



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Centro de Investigación
Transdisciplinar en Psicología

Cuernavaca, Mor; a 20 octubre de 2020.

DRA. ADELA HERNÁNDEZ GALVÁN
JEFA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la revisión de la tesis titulada: **LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO, LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA SALUD MENTAL CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO**, trabajo que presenta la **C. López García Danivia**, quien cursó el **Doctorado en Psicología** en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) de la UAEM.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS	
COMISIÓN REVISORA	APROBADO
Dra. Bruma Palacios Hernández	
Dr. Guillermo Delahanty Matuk	
Dra. Doris Castellanos Simons	
Dra. Gabriela López Aymes	
Dr. Eduardo Hernández Padilla	
Dra. María Del Carmen Pamplona Ferreira	
Dra. Marcia Rosario Pérez Dosal	

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).



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

GABRIELA LOPEZ AYMES | Fecha:2020-10-22 09:06:47 | Firmante

SX68PkQtnyMtNW+UONJLWzGK10S4CfkrKAJTVKOhRM+1oj59BZKlyru665abvtGOq58uqS+Q1VVTP19ANf5D2HPBPbOFOKx9KMhLpBstZfzguJl/PgnZztE2UmxGqebAUEEC OgeFKsll4ylnhwgJc0K+PteFM1espRtd18yi3l7ctGB6oodQDuat8W86e8j9iSE/bFZtoAU9zUrkR71JCRf47aM/2SPRzv5yluD0Adc7vAQFTw5S2LOyck6koTY0PGxKkzXgo6MsrJJ bysKSNIS1Z7cNuja2k+qVOyCAjFnNwKHQKFRwg3QInPeP2lIEk6Ql7fITxFeV0QfthRAQ==

EDUARDO HERNANDEZ PADILLA | Fecha:2020-10-22 10:22:18 | Firmante

a++G0fYHxjdjxOZ8NGfDYUcVpXj2Fs0/Zhm812fu65Y3+fg8Fm/oPoqhnOkIhep2C/dc8AiyEmmJyeejDjHl/Rv75IU/47hIOP6DMMkoWf/J96Fk3vs0lIdfzErjDz0VaBpG74uhuuZ3 zNbWF9Y0KKp60iAiqgaaf/9ViLYA/u4jhg1yT2crZblUaRTKD++VsDfPDLXlh34Veb+XjVMU5FhyZHXpP+z70yN9hLaves31JtaKrh8F+LTRAGXP6zRlo8VfB3lvumcv71wpzxD5wOD DXng3GkPIGSMbkZGBBe0W+c4taWntPhgCEX9xkCnNxb6CEbYBy4Ld6QMCSQ==

BRUMA PALACIOS HERNANDEZ | Fecha:2020-10-22 11:01:44 | Firmante

aKZSSkPISSf3oYhsZm+x6j8kDKP9lCjdqJ02o0Hmazcj3GsLqpZROe/M7BCH5CTJCVXMTiJXck/4wfnl+0+1RkFNHN/7zA4gNvE5tA8/gVBCThu7IWOReZvM4izyHS9KztTfgOrs1JF st4SAEuKsWziQctbjFRzWxpOA7WSqu3TTaW3Q2W8O5zhChSVQfaYqgJiv2rrEAew9SuXd51dADm1mAZqhlPn2aw5l/bZ76ihv0GnwHAibgv3mZzJzlpw6Kup1UVhVPfnM36vVp Mr1CLgC0JSPYhXP3B/ymZl/+8DpaZlJlkwjAwwFw2FtRu1KBhY+Nh9ZemHcty7F4ATug==

GUILHERMO DELAHANTY MATUK | Fecha:2020-10-22 11:30:48 | Firmante

IWtbSdnwaH9fUa55ihD12Eve90P9BMcZ2nLi6ePkeJlIQ6vE4qRA6yzYyP17GO+v9Up6SMwrMjgSDDSJZBPCM5M3UZ4KYimtUnJiv9eS37tScOTxcQXN7Koa5YwaWvM+F1D ykzwlJMF8Gx+HSCPIBZonC1W2n8lsSyoGEcdnvt9sTMTTr4lj6nUdcL/6VPLrqaOfItlSXNEdBOOB1qlwdPSTXIG8EEsuPvmRok4Jb+07l3rGBOkzzTr+vMkRhr8lMqUcbGV8S3H qNXEk1czyW6glV305WGaba9b0QaemMbcTMvWfGnQ48ci1cejQgY2sddlIRmEtBw2ZXaDPexuA==

DORIS CASTELLANOS SIMONS | Fecha:2020-10-24 16:08:37 | Firmante

QmPvmHgLxPo6tnRoRZZ+IM6H+7jEaQnGb8SE38M/K3ACadPZpdhoO+NfXvq1+FYD8LNGUmVicHcgC17tQOT+VtBbaWtzUn0U2an7oqG8GeQsoHUG/g9A7axhboV0MGr VjxH9f5MI4V+KLA7GlfjUjbfHmyZluXQs018o1Bwx0nLPinFV5f9E3HPjWZMt+07tDRORJvbR+DlzSOUrMZoAK4SmcHQnhA6edEQmnO4gkxS9AKOF5rZU+5mw4NroKXxY6/khV k6jLTLHqF59l2uvMoXcLICJTHKmnXNsYo6MwFhNkWT+yktSEidEMURD+G5RwOo4+6yG0LITEp5g==

MARÍA DEL CARMEN PAMPLONA FERREIRA | Fecha:2020-10-24 20:05:52 | Firmante

UtCMNiEoP+48nAgaNT4lzFlgun2C3e0pLB2aYakqEMUuO4qZOeYwb2CPq7TbamfndBg071zHJ6VTf2JskNwksSw8zzJ9NehUhwuOJ7pCa/bRzGiQHkzkm3wlpYmFlo602S3SkD D+A543JwOYhBYkpHFPIB/afjGBmuyf1dQSD0TUc4HX2p3xajFp3T3IHT9TA8nmLVq7H0dfB1d8bSIYXDS2oSfSofiark7K3CA3S/ljhiudG3l2XH6uXltpOXGj9iJfnlRHpi+6bh4AL w76fQgvLrLmP7JziMnV4p4SH/EbeuT82y2i9xGeZo9/8KMFByQsqpbm7lwmRDRhvw==

MARCIA ROSARIO PÉREZ DOSAL | Fecha:2020-11-05 06:57:18 | Firmante

MzEHE8vRz/MH2S2D3mawGDJ95ftaWJ6ULkWG71sOz9V4FPWjRMvf3wLlczVdtSjQA6Mp+91APHuUqEHbGFpn65utT3eJejSobLW4XoRrT7bBr4SPtwwipZ6p/ITwpgqmyhLN NdMsT+rtCvHbwc6TTircxG6f5ZA1VlyVtleTj4w22pPL58YRzclckse3PI5OAFs77xJbRXWGzJPSDTP4IDS989Ns5RZFZ+tir3fMujq/RdWoTWYEp5cqdE8unZWeydv+/kgX8l8sF0Ss Aru85SOgUpRMAas/96dBQ7xQAueda1ZG/3x7/1P35BEKHA6z4Ut/X6DEFBp0dFNXqsQ==

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



LdCQPq

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/RyJfe72tOhqykwXEtWfH8rWaLL9aEGtC>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Centro de Investigación
Transdisciplinar en Psicología

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

TESIS

**LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO, LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA
SALUD MENTAL CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN NIÑOS CON LABIO
Y/O PALADAR HENDIDO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DANIVIA LÓPEZ GARCÍA

LÍNEA DE GENERACIÓN Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

“PROCESOS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA NERVIOSO
CENTRAL

DIRECTORA DE TESIS

DRA. BRUMA PALACIOS HERNÁNDEZ

COMITÉ REVISOR

DRA. DORIS CASTELLANOS SIMONS	DRA. GABRIELA LÓPEZ AYMES
DRA. MA. DEL CARMEN PAMPLONA FERREIRA	DRA. MARCIA ROSARIO PÉREZ DOSAL
DR. GUILLERMO DELAHANTY MATUK	DR. EDUARDO HERNÁNDEZ PADILLA

CUERNAVACA, MORELOS. NOVIEMBRE, 2020.

AGRADECIMIENTOS

A todos los niños, niñas, papás, mamás, tíos, abuelitas, que participaron y que lo hicieron posible, gracias por su tiempo, su confianza y apoyo.

A las instituciones educativas y médicas por permitir el acceso a los participantes.

A cada uno de los miembros del comité revisor quienes con sus conocimientos y apoyo me guiaron a través de cada una de las etapas de este proyecto.

A los profesores de las escuelas primarias federales, que me regalaron su tiempo para poder trabajar con sus grupos de clase.

A Conacyt que me brindo los recursos por haber financiado mis estudios doctorales otorgándome una beca a partir de la convocatoria del año 2016.

A ConnectMed International, por su apoyo para la realización de este proyecto.

Índice

Resumen	9
Introducción	10
Antecedentes	11
Justificación de la Investigación	15
Problema de Investigación	17
Marco Teórico	18
Malformaciones Craneofaciales	18
Clasificación de las Malformaciones Craneofaciales y del	19
Labio y/o Paladar Hendido	
Etiología del Labio y/o Paladar Hendido	22
Incidencia y Prevalencia del Labio y/o Paladar Hendido	24
Dificultades Asociadas a Población de Labio y/o Paladar	27
Hendido.	
Rendimiento Académico	34
Autoconcepto y Rendimiento Académico	37
Prácticas de Crianza y Rendimiento Académico	39
Salud Mental y Rendimiento Académico	42
Relación entre el Autoconcepto, las Prácticas de Crianza y la	45
Salud Mental con el Rendimiento Académico.	
Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	46

El Labio y/o Paladar Hendido Explicado Bajo el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	49
Objetivos	52
Objetivo General	52
Objetivos Específicos	52
Método	53
Diseño	53
Instrumentos	53
Definición Operacional de Variables	60
Procedimiento	64
1ª Fase: Adaptación y Evaluación de las Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoconcepto Piers-Harris 2 y del Inventario De Prácticas De Crianza (IPC)	64
2ª Fase: Relación del Autoconcepto, Prácticas De Crianza Y Salud Mental con El Rendimiento Académico.	68
Participantes	69
Muestra en la 1ª Fase.	69
Muestra en la 2ª Fase	71
Análisis De Datos Aplicados	76
Consideraciones Éticas	78
Resultados	80

Fase 1: Fase: Adaptación y Evaluación de las Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoconcepto Piers-Harris 2 y del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)	80
Fase 2: Relación del Autoconcepto, Prácticas de Crianza y Salud Mental con el Rendimiento Académico	92
Discusión	111
Conclusiones	124
Referencias	127
Apéndices	145
1. Revisión de Expertos de la Escala Piers-Harris 2	145
2. Adaptaciones a la Versión Final de la Escala Piers-Harris 2	157
3. Formato de Revisión Realizada por los Profesores de Primaria a la Escala Piers-Harris 2	159
4. Revisión Revisada por los Profesores de Primaria al IPC	161
5. Cuadernillo de Validación para Papás	163
6. Cuadernillo de Validación para Niños	170
7. Oficio Comité de Ética	177
8. Protocolo de Evaluación para Padres	179
9. Protocolo de Evaluación para Niños(as)	192

Índice de Tablas

Tabla 1. Prevalencia de nacimiento estimada de hendiduras orofaciales por región	26
Tabla 2. Puntajes T (Totales) requeridos para cada nivel del autoconcepto	55
Tabla 3. Puntuaciones asignadas a cada una de las respuestas en la escala likert	57
Tabla 4. Definición conceptual y operacional de las variables	61
Tabla 5. Características presentes en los niños de la muestra para la escala de autoconcepto Piers-Harris 2	70
Tabla 6. Características presentes en los niños de la muestra del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)	71
Tabla 7. Instituciones y Lugar de origen de la muestra (n=93)	73
Tabla 8. Características de la muestra de padres y/o tutores) participantes (n=93)	74
Tabla 9. Características de la muestra de niños(as) participantes (n=93)	75
Tabla 10. Probabilidades de respuesta, expresadas en lógitos, de los reactivos que conforman la prueba Pierre Harris 2 de acuerdo con las respuestas de los niños	82
Tabla 11. Resultados obtenidos por los niños en la escala de Piers-Harris 2 perteneciente a cada dimensión	86
Tabla 12. Probabilidades de respuesta, expresadas en lógitos, de los reactivos que conforman la prueba IPC de acuerdo con las respuestas de los niños.	89

Tabla 13. Resultados obtenidos en la escala de Raven	95
Tabla 14. Resultados obtenidos en las subescalas de lenguaje en WISC-IV	95
Tabla 15. Puntuaciones medias, desviación estándar y rangos obtenidas en la escala de autoconcepto Piers-Harris 2 en infantes (n=93)	96
Tabla 16. Puntuaciones medias obtenidas en el inventario de prácticas de crianza (IPC) por Tutores y niños	98
Tabla 17. Casos clínicos y no casos en la muestra de infantes de acuerdo con el CBDT. (n=93)	99
Tabla 18. Correlación de Pearson con las variables rendimiento académico, cociente intelectual y lenguaje.	100
Tabla 19. Correlación de Pearson con las variables rendimiento académico, cociente intelectual y lenguaje, autoconcepto global y sus dimensiones	101
Tabla 20. Correlación de Pearson con las variables rendimiento académico, cociente intelectual y lenguaje, prácticas de crianza niños y prácticas de crianza padres/tutores	102
Tabla 21. Correlación de Pearson entre rendimiento académico, cociente intelectual, lenguaje y salud mental	103
Tabla 22. Resultados de los Modelos parciales de regresión lineal. Variable dependiente: Rendimiento Académico	106
Tabla 23. Modelo final de regresión lineal. Variable dependiente: rendimiento académico	107

Índice de Figuras

Figura 1. Representación del Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979).	48
Figura 2. Representación del Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) aplicado a los niños(as) con LPH. Elaboración propia.	51
Figura 3. Mapa de Wright representando las distribuciones de posibilidad de respuesta de los reactivos y las habilidades de respuesta de los niños en la prueba Pierre Harris 2.	83
Figura 4. Modelo de AFC propuesto para la prueba Pierre Harris 2 de acuerdo con las respuestas de los niños, en donde el valor obtenido en cada dimensión fungió como un indicador	85
Figura 5. Mapa de Wright de las distribuciones de posibilidad de respuesta de los reactivos y las habilidades de respuesta de los niños en la prueba IPC.	90
Figura 6. Resultados de la muestra en la escala de autoconcepto de Piers-Harris 2 en los infantes (n=93)	97
Figura 7. Representación del modelo de ecuaciones estructurales con las variables y sus dimensiones	110

Resumen

La malformación de labio y/o paladar hendido representa un problema de salud importante a nivel nacional que no causa morbilidad, pero provoca secuelas importantes que van desde la afectación en la imagen del niño hasta problemas funcionales, sociales, psicológicos y de aprendizaje, involucrando a los padres y el entorno que le rodea.

La presente investigación tuvo como objetivo *analizar la relación existente entre el autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental con el rendimiento académico en niños de 8 a 12 años con labio y/o paladar hendido*, la cual tuvo un diseño transversal descriptivo y correlacional y se desarrolló bajo la metodología cuantitativa, dividida en dos fases.

