ellos no tienen interés en realizarlo, pues con los datos de la prueba AMAI (2017) se puede saber que tienen una probabilidad de entre el 22% y 77% de contar con internet fijo en su vivienda.

Mientras que los cinco que encontraron información de adultos se encuentran dentro del 52% con acceso a ésta tecnología.

### **Entorno educativo, logros y dificultades**

En esta sección se buscó obtener información sobre cuáles fueron las dificultades que enfrentaron para el desarrollo de sus estudios, conocer si la condición de vivir con LPH, influyó en su grado académico, los problemas a los que se enfrentó en el área educativa referentes a su malformación, y el tipo de trato por parte de sus profesores.

Teniendo como resultado que cinco continúan estudiando en el nivel superior, seis de ellos no continuaron sus estudios por desinterés,

*“El estudio me lo daban... pero ya no quise, o sea, mmm... fui a la secundaria un año, pero en ese año pues me fui a jugar” (JEG, 2019).*

Como se ha mencionado, con base a la correlación que se realizó entre el autoconcepto físico y el nivel educativo, se puede mencionar que las personas que concluyeron únicamente el nivel básico, lo cual puede percibirse que es debido a que tienen un autoconcepto físico bajo, en cambio, quienes concluyeron los niveles posteriores, es porque tienen un autoconcepto físico alto.

También a seis de ellos les habría gustado, sin embargo, la situación económica no se los permitió

*“Si, pero tenía problemas económicos” (JASB, 2019)*

Se puede mencionar que las personas con problemas económicos, intentan solventar éstas dificultades teniendo un autoconcepto alto, pues se ha demostrado con base a la relación entre éstas dos variables es fuerte.

Y solo 4 de ellos tuvieron el interés, sin embargo, no continuaron

*“Si, la verdad es que sí, pero como dicen, no se dieron las cosas y por lo mismo pues no le tome mucha importancia en la escuela...” (JZST, 2019).*

Pues, a pesar de que los 6 sujetos que refirieron tener desinterés en la continuación de sus estudios, presentaron un autoconcepto en su forma académica alto, pues los seis sujetos arrojaron un puntaje mayor a 20 en éste apartado del instrumento AF5, donde se refieren a sí mismos como buenos estudiantes, pero, al cuestionarse sobre su último grado de estudios, 5 de ellos solamente concluyeron el nivel básico, mientras que el sexto, concluyó el nivel medio superior.

Mientras que, con los sujetos que presentaron problemas económicos, presentaron niveles en la prueba AMAI entre D, D+, C- y C. De los cuales, se estima que tan solo un 7% de los ingresos económicos, están destinados a la educación, A pesar de ello, cuatro sujetos lograron concluir la educación medio superior y dos el nivel básico.

También se les cuestionó si sintieron que su formación educativa fue complicada, debido a la condición del LPH, por lo que algunos sujetos de la muestra refirieron que

*“no podía pronunciar algunas palabras, entonces mi mamá habló con la maestra y me cambió de escuela a otra escuela” (SGC, 2019)*

*“Lo que sí no me gustaba era leer, pasaba a leer pues” (JAS, 2019).*

*“Si lo sentía difícil, te voy a decir la verdad, si se me hacía difícil para me daba pena leer, porque yo no quería ir a la escuela yo, me daba pena, me daba pena leer en frente de todos mis compañeros, yo recuerdo que un maestro me regañaba bien feo” (DSCM, 2019).*

Por otro lado, dieciséis de los sujetos de la muestra reportan no haber tenido dificultades en su formación educativa derivadas del LPH.

*“No, porque los maestros se acomodaban y entendían, me ponían al corriente con las cosas, nunca fue como que me pusieran peros para seguir con la escuela” (BSAT, 2019).*

De los cuales, con el apoyo de sus profesores y sus nulas dificultades, 10 lograron concluir con el nivel medio superior de educación, en cambio 5 concluyeron el nivel básico y tan solo 1 lograron concluir el nivel superior.

También se cuestionó si los participantes consideran haber tenido dificultades de aprendizaje debido al LPH, a lo que quince de los sujetos de la muestra respondieron no haber tenido problemas de aprendizaje, mientras que los siete restantes reportan haber tenido problemas en la pronunciación y lecto-escritura, dentro de lo que destaca el relato del participante

*“Pues sí, enfrente y fue el vocabulario, cuando llegaban las chicharras a acá, mi mamá las agarraba y las echaba dentro de mi boca, masticaba como chicle, me ponía pronunciar muchas palabras, la R no la podía decir, todavía me acuerdo...” (JASB, 2019).*

En lo que concierne si su rendimiento educativo se vio obstaculizado a causa del LPH, once de los participantes reportan no creer que su rendimiento educativo fue obstaculizado a causa del LPH; mientras que seis de ellos refieren que, si se sintieron

obstaculizados a consecuencia de sus ausencias en la escuela debido a cirugías, y al acoso escolar; sin embargo, seis de ellos reportan que en este aspecto se sintieron beneficiados por la condición

*“No, al contrario le eche más ganas a modo de demostrarles a ellos que yo sí podía, que a pesar de mi problema yo podía y gracias a Dios de la primaria y la secundaria salí con promedio de diez y pues para mí fue un orgullo, yo me considero una persona bien y que esto no me impide hacer nada, al contrario me esfuerzo más para demostrarles que a pesar de mi problema yo sí puedo salir a delante, voy saliendo adelante con mi familia” (AIGO, 2019).*

*“Pues beneficiado, veía a mucho al terapeuta y eso me ayudaba un poco más, porque me acuerdo de que las tareas las traía aquí al consultorio con la terapeuta, y ya ella me ayudaba a hacerlas y las entendía mejor, como que eso fue como que algo que me ayudo pues en eso” (SJEB, 2019).*

A pesar de que los sujetos hayan referido que sintieron obstáculos, solo dos sujetos mostraron tener un autoconcepto académico con un puntaje medio y veinte obtuvieron un puntaje superior a 20, correspondiente a un puntaje alto.

Referente al acoso escolar, cuatro de los participantes reportan no haber sufrido acoso, mientras que dieciocho de ellos, en algún momento de su etapa escolar han sufrido burlas, apodos e imitaciones en su forma de hablar, principalmente en la primaria

*“Había un niño en mi salón de la primaria que por cualquier pendejada decía “boca chueca” y yo decía que porque me decía así yo todavía no entendía porque me hablaba así, hasta después que le entendí. Al principio decía que pedo porque me están diciendo*



*así, y ya después decía chale pues si estoy bien chueca y culera pero después decía, no hay pedo, todas están chuecas y culeras” (DKES, 2019).*

Debido a que el acoso era derivado de su condición física, el AF5 permite evaluar su forma de percibirse físicamente, el autoconcepto físico de los 4 sujetos que no fueron víctimas, está posicionado con un puntaje alto, mientras que, los de los 18 sujetos que mencionaron haber recibido acoso escolar, 11 se perciben con un puntaje alto, mientras que 7 se posicionan con un puntaje medio.

Se cuestionó también sobre si los participantes consideran haber recibido un trato diferente por tener LPH, teniendo como resultado que cinco de ellos recibieron un trato preferente o de sobreprotección

*“pero siempre me vi como el alumno... como sobreprotegido, mimado y eso me afectaba, porque no me exigían como mucho.” (SJEB, 2019)*

Cuatro de los participantes reportan haber sentido un trato discriminatorio por parte de algún profesor o directivo de la escuela donde estudiaban

*“En la primaria por la directora que me hacía de menos...” (AIGO, 2019),*  
*“Hubo una maestra que si me hacía sentir... Me decía que era diferente a los demás, nadie, me regañaba mucho, trataba de pegarme sentía que le caía mal” (DKES, 2019).*

Los trece restantes manifestaron, recibir un trato igualitario a sus compañeros en su etapa educativa.

## **Entorno Laboral**

La tercera sección de la entrevista semiestructurada, se buscó conocer los problemas a los que se han enfrentado las personas con LPH, al insertarse en el ámbito

laboral, destacando la discriminación a la hora de conseguir un empleo, los tratos por parte de compañeros o jefes, así como, si su condición ha limitado su desarrollo laboral y las expectativas que tienen en cuanto a su vida laboral, destacando las siguientes categorías.

Al enfrentarse a conseguir un empleo, siete de los entrevistados refirieron no haber tenido problemas en conseguir empleo, sin embargo, dos de ellos trabajan con familiares, mientras que los quince restantes manifiestan que por lo menos una vez en su vida se sintieron rechazados por su malformación.

*“...sí, bueno se solicitan vacantes, pero me decían: no es que no puedo ya está lleno... voy y le digo un amigo oye hazme un favor ve y pregunta si solicitan, y se lo dan...”* (JAH, 2019).

De igual manera con base a los resultados cuantitativos, se infiere que las personas con un puntaje bajo en el autoconcepto físico son las que presentaron un nivel laboral inferior.

Por otro lado, en este mismo tenor, se encontró que, en instituciones públicas, como el Ejército mexicano, y la Policía Estatal de Morelos, es un hecho la segregación de personas con este tipo de condición: *“Sí, una vez, bueno yo he sido bien atrevido, cuando yo cumplí los 18 yo siempre decía que quería ser militar... y luego, luego me dijeron que no, y ya les pregunte que cual era el motivo, ellos me dijeron que por mi labio”* (AIGO, 2019).

*“Pues anteriormente en la policía sí, porque no aceptaban alguna malformación, ahí si me decían: no puede servir...”* (BSAT, 2019).

En lo que refiere a tratos diferentes en su historia laboral derivados de la malformación, se obtuvo que solo un sujeto de la muestra reporta haber sufrido tratos discriminatorios por parte de su superior

*“Si, en el sentido laboral si me he sentido discriminada, porque al cumplir mis estudios de licenciatura si obtuve algunos empleos sin problemas, pero cuando tenía que buscar otra vez trabajo era muy complicado, a veces yo sentía que cubría perfectamente el perfil y no me era dada la posibilidad y entonces eso fue muy complicado, y también en alguna empresa que trabaje sufrí mucha discriminación a causa de la jefa, que decía: que debido a mi condición no tenía que estar trabajado ahí...”* (DEH, 2019).