Debido a que existen pocos instrumentos en México para evaluación de autoconcepto y prácticas de crianza en niños, se adaptaron dos instrumentos en la primera fase, aplicándose a una muestra de 549 niños de escuelas regulares que no presentaban problemas cognitivos ni físicos, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de KR20= 0.86 en la escala de Autoconcepto Piers-Harris 2 y un coeficiente Alfa de Cronbach de .92 en el Inventario de Prácticas de Crianza. En la segunda fase, se evaluó una muestra de 93 padres y niños escolarizados que presentan labio y/o paladar hendido corregido quirúrgicamente. Los resultados obtenidos en esta fase reportan una relación significativa del rendimiento académico con comportamiento de ajuste ($p < .01$), interacción social ($p < .01$) y problemas externalizantes ($p < .05$). La presente investigación ha identificado y caracterizado con mayor precisión las dificultades psicosociales presentes en el desarrollo de los niños mexicanos con LPH, y destaca la importancia de analizar los aspectos psicológicos sugiriendo su atención en el manejo integral de las secuelas de esta patología.

Palabras claves: **Labio y/o paladar hendido, autoconcepto, prácticas de crianza, salud mental, rendimiento académico.**

Introducción

El labio y paladar hendido (LPH) es una de las malformaciones congénitas con mayor incidencia en México, la cual trae consigo además de las secuelas físicas, diversas problemáticas de índole psicológico, de aprendizaje, de adaptación familiar, apariencia, interacción social, ajuste emocional y cognitivo (Márquez, 2012). A través del modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner (1979), se analizó la relación que existe entre el autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental de niños con labio y/o labio paladar hendido con edades de entre 8 y 12 años con su rendimiento académico, para de esta manera conocer la interrelación entre estas variables.

La investigación se dividió en 2 fases. En la primera fase se adaptaron y analizaron las propiedades psicométricas de los instrumentos: Escala de Autoconcepto Piers-Harris 2 e Inventario de prácticas de crianza en una muestra de población general escolar para posteriormente ser utilizados en la muestra de niñas y niños con LPH. En la segunda fase se aplicó a 93 niñas y niños con LPH instrumentos que permitieron analizar de manera cuantitativa los aspectos antes mencionados, así como a uno de sus tutores. La evaluación tuvo como finalidad conocer los niveles de autoconcepto que presentaban, así como las prácticas de crianza que ejercen sus padres o tutores, las características de la salud mental en los niños y analizar la asociación que estas variables tenían sobre el rendimiento académico. Entre sus resultados se identificó que de las seis dimensiones que conforman el autoconcepto, las dimensiones de comportamiento de ajuste, estado intelectual y felicidad y satisfacción presentan una interacción con el rendimiento académico. Con respecto a las prácticas de crianza, las dimensiones de ganancias materiales y las ganancias sociales reportadas por los niños son los que interactúan con el rendimiento académico, mientras que las reportadas por los padres son las de interacción

social y límites. Por último, en la salud mental, en sus tres medidas, salud mental global, problemas externalizantes y problemas internalizantes muestran interacción con el rendimiento académico. Se analiza la relación identificada entre las variables de autoconcepto, prácticas de crianza de los tutores y padres, así como la salud mental de niñas y niños con LPH con el rendimiento académicos de los escolares desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), así como se generan algunas recomendaciones para incorporar los aspectos psicológicos en los modelos de atención integral de esta población.

Antecedentes

En la actualidad, las malformaciones craneofaciales, son algunas de las patologías más prevalentes en la edad pediátrica, representando en el ser humano una importancia significativa, ya que la cara por ser lo primero que observan los progenitores y la comunidad, encierra toda una interrogante interna y externa (Barroeta, 2005). El labio y/o paladar hendido es una de las malformaciones más comunes y con mayor incidencia en el mundo. En México se estima un caso por cada 700 recién nacidos vivos (Palafox et al., 2012) y se constituye como una deficiencia estructural congénita en la unión entre algunos procesos faciales y embrionarios en formación (Mejía y Suárez, 2012).

Una de las afectaciones principales derivadas de la malformación, es el lenguaje, ya que debido a la hendidura del labio y/o paladar se presenta salida de aire irregular y la emisión de la voz asume las características del lenguaje típico nasal o puede presentar otros tipos de trastornos que van desde simple sustituciones de sonido hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje (Márquez, 2012). Estudios reportan que los niños con LPH, presentan un desarrollo significativamente inferior en las habilidades del lenguaje expresivo y un retardo en la aparición

del habla, y se observa que mientras en los niños sin LPH la emisión de las primeras palabras se da entre los 9 y 18 meses, en los niños con LPH se realizan entre los 16 y 18 meses, existiendo un retardo en la cantidad de emisión verbal y del uso del vocabulario (Rodríguez y Norabuena, 2010).

Otra de las afectaciones importantes asociadas al LPH es la estética facial, “durante muchos años la cicatriz, el labio leporino o la nariz deforme fueron considerados como una desventaja, y su importancia en la adaptación social y emocional abarca inconscientemente todo, en el cual el sujeto coloca todas las inadecuaciones, todas las insatisfacciones, todas las demoras y todos los deberes desagradables de la vida social” (Goffman, 2006, p. 21). Debido a la malformación del LPH, se produce en los niños, un defecto estético estigmatizado, que da lugar a alteraciones en la imagen asociadas a trastornos psicológicos o del comportamiento, repercutiendo en el desenvolvimiento social y familiar, que puede provocar el rechazo por su deformidad facial (González y Prado, 2011). Este rechazo afecta su imagen corporal, de forma diferente a aquellos niños sin LPH, ya que al ser visible el defecto, resultan más propensos a recibir miradas de curiosidad y de poco agrado, lo que conduce a mayor inseguridad, desconfianza hacia las personas, dificultad para socializar y a minimizar sus expectativas y oportunidades (Goldschmied et al., 2002; Márquez, 2012).

Diversas investigaciones han analizado factores psicosociales asociados al LPH en niños como la autoestima, problemas de conducta, dificultades en su personalidad, insatisfacción con la apariencia, ansiedad, autoconcepto, satisfacción con el lenguaje, funcionamiento social entre otras afectaciones importantes (Cloonan et al., 2013; Collett y Speltz, 2006; Kapp-Simon, 1986; Richman, 1976; Richman y Eliason, 1986; Speltz, 1993).

Endriga y Kapp-Simon (1999) analizaron en estudios realizados sobre el LPH y otras anomalías craneofaciales, las cuestiones de la aceptación de los padres, la competencia social, autoconcepto, ajuste emocional y el funcionamiento cognitivo. Los resultados obtenidos mostraron que muchos niños con condiciones craneofaciales se desarrollan de una manera típica y no experimentan problemas psicológicos, sin embargo, un número importante de niños (del 30% a 40% en la mayoría de los estudios) tienen dificultades con problemas de salud mental de tipo internalizantes (alteraciones en el estado de ánimo principalmente depresión y ansiedad) y/o problemas de externalización (trastornos de conducta disruptiva), trastornos del aprendizaje y la competencia social.

En un estudio comparativo realizado por Kapp-Simon (1986), se analizó el autoconcepto en niños con y sin LPH de entre 5 y 9 años, encontrando que los niños con LPH mostraban un autoconcepto pobre, significativamente bajo, percibiéndose como menos hábiles socialmente y con estados de tristeza e irritación, es decir que el autoconcepto del niño con LPH se relaciona con el habla y la apariencia, así como con las diferentes expectativas paternas, coincidiendo con Hearst (2007), quien evidenció en su investigación que los niños con LPH tienen mayor riesgo de desarrollar problemas en el funcionamiento psicológico y social, personalidad, autoconcepto y apego.

Además de presentar dificultades en el aprendizaje, algunos estudios longitudinales han demostrado que los niños con LPH tienen mayor riesgo de presentar serias dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura (Cleft Palate Foundation [CPF], 2008; Richman et al., 1988; Richman y Millard, 1997; Ygual-Fernández y Cervera-Mérida, 2001). Broder, Richman y Matheson (1998) señalan que existen alteraciones en el desarrollo del aprendizaje en niños con LPH, existiendo un mayor riesgo de problemas de aprendizaje en niños con LPH, donde el 30%

de los niños en comparación con 5% a 15% de la población general experimentaban dificultades de lectura.

Con relación a los aspectos familiares y prácticas de crianza, los padres de un niño con malformación craneofacial presentan retos considerables y respuestas parentales negativas, por una parte, debido al estrés que produce el defecto de nacimiento, y por otra la adaptación al aspecto y las diferencias funcionales del niño, lo cual puede aislar a la familia en un momento en el que se necesita de un mayor apoyo (Chibbaro, 1994; Endriga y Speltz, 1997). Diversos estudios señalan que la malformación puede provocar un estilo de crianza menos activo y sensible, así mayores niveles de estrés que los vistos en niños sin LPH, lo cual puede afectar el desarrollo del niño e influir en su autoconcepto, presentar diversas problemáticas de comportamiento, ajuste psicológico e interacción disfuncional padre-hijo, así como proyectar expectativas bajas sobre el rendimiento escolar y habilidades del niño (Barden et al., 1989; Field y Vega-Lahr, 1984; Kapp-Simmon, 1986; Turner et al., 1998; Valero, 2002).

La convivencia con el niño con LPH también puede generar actitudes ambivalentes en los padres y provocar que sean tratados con sobreprotección o en ocasiones con rechazo (Sauceda-García et al. 1996), así como considerar que su hijo tiene desventajas psicosociales debido a la malformación (Hunt et al., 2007). Aunado a esto, la familia experimenta una serie de estresores derivados de cambios sustanciales en la estructura y función familiar, afectando emocional, social y económicamente el bienestar de la familia como unidad, así como a cada uno de los miembros, ya que hay un alto costo y compromiso familiar que impacta de manera significativa la calidad de vida de todos (Baker et al., 2009; Monserat, et al. 2000; Valero, 2002).

Lo mencionado anteriormente describe los principales factores psicosociales asociados a una malformación craneofacial en los niños que la padecen, siendo de relevancia entre éstos el

autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental, así como el impacto que tienen en el entorno en que se desenvuelve el niño, originando además un sentido de incompetencia cuando la anormalidad está relacionada con una incapacidad funcional. Es en las etapas tempranas de su vida, donde las actitudes, los sentimientos y las conductas manifestadas por sus padres con relación a la malformación, influirá de forma significativa sobre la capacidad del menor para adaptarse a su apariencia defectuosa (Sauceda-García et al., 1996).

Justificación de la investigación

Se ha evidenciado que el LPH además de las secuelas físicas que presenta, se asocia a diversas problemáticas relacionadas con el desarrollo del lenguaje, desarrollo psicológico, emocional y de aprendizaje, afectando no sólo al niño, sino también la dinámica familiar. Si bien estas afectaciones han sido abordadas en algunas investigaciones de habla inglesa, el impacto que estas problemáticas producen y la interrelación entre las mismas no ha quedado explícito (CPF, 2008; Richman, et al., 1988; Richman y Millard, 1997; Schuster et al., 2006; Ygual-Fernández y Cervera-Mérida, 2001).

En México, el LPH suele ser abordado de manera prioritaria desde un enfoque médico; primero debido a la urgencia de una intervención quirúrgica para corregir la lesión física presentada al nacer y segundo por la alta incidencia existente, dejando de lado la preocupación por conocer el impacto psicológico, emocional y de aprendizaje, por lo que son escasas las investigaciones que aborden los problemas psicosociales asociados y la relación entre ellos que pueden presentarse en el desarrollo del niño con LPH.

En este contexto, se identifica un escaso abordaje psicológico sobre el desarrollo de estos niños, como lo refiere Carmen Pamplona (comunicación personal, 05 de septiembre de 2015)

quien menciona que los diversos tratamientos sólo están enfocados a la rehabilitación estética y funcional de las lesiones producidas por la malformación y que las consecuencias psicológicas y problemas de aprendizaje derivadas del complejo cuadro clínico no se abordan específicamente.

Existe suficiente evidencia científica que analiza los aspectos fisiológicos, una nueva clasificación de las malformaciones (Vila, 2006), el desarrollo de nuevas técnicas de cirugía (González et al., 2003; Ochoa et al., 2006; Vila, et al., 2010) o bien, instituciones que únicamente brinden un tratamiento en las que se ofrece sólo la atención quirúrgica, fono-articular, odontológico y nutricional (Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendido y Anomalías Craneofaciales, A.C. [AMLPH], 2015), mientras que los estudios sobre los factores psicosociales presentes en la población con LPH en nuestro país, aún son limitados.

La insuficiente evidencia en estos aspectos, hacen necesario realizar investigaciones que analicen cómo la condición física del LPH puede afectar el desarrollo psicosocial de los niños en México, la formación de su autoconcepto, su salud mental y las prácticas de crianza, teniendo efecto a su vez en el rendimiento académico. Con ello, es de interés generar conocimiento que ayude a comprender en nuestro contexto mexicano los factores negativos presentes, como se ha hecho en otros países, donde investigaciones realizadas, han identificado la influencia de factores psicosociales que afectan el desarrollo emocional, afectivo, familiar, social y de rendimiento académico en este grupo (Broder y Strauss, 1993; Nicholl et al., 2015; Michel, 2012; Richman, 1976; Spriestersbach, 1973), siendo importante conocer cuáles factores inciden en los niños con LPH en México, y así orientar el desarrollo de estrategias para sensibilizar y minimizar los impactos negativos sobre su desarrollo y bienestar psicosocial.

Problema de Investigación

El análisis de la información científica existente lleva a reflexionar sobre las dificultades asociadas a la presencia de una malformación craneofacial como es el LPH, en los ámbitos psicológico, familiar, social y escolar, lo cual supondría la obstaculización del desarrollo e impacto en el ambiente que lo rodea. Como se refirió anteriormente, el nacimiento de un hijo con una malformación cambia las expectativas creadas y genera un fuerte impacto psicológico en los padres, el cual es poco atendido en nuestro contexto nacional ni es explicado desde el abordaje médico, donde sólo se corrige quirúrgicamente la malformación, ignorando lo que el niño y la familia sufrirá.

Lo que conduce a formular la presente investigación, es ampliar la comprensión en nuestro país sobre las alteraciones en el estado emocional, psicológico, social, familiar y de rendimiento académico que la malformación de LPH puede producir en los niños, así como la oportunidad de sugerir estrategias que disminuyan el impacto negativo de éstas. Ochoa et al. (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, al igual que Vinaccia, et al, (2008) quienes indican que los estudios de los factores psicoemocionales y psicosociales de personas con LPH no son significativos.

Por lo antes señalado, la principal pregunta de investigación que orientará la investigación es:

¿Cuál es la relación existente entre el autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental con el rendimiento académico en niños mexicanos con labio y/o paladar hendido de 8 a 12 años?

Marco Teórico

Malformaciones Craneofaciales

Las anomalías craneofaciales han sido reconocidas y documentadas desde la antigüedad en algunas culturas como atributos de belleza y en otras como deformidades que relegan al individuo dentro de la sociedad (Mariño et al., 1994). Actualmente, las malformaciones craneofaciales ocupan gran parte de la atención de los clínicos especialistas por ser una patología infantil que pueden tener serias repercusiones a nivel de la estética, el funcionamiento físico, psicoemocional y psicosocial de quienes la padecen (Barroeta, 2005; Galíndez et al., 1994).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), define la malformación congénita como toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular que esté en un niño recién nacido, sea externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple, que resulta de una embriogénesis defectuosa. Se pueden distinguir dos grandes grupos: las producidas por un cierre precoz de las suturas del esqueleto craneofacial y las que actualmente se pueden considerar neurocrestopatías, definidas así por las anomalías del desarrollo de la cresta neural embrionaria (Sorolla, 2010). La etiología es múltiple y comienza su desarrollo desde la vida prenatal con diversidad de afectaciones funcionales y estéticas en el sistema estomatognático, integrado por huesos, músculos, nervios, oclusión (Guevara et al., 1997).

Cada vez son más los autores que consideran que muchos de los síndromes con afectación craneofacial tienen algo en común, y es que las malformaciones se producen por alteraciones de las células de la cresta neural y las consideran como neurocrestopatías. Para aquellos casos o condiciones sin un patrón genético identificable, se han demostrado factores

definidos como agentes “teratogénicos”, condicionantes ambientales como son: radiación, infección, idiosincrasia materna y químicos (Sorolla, 2010).

Teniendo en cuenta el momento del desarrollo embrionario en que se producen, las hendiduras se clasifican según la dimensión y el alcance anatómicos, así como la severidad de esta. Entre los autores que sugieren clasificaciones para tipificar las hendiduras a lo largo del tiempo encontramos a Davis y Ritchie (1922), Kemahan (1961), Millard (1976), Pfeirffer (1964), Tessier (1979, citado en Habbaby, 2000) y Veau (1931, citado en Habbaby, 2000), quienes hacen una descripción de los segmentos anatómicos involucrados en la fisura. La más reciente clasificación de Ortiz-Posadas et al. (2001) describe la severidad de la fisura considerando 3 componentes: nariz-labio, paladar primario y secundario.

Clasificación de las Malformaciones Craneofaciales y del Labio y/o Paladar Hendido

La amplia variedad de anomalías craneofaciales muchas veces las hace inclasificables. Gorlin (1976, citado en Ochoa et al., 2006) concluye que esta limitación corresponde a la falta de comprensión embriológica y a las causas que las provocan. Pese a esta limitante de categorización, en 1981, el Comité de Nomenclatura y Clasificación de las Anomalías Craneofaciales derivada de la Asociación Americana de Fisura Labiopalatina, propuso una clasificación simple de la etiología y variedad de las malformaciones craneofaciales, dividida en cinco categorías:

I- Fisuras Faciales/ Encefalocelos/ Disostosis

II- Atrofia/ Hipoplasia

III- Neoplasias

IV- Craneosinostosis

V- Inclasificables

Algunas de estas malformaciones presentadas en los niños no suelen suponer un riesgo vital, sin embargo, se han demostrado efectos significativos a largo plazo en los infantes y sus familias, ya que su evaluación y tratamiento comienza desde el nacimiento, donde la mayoría de los casos necesitarán múltiples y complejas operaciones para intentar que su apariencia facial llegue a ser lo más adecuada posible (Sorolla, 2010). El tratamiento de la malformación dependerá de su naturaleza, de la atención que reciba por los diferentes especialistas (pediatras, neurocirujanos, genetistas, endocrinólogos, oftalmólogos, psicólogos) y de las necesidades o problemas psicosociales que presente el niño, las cuales se van a manifestar con la presencia de diversos indicadores emocionales como pueden ser inseguridad, baja autoestima, ansiedad, timidez, agresividad, falta de identidad, desapego, entre otros que no han sido abordados dentro de las diversas investigaciones actuales (Lozano, 2006; Saucedo-García et al., 1996).

La malformación de labio y/o paladar hendido (LPH) se encuentra en la clasificación de las malformaciones aisladas más comunes de la cabeza y cuello y forma parte del grupo de las fisuras faciales. Entre ellas se encuentran: 1. *labio hendido*, que es una falla congénita de los procesos maxilar y nasal medial para fusionarse, formando un surco o fisura en el labio; 2. *paladar hendido*, es la falla congénita de fusión del paladar formando una depresión, surco o fisura en el techo de la boca; y 3. *labio hendido y paladar hendido*, pueden ocurrir separados o juntos, cuando aparecen juntos se le denomina labio y paladar hendido (Ortega, 1996; Vargas, 2004). El LPH es considerado un defecto con herencia de tipo multifactorial o poligénico, donde juegan también un papel relevante los factores ambientales; el paladar hendido sólo es considerado un patrón con herencia autonómica dominante (Hagberg et al., 1997; Jaillier y Villegas, 1999).

La clasificación de Davis y Ritchie (1922 citado en Habbaby, 2000) está basada en las relaciones que se presentan con la apófisis alveolar del maxilar superior. Se clasifican en tres grupos:

Grupo I: fisura prealveolar, es el labio leporino que puede ser unilateral o bilateral.

Grupo II: fisura posaalveolar, es la fisura incompleta del paladar. Es mediana y su longitud puede variar desde la úvula, el velo y el paladar óseo en mayor o menor extensión.

Grupo III: fisura alveolar, siempre va unida al grupo I y puede ir al grupo II o no.

Según la clasificación de Olin (s/f, citado en Gutiérrez y Valenzuela, 2014), incluyen:

a) Fisura Labial: defecto congénito en el labio superior uni o bilateral, donde falla la fusión de la prominencia maxilar con la prominencia nasal media. Se piensa que puede ser causado por la falta de migración del mesodermo en la región cefálica.

b) Fisura Palatina: fisura congénita del paladar blando y/o duro, debido a la falta de fusión. Se produce cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando); y

c) Fisura labio palatina uni o bilateral: fisura congénita de labio y paladar duro y/o blando, debido a la falta de fusión. Constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación. Se manifiestan, por tanto, precozmente en la vida intrauterina, más específicamente en el período embrionario e inicio del período fetal.

La clasificación más común en la actualidad de las fisuras es: fisuras labiales o de paladar primario o prepalatinas que afectan al labio con o sin compromiso del alveolo, fisuras palatinas o

de paladar secundario que afectan al paladar óseo y/o blando, fisura labio palatina completa, que compromete al labio y al paladar anterior y posterior (Rossell-Perry, 2006).

Etiología del Labio y/o Paladar Hendido

El LPH se constituye como una deficiencia estructural congénita a causa de la unión entre algunos procesos faciales y embrionarios en formación, caracterizada por una deficiencia en grado variable de los tejidos que conforman el paladar y el labio superior. Se puede presentar de forma unilateral o bilateral, afectando los mecanismos respiratorios, deglutorios, articulares, del lenguaje oral, la audición y la voz (Mejía y Suárez, 2012). Esta malformación representa un problema mayor de salud pública debido a la morbilidad que puede presentar de por vida, la cual está asociada a una etiología compleja y el extenso compromiso multidisciplinar necesario en la intervención (Allam et al., 2014).

El conocimiento de la hendidura del paladar y el labio data del año 2000 antes de nuestra era, existiendo variadas explicaciones a este fenómeno en dependencia de las diferentes épocas (Kurzer, 1985). En nuestro país se han encontrado piezas de cerámicas pertenecientes a la cultura totonaca en las cuales se puede observar la malformación del labio superior (Habbaby, 2000). A partir del siglo XIX se comienza el estudio de las malformaciones faciales dentro de las cuales se encontraban las fisuras naso-labio-alvéolo-palatinas (NLAP), las cuales son malformaciones craneofaciales congénitas producidas por defectos embriológicos en la formación de la cara, originada a nivel de las estructuras orofaringonasales que han sido afectadas por una noxa que actuó entre la 4ª y la 12ª semanas de gestación, siendo la 6ª la de mayor riesgo (Habbaby, 2000).

En la actualidad una amplia gama de estudios realizados para conocer la causalidad del LPH, describen diferentes factores asociados al desarrollo de la malformación. Entre los

principales factores de riesgo para el LPH (González-Osorio et al., 2011) se reportan variables sociodemográficas, socioeconómicas y contaminantes, pero aún se desconoce la causa exacta que origina el LPH, explicando que la causa es multifactorial y probablemente involucre una combinación de factores genéticos, infecciosos, tóxicos, hormonales y ambientales, así como una mala nutrición, el consumo de tabaco, alcohol y algunos medicamentos que pueden aumentar los riesgos (Asociación Craneofacial Infantil [CCA por sus siglas en inglés], 2010; Habbaby, 2000).

González y Prado (2011) encontraron que, durante el desarrollo y crecimiento prenatal de un individuo, ocurren una sucesión de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados, y cualquier interrupción o modificación en estos pueden dar origen a las malformaciones congénitas. Los factores de riesgo en niños para el LPH se asocian a la interacción con fármacos o cualquier otra droga, el consumo de alcohol, tabaquismo materno, edad materna, diabetes en el embarazo, abortos anteriores, aspectos genéticos y nutricionales, el uso de pesticidas en agricultura, radiación ionizante, agentes infecciosos, estrés materno, antecedentes familiares y presencia de otra malformación craneofacial.

Allam et al. (2014) coinciden en que la etiología del LPH es heterogénea, con contribuciones ambientales y genéticas, las cuales con el advenimiento de la era genómica y técnicas de análisis molecular se han podido identificar algunas causales, como mutaciones genéticas y asociaciones subyacentes a los casos sindrómicos; al contrario de los casos no sindrómicos, donde hay poco progreso en la identificación y comprensión de la etiología genética relacionada, dichos estudios realizados a una variedad de polimorfismos genéticos asociados han sugerido que los genes responsables del crecimiento, factores de transcripción, factores del metabolismo y nutrientes tienen un papel responsable en el desarrollo del LPH.

Otra postura con respecto a la etiología del LPH propone que el no utilizar suplementos de ácido fólico, mantener una dieta baja en folatos y la existencia de un determinado genotipo se asociaba a la aparición más frecuente de labio y/o paladar hendido (Rooij et al., 2003; Wilcox et al., 2007). En México, Mejía y Suárez (2012) refieren que la mayoría de los casos observados de labio y paladar hendido presentan etiología multifactorial que implica la interacción de varios agentes o factores del medio ambiente y herencia.

Si bien, en la actualidad el consenso es que la etiología genética de los defectos es compleja, con varios loci (una posición fija en un cromosoma, como la posición de un gen o de un marcador genético) mostrando su responsabilidad en diversos estudios, algunos son genes de susceptibilidad para factores ambientales, otros son modificadores y otros necesarios en la interacción de varios agentes, y en cuanto a los agentes exógenos, la evidencia disponible no es sólida y sus resultados se contradicen (Díaz y Díaz, 2012).

Incidencia y Prevalencia del Labio y/o Paladar Hendido

La incidencia reportada sobre el LPH puede ser confusa, ya que los organismos de salud y las investigaciones reportan datos variados en cuanto al número de nacimientos que se presentan en la actualidad. Aún con ello, las cifras reportadas son altas. Allam et al. (2014) señalan que esta malformación afecta a aproximadamente a 1.5 por cada 1000 nacidos vivos (250.000 casos nuevos por año) en todo el mundo, con enormes variaciones entre zonas geográficas y grupos étnicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), reporta que uno de cada 500 a 700 recién nacidos vivos presentan defectos congénitos, siendo el labio y/o paladar hendido uno de los principales, varía la proporción considerablemente del grupo étnico y de la zona geográfica

de que se trate. La Asociación Craneofacial Infantil (2010), coincide en que la incidencia dependerá del origen étnico del paciente y se presenta entre uno por 300 y uno por 2500 nacimientos, siendo más común en los indios americanos y los asiáticos y menos común en los afroamericanos. Las hendiduras de labio son más frecuentes en el género masculino mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en las mujeres y la incidencia del labio fisurado es más incidente del lado izquierdo que en el derecho (Quijano, et al., 2009).

La presencia de población LPH a nivel mundial es muy variable. En países como India la incidencia y la prevalencia es de 0.73 por 1.000 nacidos vivos y 0.1 por 1,000 personas respectivamente (Khajanchi et al., 2015), en China se presenta uno por cada 500 nacidos vivos (Wanga et al., 2009), y en Latinoamérica, aunque los datos no son tan extremos, se reportan en países como Argentina y México uno por cada 1,000 nacidos vivos (Quijano, et al., 2009).

En la investigación realizada por Allam et al. (2014) se describe la prevalencia presentada por regiones del mundo, en la cual explica la incidencia de fisura de labio y labio con o sin paladar hendido por cada 1,000 nacimientos (véase tabla 1).

Tabla 1*Prevalencia de nacimiento estimada de hendiduras orofaciales por región.*

Carga mundial de morbilidad por región	Total de Hendiduras Orofaciales por c/1000 nacimientos	Hendiduras de paladar por c/1000	Labio leporino con o sin paladar hendido por c/1000	Porcentaje total de hendiduras de paladar %
Sur de Latinoamérica	2.39	0.72	1.67	30
Zona tropical de Latinoamérica	2.39	0.72	1.67	30
Australasia	2.01	1.02	0.98	51
América del Norte (de alto ingreso)	2.00	0.83	1.17	41
Oceanía	1.85	1.13	0.72	61
Europa Oriental	1.66	0.59	1.07	35
Asia del Pacífico (de alto ingreso)	1.65	0.64	1.00	39
Sur de Asia	1.60	0.30	1.30	19
Latinoamérica Central	1.54	0.39	1.15	25
Europa Central	1.45	0.67	0.77	47
Sureste de Asia	1.36	0.28	1.08	20
Zona Andina de Latinoamérica	1.29	0.17	1.12	13
Este de Asia	1.28	0.27	1.01	21
Europa Oriental	1.22	0.59	0.63	49
Asia Central	1.19	0.62	0.57	52
Medio Este	1.02	0.30	0.72	29
Caribe	0.93	0.31	0.62	34
África Central Sub-Sahariana,	0.54	0.04	0.51	7
Oeste del África Sub-Sahariana	0.54	0.08	0.46	15
África del Sur Sub-Sahariana	0.45	0.15	0.3	33
África del Norte	0.44	0.15	0.29	35
Este de África	0.38	0.12	0.27	31
Mundo	1.25	0.31	0.94	25

Nota: Tomado de Mossey y Modell, 2015

En México se realizó una investigación para conocer las tasas de incidencia entre los años 2003 y 2006, encontrando que en el año 2003 la tasa fue de 0.63, en el 2004 de 0.67, en el 2005 de 0.46 y para el 2006 de 0.47 por cada 1,000 nacidos vivos, siendo Jalisco y el Estado de México las entidades con mayores tasas de incidencia (Gómez y Lara, 2008).

Por su parte en el estudio ecológico realizado por González-Osorio et. al. (2011) se analizaron las tasas de incidencia presentadas del 2003 al 2009 y con ello determinar la asociación a nivel ecológico con variables sociodemográficas, socioeconómicas y de contaminación, reportando un total de 10,573 nuevos casos de LPH, presentando una media de .88 por cada 1,000 nacidos vivos, identificando el año 2004 donde se observó un mayor número de nuevos casos y siendo los varones los más afectados en todos los años.

Dentro de las instituciones en el país, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología integra las estadísticas a nivel nacional, en las que se reporta un total del número de nacimientos ocurridos por año. Durante el 2013, se reportaron 1,488 casos, en el 2014 ocurrieron 1,802 y en el 2015 1,295 y hasta el mes de agosto del 2019 se habían reportado 603 nacimientos con LPH. Cabe aclarar que el número de casos son reportados principalmente por el IMSS, Secretaría de Salud, ISSSTE y DIF, mientras algunas instituciones privadas o bien otro tipo de servicios no reportan el número de casos atendidos (Dirección General de Epidemiología, 2015).

Dificultades Asociadas a Población de Labio y/o Paladar Hendido.

Los niños nacidos con esta malformación tienen inmensos desafíos que enfrentar, no sólo las cirugías a que serán sometidos, sino también deben aprender a convivir con los demás niños de manera que se puedan relacionar. Estos niños se sienten diferentes a aquellos con las caras

“normales” y tienden a limitar su relación social, minimizando sus expectativas y oportunidades (Goldschmied, et al., 2002).

Se pueden observar en ellos diversas repercusiones funcionales, estéticas y de gran impacto afectivo, comprometiendo seriamente el bienestar emocional y su inserción social (Fuchs y Leichner, 2012), como son el retraimiento social, depresión, problemas de conducta o fracaso escolar. Aunado a esto, las circunstancias sociales y educacionales, el comportamiento de sus compañeros, los problemas en la relación niño-padres, niño-niño, las características intrínsecas del niño, los problemas cognitivos subyacentes como son la memoria a corto plazo y problemas del lenguaje asociativo (comprensión) pueden combinarse para crear un cuadro clínico complejo (CPF, 2008).