Mientras que el resto de la muestra reporta no haber sentido tratos diferentes. Se preguntó a los participantes sobre si el LPH, habría limitado su desarrollo laboral, a lo que catorce participantes refieren no sentirse limitados en su desarrollo laboral a causa de la fisura labio-palatina, mientras que los ocho restantes refieren nuevamente como limitación la obtención de un empleo

*“En algún momento si, en alguna etapa, sí, me sentía como limitada en ese aspecto de que ahí vamos a buscar trabajos y era complicado que me lo dieran y yo sentía que eran secuelas de LPH”* (DEH, 2019).

De los 14 sujetos mencionados, únicamente 2 tienen un trabajo formal, pues están afiliados a dependencias de gobierno, mientras que los 14 restantes ejercen un trabajo informal. Mientras que los 8, seis de ellos tienen un trabajo informal y tan solo un sujeto ejerce de manera formal.

Por otro lado, diecisiete de los veintidós entrevistados, refieren que les gustaría cambiar de empleo o profesión.

## Relaciones Socioafectivas

En la recopilación de datos para esta categoría, se obtuvo información acerca de su estado civil, de los cuales se pudo saber que, nueve hombres actualmente están solteros, en contraste, seis mujeres son solteras, dos hombres están casados, así mismo dos mujeres lo están, también se encontró que tres mujeres se encuentran en situación de unión libre y, por último, una mujer es viuda. Añadiendo a esto, la correlación entre el autoconcepto general, el autoconcepto social y el género, demuestra que las mujeres tienen un autoconcepto alto en comparación a los hombres, dando a entender que son ellas quienes presentan menor afectación en las relaciones socioafectivas.

Durante las entrevistas realizadas, se cuestionó acerca de las dificultades para establecer relaciones sociales, en las cuales, se encontró que trece sujetos entrevistados no presentaban dificultades para realizar relaciones sociales

*“No, al contrario, me considero una persona muy sociable, nunca he tenido enemigos o malas amistades, siempre trato de entablar amistad, sin importar nada” (BSAT, 2019).*

Mientras que cinco sujetos hicieron referencia, de que se les dificulta tener relaciones sociales

*“Si, porque como que no soy mucho de hacer amigos y siento como que les da miedo mirarme, y yo no les hablo si ellos no me hablan, me empiezan hablar y siento como una conversación, y ya se hacen como no amigos, pero si conocidos” (FMS, 2019).*

Por último, se encontró que cuatro sujetos tuvieron dificultad de establecerlas, durante su infancia, pero comenzaron a desarrollarlas progresivamente a su edad

*“Antes si cuando era niño porque de hecho nunca me junté con niños porque siempre se burlaban de mí, siempre con las niñas porque eran más respetuosas y no te decían nada y así y hasta la prepa que me empecé a juntar con niños es cuando dije a no pues ya, ya, pero también porque ya los demás también empiezan a relacionarse, ya no te hacen menos ni nada, entonces a partir de la prepa en adelante ya no me ha costado trabajo relacionarme con cualquier persona” (JELM, 2019).*

Retomando los datos obtenidos por el instrumento AF5, se encuentra un autoconcepto destinado a medir la forma social, en el cuál se cuestiona sobre amistades o conocidos, con éste podemos definir qué, de los trece sujetos que consideran no tener dificultades para realizar relaciones sociales, presentan un autoconcepto elevado, mientras que el otro sujeto, obtuvo un puntaje medio. En éste mismo sentido, los 4 que mencionaron tener dificultades, obtuvieron un puntaje alto, de manera contradictoria a lo mencionado en las entrevistas. Por último, 4 de los 5 sujetos que comentaron haber superado esas dificultades, tienen un autoconcepto social elevado, así mismo, el restante tuvo un puntaje medio.

A pesar de saber el estado civil de los sujetos, es importante también si presentaron dificultad al establecer relaciones de pareja, de los cuales, ocho sujetos hicieron saber, que presentaron dificultades

*“Si, miedo al rechazo” (CDMR, 2019).*

Seis de los 8 sujetos, mencionó estar actualmente soltero, mientras que uno de ellos se encuentra en unión libre, por último, una de ellas es viuda.

Así mismo, diez comentaron no tener dificultades

*“no sé, bueno porque algunos se fijan en el físico y otros qué no, es que no tenido muchos problemas con eso” (JEGT, 2019).*

En éste aspecto, cuatro sujetos refirieron estar actualmente casados, cinco de ellos están solteros y uno se encuentra en unión libre.

Y de igual manera, cuatro sujetos comentaron que tenían dificultades en un inicio *“No sé, no me siento limitada realmente, no es como, me gusta ese wey pero no le voy hablar porque tengo la boca chueca, pues no, no me importa.” (DKES, 2019).*

De igual manera, 3 de ellos están solteros y uno vive en unión libre.

## **11) DISCUSIÓN**

Esta investigación tuvo como propósito describir y analizar si el nivel de autoconcepto que presentan los adultos con secuelas de LPH incide en su nivel educativo y laboral, tanto de manera cuantitativa como cualitativa.

De manera cuantitativa se encontró que en los resultados del autoconcepto, los adultos participantes reportan niveles de autoconcepto normal y alto, siendo que el 55% de la muestra reportaba un autoconcepto normal y 45% un autoconcepto alto, coincidiendo de alguna manera con lo reportado en otras investigaciones, dónde describen que no se han encontrado en adultos con secuelas de LPH un autoconcepto bajo (; Kapp-Simon, 1979; Richman and Eliason, 1986; Clifford, 1987; King et al., 1993) y de hecho reportan que la mayoría puede desarrollar un autoconcepto normal o alto como lo reportado en esta investigación (Fudalej et al., 2013). Es decir, que a pesar de las situaciones adversas que se enfrentan en el desarrollo de la infancia y adolescencia, al llegar a la edad adulta logran establecer un percepción positiva de si mismos.

Al evaluar los niveles educativos y laborales en los participantes de esta investigación, se encontró que el 41% de la muestra presentaba un nivel de educación básica, siendo que en México este nivel corresponde solo a los grados de primaria y secundaria, coincidiendo con lo reportado por Knight, Cassell, Meyery Strauss (2015) y Wehby, Collet, Barron, Romitti, Ansley, y Speltz (2014) quienes informaron que los grupos participantes con LPH tenían un nivel educativo significativamente menor que las personas sin hendidura. Por el contrario de Ramstad et al. (1995) quienes informaron que el nivel educativo, fue mayor en el grupo con LPH en comparación con el grupo control al igual que Nicholls et al. 2018, que reportaba que la mayoría de los participantes con LPH tuvieron el mayor porcentaje para la educación a nivel universitario y postgrado, siendo que los resultados de la muestra en la presente investigación sólo el 9% de la muestra tienen estudios de nivel superior, cabe aclarar que en México las estadísticas con respecto al nivel de estudios obtenidos por la población en general es secundaria, por lo que los resultados no muestran de manera contundente que sean las secuelas de LPH las que interfieran para alcanzar un nivel mayor, habría que analizar una muestra mucho mayor para conocer a profundidad el efecto.

Otras investigaciones han mostrado resultados contradictorios, Collet et al. (2014), Van Der Plast et al. (2012) y Cheung, Loh y Ho (2007) no encontraron diferencias significativas en adultos con secuelas de LPH en comparación a los grupos controles sin hendidura con relación al nivel educativo.

Mientras que, para el nivel laboral, al igual que en el nivel educativo el 41% de la muestra presentaban niveles de clasificación laboral baja, es decir se desempeñaban según la clasificación de SINCO (2018) en el nivel 9 que es el último de los niveles en

esta, siendo la categoría de trabajadores elementales y de apoyo. Dentro de este rubro hay una escasez de investigación para esta área y carentes de relevancia, Nicholls et al. (2018) reportaba que los participantes de su estudio no tenían problemas para conseguir trabajo ni para el desempeño de este al igual que Stock et al. (2015) quienes encontraron que el LPH no influía en el rendimiento laboral o los logros alcanzados. Aunque lo investigado por Ramstad et al (1995) reportaba que la mayoría de la población con LPH se encontraba en puestos donde no tenían interacción directa con el público, lo cual podría deberse a las dificultades relacionadas con las limitaciones de habla y audición (secuelas de la malformación). Es importante tomar en cuenta que en México, el 56% de su población se encuentra trabajando en el área informal y las desigualdades en el mercado laboral son marcadas (INEGI, 2018).

Que, de acuerdo con los resultados de la presente investigación, se puede describir que los participantes se encuentran laborando en niveles laborales de bajo perfil y bajo ingreso. Asimismo, se puede encontrar que estas ocupaciones, se relacionan con el bajo nivel educativo, por lo que no pueden aspirar a conseguir puestos con mayor nivel de competencia y/o remuneración económica.

Al analizar los datos cuantitativamente se encontró que algunas de las dimensiones del autoconcepto, en este caso el autoconcepto físico se relaciona de manera significativa con el nivel educativo y el nivel laboral, los participantes que mostraban un autoconcepto físico alto, es decir a mayor satisfacción con la apariencia tenían un mayor nivel educativo y laboral. En las demás variables no existe asociación alguna entre estas, ya que como se informó anteriormente el 100% de la muestra reportaba un autoconcepto alto o normal.



De acuerdo con los resultados cualitativos, se encontró que algunos adultos pueden experimentar dificultades derivadas de las secuelas de LPH con relación al entorno en el que se desenvuelven y para alcanzar los niveles educativo y laboral altos de manera satisfactoria.

Respecto a la información que tenían sobre su condición de haber nacido con LPH y su tratamiento, la mayoría de los participantes no tuvieron suficiente información sobre el origen de la misma, así como el proceso que debían llevar para su rehabilitación, El 100% de la muestra no manifestó interés alguno por saber si había que hacer alguna cirugía adicional funcional o estética que pudiera minimizar las secuelas presentes, contrario a lo revisado en investigaciones previas como la realizada por Stock (2015), donde señalaba que una proporción considerable (36.5%) de los participantes se habían sometido a una cirugía adicional como adulto, al igual que lo reportado por Ramstad et al. (1995); Marcusson, Paulin y Ostrup (2002); Sinko et al. (2005). Siendo que en la presente investigación solo una de las participantes, había dado continuidad en la edad adulta para mejorar los aspectos funcionales y estéticos.