Cuando el niño con LPH no ha recibido un tratamiento a tiempo y adecuado en su primera etapa de vida, tanto por sus padres como por los especialistas en el área, se pueden observar alteraciones relevantes en su personalidad, las cuales se reflejarán en el desarrollo armónico de su persona. Sarmiento et al. (1993) reportaron en su investigación, que en los niños con LPH el 50% se describen en forma negativa; mientras un 20% sólo reconoce su aspecto negativo (no considera tener algo positivo), el 7% evade hablar de sí mismo y 31% no establece vínculos amorosos con algunas personas de su grupo familiar.

Secuelas Físicas

Las personas con LPH presentan habitualmente problemas específicos, entre los que se evidencian trastornos de la mecánica deglutoria con alto riesgo de reflujo, salida de alimento por la nariz, riesgo de aspiración y puede haber disfunción tubárica que aumenta el riesgo de otitis media. Igualmente, puede verse alterado los procesos de fonación y articulación y en una

forma sostenida la oclusión dentaria, a lo que se añaden problemas faciales que suelen conllevar actitudes negativas en los demás (Mejía y Suárez, 2015). Estas alteraciones atraviesan e involucran el desarrollo bio-psico-social del niño con un alto costo y compromiso familiar que impacta de manera significativa la calidad de vida de todos, donde el niño desde muy temprana edad puede verse sometido a tratamientos quirúrgicos que buscan posibilitarle una anatomía o estética correcta y pueda ser funcional en muchas áreas de su vida (Valero, 2002; Monserat, et al. 2000).

Dado que el LPH afecta los órganos del aparato fono articulador, compromete la voz y el habla alterando su calidad, la fonación, la audición, el desarrollo de la cara y/u oclusión maxilodental, se generan problemas funcionales relevantes en la deglución, la masticación, además ser una deformidad relativamente común que produce un defecto estético estigmatizado, que da lugar a alteraciones en la imagen y ser causa de trastornos psicológicos o del comportamiento (González y Prado, 2011).

Existen además otras posibles repercusiones físicas derivadas del LPH, entre las cuales, Vinageras (1987) refiere:

- **Complicaciones en la intervención quirúrgica.** Dada la necesidad de diversos procedimientos quirúrgicos en el caso de la LPH, la primera intervención deberá realizarse alrededor de los tres meses de edad. A medida que el niño crece se planean las cirugías indicadas para el tratamiento, las cuales pueden presentar dehiscencia en la herida quirúrgica, formación de fistulas, infecciones, etc., que requieran otras intervenciones.
- **Dificultades en la alimentación.** La alimentación resulta más difícil con las anomalías de la LPH. Generalmente, el bebé no puede succionar adecuadamente porque el paladar no

está formado completamente, existe una alteración anatómica que afecta en la masticación y deglución, las cuales pueden condicionar problemas nutricionales.

- Infecciones de oído y pérdida auditiva. Las infecciones de oído se deben a menudo a una disfunción del oído medio, secundaria a las infecciones recurrentes de vías respiratorias altas que pueden producir una pérdida auditiva.
- Retardo del habla y del lenguaje. La función de las estructuras del aparato fonológico articulador puede verse reducida a causa de la fisura, produciendo un retardo en el habla o bien el desarrollo de un habla anormal.
- Problemas odontológicos. Como resultado de las anomalías, es posible que los dientes no puedan brotar normalmente y por lo general se requiere tratamiento de ortodoncia.

Secuelas Emocionales

Dado los defectos visibles del labio y/o paladar hendido, la afectación emocional suele originarse debido a la percepción que tiene el niño y la niña de su imagen corporal, provocando que se sientan expuestos socialmente, lo que los conduce a sentirse rechazados, inseguros, a desconfiar de las personas e inhábiles para socializar, desarrollando conductas agresivas (Márquez, 2012).

Por otra parte, Lozano (2006) menciona que los lactantes con malformaciones craneofaciales sufren un riesgo emocional al obtener una respuesta negativa a la obtención de caricias y atenciones por parte de los padres debido a las sonrisas o las vocalizaciones alteradas por la malformación que ellos presentan, siendo que los niños sin malformación no presentan esta negativa, lo que corresponde según el autor a la respuesta del estigma social que la deformidad produce.

En cuanto a la autoestima de los niños con LPH, algunas investigaciones han reportado niveles un poco más elevados en este autoesquema (Starr, 1978; Brantley y Clifford, 1979), ya que la construcción de éste ha sido asociada a la opinión del niño con relación a su aspecto facial. Si los niños aceptan su hendidura tienden a tener una autoestima más alta y cuanto más atractivos se perciban físicamente, presentarán niveles más altos de autoestima (Starr, 1978, 1982). En un estudio realizado en China se encontró que la autoestima de las personas con LPH era inferior que el grupo control y los hermanos (Berk et al., 2001).

Con relación a la autoconfianza, los niños, adolescentes y adultos han divulgado que esta ha sido afectada por la presencia del LPH (Noar, 1991; Thomas et al., 1997). Márquez (2012), menciona que las personas con LPH son víctimas de rechazo social y tienden a aislarse del entorno que les rodea, minimizando su proceso de socialización y bajo estas circunstancias algunos prefieren no ir a la escuela, ya que son objeto de burla o vergüenza familiar, generando también problemas de ansiedad, ya que se perciben diferentes y con desventajas al resto del mundo.

En un estudio transversal realizado por Hunt et al. (2006) para determinar los efectos psicosociales del LPH en niños y adolescentes (8 y 21 años) en comparación con un grupo control sin LPH, se midieron: ansiedad, autoestima, depresión y problemas de conducta. Se encontró que los participantes con LPH presentaban mayores problemas de comportamiento, mayores síntomas de depresión fueron objetos de burlas más a menudo y estaban inconformes con su aspecto facial y el habla. En las medidas de ansiedad y autoestima no presentaban diferencia significativa, encontrando además como predictor significativo el haber sido objeto de burlas.

Brand y Müller (2010) indican que en diversas investigaciones realizadas para conocer la calidad de vida que presentan las personas con hendiduras, se muestra inconsistencia en los resultados, sin revelar un cuadro coherente, lo cual pudiera deberse a cuestiones metodológicas para realizar las investigaciones, ya que se utilizan distintas medidas, muestras no representativas, falta de grupo control, diferencias culturales, diferencias relacionadas con la calidad del tratamiento entre otras. Hamlet y Harcourt (2015) realizaron un estudio cualitativo sobre adultos mayores con LPH, encontrando que la malformación tenía un impacto permanente en la vida de los participantes, donde algunos aspectos de su vida habían sido particularmente afectados (por ejemplo, las relaciones románticas, las decisiones acerca de tener hijos propios) y mostraban bajos niveles de socialización.

En todo lo anterior se puede encontrar la complejidad para explicar las diversas afectaciones que sufrirá el niño con LPH durante su desarrollo. Thamilselvan et al. (2015) refieren que el tipo de comportamiento que comúnmente exhibe el niño por el LPH sigue siendo un área inexplorada en el campo de la psicología, pero que las investigaciones realizadas sugieren que existe una relación positiva entre síntomas de tipo internalizantes (depresión, ansiedad generalizada, ansiedad con inhibición) y síntomas externalizantes (impulsividad, hiperactividad, déficit de atención, conducta oposicionista, problema de conductas) con el avance de la edad. Harper et al. (1980) reportaron resultados semejantes donde mostraron que los niños que se encontraban en los grados escolares de primaria exhibían comportamientos de internalización y en edades más avanzadas exhibían conductas externalizantes (Richman, 1976). En un estudio más reciente se reevaluó la presencia de problemas de conducta en estos niños, confirmando la presencia de éstos y además la relación con otros factores, como el estrés en los padres (Wu et al., 2008).

Enfocados en estos hallazgos, Thamilselvan et al. (2015) realizaron una investigación para identificar los problemas de conducta en los niños con LPH con relación a los padres, la calidad de vida y las emociones negativas. Los participantes fueron evaluados con el instrumento Child Behavior Checklist (CBCL por sus siglas en inglés) que identifica problemáticas de salud mental en niños reportados por ellos, los padres y docentes, dando como resultado una relación positiva significativa entre problemas de internalización y externalización exhibidos por los niños, los cuales estaban asociados al LPH y se generaban en respuesta a las emociones negativas de los padres como la depresión y el estrés parental. Sugiriendo que estos problemas presentados en los niños tienen un impacto en los padres, por lo que es necesario realizar intervenciones psicológicas que ayuden a los padres y a los niños, no sólo con los problemas de comportamiento, sino también con su dimorfismo para prevenir consecuencias mayores, como el abandono escolar.

Secuelas Sociales

En el entorno social se ha identificado que los niños con LPH, presentan dificultad para crear y mantener relaciones satisfactorias con los compañeros y profesores. Este es un síntoma habitual en los trastornos del estado de ánimo de los niños y adolescentes, además de presentar retraimiento ante las actividades sociales y extraescolares, aparición de problemas de comportamiento, problemas somáticos repetidos sin explicación aparente y la percepción negativa de otras personas (profesores, padres, compañeros) hace que el niño se sienta desgraciado o triste, desarrollando un deterioro inexplicable del rendimiento escolar o en la adaptación (Crowe et al., 2006).

En algunas investigaciones se ha reportado que las personas con hendiduras palatinas tienden a verse afectadas socialmente, ya que presentan dificultades para pertenecer a clubes o grupos sociales afines, pueden desertar en sus estudios, tienen menos aspiraciones, menos ingresos (Hunt, et al., 2005) y menos amigos que los niños sin LPH (Bressman et al., 1999).

Rendimiento Académico

Es importante delimitar el constructo conceptual de rendimiento académico, ya que a través del tiempo ha dejado de definirse como producto de una calificación que el alumno obtiene por lo enseñado dentro del aula y que se remite a la inteligencia que pueda poseer. Esto sugiere que existen factores externos al alumno que potencializarán o bien disminuirán un adecuado rendimiento académico.

Algunas de las definiciones que se han retomado a lo largo del tiempo hablan del rendimiento académico como *“la productividad del sujeto, el producto final de la aplicación de su esfuerzo, matizado por sus actividades, rasgos y la percepción más o menos correcta de los cometidos asignados”* (Forteza, 1975 p. 75). Pizarro y Clark (1998) definen el rendimiento académico como: *“la capacidad de respuesta que tiene un individuo a estímulos, objetivos y propósitos educativos previamente establecidos”* (p.30). Rodríguez (1982) afirma que el rendimiento académico estaría determinado por dos factores: los psicológicos asociados a las características del individuo y los sociológicos, dados por los contextos familiar y escolar. Díaz (citado en Pérez, 1997) añade a estos 2 factores, los predictores pedagógicos, los cuales los define como aspectos relacionados con el rendimiento académico que presenta el alumno en ciclos escolares anteriores.

En el Diccionario de las Ciencias de Educación (1995), rendimiento escolar está definido como: el nivel de conocimiento de un alumno medido con una evaluación y que además éste está modulado por diversos factores psicológicos, sociológicos, pedagógicos, entre otros más. De acuerdo con el plan de estudios 2011 de la Secretaría de Educación Pública (SEP) de México, el rendimiento académico es un aspecto muy importante dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual se obtiene a través de una evaluación realizada por el docente, que le permite obtener evidencias para elaborar juicios y de esta manera brindar retroalimentación sobre los logros de aprendizaje, cuya evaluación es cualitativa y cuantitativa.

Gutiérrez y Montañez (2012), mencionan que la definición del rendimiento académico enmarca las limitaciones que intervienen en la interiorización de conocimientos de acuerdo con un perfil establecido. La reprobación, es un término que se utiliza para identificar a quienes no lograron obtener el puntaje mínimo que les acredita el aprendizaje de los conocimientos esperados planteados por el plan de estudios.

Diversas investigaciones en los distintos niveles escolares (desde primaria hasta nivel superior) se han enfocado a establecer la asociación que existe entre el rendimiento académico obtenido, con factores como el autoconcepto, el ambiente familiar, la violencia, el nivel socioeconómico, entre otros, estableciendo que éste, no es sólo un asunto del estudiante, sino que en él convergen múltiples elementos que están en codependencia y que pueden favorecer o afectar dicho rendimiento académico (Meneses, 2013).

En los niños con LPH se ha abordado e intentado explicar de qué manera puede afectar la malformación el rendimiento académico. Si bien ha quedado claro que el LPH no tiene secuelas cognitivas, su presencia puede estar asociada a problemáticas que incidan en el rendimiento académico. Rutter (1989), sugiere que la impopularidad y el aislamiento, se asocian con

experiencias negativas en las interacciones sociales y repercuten en el desempeño académico, Knight et al. (2015) encontraron que los niños con una LPH pueden tener resultados académicos más bajos que sus pares sin hendidura, debido a la asistencia a muchas citas médicas y largos tiempos de recuperación de cirugía a las que son sometidos, además de que existe una expectativa disminuida de su desempeño por maestros y padres. Esta situación propicia desaliento, baja moral y autoestima deteriorada.

También se ha encontrado que las percepciones de los niños con LPH por otros son la mayoría de las veces desfavorables, donde a menudo los profesores, compañeros y adultos desconocidos los califican como menos atractivos, menos inteligentes y populares (Broder y Strauss, 1989; De Sousa et al., 2009; Slifer et al., 2006). En este sentido los niños con LPH presentan una serie de condiciones y experiencias que pueden impactar de manera negativa su desempeño académico.

Richman et al. (2012) reportaron una tasa de 36% de dificultad de lectura, déficit en la expresión del lenguaje, memoria y velocidad en niños con LPH, en relación con la memoria visual y capacidad de la lectura. Estas dificultades, junto con el de perder días de escuela para asistir a citas, puede significar una carga para alcanzar y mantener un nivel aceptable de logros académicos.

Cáceres (2004) menciona que en la etapa escolar, los autoesquemas, especialmente la autonomía, la seguridad y confianza frente al mundo y las habilidades sociales, pueden llegar a ser más vulnerables y presentar alteraciones de tipo psicológico (conductuales y/o emocionales), causadas por el rechazo y la segregación de sus iguales, por los estereotipos culturales de belleza imperantes y el rechazo a las diferencias sociales, pero éstas dependerán del manejo que los padres hayan dado a las problemáticas asociadas al LPH.

Autoconcepto y Rendimiento Académico

En los últimos años el estudio del autoconcepto ha tomado importante relevancia y ha sido abordado desde diferentes perspectivas teóricas. Burns, 1979; Harter, 1999; Marsh y Craven; Oñate, 1989; 2006; Purkey, 1970; Shavelson et al., 1976, lo definen como la percepción que tiene el sujeto de sí mismo y que posee un carácter multidimensional.

El desarrollo del autoconcepto dependerá de los tipos de experiencias percibidas como negativas o positivas en las personas y de factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Pereira, 2009). El autoconcepto juega una posición determinante en el desarrollo psicosocial de los individuos, y permite comprender la forma en que los sujetos regulan sus propias conductas en diferentes contextos como lo son: familiar, social y académico conjuntamente y se relaciona con la aceptación de sí mismo y el bienestar (García y Musitu, 2014; García et al., 2006).

Harter (1986), menciona que el autoconcepto global se determinará por el grado de importancia que se le asigne a cada uno de sus componentes específicos (académico, social, emocional, familiar y físico), es decir que si los juicios de valor con los que se describe el sujeto son satisfactorios obtendrá un autoconcepto global positivo, y si le asigna sentimientos negativos, desarrollará un autoconcepto global negativo.