En lo que respecta al rublo educativo, la mayoría de los participantes solo cursaron los niveles de primaria y secundaria, lo cual se puede relacionar con el acoso escolar, burlas, agresiones que sufrieron en alguna etapa de su vida, ya que el 82% declaró haber atravesado por esta mala experiencia, manifestando sentimientos de ansiedad y rechazo, lo cual a algunos de ellos les hizo vivir la experiencia educativa de manera desagradable *“como una pesadilla”*. Asimismo, se puede entender que las primeras etapas de su aprendizaje escolar fueron más complicadas debido a los problemas relacionados con la comunicación (dificultades de habla e inteligibilidad). Estos datos

coinciden con lo que la gran mayoría de la literatura reporta en relación al logro educativo con personas con LPH, que sugieren que los nacidos con LPH son propensos a estar en desventaja educativa (Peter y Chinsky, 1975; Ramstad et al., 1995; Danino et al., 2005; Persson et al., 2012).

En contraste con lo anterior el 4% de la muestra refieren que el acoso escolar vivido, lo sintieron como beneficioso para dedicarse más a los estudios, ya que “le echaban más ganas” para demostrarles a los demás que podían cumplir con los mismos objetivos, situación que se asemeja a lo reportado por Stock et al., (2015) donde los participantes manifestaron que tenían que trabajar más que sus compañeros de escuela para garantizar sus logros. Un 23% de la muestra reportó estar estudiando actualmente el nivel superior y 9% contar con estudios de nivel superior, siendo un porcentaje pequeño contrario a lo encontrado por Stock et al., (2015) donde la mayoría de los participantes habían alcanzado un nivel de educación superior.

Con relación al ámbito laboral, la principal problemática que refirieron los participantes es en el momento de conseguir empleo, ya que el 68% de la muestra reporta haber sido rechazados en más de una ocasión de alguna vacante debido a la apariencia física que les brinda la cicatriz y el 4.5% comento haber sufrido de acoso laboral por parte de un superior por presentar LPH, contrario a lo que menciona Stock et al (2015), en su investigación, dónde los participantes no sentían que tener LPH afectara negativamente, ya que podían superar ese desafío y estar decididos a tener éxito y algunos creían que su hendidura había sido algo positivo en el lugar de trabajo.

El 64% de los participantes refieren no sentirse limitados en su desarrollo laboral debido a la hendidura, sin embargo 77% refieren que les gustaría cambiar de empleo, lo

que se considera una contradicción con respecto a su estatus laboral y que pone de manifiesto el miedo a no conseguir otro empleo por la fisura y el bajo nivel de estudios que presentan.

Por último, en el contexto socio afectivo y personal de los participantes con LPH, se encontró que 64% se encuentran solteros, señalando la mayoría que desde siempre se les ha dificultado entablar relaciones románticas, por el temor al rechazo o bien porque no se sienten seguros con su apariencia física y lo mismo pasaba para establecer relaciones de amistad, coincidiendo con lo que estudios previos han reportado, describiendo un impacto negativo en la vida social y de pareja en los adultos con LPH (McWilliams y Paradise, 1973; Peter y Chinsky, 1974; Noar 1991; Ramstad y col., 1995b; Turner et al., 1997; Berk et al., 2001; Danino et al., 2005). Aunque el resto de los participantes no tenía problemas con establecerse en pareja y tener hijos, siendo que el 48% de la muestra tenían 1 o más hijos y no pensaban si su condición podía afectarles a ellos.

Todos los resultados descritos describen las problemáticas que se vivencian desde la infancia derivadas del LPH, desde la conformación del autoconcepto, su autoestima y ajuste psicológico y resaltan la importancia de conocer el entorno educativo y lugares de trabajo en relación con el LPH para comprender más de cerca los factores que contribuyen a los logros académicos y vocacionales en individuos con LPH.

## **12) CONCLUSIONES**

Los resultados de la presente investigación nos brindan una descripción general de los principales problemas a los que se enfrentan las personas adultas con secuelas de Labio Paladar Hendido en México. Lo que lleva a concluir que la condición de LPH,

será una característica con la que tendrán que vivir toda su vida, y la malformación con la que nacen no constituye el único problema a atender de forma quirúrgica; se torna necesario establecer medidas que les permita a los padres y maestros tener acceso a información real sobre esta condición, que les permita dar un tratamiento integral a las personas con LPH, desde la infancia.

De la misma manera, evidencia la necesidad de establecer medidas preventivas contra el acoso escolar, ya que, por los datos obtenidos en este estudio, el acoso escolar ha sido uno de los factores determinantes en el bajo nivel académico que se obtuvo en la muestra, lo que puede inferirse como un factor que repercute a largo plazo en su calidad de vida.

Se considera importante poder explorar a profundidad con una muestra mayor los diversos factores que pueden estar influyendo para alcanzar niveles de logros altos en empleo, educación y establecer relaciones sociales y amorosas, ya que la presente investigación explora algunas de estas dificultades, pero se requieren de mayores investigaciones que muestren cual es la realidad de esta población, aunado a las deficiencias del sistema laboral y educativas del País.

### 13) REFERENCIAS

Alarcón-Almanza JM. (2010). Labio y paladar hendido. *Rev Mex Anest*, 33 (1), S76-S78.

Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>

Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión [AMAI]. (2017). Cuestionario para la aplicación de la regla amai 2018 y tabla de clasificación. Recuperado de: <http://www.amai.org/nse/wp-content/uploads/2018/04/Cuestionario-NSE-2018.pdf>

Axpe, I., y Uralde, E. (2008). Programa educativo para la mejora del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 13(2), 53-69.

Bender, P. L. (2000). Genetics of cleft lip and palate. *J Pediatr Nurs*, 15, 242 - 249

Berger, Z. E. y Dalton, J. L. (2011). Factors associated with psychosocial adjustment of adolescents with a cleft lip and palate and their parents. *Cleft Palate Craniofacial Journal*;48(1), 82-90. doi: 10.1597/08-094. Epub 2010 Apr 7.

Berk, N. W., Cooper, M. E., Liu, Y. y Marazita, M. L. (2001). Social anxiety in Chinese adults with oral facial clefts. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 38, 126–133.

Biblia (1997), Traducción del nuevo mundo de las Santas Escrituras. Levítico 21:18. Nueva York: Watch Tower Bible Society of Pennsylvania, 1997.

Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*, 3, 77–101.

- Broder, H., Richman, L. y Matheson, P. (1998). Learning Disability, School Achievement, and Grade Retention among Children with Cleft: A Two-Center Study. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 35(2), 127-131.
- Carrazan, A., Díaz, Y. y Medina, D. (2010) Características psicológicas de los pacientes con fisura labio-palatina en Villa Clara. *Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba* 16 de abril. Recuperado de: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/239/02.html>
- Castañeda, V., Hernández, I. (2009) intervención psicopedagógica en niños(as) con labio paladar hendido (tesis de pregrado). Universidad pedagógica nacional, México.
- Cazalla-Luna, N. y Montero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electronica de Investigación y Docencia*, 10, 43-64.
- Centro de Información y Documentación Internacionales en Barcelona [CIDOB] (2014). Indicadores económicos y sociales de México En: Anuario Internacional CIDOB 2014. México, perfil de país. (pp. 369-377). Recuperado de [https://www.cidob.org/es/articulos/anuario\\_internacional\\_cidob/2014/indicadores\\_economicos\\_y\\_sociales\\_de\\_mexico](https://www.cidob.org/es/articulos/anuario_internacional_cidob/2014/indicadores_economicos_y_sociales_de_mexico)
- Cheung, L. K, Loh, J. S. P. y Ho, S. M. Y. (2007). Psychological profile of Chinese with cleft lip and palate deformities. *Cleft Palate Craniofac Journal*; 44(1):79-86
- Clark, A., Clemes, H. y Bean, R. (2000). *Cómo desarrollar la autoestima en adolescentes*. Madrid: Editorial Debate.

- Clemes, H. y Bean, R. (1996). *Cómo desarrollar la autoestima en los niños*. Madrid: Editorial Debate.
- Clifford, E. (1987). *The cleft palate experience: New perspectives on management*. Springfield, Illinois.
- Clifford, E., Crocker, E. y Pope, B. (1972). Psychological findings in the adulthood of 98 cleft palate children. *J Plast Reconstr Surg*, 50, 234–237
- Cochrane, V. M. y Slade, P. (1999). Appraisal and coping in adults with cleft lip: Associations with well-being and social anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 485–503
- Coiffman, F. (1986). *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética*. España: Amolca.
- Collett, B. R., Wehby, G. L., Barron, S., Romitti, P. A., Ansley, T. N. y Speltz, M. L (2014). Academic achievement in children with oral clefts versus unaffected siblings. *J Pediatr Psychol*. 2014;39(7):743-751
- Creswell, J. (2003). Outline: Creswell's Research Design [Esquema: Diseño de investigación de Creswell Recuperado de <http://www.ics.uci.edu/alspaugh/human/crewel.html>
- Danino, A., Gradell, J., Malka, G., Moutel, G., Herve, C. y Rosilio, C. (2005). Social adjustment in French adults who had undergone standardised treatment of complete unilateral cleft lip and palate. *Ann Chir Plast Esthet*;50, 202–205.
- Del Rosario, M., Flores, G., Cardiel, L. y Luna, C. (2003). Frecuencia de malformaciones congénitas en el área de neonatología del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(3), 128-131. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp033e.pdf>

Diario oficial de la federación (1993). Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de julio de 1993, texto vigente Última reforma publicada DOF 19-01-2018

Dinámicas grupales. (s/f). *Dinámicas grupales. Técnicas de grupo de colección.*

Recuperado de

<https://dinamicasgrupales.com.ar/category/dinamicas/cierre/#:~:text=Dinámica%20de%20Cierre%20%7C%20Las%20Secuencias,lo%20vivido%20en%20el%20grupo>

Dirección General de Ordenación, innovación y sustentabilidad. (2011). *Dinámicas de grupo.* Recuperado de

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Dinámicas%20de%20grupo%20Consejería%20de%20Educación%20Gobierno%20de%20Canarias.pdf>

Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet.* 2011;12:167-78.

Echevarría, P. E., Vela, C. J. y Vecchyo, C. C. (2000). Prótesis fonoarticuladoras en pacientes con labio y paladar hendido. *Cirugía Plástica, 10(1)*, 31-36

Fernández, N. (2002) El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. *Cuadernos de Gestión, 2(1)*, 65-90. Fishman, D. B. (1999). *The Case for Pragmatic Psychology.* New York: NYU Press

Fernández, R. L. (2005). *Cómo surge y se forma la personalidad. Pensando en la personalidad.* La Habana: Editorial Félix Varela.



- Ferrari, E. J. (2012). La importancia del trabajo para la vida humana y el flagelo de la desocupación. *VII Jornadas de Sociología de la UNLP*. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York: NYU Press.
- Fornieles, Y. & Díaz A. (Ed.). (2010). *Anomalías congénitas*. Andalucía: Gráficas Alhambra.
- Fudalej, P. S., Renkema, A. M., Renkema, A. A., Abbas, F., Bronkhorst y Katsaros. E. (2013). C.Gingival labial recessions in orthodontically treated and untreated individuals: a case – control study. *Journal Of Clinical Periodontology*,40(6) 631-637. doi: 10.1111/jcpe.12105
- Gailey DG. (2016), Feeding infants with cleft and the postoperative cleft management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*; 28 (2):153-159
- García, F., y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones
- García, R. E., Arévalo, C. J. F. y Aguilar, M. H. (2017). Panorama epidemiológico de labio y paladar hendido en México. *Cirugía Plástica* 2017; 27 (1), pp. 10-15
- Gas, M. (2017). Educación Emocional, para asesores y víctimas de bullying, en 1° y 2° de educación secundaria obligatoria (tesis de maestría). Universidad Nacional de la Roja, Logroño, España
- Gonzales. E.(2013). Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en padres de niños con labio y/o paladar hendido (lph) (tesis de maestria). Universidad autónoma de nuevo león, Nuevo Leon, Mexico.
- González, E. M (2015). Defectos congénitos. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 54, (3), 148-159.

- González, L. G. y Sánchez-Ruiz, F. I. (2004). Actualización en la rehabilitación integral de las fisuras labiopalatinas. *Bol. S. Vasco-Nav. Pediatr*, 37(1), 24-27.
- González, V., Fresnedas, M. J., Carrillo, A. M., Martín A., y García, S. (2014). Satisfacción labora, satisfacción vital y autoestima en una muestra comparada de sujetos con estudios superiores y no superiores. *REIDOCREA*, 3(7), 50-59.  
Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/bc3f/4b56cc81b4dd8c1aa2e9f8b528727ee9d4af.pdf>
- Habbaby, A. (2000). Enfoque integral del niño con Fisura Labiopalatina. Argentina: Panamericana.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Heller, A., Tidmarsh, W. y Pless, I. B. (1981). Psychological functioning of young adults born with cleft lip or palate: a follow-up study. *Clin Pediatr*; 20, 459–465.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6a. ed.). México D. F.: McGraw-Hill.
- Hobbs, C.A., Chowdhury, S. H., Cleves, M. A., Erickson, S., MacLeod, S. L. y Shaw, G. M. (2014). Genetic epidemiology and nonsyndromic structural birth defects: from candidate genes to epigenetics. *JAMA Pediatr* 168 (4), 371-377.
- Howitt, D. y Cramer, D. (2011). *Introduction to Research Methods in Psychology*. 3rd ed. Essex, UK: Pearson Education Limited.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P. y Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *Eur J Orthod*, 27, 274-285.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta intercensal 2015. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Clasificación para Actividades Económicas. Recuperado <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/205/download/5998>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones 2018. SINCO. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/consultapublica/doc/descarga/SINCO2018/proyecto/documento\\_sinco\\_2018.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/consultapublica/doc/descarga/SINCO2018/proyecto/documento_sinco_2018.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo cifras durante el segundo trimestre de 2019 [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/enoe\\_ie/enoe\\_ie2019\\_08.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/enoe_ie/enoe_ie2019_08.pdf)
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2018). *Panorama Educativo de México 2018*. Recuperado de <https://www.inee.edu.mx/publicaciones/panorama-educativo-de-mexico-2018-educacion-basica-y-media-superior/>
- Kapp- Simon, K. (1986). Self-Concept of Primary-School-Age Children with Cleft Lip, Cleft Palate, or Both. *Cleft Palate Journal*, 23(1), 24-27
- Kapp-Simon, (2004). Psychological issues in cleft lip and palate. *US Nacional Library of Medicine, Nacional Intitutes of Healh*, 31(2), 347-52.
- Kapp-Simon, K. (1979). Self Concept of the Cleft Lip and or Palate Child. *Cleft Palate Journal*, 16(2), 81-85. Recuperado de <https://cleftpalatejournal.pitt.edu/ojs/cleftpalate/article/view/779>

- Kapp-Simon, K. A., Simon, D. J., & Kristovich, S. (1992). Self-Perception, Social Skills, Adjustment, and Inhibition in Young Adolescents with Craniofacial Anomalies. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 29(4), 352–356. [https://doi.org/10.1597/1545-1569\\_1992\\_029\\_0352\\_spssaa\\_2.3.co\\_2](https://doi.org/10.1597/1545-1569_1992_029_0352_spssaa_2.3.co_2)
- King, G. A., Shultz, I. Z., Steel, K., Gilpin, M. & Cathers, T. (1993) Self- evaluation and self-concept of adolescents with physical disabilities. *American Journal of Occupational Therapy* 47, 132-140. Recuperado de <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1872967>
- Knight, J., Cassell, C., Meyer, R. y Strauss, R. (2015). Academic outcomes of children with isolated orofacial clefts compared with children without a major birth defect. *Cleft Palate Craniofac Journal*, 52(3):259-268.
- La Rosa J, Restrepo MM, Torres EA. Descripción de asimetría facial en radiografía panorámica y determinación del tamaño mandibular en radiografía lateral de niños no sindrómicos de 6- 16 años con y sin hendidura labio palatina [Trabajo de Grado]. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás; 2007.
- Lee J, Nunn J, Wright C. (1996), Height and weight achievement in cleft lip and palate. *Arch Dis Child*; 75: 327 - 329.
- Liao, R., Zheng, Q., Shi, B., Wang, Y., Li, L., Dong.,...Yang, C. (2006). Preliminary study on self-concept psychological feature of cleft lip and palate adolescents. *Pub Med*, 24(3), 217-20.
- López, M. (2011). *Colección de juegos infantiles: juegos con los ojos vendados*. Recuperado de [http://museodeljuego.org/wp-content/uploads/contenidos\\_0000001254\\_docu1.pdf](http://museodeljuego.org/wp-content/uploads/contenidos_0000001254_docu1.pdf)

- López, M. y Vizcay, N. (s/f). *Manual de técnicas y dinámicas grupales*. Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoPreventivo/MANUALDETECNICASYDINAMICASGRUPALES.pdf>
- Marchago, J. (2002). Autoconcepto físico y dilemas corporales de la ciudadanía adolescente. *Revista Psicosocial*, 111(1), 23-28.
- Marcusson, A., Akerlind, I. y Paulin, G. (2001). Quality of life in adults with repaired complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*, 38, 379–385.
- Marcusson, A., Paulin, G., Ostrup, L. (2002). Facial appearance in adults who had cleft lip and palate treated in childhood. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 36:16–23.
- Márquez, M. (2012) La familia del niño(a) con hendidura labio palatina. *Acta Odontológica Venezolana*, 51(1).
- McWilliams, B. J. y Paradise, L. P. (1973). Educational, occupational and marital status of cleft palate adults. *Cleft Palate Craniofac Journal*. 10, 223– 229.
- Mejía, A. y Suárez, V. (2012). Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. *Archivos de investigación materno infantil*, IV(2), 55-62.
- Moleiro, O., Otero, I. y Nieves, Z. (2007) Aprendizaje y desarrollo humano. *Revista Iberoamericana de Educación*, 44(3), 1-9.
- Moll, S. (2014). *Actividad de autoconcepto: ¿Cómo soy? ¿Cómo me ven?: Justifica tu respuesta*. Recuperado de <https://justificaturespuesta.com/actividad-de-autoconcepto-como-soy-como-me-ven/>

- Moscovici, S. (1988). "Notes towards a description of social representations". *Journal of European Social Psychology*. 18, 211–250
- Murray, J. C. (2002). Gene/environment causes of cleft lip and/or palate. *Clin Genet*, 61(4), 248-56.
- Narro, R. J., Martuscelli, Q. J. y Bárzana,, G. E. (Coord.).(2012). *Plan de diez años para desarrollar el Sistema Educativo Nacional*. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM
- Navarrete-Hernández, E., Canún-Serrano, S., Valdés-Hernández, J.y Reyes-Pablo, A. E. (2017). Prevalencia de labio hendido con o sin paladar hendido en recién nacidos vivos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(3), 101-110
- Nicholls, W., Harper, C., Robinson, S., Persson, M. y Selvey, L. (2018). Adult-Specific Life Outcomes of Cleft Lip and Palate in a Western Australian Cohort. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 55(10), 1419-1429
- Nopoulos, P., Berg, S., Van Demark, D., Richman, L., Canady, J. y Andreasen, N. C. (2002). Cognitive dysfunction in adult males with nonsyndromic clefts of the lip and/or palate. *Neuropsychologia*, 40, 2178–2184.
- Ochoa, B., Ortiz, J., Padilla, K., Chacón, H. & Blanco, F. (2003). Casuística de 10 años de labio y paladar hendido en el Hospital Universitario de la UANL. *Medicina Universitaria*, 5(18), 19-24.
- Oosterkamp, B. C. M., Dijkstra, P. U., Rimmelink, H. J., Van, O. R., Goorhuls-Brouwer, S. M., Sandham, A. y Bont, L. G. M. (2007). Satisfaction with treatment outcome in bilateral cleft lip and palate patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*;36, 890–895.

- Organización Mundial de la Salud (1996). La gente y salud, ¿Qué es calidad de vida?. Foro mundial de la salud, 17, 385-387. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Vigilancia de anomalías congénitas manual para gestores de programas. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177241/9789243548722\\_spa.pdf;jsessionid=D1ABBF0920A945A927E8CA15166BB6E6?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177241/9789243548722_spa.pdf;jsessionid=D1ABBF0920A945A927E8CA15166BB6E6?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Anomalías congénitas. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- Orientados. (s/f). *Técnicas de grupo, las relaciones entre adolescentes y profesores*. Recuperado de <http://www.ceice.gva.es/orientados/profesorado/descargas/autoestima.pdf>
- Otero L, Gutiérrez S, Cháves M, Vargas C, Bermúdez L. (2007). Association of MSX1 with nonsyndromic cleft lip and palate in a Colombian population. *Cleft Palate Craniofac J* 2007; 44: 653 - 656
- Padrón, A., Achirica, M. y Collado, M. A. (2006). Caracterización de una población pediátrica con labio y paladar hendidos. *Cir Ciruj*; 74, 159-166
- Persson, M., Becker, M. y Svensson, H. (2012). Academic achievement in individuals with cleft: a population-based register study. *Cleft Palate Craniofac Journal*, 49, 153–159.
- Peter, J. P. y Chinsky, R. R. (1974). Sociological aspects of cleft palate adults: marriage. *Cleft Palate Craniofac Journal*, 11, 295–309.