Desde la década de los 80, se ha investigado la relación del autoconcepto con el rendimiento académico, mostrando hallazgos contradictorios con la relación que tienen, pero prevalece la idea de que el desarrollo de un autoconcepto positivo se valorará como un resultado deseable en muchas ramas de la psicología, y se considera como un mediador importante para otros resultados dentro de la interacción que el individuo realiza con el entorno (Huang, 2011), considerándolo un constructo importante en la investigación educativa y psicológica, analizando ampliamente su relación con el logro académico. Desde la psicología educativa, Purkey (1970)

afirma que los alumnos con un alto autoconcepto tienen más posibilidades de triunfar en la escuela, además de las características personales de los estudiantes. Purkey refirió que si los alumnos tienen un autoconcepto positivo manifestarán actitudes más favorables hacia la escuela y una conducta más adaptada dentro del aula.

Estudios realizados con relación al autoconcepto y rendimiento académico (Hansford y Hattie, 1982; Marsh et al., 2005; Marsh y Yeung, 1997) han mostrado resultados múltiples, reportando cuatro posturas principales:

- La primera refiere que el autoconcepto no afecta el rendimiento académico, pero éste sí afecta el autoconcepto (Skaalvik y Valas, 2001).
- La segunda aboga que el autoconcepto es un factor determinante del logro académico, por lo tanto, la manera más eficiente para mejorar el logro académico es elevando el autoconcepto (Marsh, 1990; Shavelson y Bolus, 1982).
- La tercera es un modelo de efectos recíprocos, que dice que el autoconcepto previo afecta el rendimiento académico posterior y viceversa, que el logro académico previo impacta el autoconcepto posterior (Guay et al., 2003).
- La cuarta postura dice que el autoconcepto no está relacionado con el rendimiento académico (Marsh et al., 1999).

En investigaciones más recientes se ha estudiado la relación que tiene el desarrollo de un autoconcepto positivo/alto con otras variables, como protección familiar, relaciones sociales, refiriendo un mejor ajuste psicosocial de los adolescentes (Fuentes, 2011; Molero et al., 2013), baja presencia de conductas agresivas, de burla o abuso a los demás (Garaigordobil y Durá, 2006) y mejor integración social en el aula (Martínez-Antón et al., 2007).

Guay et al. (2003) consideran que los adolescentes con alto autoconcepto académico muestran un mayor logro escolar y rendimiento académico y consecuentemente un promedio de notas más alto. Apoyando este hallazgo, Salum et al. (2011) identificaron en estudiantes de secundaria que los alumnos con un autoconcepto alto se muestran más activos y con mayor éxito. Huang (2011) concluye en su investigación que un autoconcepto alto conduce al rendimiento académico alto y viceversa, por lo que los padres y maestros deben trabajar en elevar el autoconcepto de los estudiantes.

Prácticas de Crianza y Rendimiento Académico

El estudio del comportamiento parental con relación a la crianza de los hijos se ha realizado a partir de diferentes modelos teóricos. Desde la primera mitad del siglo pasado hasta nuestros días, se han realizado numerosos intentos por delimitar las dimensiones básicas que constituyen la crianza (Carrasco et al., 2007).

Los estilos de crianza se han considerado un factor crucial que influye en todos los aspectos del desarrollo del individuo, el concepto implica toda la constelación de actitudes de los padres que se traducen en prácticas específicas que influyen en los comportamientos infantiles (Darling y Steinberg, 1993). Estos pueden ser descritos como patrones de comportamiento que se producen en la interacción con los hijos y crean un clima propicio para que las conductas de los padres se expresen, así como el conjunto de actividades que los padres practican con sus hijos y la administración de los recursos disponibles orientados a apoyar el proceso de desarrollo psicológico (Arranz, 2005; Baumrind, 1971, 1977; Darling y Steinberg, 1993).

Los estilos parentales involucran prácticas parentales específicas y la combinación de éstas conformarán la tipología de los estilos parentales, las cuales, sea en intensidad, frecuencia o

modo, varían tanto como lugares hay en donde se hallan familias, pero los estudios analíticos factoriales tienden a identificar consistentemente algunas dimensiones que se mantienen constantes, por ejemplo: el rechazo, la calidez emocional y la protección (González y Landero, 2012).

A partir de las investigaciones realizadas por Baumrind (1991) en las cuales destaca la relación entre el trato de los padres a sus hijos y el rendimiento escolar, se han realizado diversos estudios (Carlos y Ochoa, 2010; Sánchez y Valdés, 2011; Valdes y Urias, 2010; Vallejo y Mazadiego, 2006;) donde se ha analizado la influencia de la familia en el rendimiento escolar, evaluando la participación de los padres en la educación de sus hijos. Se reporta que a mayor participación parental existen en los estudiantes una actitud y conducta positiva hacia la escuela, mayores logros de lectura, calidad en las tareas y en general un mejor rendimiento académico.

Asimismo, Núñez (2009) destacó una serie de variables familiares que afectan el rendimiento escolar, como son: la estructura, el origen o la clase social de procedencia y el clima educativo familiar, el cual lo define como las actitudes y las expectativas que los padres tienen hacia sus hijos. Besharata et al. (2011) y Hong (2012) señalan que cada tipo de crianza puede influir diferencialmente en los resultados académicos del niño, mientras que Lamborn, et al. (1991) señalan que los padres tienen una poderosa influencia en el desarrollo infantil y puede asociarse a los resultados que el niño obtenga en la escuela.

Otros autores (Anabalón, 2008; Baeza, 2000; Manterola, 1986) manifiestan que las interacciones de la familia y los estilos de crianza parentales forman parte de los factores que van a intervenir en el desarrollo de habilidades académicas. A su vez, los estilos de crianza pueden afectar de manera importante el desarrollo psicológico durante la infancia y la adolescencia, determinando en gran medida las características que definen el comportamiento social del

individuo e incluso su nivel de competencia académica (Jiménez, 2009; Jiménez y Guevara, 2008). Murray (2012), afirma que el estilo de crianza de las madres (siendo usualmente el principal cuidador) tiene un efecto pequeño, pero estadísticamente significativo en el éxito académico de los hijos, el cual es mediado a través del compromiso parental con la educación, la vigilancia de tareas y el fomento a un autoconcepto positivo en el niño. Nyarko (2011), reporta en un estudio que los resultados indicaron una relación significativa entre el estilo parental autoritativo con el éxito académico de los estudiantes, ya que proporcionan un clima familiar cálido, establecen normas y promueven la independencia de los niños.

En los niños con LPH el ambiente familiar es un factor importante en su rehabilitación, las actitudes, expectativas y grado de apoyo por los padres es una enorme influencia en el desarrollo del niño. Turner et al. (1988) mencionan que los padres pueden experimentar una crisis mental con el nacimiento del niño con LPH, la cual será superada según el carácter, sus fortalezas o debilidades y será decisivo para la conducta que el niño presente, se ha evidenciado que como resultado de ésta, los padres son más tolerantes del mal comportamiento en los niños y sobreprotectores, negando la existencia de problemas psicológicos de ellos o sus hijos, lo cual aumenta las dificultades en el desarrollo de las habilidades sociales y alcance de logros educativos. Mientras, los niños con LPH han reportado que sus madres ejercen un mayor control psicológico y son más intrusivas, así como también se muestran insatisfechos por la apariencia facial (Richman, y Millard, 1997).

Los resultados muestran la importancia de conocer las prácticas de crianza ejercidos en la población de niños con LPH, y determinar de qué manera afecta el rendimiento académico como se ha evaluado en otras poblaciones. Las investigaciones mencionadas refieren que los padres de

niños con LPH mostrarán actitudes específicas a partir del nacimiento, ya sea de rechazo o bien de sobreprotección, lo cual influenciará en el desarrollo del niño.

Salud mental y Rendimiento Académico

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. La Secretaría de Salud (2011) de México, considera a la salud mental como el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos, conductuales y en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. Al presentar una alteración en la salud mental se observan trastornos de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, que afecta y se relaciona de manera directa con muchos aspectos de la vida como son: la familia, los amigos, el ámbito escolar y laboral, el ámbito social (Secretaría de Salud, 2011).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales y la define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Contreras (2005) define a la salud mental como la capacidad de un individuo para negociar los desafíos en la diaria interacción con la sociedad, sin tener que sufrir experiencias cognitivas, emocionales y conductuales disfuncionales, las mismas que pueden estar influenciadas por numerosos factores de riesgo: condiciones de estrés, del medio ambiente, vulnerabilidad biológica y genética, disfunciones psíquicas agudas o crónicas.

En la actualidad se ha destacado la importancia de la salud mental en la infancia y se han realizado importantes investigaciones en sociología, psicología, psiquiatría y disciplinas afines para conocer y analizar la relevancia de experiencias en la niñez en los resultados de la vida adulta y que otros factores intervienen (McLeod y Almazan, 2003). Algunas investigaciones empíricas refieren que existe una variedad de problemas psicosociales y de salud mental que afectan el aprendizaje y rendimiento de manera profunda; los cuales se ven agravados, ya que niños, niñas y jóvenes interiorizan los efectos debilitantes del mal desempeño en la escuela y son castigados por la mala conducta, que es un correlato común de fracaso escolar (Durlak et al., 2011; Hoagwood et al., 2007; Suldo et al., 2014).

Kaiser y McLeod (2004), refieren que las desventajas educativas asociadas con el desarrollo emocional del niño y los problemas de comportamiento asociados pueden llevar a presentar fracasos académicos en secundaria y preparatoria. En un estudio realizado por Rodríguez (2003), se describe que, en una población de 73 niños y niñas entre las edades de 9 a 11 años, al menos el 23.8% de estudiantes tenía retraso escolar o repetición del ciclo escolar siendo más frecuente en niños que en niñas y que se relacionaban con alteraciones de la conducta social, pasividad e hiperactividad.

Actualmente se considera que el rendimiento académico de los escolares no sólo está asociado a la capacidad intelectual, sino también al equilibrio personal, el cual sería un factor clave para lograr un mejor rendimiento (Ferragut y Fierro, 2012). Las emociones muestran que los estudiantes con bajo rendimiento poseen con mayor frecuencia cuadros caracterizados por tristeza y depresión, ansiedad, dificultades en el control y auto regulación de la ira y la frustración (Luque y Rodríguez; 2006; Romero y Lavigne, 2005; Zapata et al., 2009), a diferencia de estudiantes con alto rendimiento, los cuales presentan mayor tranquilidad,

regularidad emocional, autocontrol en la frustración y reducida frecuencia en la identificación de problemas de ansiedad o temor (González, 2003, citado en Erazo, 2012).

Con relación a los niños con LPH se han abordado las problemáticas de índole psicológica que presentan, demostrando que presentan una serie de dificultades en el orden social y psicológico que provoca que tengan que enfrentarse a situaciones para las cuales no siempre cuentan con la preparación y recursos psicológicos (adecuada correlación entre la apariencia física y su conducta, o personalidad) necesarios, repercutiendo en el desarrollo personal, social y educativo del niño (Lozano, 2006).

Los resultados más relevantes de algunas investigaciones señalan que las personas con LPH presentan problemas externalizantes como problemas de conductas, y problemas internalizantes, como insatisfacción por el aspecto facial, depresión y ansiedad; además, de encontrarse sujetos a los efectos estresantes de la curiosidad pública y del trato especial de quienes lo rodean (Fuchs y Leichner, 2012; Hunt et al., 2005). Siguiendo con esa línea de investigación, Nicholls et al. (2015), exploraron los impactos psicosociales del LPH, encontrando que la mayoría de los niños, adolescentes y adultos, corren un mayor riesgo de desarrollar problemas internalizantes como dificultades en la autoestima y autovaloración, inhibición social y aislamiento, insatisfacción con su imagen, depresión y ansiedad. Todos estos resultados llevan a reflexionar sobre el papel que estos problemas psicológicos pueden tener en la experiencia escolar del niño con LPH, siendo importante la identificación del estado de salud mental que presenta y de qué manera se ve alterado, impactando en su rendimiento académico.

Relación entre el Autoconcepto, las Prácticas de Crianza y la Salud Mental con el Rendimiento Académico.

El rendimiento académico es un tema que ha tomado importante relevancia en la investigación durante las últimas décadas, así como indagar cuáles son los factores externos e internos que influyen o afectan su desarrollo. Garbanzo (2007) menciona que el rendimiento académico por ser multicausal envuelve una enorme capacidad explicativa de los distintos factores y espacios temporales que intervienen en el proceso de aprendizaje, existiendo diferentes aspectos que se asocian al rendimiento académico que pueden ser de orden social, cognitivo y emocional, que se clasifican en tres categorías denominadas determinantes personales, sociales e institucionales.

Dentro de las determinantes personales se incluyen aquellos factores como competencia cognitiva, motivación, condiciones cognitivas, autoconcepto, autoeficacia, bienestar psicológico, inteligencia, aptitudes, entre otros. En las sociales están incluidas las diferencias sociales, el entorno familiar, nivel educativo de los progenitores, contexto socioeconómico, variables demográficas, etc. Y por último en las institucionales se encuentran los servicios institucionales, relación estudiante-profesor y condiciones institucionales (Gómez et al., 2011).

Si bien se ha investigado la relevancia de los diferentes factores asociados al rendimiento académico, estos se han analizado de manera unilateral y las investigaciones que relacionan dos o más factores asociados al rendimiento académico no son suficientes. Con relación a los aspectos que se asocian al rendimiento académico con la población de niños con LPH se han realizado pocas investigaciones con respecto a ello, se ha resaltado principalmente el impacto que tiene la malformación en el desarrollo de diversas alteraciones en la conducta del niño o bien

en su dinámica familiar y social derivado de las secuelas producidas por la misma, pero no así cómo pueden estas secuelas también afectar su rendimiento académico de manera importante.

Como se mencionó anteriormente se ha analizado que un gran porcentaje de los niños con LPH presentan un autoconcepto pobre a diferencia de los niños sanos, lo que ocasiona que se perciban como menos hábiles socialmente y con estados de tristeza e irritación (Kapp-Simon, 1986), de igual manera con los estilos de crianza donde se reporta que la convivencia con el niño con LPH puede generar actitudes ambivalentes en los padres y que traten a los niños con sobreprotección y en ocasiones con rechazo (Sauceda-García et al., 1996) y por último las investigaciones con respecto a la salud mental en niños con LPH se ha señalado que presentan problemas de conductas, insatisfacción por el aspecto facial, depresión y ansiedad (Fuchs y Leichner, 2012; Hunt et al., 2005;). Pero en ninguna de ellas se ha referido o se ha relacionado cómo estos factores pueden afectar además el rendimiento académico de manera específica y conjuntamente.

Para la presente investigación es de suma importancia conocer de qué manera se relacionan el autoconcepto (determinante personal), las prácticas de crianza (determinante social) y la salud mental (también determinante personal) en el rendimiento académico de los niños con LPH y no sólo establecer una función unilateral, sino establecer la manera en que estos tres factores pueden incidir en el mismo.

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Para dar explicación de qué manera el autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental se asocian con el rendimiento académico en el niño con labio y/o paladar hendido, se utilizó la aportación teórica del modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, el cual presenta

como postulado principal que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, asimismo, afirma que el funcionamiento psicológico de las personas está en gran medida, en función de la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea (Torrico et al, 2002).

El desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona se desenvuelve. Dicha acomodación se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos (García, 2001).

Bronfenbrenner (1987) considera el ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas, cada uno incluyendo el siguiente (Figura 1). Explica que el individuo se encuentra inmerso en diferentes niveles, agrupados de la siguiente manera:

Nivel 1- *Microsistema* es el entorno inmediato que contiene al individuo en desarrollo e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos de su día a día.