- Peter, J. P., Chinsky, R. R. & Fisher, M. J. (1975) Sociological aspects of cleft palate adults: 3. Vocational and economic aspects. *Cleft Palate Journal* 12(2), 193-199.  
Recuperado de <https://cleftpalatejournal.pitt.edu/ojs/cleftpalate/article/view/572>
- Polifka J. (2002), Teratología Clínica en la Era de la Genómica. *Genética Médica*. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). *Canadian Medical Association Journal*. Ago 2002;167(3):265-273
- Pons-Bonals, A. (2017). Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel, *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*, 74(2).
- Puente, K. y Santos, M. G. (2018). Professional self-concept: Prediction of teamwork commitment. *Revista de Psicología*, 36(2), 465-490. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/20024/20027>
- Ramstad, T., Ottem, E. & Shaw, W. C. (1995). Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardised treatment of complete cleft lip and palate. Education, employment and marriage. *Scandinavian Journal of Plastic Surgery*, 29, 251–257
- Richman, L. C. y Eliason, M. (1986) Psychological Characteristics of Children with Cleft Lip and Palate: Intellectual, Achievement, Behavioral and Personality Variables. *Cleft Palate Journal*, 19(4), 249-257
- Romero, M.P. (2017). Significado del trabajo desde la psicología del trabajo. Una revisión histórica, psicológica y social. *Psicología desde el caribe*, 34(2), 120-138.  
Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v34n2/2011-7485-psdc-34-02-00120.pdf>



- Rumsey, N. y Stock, N. M. (2013) Living with a cleft: psychological challenges, support and intervention. *In: Berkowitz S, ed. Cleft Lip and Palate: Diagnosis and Management*. 3rd ed. Berlin: Springer-Verlag, 907–915.
- Salgado, P. R. (2020). La educación y el grado de escolaridad en México. Portal Politico del Ciudadano INEP, A.C. Recuperado de: <http://www.inep.org/biblioteca/17-mexico-social/8-la-educacion-y-el-grado-de-escolaridad-en-mexico>
- Salum-Fares, Aguilar y Reyes (2011). Relevancia de las dimensiones del autoconcepto en estudiantes de escuelas secundarias de ciudad victoria, Tamaulipas, México. *Revista electrónica Iztacala*, 14(2).
- Santoni-Rugiu, P. & Sykes, J. P. (2007). *A History of Plastic Surgery*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=KYv0A2QuRLkC&pg=PA214&lpg=PA214&dq=Clown+tord+skoog&source=bl&ots=Di0cQTAhbO&sig=ACfU3U3A7y0oEtyrd6Rakj4fZOOlyBj5\\_A&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjXvu7-7pHtAhUKbKwKHS9QDeYQ6AEwCnoECACQAg#v=onepage&q=Clown%20tord%20skoog&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=KYv0A2QuRLkC&pg=PA214&lpg=PA214&dq=Clown+tord+skoog&source=bl&ots=Di0cQTAhbO&sig=ACfU3U3A7y0oEtyrd6Rakj4fZOOlyBj5_A&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjXvu7-7pHtAhUKbKwKHS9QDeYQ6AEwCnoECACQAg#v=onepage&q=Clown%20tord%20skoog&f=false)
- Secretaría de Educación Pública. (2017). *Aprendizajes Clave, para la Educación Integral*. Recuperado de [http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/10933/1/images/Aprendizajes\\_clave\\_para\\_la\\_educacion\\_integral.pdf](http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/10933/1/images/Aprendizajes_clave_para_la_educacion_integral.pdf)
- Secretaría de Salud. (2006). Prevención, Tratamiento, Manejo y Rehabilitación de Niños con Labio y Paladar Hendido, México, D. F.
- Secretaría de Salud. (2015). Anuario de Epidemiología 1984-2015. Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

- Serrano, C. A., Ruíz, J. M., Quinceno, L. F. y Rodríguez, M. J. (2009). Labio y/o paladar hendido; una revisión. *Revista UstaSalud* 8(1), 44-52.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Sinko, K., Jagsch, R., Prechtel, V., Watzinger, F., Hollmann, K. y Baumann, A. (2005) Evaluation of esthetic, functional, and quality-of-life outcome in adult cleft lip and palate patients. *US Nacional Library of Medicine, Nacional Intitutes of Health*, 42(4), 355-61.
- Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones. (2018). *Comité Técnico Especializado de Estadísticas del Trabajo y Previsión Social*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/consultapublica/doc/descarga/SINCO2018/proyecto/presentacion\\_sinco2018.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/consultapublica/doc/descarga/SINCO2018/proyecto/presentacion_sinco2018.pdf)
- Stock, N. M., Billaud, F. B. y Rumsey, N. (2015). It Doesn't All Just Stop at 18": Psychological Adjustment and Support Needs of Adults Born With Cleft Lip and/or Palate. *The Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 52(5) pp. 543–554
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tresserra. L. (1986). Labio leporino: evolución histórica. *Revista Catalanés*, 10, 31-39.
- Turner, S., Rumsey, N. y Sandy, J. (1998). Psychological aspects of cleft lip and palate. *Eur Journal Orthod*, 20(4), 407-415
- UNICEF (2018). Panorama educativo de la población indígena y afrodescendiente 2017.
- Universidad Nacional del Nordeste. (2010). Clase social y nivel socioeconómico. Recuperado de

<https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/Clase%20social%20y%20Nivel%20Socio%20-%20Económico.pdf>

- Valero, A. (2002). Aspectos psicológicos de la persona con fisura palatina. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología, XXII(1)*, 2-8
- Van Der Plas, E., Caspell, C. J., Aerts, A. M., Tsalikian, E., Richman, L. C., Dawson, J. D., Nopoulos, P. y Height, B. M. I. (2012). And pituitary volume in individuals with and without isolated cleft lip and/or palate. *Pediatr Res;71(5):612-618*
- Vanegas, A. (2018), Sistematización del archivo de modelos del programa de malformaciones craneofaciales UMIMC-Bosque-FISULAB, UNIVERSIDAD EL BOSQUE PROGRAMA DE ODONTOLOGIA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA BOGOTA DC.-
- Vera, M. V. y Zebadúa, I. (2002). *Contrato pedagógico y autoestima*. México. Colaboraciones libres.
- Villanueva, R. (2003): *Políticas de desarrollo humano y necesidades de aprendizaje*. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Calle, L. A., Naranjo, M., Osorio, J. y Jaramillo, M. (2008). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido. *Pensamiento Psicológico, 4(10)*, 123-135.
- Voigt A, Radlanski R, Sarioglu N, Schmidt G. (2017), Cleft lip and palate. *Pathologe. 38 (4): 241-247.*
- Wehby, G. L., Collet, B., Barron, S., Romitti, P. A., Ansley, T. N. y Speltz, M. (2014). Academic achievement of children and adolescents with oral clefts. *Pediatrics, 133(5):785-792*

Zambrano MA, López J, López M, Rojas N. Estudio comparativo del análisis cefalométrico posteroanterior de padres con hijos con labio y/o paladar hendido no sindrómico y de padres con hijos sin hendidura. Ustasalud 2006; 5: 15 - 25.

## 14) ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario de Evaluación de Autoconcepto Forma AF-5

#### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO FORMA AF-5

FECHA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

GÉNERO:        MASCULINO                      FEMENINO

A continuación, encontrarás una serie de frases en las cuales se hacen afirmaciones relacionadas con tu forma de ser y de sentirte. Después de leer cada frase, rodea con un círculo la opción de respuesta (1, 2, 3, 4 o 5) que exprese mejor tu sentir con lo que cada frase te dice.

**5 = Siempre    4 = Casi siempre    3 = A veces    2 = Casi nunca    1 = Nunca**

1.- HAGO BIEN LOS TRABAJOS ESCOLARES (profesionales)	5	4	3	2	1
2.- HAGO FÁCILMENTE AMIGOS	5	4	3	2	1
3.- TENGO MIEDO DE ALGUNAS COSAS	5	4	3	2	1
4.- SOY MUY CRITICADO EN CASA	5	4	3	2	1
5.- ME CUIDO FÍSICAMENTE	5	4	3	2	1
6.- MIS SUPERIORES (PROFESORES) ME CONSIDERAN UN BUEN TRABAJADOR	5	4	3	2	1
7.- SOY UNA PERSONA AMIGABLE	5	4	3	2	1
8.- MUCHAS COSAS ME PONEN NERVIOSO	5	4	3	2	1
9.- ME SIENTO FELIZ EN CASA	5	4	3	2	1
10.- ME BUSCAN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS	5	4	3	2	1
11. TRABAJO MUCHO EN CLASE (EN EL TRABAJO)	5	4	3	2	1

12. ES DIFÍCIL PARA MÍ HACER AMIGOS	5	4	3	2	1
13.- ME ASUSTO CON FACILIDAD	5	4	3	2	1
14.- MI FAMILIA ESTÁ DESEPCIONADA DE MÍ	5	4	3	2	1
15.- ME CONSIDERO ELEGANTE	5	4	3	2	1
16.- MIS PROFESORES ME ESTIMAN	5	4	3	2	1
17.- SOY UNA PERSONA ALEGRE	5	4	3	2	1
18.- CUANDO LOS MAYORES ME DICEN ALGO ME PONGO MUY NERVIOSO	5	4	3	2	1
19.- MI FAMILIA ME AYUDARÍA EN CUALQUIER TIPO DE PROBLEMAS	5	4	3	2	1
20.- ME GUSTA COMO SOY FÍSICAMENTE	5	4	3	2	1
21.- SOY UN BUEN TRABAJADOR/A (ESTUDIANTE)	5	4	3	2	1
22.- ME CUESTA HABLAR CON DESCONOCIDOS	5	4	3	2	1
23.- ME PONGO NERVIOSO CUANDO ME PREGUNTA EL PROFESOR (SUPERIOR)	5	4	3	2	1
24.- MIS PADRES ME DAN CONFIANZA	5	4	3	2	1
25.- SOY BUENO HACIENDO DEPORTE	5	4	3	2	1
26.- MIS PROFESORES (SUPERIORES) ME CONSIDERAN INTELIGENTE Y TRABAJADOR/A	5	4	3	2	1
27.- TENGO MUCHOS AMIGOS	5	4	3	2	1
28.- ME SIENTO NERVIOSO	5	4	3	2	1
29.- ME SIENTO QUERIDO POR MIS PADRES	5	4	3	2	1
30.- SOY UNA PERSONA ATRACTIVA	5	4	3	2	1

## Anexo 2. Formato de entrevista semiestructurada a adultos con secuelas de labio paladar hendido (LPH)

**INSTRUCCIONES:** A continuación, le realizaré una serie de preguntas con referencia al Labio y/o Paladar Hendido (LPH), deberá contestar sinceramente. Este instrumento nos ayudará a conocer información importante en lo que respecta al desarrollo educativo y laboral de las personas que presentan secuelas de LPH para proponer nuevas estrategias de apoyo.

Recuerde que todas sus respuestas son confidenciales y no se revelará su identidad. Agradecemos la información que usted nos proporcione, la cual será muy valiosa para la investigación.

### DATOS PERSONALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: VARÓN  MUJER  NIVEL DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ DEPENDIENTES

ECONOMICOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_

### GENERALIDADES

- 1.- ¿A qué edad terminó el tratamiento del LPH? ¿por qué?
- 2.- ¿Cuántas cirugías le realizaron debido al LPH? ¿le faltaron?
- 3.- ¿Cuándo era niño o en algún momento, sus padres y/o tutores le explicaron que era el LPH?
- 4.- ¿Usted buscó información al respecto del LPH? ¿En dónde?

### DESARROLLO EDUCATIVO

- 5.- ¿Cuál fue su último grado de estudios?
- 6.- ¿Le habría gustado seguir estudiando? ¿por qué no lo hizo? (opcional)
- 7.- A diferencia de sus compañeros de escuela ¿usted piensa que su formación educativa fue más complicada a causa del LPH? ¿de qué manera?
- 8.- ¿Considera que enfrentó dificultades en su aprendizaje por secuelas del LPH? ¿podría dar un ejemplo?
- 9.- ¿Usted cree que su rendimiento educativo se vio obstaculizado a causa del LPH? ¿de qué manera?

10.- ¿Sufrió burlas, bullying o discriminación durante su etapa escolar a causa del LPH? ¿en qué etapa? ¿podría contarme cómo lo hizo sentir? ¿Alguien lo apoyó en esas situaciones?

11.- ¿Considera que en algún momento durante su educación recibió un trato diferente por tener LPH? ¿podría explicarme cómo?

12.- ¿Se sintió en desventaja por tener LPH en comparación de sus compañeros de clase o de escuela? ¿En qué forma?

13.- ¿Considera que el nivel de estudios alcanzados fue limitado por el LPH? ¿por qué? ¿Qué le motivo a seguir estudiando?

### **DESARROLLO LABORAL**

14.- ¿Cuál fue su primer empleo? ¿Qué edad tenía?

15.- ¿Cree que le han negado un empleo a causa de las secuelas del LPH? ¿Por qué considera que se lo negaron?

16.- ¿Considera que durante su historial laboral ha sufrido un trato diferente por parte de compañeros o jefes por tener LPH? ¿de qué manera?

18.- ¿Cree que el LPH ha limitado su desarrollo profesional? ¿de qué forma?

19.- ¿Se encuentra satisfecho (a) con el trabajo que realiza ahora? ¿por qué?

20.- ¿Le gustaría trabajar en otro oficio? ¿Qué le ha impedido hacerlo?

21.- ¿Cómo se visualiza en un futuro en el ámbito laboral?

### **DESARROLLO SOCIOAFECTIVO**

22.- Actualmente ¿Cuál es su estado civil? ¿con quién vive?

23.- ¿Se le ha dificultado establecer relaciones sociales?

22.- ¿A lo largo de su vida enfrentó dificultades para establecer relaciones de pareja?

23.- ¿Considera que el LPH, limitó de alguna manera esa parte de su vida? ¿De qué forma?

24.- ¿Ha tenido algún tipo de tratamiento psicológico en algún momento de su vida que le permitiera superar las dificultades que el LPH, le ha presentado?

26.- ¿Hay alguna experiencia o comentario que le gustaría platicar respecto a lo que hemos tratado en la entrevista?



### Anexo 3. Escala AMAI

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

Sin Instrucción ( ) Preescolar ( ) Primaria completa ( ) Primaria incompleta ( ) Secundaria completa ( ) Secundaria incompleta ( ) Preparatoria completa ( ) Preparatoria incompleta ( ) Licenciatura completa ( ) Licenciatura incompleta ( ) Posgrado ( )

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

0 ( ) 1 ( ) 2 ó más ( )

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

0 ( ) 1 ( ) 2 ó más ( )

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

NO TIENE ( ) SÍ TIENE ( )

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ó más ( )

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

RESPUESTA PUNTOS

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ó más ( )

Puntaje \_\_\_\_\_

Nivel \_\_\_\_\_

## Anexo 4. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada por el Psic. Salvador Enriquez Hernández, de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, y dirigida por la Dra. Laura Padilla Castro como parte del Programa de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva. La meta de este estudio es conocer el nivel de autoconcepto en adultos con secuelas de Labio Paladar Hendido y su relación con el nivel educativo y laboral, con la finalidad de diseñar propuestas de estrategias que permitan atender esta población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, una escala de autoconcepto y una encuesta relacionadas a su nivel educativo y laboral. Esto tomará un momento de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará (audio), de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Agradecemos su participación.

---

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en esta investigación, que realiza el Psic. Salvador Enriquez Hernández, he sido informado (a) de los objetivos de la investigación.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

## **Anexo 5. Propuesta de Intervención psicológica en Adultos con LPH**

### **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

Este programa, es una propuesta de intervención psicológica que está dirigido a hombres y mujeres de entre 18 y 43 años de edad, que presentan secuelas de labio y/o paladar hendido y que representan a una de las minorías diversas de la población, debido a la condición medica con la que nacieron y a las dificultades a las que enfrentaron en sus distintos procesor quirúrgicos y reavilitatorios.

Dicho programa de intervención consistirá en 12 sesiones, las cuales se desarrollarán en tiempos fijos de aproximadamente una hora y media, durante las primeras sesiones se motivará a los participantes, para que se sientan en confianza. La primera fase del programa se enfocará en trabajar de forma exploratoria, sus experiencias relacionadas a la condición del LPH. En el segundo bloque de sesiones, se trabajará, con constructos psicológicos, como lo son: Autoimagen, Autoestima y Autoconcepto.

Los materiales utilizados en cada sesión serán proporcionados por el coordinador de la intervención con la finalidad de no generar gastos en los participantes. Por la ubicación geográfica de los participantes, este programa, se realizará en las instalaciones de la Escuela de Estudios Superiores del Jicarero, UAEM, ubicada en el municipio de Jojutla, Morelos, México.

El diseño de las actividades a desarrollar en cada bloque, así como de los temas que se abordarán, son el resultado de los datos obtenido en la presente investigación.

<b>SESIÓN 1</b>	
Es importante que los participantes del programa conozcan los objetivos a desarrollar dentro del programa de intervención, que se realice un encuadre del mismo donde se establezcan las reglas, duración del mismo, objetivos y las personas que colaboraran.	
Objetivo: Que los participantes conozcan a los demás miembros del grupo, se establezcan los objetivos del programa, se familiaricen con los terapeutas encargados del grupo, se establezca un primer rapport y encuadre.	
Participantes	De 8 a 10 participantes.
Tiempo	1 Hora.
Material	Papelografo, plumón y madeja de estambre.
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto y psicólogo observador.
Actividad	<p>En este módulo se trabajará en 1 bloque, de la siguiente manera:</p> <p>Se realizará una dinámica de presentación, para que todos los participantes se conozcan, para ello se necesitara una madeja de estambre, la cual se irán aventando uno a otro, iniciando con el coordinador. Al momento de tener la madeja de estambre, el participante tendrá que decir su nombre, su edad y a que se dedica, cuando termine aventara la madeja a cualquiera de sus compañeros que estarán reunidos en círculo.</p> <p>Al terminar la presentación y hacer divertida la dinámica, habrá que buscar el inicio de la madeja de estambre, la cual se habrá perdido al estar enviando la madeja de un lado a otro.</p> <p>Se pegará un papelografo en una superficie visible para todos los miembros del grupo, y se les pedirá a los participantes que propongan una serie de normas que les gustaría se respetaran de todas las sesiones con la finalidad de establecer un reglamento de trabajo mismas que ellos mismos escribirán en el papelografo.</p>
Estrategias	El psicólogo encargado iniciará la actividad, dando una pequeña introducción respecto a la importancia e impacto de las intervenciones quirúrgicas y pedirá a los participantes platicar sus experiencias personales respecto al tema, haciendo énfasis en las emociones y sentimientos que experimentaron.
Evaluación	Diario de Campo

	Indicadores: Iniciativa personal, Sociabilidad, Comunicación, Presencia corporal
--	--

<b>SESIÓN 2</b>	
La importancia de las creencias y fantasías que las personas tienen acerca del LPH, influye de forma determinante en las decisiones que los individuos con ésta condición toman respecto a sus tratamientos quirúrgicos y rehabilitatorios.	
Objetivo: Desmitificar las distintas creencias, saberes o fantasías que los participantes han generado respecto a la condición de LPH, a lo largo de su vida, para generar una conciencia que les permita tomar decisiones asertivas y con mayor información respecto a sus tratamientos y alternativas.	
Participantes	De 8 a 10 participantes.
Tiempo	1 Hora 30 minutos.
Material	Ninguno.
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto y psicólogo observador.
Actividad	Los participantes compartirán en plenaria las distintas explicaciones que ellos conocen respecto a la causa del LPH, y la información con la que ellos cuentan, así como, la forma en que los hace sentir las respectivas ideas que ellos tienen sobre vivir con esta condición.
Estrategias	El psicólogo encargado comenzará la actividad bajo la consigna: ustedes ¿Cuál creen que sea el origen de su condición? ¿Cómo fue que obtuvieron la información? y ¿Cómo se han sentido respecto a las causas de su condición?; para finalizar la sesión el psicólogo encargado cerrará con una explicación sencilla con información científica referente al LPH.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Iniciativa personal, Sociabilidad, Comunicación, Presencia corporal

### SESIÓN 3

Los resultados de las intervenciones quirúrgicas, así como, las experiencias, vividas por las personas con LPH, determinan en gran medida la continuidad o abandono de los tratamientos rehabilitatorios.