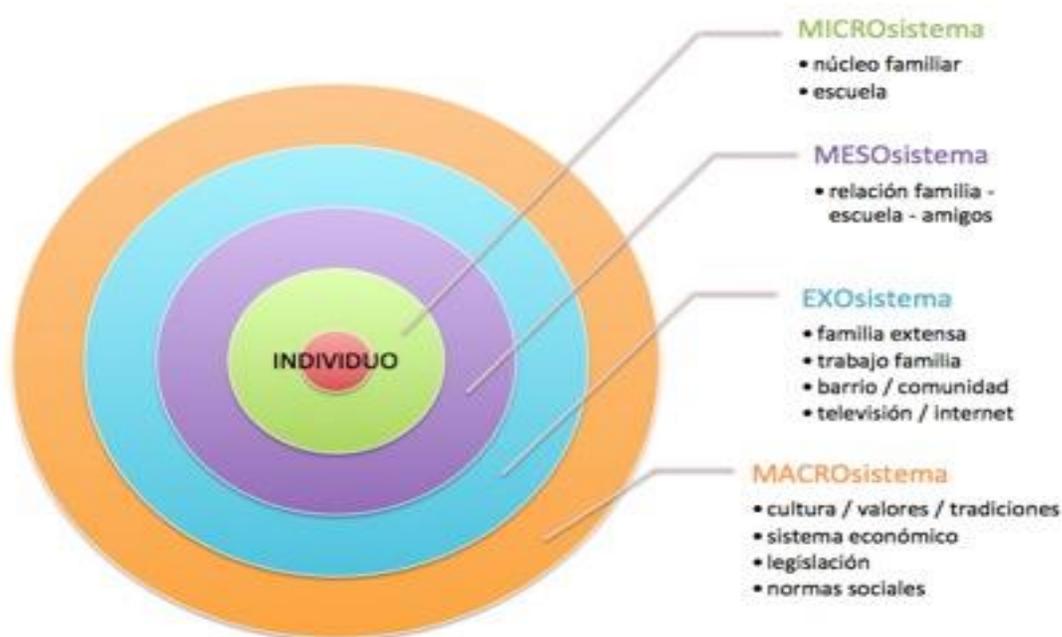
Nivel 2- *Mesosistema*, el cual comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que el individuo participa activamente.

Nivel 3- *Exosistema*, se refiere a uno o más entornos en los que no está presente el individuo en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno siguiente.

Nivel 4- *Macrosistema*, se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos.

Figura 1

Representación del Modelo ecológico de Bronfenbrenner



Nota: Tomado de Bronfenbrenner (1979).

Fuertes y Palmeros (1998) nos explican que, desde la perspectiva del modelo ecológico, la evolución del niño se entiende como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que éste realiza, de su rol y de las interacciones que mantiene con el ambiente. Se resalta la importancia de las interacciones y transacciones que se establecen entre el niño y los elementos de su entorno, empezando por los padres y los iguales.

El Labio y/o Paladar Hendido Explicado Bajo el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Cuando se aborda la malformación del labio y/o paladar hendido en el niño, se está involucrando diferentes aspectos que serán importantes en la rehabilitación integral del niño, como es la familia, la atención médica, la dinámica escolar, entre otros. Ya que, de acuerdo con el modelo de Bronfenbrenner, al analizar el desarrollo del niño no podemos observar sólo su comportamiento de forma aislada o como fruto exclusivo de su maduración, sino siempre en relación con el ambiente en el que el niño se desarrolla (Fuentes y Palmero, 1998)

Bajo esta perspectiva se puede explicar cómo el niño con LPH puede verse afectado por todos estos sistemas de manera directa o indirecta y sobre todo profundizar en cómo el autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental impactan en su rendimiento académico. Ya que como se ha referido en diferentes investigaciones, la malformación produce cambios en la percepción que se tiene del entorno que le rodea, alterando su desarrollo emocional, social y educativo.

En la figura 2 se muestra una representación que se sugiere para aplicar el modelo ecológico y analizar el desarrollo de los niños con LPH de acuerdo con los diferentes niveles.

Nivel Microsistema: Como cualquier otro individuo en el entorno inmediato del niño con LPH se encuentran la familia y los amigos, los cuales influirán en su desarrollo de manera positiva o bien negativa, de acuerdo con los comportamientos, roles y relaciones que se establezcan en su dinámica. Por ejemplo, si la percepción que la familia o los amigos tienen sobre la malformación de LPH es muy negativa, es de esperar que el niño reaccione inadecuadamente ante la misma y el tratamiento, la relación que el niño con LPH establezca con sus familiares y amigos puede ser decisiva en el ajuste y adaptación que tenga ante el diagnóstico y/o tratamiento (Pope et al., 2004).

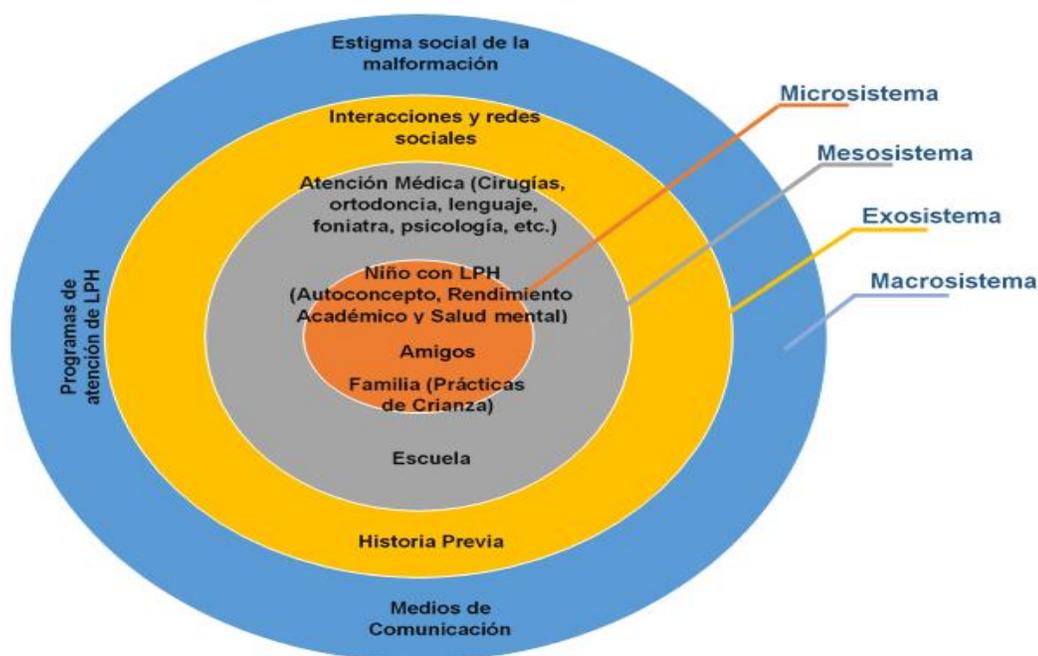
Nivel Mesosistema: Este sistema se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno (Bronfenbrenner, 1979). El niño con LPH se convierte en el punto de partida del análisis de múltiples variables individuales y relacionales, algunas propias de él, pero otras pertenecientes a diferentes personas y/o entornos. En el caso de los niños con LPH se tiene que evaluar y considerar que este sistema se incrementa por entornos que llegan a convertirse en cotidianos además de los usuales, como la escuela. A la escuela hay que añadirle espacios como son: el hospital/la consulta, los otros niños con LPH, las asociaciones a las que acuden a recibir diferentes tipos de atención, por lo cual estos contextos pueden estar afectando y/o modificando las conductas del sujeto. Se deben considerar los apoyos que reciba la familia, ya que todo el proceso de rehabilitación del niño también afectará a la familia, económica y psicológicamente, en el entorno escolar se deberá evaluar cómo se apoya al niño con las ausencias escolares para las consultas o las intervenciones quirúrgicas a las que se tendrá que someter, todo ello hace que el entorno se vuelva más complejo y es importante considerar cómo estos contextos pueden estar afectando y/o modificando las conductas del niño.

Nivel Exosistema: Hay que considerar que la interacción del niño con LPH en este sistema es importante tomando en cuenta la historia previa que se tiene en la familia, si se tiene algún familiar con malformación o alguna patología similar, así como las redes sociales que establezca su familia que también serán parte del soporte y apoyo que la familia requiere para enfrentar las diversas problemáticas derivadas de la malformación. Estas variables del exosistema son capaces de influir en el desarrollo de la percepción que tendrá de sí mismo y que incide en la formación de su autoconcepto, la salud mental que desarrolle y el rendimiento académico que presente.

Nivel Macrosistema: Este último sistema es importante en el desarrollo del niño con LPH, a pesar de ser el más alejado, ya que el factor del estigma que tiene la malformación dentro de la sociedad, así como los programas establecidos para la atención del LPH influirán en el entorno inmediato en el que se desenvuelve el niño, provocando alteraciones en su desarrollo psicológico. Las actitudes que el niño percibe en sus entornos cotidianos están en buena parte mediadas por la imagen general que la sociedad tenga de la malformación, sustentada en gran medida por el tratamiento que se ofrece por los diferentes programas establecidos (Ibañez, 1990).

Figura 2

Modelo ecológico aplicado a los niños(as) con LPH



Nota: Adaptación del Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979).

Considerar estos factores y ambientes en los que se relaciona el niño con LPH, da la pauta para articular un sistema de apoyo y recursos para el manejo multidisciplinario, familiar, educativo y emocional; así como la base para identificar el espectro de factores conductuales,

ambientales y culturales que pudieran afectar a las posibilidades futuras del niño en los aspectos social, emocional y educativo.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación existente entre el autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental con el rendimiento académico en niños de 8 a 12 años con labio y/o paladar hendido.

Objetivos específicos

1. Adaptación y validación de la escala Piers-Harris 2 (2012), en una muestra de niños de 7 a 12 años de población general mexicana.
2. Adaptación y validación del inventario de prácticas de crianza (López, 2013) para su uso en niños mexicanos de 7 a 12 años.
3. Evaluar el autoconcepto en niños de 8 a 12 años con labio y/o paladar hendido y su relación con el rendimiento académico.
4. Identificar las prácticas de crianza que reportan los padres y los niños de 8 a 12 años con labio y/o paladar hendido y su relación con el rendimiento académico.
5. Caracterizar la salud mental presente en los niños de 8 a 12 años con labio y/o paladar hendido y analizar su relación con el rendimiento académico.

Método

Diseño

La presente investigación tuvo un diseño transversal descriptivo, la cual tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población (Hernández et al., 2006) y se desarrolló bajo la metodología cuantitativa en dos fases:

1ª. FASE: Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas del Piers Harris 2 y Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas del IPC en población infantil de 7 a 12 años.

2ª. FASE: Analizar la relación del autoconcepto, prácticas de crianza y salud mental con el rendimiento académico en niños con LPH.

Instrumentos

Para la evaluación de las variables contempladas en esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

Variables Sociodemográficas. Cuestionario sociodemográfico *ad hoc*, con el cual se evaluaron variables sociodemográficas de la familia que permitió caracterizar a la muestra dentro de los parámetros establecidos. Entre los indicadores evaluados están: tipo de malformación, número de hijos/gesta, escolaridad, ocupación y estado civil de los padres, tipo/tenencia de vivienda, zona de vivienda, ingresos familiares mensuales, bienes inmuebles, servicios médicos. Se incluyó en el Cuestionario sociodemográfico, el índice AMAI (Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión) que clasifica a los hogares utilizando la “Regla AMAI 8X7” para medir el nivel de satisfacción de las necesidades más importantes del hogar. Esta Regla produce un índice que clasifica a los hogares en siete niveles, considerando ocho características o

posiciones del hogar y la escolaridad de la persona que más aporta al gasto (AMAI, s/f).

Variable Independiente: Autoconcepto. Escala de autoconcepto de Piers-Harris (Piers et al., 2002). Evalúa la percepción que un niño de 7 a 12 años tiene de sí mismo respecto de sus actitudes, sus sentimientos y el conocimiento de sus capacidades, habilidades, apariencia, y aceptabilidad social. Cuenta con 60 ítems, es una escala tipo dicotómica de respuesta SÍ y NO. Se aplica la plantilla de corrección, para cada respuesta obtenida, obteniendo así la información que corresponde a las 6 dimensiones que mide la escala conformadas por:

- Comportamiento de ajuste (BEH): medidas de admisión o el rechazo de comportamientos problemáticos (reactivos 12, 13, 14, 18, 19, 20, 27, 30, 36, 38, 45, 48, 58 y 60).
- Estado intelectual (INT): refleja la evaluación de un niño de sus habilidades con respecto a las tareas intelectuales y académicas (reactivos 5, 7, 12, 16, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 34, 39, 43, 50, 52 y 55).
- Aspecto físico y atributos (PHY): medidas de valoración de un joven de su apariencia física y atributos como el liderazgo y la habilidad de expresar ideas (reactivos 5, 8, 9, 15, 26, 33, 39, 44, 46, 49 y 54).
- Libre de ansiedad (FRE): refleja ansiedad y estado de ánimo disfórico (4, 6, 7, 8, 10, 17, 23, 29, 31, 32, 35, 40, 56 y 59)
- Popularidad (POP): representa la evaluación de un niño de su funcionamiento social (reactivos 1, 3, 6, 11, 32, 37, 39, 41, 47, 51, 54, 57).
- Felicidad y satisfacción (HAP): refleja el sentimiento de felicidad y satisfacción con la vida (reactivos 2, 8, 28, 31, 35, 40, 42, 49, 53, 60).

Los autores de la escala (Piers y Herzberg, 2002) señalan que la suma de las puntuaciones de todos los factores genera el puntaje del Autoconcepto global. Según el puntaje obtenido en la prueba, el nivel de autoconcepto global o total se clasifica conforme lo establecido en la Tabla 2.

Tabla 2

Puntajes T (Totales) requeridos para cada nivel del autoconcepto.

Autoconcepto MUY ALTO.	$\geq 70T$
Autoconcepto ALTO	$\geq 60T$
Autoconcepto NORMAL O MEDIO	$\geq 40T$
Autoconcepto BAJO	$\leq 39T$
Autoconcepto MUY BAJO	$\leq 29T$

Nota: Tomado de Piers y Herzberg, 2002.

Variable Independiente: Prácticas de Crianza. El Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) fue validado en población mexicana con una muestra de 260 participantes (López, 2013), y se obtuvo un nivel de confiabilidad de .92 (por medio del análisis de consistencia interna por alfa de Cronbach) y una varianza explicada del 64% (por medio del análisis factorial exploratorio) que arrojó 6 factores, por lo que el instrumento se evalúa por medio de 6 subescalas.

Este instrumento evalúa las conductas de los padres con respecto a la disciplina y promoción del afecto de su hijo, sin embargo, como refiere Márquez y colaboradores, (2007) resulta necesario evaluar la crianza no sólo desde la perspectiva de los padres, sino también desde la perspectiva de los hijos, en particular porque las investigaciones (Betancourt y Andrade, 2006; Fernández de Ortega, 2005) muestran que la percepción de crianza entre padres e hijos difiere. Consta de 40 preguntas cerradas donde cada pregunta tiene 6 opciones de respuesta de escala Likert, que van de Nunca/Casi nunca a Siempre/Casi siempre. Contiene 6 subescalas:

- Castigo (reactivos 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 33 y 38) se refiere a conductas no deseadas que los padres realizan para corregir el comportamiento de sus hijos; por ejemplo, gritar, regañar, obligar, etc.
- Ganancias materiales (reactivos 1, 7, 21, 26, 28 y 39) se refiere a las consecuencias materiales que los padres otorgan ante el comportamiento deseado de sus hijos (objetos o juguetes).
- Interacción social (reactivos 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) se refiere a las conductas que realizan los padres con la finalidad de tener interacciones positivas con sus hijos, como platicar, explicar, escuchar, etc.
- Normas (reactivos 29, 30, 31, 32, 34 y 35) evalúa acciones autoritarias que intentan los padres con el objetivo de establecer reglas a sus hijos; por ejemplo, imponer acuerdos o exigir el cumplimiento de las reglas.
- Ganancias sociales (reactivos 22, 23, 24, 25 y 27) se refiere a conductas de aprobación de los padres ante el comportamiento adecuado de sus hijos, como elogiar, felicitar, dar las gracias, etc.
- Límites (reactivos 36, 37 y 40) se refiere a la imposición que los padres realizan para establecer límites a sus hijos; por ejemplo, establecer autoridad o imponer un horario (Morales, 2013).

Una vez completado el inventario, se asigna un valor a cada opción de respuesta que se indica en a Tabla 3.

Tabla 3

Puntuaciones asignadas a cada una de las respuestas en la escala Likert

Nunca / Casi Nunca	1
Muy pocas veces	2
Algunas veces	3
Frecuentemente	4
Muy frecuentemente	5
Siempre / Casi siempre	6

Nota: Tomado de López, 2013

Se suman, en la hoja de calificación, las opciones que el niño asignó a las preguntas correspondientes a cada escala, de tal manera que, a mayor puntaje en cada una de las escalas, mayor es el atributo del padre con relación a las prácticas de crianza de sus hijos. Dado que el instrumento original, está dirigido a ser respondido sólo por los padres, se realizó como parte del presente estudio, una adecuación de este instrumento para que pudiera ser contestado por los hijos y respondieran al mismo instrumento desde su perspectiva, para poder correlacionar ambas perspectivas. Esta estrategia se ha realizado en otros instrumentos de la misma línea, como es *Mis memorias de crianza -EMBU-* (Caraveo et al., 2007) que analiza las interrelaciones entre los estilos parentales que percibe el niño y adolescente de ambos padres. Las preguntas del instrumento adaptado fueron redactadas considerando el mismo número de reactivos y las mismas subescalas.

Variable Independiente: Salud mental. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico [CBTD] (Caraveo-Anduaga, 2016). El CBTD se diseñó para identificar posibles problemas de salud mental en niños y adolescentes. En general, las conductas que evalúa el instrumento tienden a agruparse en constelaciones que señalan la presencia de probables síndromes psicopatológicos como: problemas de atención, conducta disocial, depresión y otro tipo de

alteraciones específicas como problemas del lenguaje, epilepsia y conductas impulsivas (Caraveo-Anduaga, 2007).

La eficiencia y validez concurrente del instrumento fue estudiada en servicios de atención primaria a la salud, el instrumento mostró tener un valor predictivo positivo (VPP) de 76% y un valor predictivo negativo (VPN) de 99%, y ha sido útil para detectar problemas de salud mental en la población escolar. El cuestionario evalúa síndromes de exteriorización y síndromes de interiorización, de manera global o bien de manera específica.

Síndromes de exteriorización: Impulsividad, Hiperactividad, Déficit, Problema de conducta moderado; Síndromes de interiorización: Condición depresiva, Ansiedad generalizada, Ansiedad con inhibición; Otros síndromes: Problemas de lenguaje grave, Probables manifestaciones epilépticas graves, Conducta explosiva.

Los criterios de evaluación son los siguientes:

Casos definitivos complicados: puntuación de 9 o más síntomas.

Casos probables no complicados: puntuación entre 5 a 8 síntomas

No caso: puntuación de 4 síntomas o menos.

El CBDT es respondido por un padre o tutor del niño y puede ser utilizado en escenarios de atención primaria, como un primer paso para establecer la vigilancia de la salud mental en la infancia y adolescencia.

Variable Dependiente: Rendimiento Académico. El rendimiento académico fue evaluado mediante las calificaciones obtenidas en el ciclo escolar concluido. Esta información fue obtenida de una copia de la boleta de calificaciones del año escolar concluido solicitada a los padres o tutores.

Adicionalmente, se incluyeron preguntas en el cuestionario con los padres sobre el historial académico de su hijo para identificar la historia de reprobación en asignaturas de cursos anteriores y repetición de ciclos escolares.

Variable de exclusión/interacción: Problemas de lenguaje. Sub-Escalas de Semejanzas y Vocabulario de la Escala Wechsler IV (WISC IV; Weschler, 1999; Padilla et al., 2007). Es una prueba de inteligencia de la que se puede obtener una amplia información de sus subpruebas, estableciendo un perfil. Con esta escala, además de poder obtener un CI Total, se obtiene también cómo es el funcionamiento de un niño en áreas como Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo y Velocidad de procesamiento. Se aplica a niños de 6 a 16 años. Para la muestra se utilizará sólo la subescala de Semejanzas que mide la formación de conceptos verbales y es una buena fuente de información del rendimiento académico y la subescala Vocabulario, la cual evalúa el conocimiento de palabras en la cual el niño para su explicación necesitará recurrir a una variedad de factores relacionados con la cognición, su capacidad de aprendizaje, riqueza de ideas, memoria, función de conceptos y su desarrollo de lenguaje. Estas dos subescalas otorgaron los parámetros necesarios para conocer si el niño evaluado presentó problemas semánticos de lenguaje, el cual fue un criterio de exclusión.

Variable de Control: Cociente intelectual. Matrices Progresivas en Color (Raven et al., 1993). Esta prueba se utiliza para medir la capacidad intelectual, comparando formas y razonando por analogías, independientemente de los conocimientos adquiridos, por lo que brinda información sobre la capacidad y claridad de pensamiento del examinado para la actividad intelectual. La prueba obliga a poner en marcha el razonamiento analógico, la percepción y la capacidad de abstracción. Consta de 36 matrices o dibujos a color, a cada uno de estos dibujos le falta una parte. Estas matrices se agrupan en tres series (A, B, C); cada serie está integrada por

12 ítems. Dentro de cada serie, a medida que avanza la tarea, va en aumento el grado de complejidad. Las series A y B son iguales que en la Escala General, pero con color, introduciéndose la serie Ab entre ambas. Diseñada para utilizarse con niños de entre 5 y 12 años, ancianos o discapacitados mentales, no suele utilizarse límite de tiempo. Su tiempo de aplicación oscila entre 20 y 30 minutos.

Definición operacional de variables

La definición operacional de las variables evaluadas es descrita en la Tabla 4.

Tabla 4*Definición conceptual y operacional de las variables*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumento
<i>Variables sociodemográfica de la familia</i>	Factores sociodemográficos: Son los factores relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, etc., así como a las características de la población, como edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, etc. (Montero et al., 2007)	Se incluirán variables que juegan un papel importante a la hora de explicar la adherencia de un grupo y darle la composición a la demografía de la muestra como es: tipo de malformación, número de hijos/gesta, escolaridad de los padres, ocupación de los padres, estado civil de los padres, lugar de origen de padres, miembro de comunidad indígena/etnia, tipo/tenencia de vivienda, zona de vivienda, ingresos familiares mensuales, egresos mensuales, etc.	Cuestionario Sociodemográfico diseñado <i>ad hoc</i> (Aplicación a padres)
<i>Variables independiente: Autoconcepto y Prácticas de crianza</i>	Autoconcepto: Se ha definido como 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 (Shavelson et al., 1976), así como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (García y Musitu, 2014). Prácticas de crianza: Se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico, el desarrollo emocional y social de un hijo (Livianos-Aldana y Rojo-Moreno, 2003; Smith, 1999).	Se tomarán en cuenta las puntuaciones arrojadas en el autoconcepto global, tomando en cuenta los puntajes que indican la escala validada. Autoconcepto ALTO > 60T Autoconcepto NORMAL > 40T Autoconcepto BAJO < 39T Asimismo, se tomarán en cuenta de manera independiente los puntajes arrojadas por las 6 dimensiones contempladas en el instrumento de autoconcepto de la Escala Piers Harris 2. Comportamiento de ajuste, Autoconcepto intelectual, Autoconcepto físico, Libre de ansiedad, Autoconcepto social o popularidad y Felicidad-satisfacción	Escala Piers-Harris 2 (Piers y Herzberg, 2002) (Aplicación en niños) Inventario de Prácticas de Crianza (IPC; López, 2013) (Aplicación para padres e hijos) [Versión adaptada del instrumento para la versión de los niños]

Cont. Tabla 4

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumento
<i>Variable independiente: Salud mental</i>	<p>Salud mental: “se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida” (OMS, 2013). Cuando existen alteraciones en ella, se habla de que el individuo no tiene una salud mental adecuada y como indicador de ello se presenta algunas de las siguientes problemáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemas de depresión/ansiedad ✓ Aislamiento depresivo ✓ Quejas somáticas ✓ Problemas sociales ✓ Problemas de pensamiento ✓ Problemas de atención ✓ Quebranto de normas ✓ Conductas agresivas 	<p>Se medirá la salud mental en función de los problemas que se presentan en el niño y modifican su conducta, comportamiento y emociones negativamente. Lo cual se obtendrá a través de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CBTD contestado por los padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Casos definitivos complicados: puntuación de 9 o más síntomas ✓ Casos probables no complicados: puntuación entre 5 a 8 síntomas ✓ No caso: puntuación de 4 síntomas o menos. <p>A su vez se tomarán en cuenta los puntajes obtenidos por síndromes de internalización (SI) y exteriorización (SE): SI: Condición depresiva, Ansiedad generalizada, Ansiedad con inhibición. SE: Impulsividad, Hiperactividad, Déficit de atención, Conducta oposicionista, Problema de conducta.</p>	<p>Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD, Caraveo-Anduaga, 2016) (reporte realizado por uno de los padres y/o tutores)</p>
<i>Variable dependiente: rendimiento académico</i>	<p>El rendimiento académico se define como el producto de la asimilación del contenido de los programas de estudio, expresado en calificaciones dentro de una escala convencional (Figueroa, 2004). Por ser cuantificable, el rendimiento académico determina el nivel de conocimiento alcanzado y es tomado como único criterio para medir el éxito o fracaso escolar a través de un sistema de calificaciones de 0 a 10 en la mayoría de los centros educativos públicos y privados (UNESCO, 2000).</p>	<p>Se evaluará con el promedio total de las calificaciones del ciclo escolar terminado previo a la evaluación en el niño con LPH en función a los parámetros de la SEP (Diario Oficial de la Federación, acuerdo número 648, 2012). El promedio escolar se obtuvo del historial académico obtenido con los padres, las cuales se designan con los siguientes parámetros: Calificación 9.5 a 10: desempeño <i>destacado</i> en los aprendizajes que se esperan en el bloque. Calificación 8 a 9.4: desempeño <i>satisfactorio</i> en los aprendizajes que se esperan en el bloque. Calificación 6 a 7.9: desempeño <i>suficiente</i> en los aprendizajes que se esperan en el bloque. Calificación 5 o menos: desempeño <i>insuficiente</i> en los aprendizajes que se esperan en el bloque, o bien, que tenga que repetir el año.</p>	<p>Calificaciones del ciclo escolar previo (Reportadas por los padres, a los cuales se les pedirá copia de la boleta de calificaciones del año escolar anterior concluido) Se tomará en cuenta materias reprobadas, así como años repetidos.</p>

Continuación de Tabla 4

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumento
<i>Variable de exclusión: Lenguaje</i>	<p>Lenguaje: Según Sapir (citado en Hernando, 1995) el lenguaje es un método exclusivamente humano, y no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada.</p> <p>El lenguaje está formado por un conjunto de sonidos básicos, llamados fonemas, unas unidades elementales de significado, los morfemas y la gramática, compuesta a su vez de la semántica (los significados) y la sintaxis (las normas de ordenación de las palabras).</p>	<p>Se evaluará si el niño presenta un problema de lenguaje derivado del trastorno de habla, el cual es una de las secuelas del LPH. Se tomará en cuenta los resultados de las subescalas <i>Semejanzas</i> y <i>Vocabulario</i> de la escala de <i>Comprensión Verbal</i> del WISC-IV. Si el niño falla los primeros cinco reactivos como marca la subprueba se detiene la evaluación y se excluye al participante de la muestra. Lenguaje Normal: Puntaje de 7 a 13, Lenguaje Alto: Puntaje de 14 a 19, Lenguaje Inferior: Puntaje de 1 a 6 (Estos casos son excluidos de la muestra).</p>	<p>Sub-Escalas de Semejanzas y Vocabulario de la Escala de Inteligencia de Wechsler IV, WISC IV (Padilla et al., 2007). (Aplicación en niños)</p>
<i>Variable de control: Cociente Intelectual</i>	<p>Cociente intelectual (CI): puede definirse como una razón entre el rendimiento logrado por un sujeto y el esperado, que es el promedio logrado en la estandarización o adaptación, por su grupo de edad (Wechsler, 1999).</p>	<p>Se evaluará al niño y ubicará de acuerdo con los siguientes niveles del Test de Matrices Progresivas RAVEN (escala coloreada):</p> <p>Rango I. “Intelectualmente superior”, puntaje percentil 95</p> <p>Rango II. “Definitivamente superior”, percentil 75.</p> <p>Rango III. “Intelectualmente término medio”, puntaje entre los percentiles 26 y 74.</p> <p>Rango IV. “Rango inferior”, percentil 25.</p> <p>Rango V. “Deficiente mental”, percentil 5</p>	<p>Test de Matrices Progresivas RAVEN escala coloreada) Raven, Court y Raven, 1993) (Aplicación niños)</p>

Procedimiento

La presente investigación se realizó en dos fases.

1ª Fase: Adaptación y Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Autoconcepto Piers-Harris 2 y del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)

Traducción y Adaptación de la Escala Piers-Harris 2 (Piers y Herzberg, 2002). La Escala Piers-Harris usada para este estudio fue la correspondiente a la versión 2, diseñada por Piers y Herzberg (2002), la cual fue traducida al español por Alejandro Sánchez, (Copyright © 2002 by Ellen V. Piers and Dale B. Harris. Publicado por W.P.S. Todos los derechos reservados) a solicitud de los propios autores para su uso en población hispana residente en Estados Unidos de Norteamérica.

Para su uso en población mexicana, fue realizado un proceso de adaptación al español usado en México. Para ello, se llevó a cabo una primera traducción de la escala del inglés al español y su versión preliminar fue comparada con la versión en español realizada por Alejandro Sánchez.

Después de la traducción, se sometió a opinión de tres expertos para la revisión de los ítems en la versión traducida comparándola con los ítems en el inglés original. Los expertos elegidos fueron profesionales en diversas áreas de la Psicología, con experiencia en investigación y en la aplicación y validación de instrumentos de medición, además de ser hispanos parlantes nativos mexicanos, bilingües, lo cual fue un criterio importante para llevar a cabo la corroboración de que la traducción hubiera sido la adecuada. Los expertos son: Dr. Santiago Morales Pamplona de la Universidad de Maryland (Doctor en Psicología del Desarrollo), Dr. Eduardo Hernández Padilla (Doctor en Neurociencias de la conducta, experto en metodología en ciencias del comportamiento, análisis cuantitativo, diseño y validación de instrumentos), y la

Dra. Bruma Palacios Hernández (Doctora en Psicología Clínica y de la Salud), los dos últimos, son Profesores Investigadores de Tiempo Completo del Centro de Investigación Transdisciplinar de Psicología de la UAEM. Se les fue enviado un formato de revisión para proceder a la revisión de pertinencia y de traducción de cada uno de los ítems por los expertos de manera independiente. El formato registró la opinión de los expertos para identificar si la traducción realizada al español se ajustaba al uso del idioma en México y a la comprensión por niños en comparación con el ítem original en inglés (Ver apéndice).