Objetivo: Que los participantes del proyecto hablen de sus experiencias quirúrgicas, el número de intervenciones, así como de los motivos por los cuales no continuaron con sus tratamientos en caso de no terminar con él, con la finalidad de compartir experiencias tanto positivas como negativas acerca del tratamiento.

Participantes	De 8 a 10 participantes
Tiempo	1 hora 30 minutos
Material	Ninguno
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto y psicólogo observador.
Actividad	Los participantes compartirán en plenaria sobre sus experiencias quirúrgicas, tratamientos dentales y terapias de lenguaje.
Estrategias	El moderador o psicólogo encargado iniciara la actividad, ejemplificando como deben realizarla los niños (as) para que se sientan en confianza y puedan hacerlo sin sentirse cohibidos, estableciendo un clima de confort dentro del grupo.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Expresión de ideas, Verbalización, Autonomía, Comprensión de actividad

#### SESIÓN 4

Las dificultades que se presentan durante el desarrollo educativo resultan como un factor importante en el abandono de estudios, repercutiendo en la vida laboral y por ende en la calidad de vida de los individuos.

Objetivo: que los participantes compartan y reflexionen sobre el nivel de estudios alcanzado, con la finalidad de puntualizar las distintas problemáticas que los llevaron a abandonar los estudios, así como identificar aquellas relacionadas a la condición de LPH.

Participantes	De 8 a 10 participantes.
Tiempo	1 Hora y 30 minutos.
Material	
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto y psicólogo observador.
Actividad	En plenaria los participantes expondrán su último grado de estudios, al tiempo que comparten a sus compañeros los motivos por los cuales dejaron de estudiar y las problemáticas que ellos creen están relacionadas a la condición de LPH.
Estrategias	El psicólogo encargado del proyecto iniciará la sesión invitando a los participantes a exponer su grado de estudios, así como los motivos que los llevaron a no continuar con los mismos, tratando de puntualizar las problemáticas relacionadas con el LPH.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Expresión de emociones, Expresión de sentimientos, Fluidez, Compartir actividades, Sociabilidad

## SESIÓN 5

El acoso escolar es una forma de violencia física o emocional y psicológica que resulta perjudicial para vida adulta, ya que puede causar inseguridad en la persona o complicaciones en las relaciones sociales y/o socio afectivas

Objetivo: Explorar sus experiencias relacionadas al acoso escolar, con la finalidad de conocer y asimilar, las emociones y sentimientos que dichas experiencias generaron en su vida.

Participantes	De 8 a 10 participantes.
Tiempo	1 hora y 30 minutos
Material	Tres cajas, contenedores o bolsas, papelitos con las 6 emociones básicas
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto, psicólogo observador
Actividad	En esta actividad se alinearán 3 cajas con 2 emociones cada una, los sujetos pasaran a tomar 1 por cada caja, de acuerdo a las emociones que vaya encontrando se mencionara una experiencia personal en la etapa escolar en relación a estas, si los sujetos desean participar una vez más, se considerara.
Estrategias	El psicólogo encargado de esta dinámica dará una introducción acerca de lo que son las emociones y la importancia de saber identificarlas para determinadas situaciones
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Emocional, empatía, ambiente de confianza.



## SESIÓN 6

La discriminación es entendida como el rechazo o trato desigual a una persona o colectivo de personas por cuestiones de diferencias, ya sean religiosas, culturales, raciales, físicas o mentales; por lo que afectan a las minorías sociales y personas con alguna discapacidad o diferencia física.

La gran mayoría de los participantes de este proyecto han manifestado sentirse rechazados laboralmente en algún momento de su experiencia laboral debido a su apariencia física.

Objetivo: los participantes expondrán sus experiencias de rechazo y discriminación laboral, así como la forma en que lo enfrentaron o resolvieron, con la finalidad de generar estrategias que les permitan superar nuevas experiencias en este ámbito.

Participantes	De 8 a 10 participantes.
Tiempo	1 Hora y 30 minutos
Material	Situaciones prediseñadas
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto psicólogo observador.
Actividad	Se formarán dos equipos de 4 o 5 integrantes a cada uno de ellos se les darán 15 minutos para crear una pequeña escena con temática de rechazo, discriminación laboral y cómo actuarían ante la situación.
Estrategias	El psicólogo deberá comprender las situaciones laborales a las que se ven expuestos debido al LPH, puntualizar y retroalimentar con herramientas que serán útiles ante situaciones en el trabajo.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Iniciativa personal, Sociabilidad, Comunicación y Presencia corporal.

## SESIÓN 7

Con el lenguaje se participa en la construcción del conocimiento y en la representación del mundo que nos rodea, se organiza el pensamiento, se desarrollan la creatividad y la imaginación, y se reflexiona sobre la creación discursiva e intelectual propia y de otros; una de las limitaciones que presentan las personas que viven con secuelas de LPH, desde su primer infancia y que continúa en la etapa adulta de no recibir terapia de lenguaje, estará relacionada con la comunicación verbal.

Objetivo: expresar sus sentimientos y emociones respecto a las limitaciones de lenguaje que han experimentado a lo largo de su vida, con la finalidad de compartir experiencias y estrategias para afrontar este problema.

Participantes	De 8 a 10 participantes.
Tiempo	1 Hora 30 minutos.
Material	Pañuelos.
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto psicólogo observador.
Actividad	A los sujetos se les vendarán los ojos y ellos escogerán a uno de sus compañeros que los guiarán, utilizando solamente la voz para seguir instrucciones y siendo vigilados por el psicólogo para evitar algún accidente, al llegar al punto de reunión se quitarán la venda de los ojos y podrán expresar su experiencia acerca de lo que sintieron durante todo el recorrido.
Estrategias	El psicólogo hará una reflexión acerca de las limitaciones que tienen las personas con malformaciones congénitas, haciendo hincapié en el grado de severidad.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Trabajo colaborativo, confianza, reflexión, comunicación

### SESIÓN 8

Una de las características principales del ser humano, es ser un ser social y afectivo, pues esta característica le permite desde los inicios de la vida la subjetivación del mundo y la construcción de la realidad.

Objetivo: reflexionar y compartir con los demás participantes sus experiencias en el ámbito de sus relaciones sociales y afectivas, con la finalidad de expresar sentimientos y emociones respecto a mencionadas experiencias.

Participantes	De 8 a 10 participantes
Tiempo	2 Horas
Material	Hojas, plumas y sobres de carta.
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto y psicólogo observador
Actividad	Después de varias sesiones que los sujetos se encuentren en más confianza se les dará una hoja donde escribirán una carta que se van a mandar para ellos mismos, pero desde otra persona, contarán una historia o experiencia agradable o desagradable que se guardara en un buzón y se repartirán al azar, se leerán y se entregaran a las personas que creen que son los propietarios
Estrategias	El psicólogo deberá hacer énfasis en la importancia de cómo nos relacionamos y percibimos ante los demás
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Empatía, comunicación, relaciones interpersonales.

## SESIÓN 9

La autoimagen corporal es la representación psíquica que tenemos de nosotros mismos, se construye a partir de la relación con otras personas, las opiniones de conocidos y las experiencias de vida, está fuertemente relacionada con la autoestima y el autoconcepto.

Objetivo: Que los participantes reflexionen sobre su autoimagen, la construcción de ésta y la forma en cómo los hace sentir, con la finalidad de reflexionar si ésta es determinante en su vida.

Participantes	De 8 a 10 participantes
Tiempo	1 hora y 30 minutos
Material	
Moderador	Psicólogo encargado del proyecto y psicólogo observador
Actividad	<p>El encargado de esta actividad indicará que los participantes, deben pensar en el futuro y en cómo se imaginan a sí mismos dentro de algunos años. En primer lugar, deben cerrar los ojos e imaginarse a sí mismos dentro de 10 años. Cuando hayan cerrado los ojos, el instructor, deberá hacer una serie de preguntas, dando un espacio de tiempo entre cada pregunta para que imaginen la respuesta. Las preguntas que debe realizar son las siguientes: “¿Cómo te imaginas físicamente dentro de 10 años?”, “¿Qué estás haciendo en ese momento?”, “¿Con quién vives?”, “¿Qué amigos tienes?”, “¿Cómo es la relación con tus padres?”, “¿Tienes pareja?”, “¿Tienes hijos?”, “¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?”, “¿Eres feliz?”, “¿De qué te sientes orgulloso?”, “¿Qué te haría falta por hacer?”.</p> <p>Al finalizar, se podrá comentar lo que imaginaron, si es que creen que podrán lograrlo y qué es lo que podría impedir que eso ocurriera.</p>
Estrategias	El psicólogo deberá contener situaciones que no sean favorables descritas por los participantes, a fin de explicar que las situaciones deben plantearse y orientarse a que se cumplan de la manera más cercana posible.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Expresión de ideas, Autonomía, Iniciativa Personal, Fluidez, Escucha activa, expresión de emociones y autocrítica

## SESIÓN 10

La autoestima es la manera en la que nos valoramos y nos vemos ante los demás, tener una autoestima baja puede influir en la relación con el otro ya que deja expuesto al sujeto a determinadas situaciones de críticas que pueden desencadenar problemas psíquicos

Objetivo: Los sujetos indagarán sobre la importancia que tiene la autoestima y como se valora frente al otro con la finalidad de iniciar un proceso de aceptación y valoración de sus cualidades personales.

Participantes	De 8 a 10 participantes.
Tiempo	2 Horas
Material	Papel y Lápiz
Moderador	Psicólogo o docente encargado del niños y encargado del proyecto
Actividad	Se pedirá a los participantes que tome dos pedazos de papel y escriba dos cualidades, una que crea que lo represente y otra que sea de manera general, que encaje con la mayoría. Ya que todos hayan concluido, deberán introducir en una bolsa, que, en conjunto, será una bolsa llena de cualidades positivas. Uno a uno, deberán tomar dos papeles al azar, y deberán entregárselas a distintos participantes que consideren que esa cualidad pueda identificarlo, explicando en ese momento, el por qué cree que lo identifica. Al finalizar, todos deberán tener una cualidad y deberán explicar cómo se sienten con ella, si es la que habían escrito que los identifica o si es algo nuevo para ellos.
Estrategias	Se trabajará con la autoestima, emociones y la empatía, por lo cual, es necesario que el instructor, mencione los conceptos al término de la actividad, a manera de retroalimentación.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Autoestima, empatía, emociones, confianza.

## SESIÓN 11

El autoconcepto: Se forma por la imagen que tenemos de nosotros mismos y la información que recibimos de los demás en relación con nuestra persona; Lo representamos en el abierto escenario social a través de nuestra apariencia física, expresiones, actitudes y comportamientos.

Objetivo: Trabajar con el autoconcepto de los participantes, de manera física, social, emocional y académica/laboral, para desarrollar en ellos un autoconcepto apegado a la realidad.

Participantes	De 8 a 10 participantes
Tiempo	2 Horas
Material	Papel, Lápiz, Colores, Cartulinas, Plumones, Revistas, Periódicos, Rotuladores, Fotos, Tijeras y Pegamento.
Moderador	Psicólogo o docente encargado del niños y encargado del proyecto
Actividad	<p>Se reparte a cada participante un papel del tamaño aproximado de una tarjeta. El cual tendrá en cada lado, escrito <i>¿Cómo soy?</i> En donde deberá explicar cómo se desarrolla en aspectos educativos, laborales, sociales, familiares y emocionales y en la otra cara <i>¿Cómo me ven?</i> En donde las demás personas contestarán los mismos aspectos mencionados, junto con estos títulos debe aparecer también en ambas caras un espacio para poner su nombre. El moderador, deberá intercambiar las tarjetas, de manera que no observen lo que han escrito de ellos mismos, para que el resto del grupo escriba en "<i>¿Cómo me ven?</i>", siendo solamente tres personas, de igual manera.</p> <p>Para terminar, los participantes regresarán sus tarjetas y posterior los que así lo deseen podrán leerlas en público y participar en cómo se sintieron.</p>
Estrategias	El moderador, deberá cuidar que no se trate de copiar o ser repetitivo en las cualidades que los otros ponen sobre los demás participantes, así mismo, asegurarse de que todos hayan cumplido con el número de puntos y que participen en su totalidad.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Asertividad, empatía, confianza, autoconcepto.

## SESIÓN 12

La importancia del cierre es que se podrá abordar temas o situaciones que se han desarrollado durante los talleres, que podrán expresados por última vez dentro de un grupo, esto permitirá que los sujetos tengan un sentimiento de conclusión sobre lo que se implementó e informó dentro de las sesiones.

Objetivo: Los participantes reflexionaran sobre el impacto que ha tenido en ellos el asistir en este proceso de intervención y compartir con otras personas, que viven con la misma condición de LPH.

Participantes	De 8 a 10 participantes.
Tiempo	2 Horas
Material	Ninguno.
Moderador	Psicólogo o docente encargado del niños y encargado del proyecto
Actividad	<p>Se pedirá a los participantes que representen dos escenas, en la primera se verá cómo llegaron al curso o taller. En la segunda se debe actuar cómo se van, será el contraste de los primeros encuentros. Para ello, es necesario dar un tiempo para pensar las escenas y luego generar un contexto y clima de teatro. Acomodar las sillas como si fueran butacas mirando hacia un escenario.</p> <p>Luego de que todos los grupos hayan realizado las representaciones se puede abrir un espacio de reflexión final. Este último momento posibilita manifestar y reforzar las ideas que se actuaron.</p>
Estrategias	Se deberá agradecer la participación de los integrantes del taller, resaltando, reconociendo y dando una retroalimentación de lo mostrado en escena, sobre la metamorfosis de las personas a través de las actividades.
Evaluación	Diario de Campo Indicadores: Expresión, emociones.

Cuernavaca, Morelos, a 30 de octubre del 2020

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Nivel de autoconcepto y su relación con los niveles educativo y laboral en adultos con secuelas de labio y/o paladar hendido**" elaborada por el alumno **Salvador Enríquez Hernández** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**DR. EDUARDO HERNÁNDEZ PADILLA**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.



Cuernavaca, Morelos, a 30 de octubre del 2020

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Nivel de autoconcepto y su relación con los niveles educativo y laboral en adultos con secuelas de labio y/o paladar hendido**" elaborada por el alumno **Salvador Enríquez Hernández** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**MTRA. DANIVIA LÓPEZ GARCÍA**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.

Cuernavaca, Morelos, a 30 de octubre del 2020

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Nivel de autoconcepto y su relación con los niveles educativo y laboral en adultos con secuelas de labio y/o paladar hendido**" elaborada por el alumno **Salvador Enríquez Hernández** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**DR. LEONARDO MANRIQUEZ LÓPEZ**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.

Cuernavaca, Morelos, a 30 de octubre del 2020

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Nivel de autoconcepto y su relación con los niveles educativo y laboral en adultos con secuelas de labio y/o paladar hendido**" elaborada por el alumno **Salvador Enríquez Hernández** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**DR. ELISEO GUAJARDO RAMOS**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.

Cuernavaca, Morelos, a 30 de octubre del 2020

**ASUNTO:** Voto aprobatorio

**CONSEJO INTERNO DE POSGRADO**

**P R E S E N T E.**

Certifico que la tesis "**Nivel de autoconcepto y su relación con los niveles educativo y laboral en adultos con secuelas de labio y/o paladar hendido**" elaborada por el alumno **Salvador Enríquez Hernández** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

**A T E N T A M E N T E**

"Por una humanidad culta"

**DRA. MARÍA DEL CARMEN PAMPLONA FERREIRA**  
**COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**EDUARDO HERNANDEZ PADILLA | Fecha:2020-11-05 18:36:23 | Firmante**

WsvJFqGmKRaoPVCQUTG3zN2IW102ykBM3T3G4LCP9h3657uU7kuUrmPaPbTUpI9qdCLDL4qdSKESAmfuKvE/je9iY+IKmTrv1bzlZ5BAGMTfbl93RWnJ1XZALO+/MiFPNhoVsbI/2Eyc6EDsmYKbMnDmQpK65S3STf6BdtUiiUyJtwGUNzWNT7YJrJ1x1m13cr5CDZK/8sDS4a9yM45uScIInFGHqEaptr3XogTr7tWrcOzTz6o9mjjilwU3qeWlffXRN6tKda8qFihPCzyliVQfBwreB3Txi8awGVH4EH4oZelY6sQim/eUelAorr/NPaTyLAgayNjuSLKAtM9ew==

**MARÍA DEL CARMEN PAMPLONA FERREIRA | Fecha:2020-11-05 21:24:33 | Firmante**

STJgcm1Im1N3+PssajJKaZNMGTfPon/GkccUOCFTEa6zAEnKE+xcCEIKJsT9mflmq01uJEy2UkcjmmggGQDj59IG8Z/w65HGRF3Gt8vB6446OxsGmwsVNHmt7qK++7lwxZjRVCKEUDQp5AA+UtyS02u3nS0eDjt3orObDij/SF8A0WVs2iud/ce3WNGmKxJ9leTLA9lbyDYRAIS1g3E35rDkV7KJYgxLXU5bJYvm+llgNqPw+ASwBkDwARikgBSzS+jOmNsZJLgEgChVnzUuxozjir98eR59zAUfQUH3IP4dfoncR68JG9Lmy73niAWR2WuyzJKDzFR/ZAwtmPQ==

**DANIVIA LOPEZ GARCIA | Fecha:2020-11-05 21:28:11 | Firmante**

RelnNjglEYIZ/PU9F9JJOBBwI0PnAWuqEn41tsd+GVhO54ecLXDPeZa3pKBWIAhpuL4WVVVVF/ip2wEjSgFyiy5Mp/eYWjoXFVtfLaEf7PQ4H3SrfipXPA7um/Fj5UnhZJsnU3xS1S z51IEX3SkUptNSABw0Wz8n15KtoECZAYzvPrLlUuqHlkomXFfPBGzr5FshmjSJTaXpcoaCAatooZ2gWJsm4rTFCUFp/b2Bt+Ek9V9K1XhTtWjLfhKmrQ8nSj0Qt1jRyesL0ccvhpE06nSCuY28FGMctilsxijUPe7bZ4usJcBfVv+k40Z1PeORNNuMg55CRnEf1y3RqxKfA==

**ELISEO GUAJARDO RAMOS | Fecha:2020-11-06 17:31:08 | Firmante**

Q7fwE+NtaSjILtuJ777vcU05pMdTzj2+b+8kBg95rla4fkqn0tQUArG/HWzUy3k3+yneHZtoAhObqP+8lqPwK6N9PX0kNh7fXn94jY0g/UVa+LxOaRqXajEYUvnt8mnJSqsqzfned15z vX1Jm+XUsl.dl4DhzhllIKNaE1o/ajf4Rjtvajb+vtGzNJQjeJKeDqxL4LlcaToyEKP4KBda0J2jcW4UOgVcsyFxxcrncb+el0XbGwAayg7e56yFqYpP3GmcUR9Ej8o/XMJCeQ17oQnJkHqnODuBzXWMyRiGAXuw3Sy6JcAqDxbdBq+7PkfixmWTYiHgVjaumuYYCzEXQ==

**LEONARDO MANRIQUEZ LOPEZ | Fecha:2020-11-17 14:18:29 | Firmante**

QbEhF+Ecyf7hBGSnEzyPgbUcF1JOSw33rAuG1PbVK8CGboMXdJO8YyfrDmlRb1dsyqmQhBWF9AcRfhEecAwTbfAtHj14OoEZow0eOrrPmSVMCGwXJTrYEHD4CNXDZwkbx m3HbmH4UJp6BZJAYDBCQgdXfapPwG3OQiNplmXuPd4z+j9n7HXOcG8HFDm+606y7fH2uEHw7SbqsQYtygbayucgTl8WFNPSLqlSKf2ewqVC6UHkuMG1xlQoJfNIVJHI1Xld79laeTttBUCfX8yvQ5KHIUGXkp0wzi83JLqyJRYLDzXVvXaHkZIYSA0uiN26RZJm2QfLZ/a1bHfypEjQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



PN0dGj

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/jk7VF57LEX6btgkul7PKX8X5Mdthx39>