Se integraron y compararon las observaciones realizadas por los tres expertos, para sugerir la redacción final de los ítems. Los ítems que fueron ajustados fueron los siguientes: 3, 4, 11, 13, 17, 18, 24, 32, 33, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 54 y 55, respetando el orden y el sentido original de la escala y el uso del español en México para su mejor comprensión. Las opiniones vertidas por los expertos (apéndice) se analizaron para integrar la versión final de cada ítem.

Para garantizar que el lenguaje usado se ajustara al nivel de comprensión de la población infantil a evaluar, se buscó la revisión de profesionales que tuvieran contacto con la población de niños de 7 a 12 años para dictaminar si la redacción final sugerida con el trabajo de los expertos podría ser comprendida por este grupo. Se solicitó el apoyo a 3 maestros de primaria que revisaron la escala de Piers-Harris 2, con la finalidad de comprobar que los niños pudieran entender los ítems y las consignas del instrumento. Los docentes fueron propuestos por la directora del Centro de Atención Múltiple no. 24, y se eligió un docente por cada escuela en Morelos de donde se reclutó la muestra cómo se enlista a continuación: 1 Profesor de Sexto grado de la Escuela Primaria Federal. “Prof. Agustín Güemes Celis”, 1 Profesor de Segundo grado de la Escuela Primaria Federal: Juventud progresista, 1 Profesor de tercer grado de la Escuela Primaria Federal: Miguel Hidalgo y Costilla. Las escuelas a las que pertenecen los

docentes son escuelas públicas que corresponden al Sistema Educativo de Nivel Primaria, de Cuernavaca, Morelos, México.

El resultado de la revisión no generó ningún cambio a la redacción de los ítems, considerando los docentes que el lenguaje de ambos instrumentos era el adecuado para la comprensión de los alumnos de nivel primaria (Ver apéndice).

Adaptación del Inventario de Prácticas de Crianza Versión Respondida por Niños (IPC. López, 2013). El inventario de prácticas de crianza fue diseñado para la población mexicana, por lo que el lenguaje utilizado es apropiado para la población a evaluar. El objetivo de la adaptación en el IPC (2013) consistió en realizar una versión semejante del instrumento para ser contestada por los niños, ya que el instrumento original está dirigido únicamente para la respuesta de los padres. Contar con la versión contestada por los niños sobre las prácticas de su crianza, permitirá cotejar y contrastar las percepciones de los participantes involucrados en la crianza (padres e hijos) y servir de validación entre ambos o identificación de variaciones entre la percepción parental y la de su hijo/a, tal y como sucede en otros instrumentos que evalúan variables semejantes (EMBU, 2007).

El proceso por seguir radicó en la conversión de los ítems del IPC para ser respondidos desde la perspectiva del niño respetando el formato y estructura del instrumento original dirigido a padres. Para ello se revisaron la redacción de cada uno de los ítems que integran el inventario, y se procedió a la conversión de cada uno de los enunciados, modificando la redacción de tercera a primera persona, sin alterar la pregunta y la consigna del inventario. Se respetó la estructura, calificación y dimensiones contempladas en el inventario original. Después de la adaptación y revisión del instrumento, se solicitó al mismo grupo de profesores de primaria que apoyó en la revisión de la Escala Piers-Harris 2 (Piers y Herzberg, 2002) su apoyo para la revisión del

Inventario de Prácticas de Crianza, con la finalidad de comprobar que los niños pudieran entender las consignas de estos.

Derivado de la revisión, no se realizó ningún cambio a la propuesta enviada, considerando que el lenguaje de ambos instrumentos (versión original respondida por los padres y versión nueva respondida por los hijos) eran los adecuados para la comprensión de los alumnos de nivel primaria (Ver apéndice).

Captación de la Muestra. Se solicitó autorización al Instituto de la Educación Básica del Estado de Morelos (IEBEM) para acceder a las escuelas primarias de 3 municipios en el estado de Morelos y las cuales se asignaron por la institución de manera azarosa. Las instituciones asignadas fueron:

Escuela primaria federal con clave 17DPR0841P en Jiutepec, Morelos.

Escuela primaria federal con clave 17DPR0378H en Cuautla, Morelos.

Escuela primaria federal con clave 17DPR0983N en Cuernavaca, Morelos.

Escuela primaria federal con clave 17DPR00488N en Cuernavaca, Morelos.

Se hizo el contacto con los directores de cada escuela, se les explicó la finalidad del proyecto y el procedimiento para realizarlo, estableciendo un plan de trabajo de acuerdo con el calendario de actividades escolares programado. En cada una de las escuelas se convocó a una junta con padres de familia de los niños que estuvieran cursando del 2° al 6° grado escolar, para explicar los detalles de la investigación y hacer extensa la invitación a participar en la validación de la Escala Piers Harris 2 y el Inventario de Prácticas de Crianza adecuado para niños, así como participar en contestar ellos el Inventario de Prácticas de Crianza para papás, se les entregó una carta de consentimiento informado y una carta informativa del proyecto (Ver apéndice). La aplicación a los padres se hizo el mismo día que se realizó la junta, cabe mencionar que de las

juntas convocadas en cada una de las escuelas participantes no todos los padres asistieron a la junta y los que acudieron a la junta no todos accedieron a participar.

La aplicación con los niños se hizo durante las clases, se organizó con cada uno de los profesores de los diferentes grados y se programó según las actividades ya establecidas los tiempos para la aplicación con cada grupo. Al inicio de cada aplicación, se les explicaba de manera general a los niños(as) en qué consistía y de qué manera se debía contestar cada uno de los instrumentos, para después entregarles cada uno de los cuadernillos de validación, los cuales incluía el asentimiento informado, la escala de autoconcepto Piers-Harris 2 y el Inventario de prácticas de crianza (Ver apéndice), haciendo hincapié que la participación era voluntaria y que podían preguntar las dudas que tuvieran al respecto, además de ir asesorando y supervisando que cada uno de los niños en los diferentes grupos contestarán adecuadamente los instrumentos.

2ª Fase: Relación del Autoconcepto, Prácticas de Crianza y Salud Mental con el Rendimiento Académico

Captación de la Muestra. Como primer paso para el desarrollo de esta fase de la investigación para integrar la muestra, se acudió a diferentes instituciones, como fueron el Instituto Nacional de Pediatría, el Hospital General “Gea González”, y otras instituciones que contaban con el programa de labio y paladar hendido ubicadas en diferentes puntos del país para completar la muestra.

Evaluación de la Muestra. La evaluación de la muestra captada se realizó en una sola sesión de 50 minutos aproximadamente. En dicha sesión se trabajó de manera alterna con el padre o tutor e hijo(a). En un primer momento se les explicó a ambos (padres e hijos) participantes, en qué consistía la investigación, cuál era la importancia y la finalidad, además de

informar el tiempo aproximado de evaluación. Se le entregó al padre o tutor el consentimiento informado, dónde se señala el libre compromiso por participar y se le pidió el llenado del cuestionario de datos sociodemográficos y la aplicación de los instrumentos: Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) y Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), además se les solicitó el enviar una foto por correo electrónico o por teléfono de la boleta de calificaciones obtenidas por su hijo en el ciclo escolar concluido.

Con los niños, como primera parte de la evaluación se realizó la aplicación de la escala Raven y las subescalas de Semejanzas y Vocabulario de la prueba WISC-IV, para identificar la presencia o ausencia de problemas de lenguaje o discapacidad intelectual. En un segundo momento, se les aplicaron las escalas sobre autoconcepto (Piers-Harris 2) e Inventario de prácticas de crianza (IPC).

Participantes

Muestra en la 1ª. Fase.

Muestra para la Validación del Instrumento Piers-Harris 2. El número de niños contemplado en la muestra corresponde al criterio establecido por Nunnally y Bernstein, (1995) que sugieren contar con un rango de 5 a 10 individuos por cada ítem de la escala. La muestra participante se conformó por 549 niños, de los cuales 19 se excluyeron, al no contestar la totalidad del cuestionario, y se descartaron 37 casos por presentar valores perdidos. Se conformó una muestra final de 493 sujetos (89.8%), 8.2 participantes por ítem con la cual se realizaron los análisis estadísticos. Las características de la muestra se reportan en tabla 5.

Tabla 5

Características presentes en los niños de la muestra para la escala de autoconcepto Piers-Harris 2

Sexo	%
Niñas	50.5
Niños	49.5
<i>Municipio</i>	%
Jiutepec	12.8
Cuatla	23.9
Cuernavaca	63.3
<i>Edad</i>	%
7 años	12.5
8 años	19.1
9 años	22.2
10 años	22.2
11 años	20.7
12 años	3.3
<i>Grado escolar</i>	%
2 grado	11.2
3 grado	20.3
4 grado	21.7
5 grado	22.1
6 grado	24.7

Muestra para la adaptación y validación del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) en Versión de Respuesta de los Niños. La muestra participante para la validación de este instrumento se conformó por 542 niños, de los cuales se excluyeron 19, ya que no contestaron en su totalidad el cuestionario, quedando una muestra final de 523 sujetos (96.5%), un total de 13 participantes por ítem. Las características de la muestra se reportan en la tabla 6.

Tabla 6.

Características presentes en los niños de la muestra del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)

Sexo	%
Niñas	50.3
Niños	49.7
Municipio	%
Jiutepec	6.5
Cuautla	24.5
Cuernavaca	69
Edad	%
7 años	12.5
8 años	19.1
9 años	22.2
10 años	22.2
11 años	20.7
12 años	3.3
Grado escolar	%
2 grado	11.7
3 grado	19.7
4 grado	22.7
5 grado	21.8
6 grado	24.1
Cuidador principal	%
Padre	12
Madre	77.4
Abuelo/a	8.4
Tío/a	0.7
Madrastra	0.2
Hermano/a	1.3

Muestra en la 2ª. Fase

Se reclutó una muestra de tipo no probabilística intencional con diagnóstico de labio y/o paladar hendido. Participaron niños con edades entre los 8 y 12 años, cursando entre el 3ero. y 6to. año de primaria. La selección de este rango de edad se contempló a partir de las etapas del

desarrollo y los cambios cognitivos que se producen en los niños. Durante este periodo se consolidan las descripciones detalladas de uno mismo y se verán más influenciados por los aspectos sociales por lo que predominarán las relaciones interpersonales y las comparaciones con el resto de sus compañeros (Amar y Abello, 2006).

Al respecto, Piaget menciona que aproximadamente entre los 7-8 años y hasta los 11-12 años se organizan y consolidan las operaciones concretas; en los años escolares, las posibilidades brindadas por el progreso intelectual y la cooperación entre los niños dan lugar a un pasaje de la indiferenciación entre el punto de vista y el de los otros a la coordinación de los puntos de vista con el progreso en la socialización.

Y, por último, en función a los criterios de la SEP (Diario Oficial de la Federación, acuerdo número 648, 2012) en donde se señala que a partir de este periodo escolar se considera que los estudiantes ya tienen aprendizajes consolidados y las diferencias en su desempeño académico son perceptibles.

Criterios de inclusión: niños y niñas con labio y/o paladar hendido corregido quirúrgicamente, que se encuentren estudiando actualmente entre 3° y 6° año de primaria y no presenten síndromes asociados.

Criterios de exclusión: niños y niñas que además del labio y/o paladar hendido presenten daño neurológico, falla en el desempeño de la subescala de comprensión verbal del WISC-IV, discapacidad intelectual (rango V del Test Raven), hipoacusia y algún síndrome asociado.

Para la integración de la muestra se tenía contemplado evaluar a 100 niños y sus respectivos tutores, pero sólo se lograron evaluar a 93 niños(as) de 8 a 12 años y a uno de sus padres o tutor quienes acudían a diversas instituciones hospitalarias del país, las cuales contaban

con un programa de atención de Labio y paladar hendido. Las instituciones de dónde se reclutó la muestra de la Fase 2 del estudio fueron: el Instituto Nacional de Pediatría, Hospital General “Gea González”, Centro Médico ABC Santa Fe, Escuelas Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, Operation Smile México y Hospital Shriners Tijuana. El lugar de origen de la muestra evaluada reporta población proveniente de 12 estados de la República Mexicana, como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7

Instituciones y Lugar de origen de la muestra (n=93)

<i>Institución</i>	<i>Ubicación de la Institución</i>	<i>Participantes</i>	<i>Estado de Origen</i>	<i>Participantes</i>
Instituto Nacional de Pediatría (INP)	Ciudad de México	34	Cd. De México	23
			Baja California	27
Hospital General “Gea González”	Ciudad de México	10	Edo. de México	17
			Guanajuato	8
Centro Médico ABC Santa Fe	Ciudad de México	8	Oaxaca	7
			Chiapas	3
			Morelos	2
Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM	León, Guanajuato	8	Veracruz	2
			Guerrero	1
Operation Smile México	Oaxaca, Oaxaca	6	Colima	1
			Hospital Shriners Tijuana	Tijuana, Baja California
Hidalgo	1			
TOTAL: 93				

Características de la Muestra.

- **Padres/Tutores.** La muestra evaluada dentro de esta fase fue conformada por 93 tutores de familia, 80 mujeres y 13 hombres, con una edad media de 37.5 años (8.09 ±) y con 2.5

hijos en promedio (.99 \pm), además de contar con las siguientes características mostradas en frecuencias (Ver tabla 8).

Tabla 8

Características de la muestra de padres y/o tutores) participantes (n=93)

Muestra Padres/Tutores	
<i>Sexo</i>	%
Femenino	86
Masculino	14
<i>Edad</i>	%
20-30	20
31-40	45
41-50	27
51-60	8
Parentesco	%
Mamá	80
Papá	13
Tío/Tía	2
Abuela	3
Madrastra	1
Hermano/Hermana	1
<i>Estado civil</i>	%
Casado/Casada	54
Unión libre	33
Soltero/Soltera	8
Viudo/Viuda	2
Divorciado/Divorciada	3
<i>Ocupación</i>	%
Al Hogar	55
Empleados	32
Trabajador independiente	12
Jubilado	1

- Niños y Niñas con LPH. Los 93 niños evaluados en esta fase están conformados por 53 (57%) del sexo masculino y 40 (43%) femenino, con una edad media de 9.6 años ($1.4 \pm$), cursando estudios en escuelas primarias públicas, presentando una media de 8.6 ($.90 \pm$) en el promedio de su ciclo escolar (rendimiento escolar). Las características son descritas en la tabla 9.

Tabla 9

Características de la muestra de niños(as) participantes (n=93)

Muestra Niños/Niñas (N=93)	
<i>Sexo</i>	%
Femenino	43
Masculino	57
Edad promedio: 9.6 años	
<i>Tipo de Malformación</i>	%
LPH Bilateral	29
LPH Izquierdo	31
LPH Derecho	16
LH Bilateral	2
LH Derecho	1
LH Izquierdo	5
Paladar Hendido	16
<i>Grado Escolar</i>	%
3° grado	34
4° grado	13
5° grado	22
6° grado	15
1° Secundaria	16
<i>Rendimiento escolar</i>	%
Destacado	22
Satisfactorio	58
Suficiente	19
Insuficiente	1

Los rangos establecidos en el rendimiento escolar se basan en los establecidos por la SEP (Diario Oficial de la Federación, acuerdo número 648, 2012), de acuerdo con los criterios para la evaluación, la calificación obtenida entre 9.5 a 10 es destacado, de 8 a 9.4 satisfactorio, de 6 a 7.9 suficiente y menor a 6 es insuficiente.

Como características adicionales a la muestra de los niños en la dinámica escolar se reportó que el 85% recibía el mismo trato del profesor dentro del aula escolar, el 81% mostraba interés por la escuela, sólo el 34% acudía a una actividad extraescolar (ya fuese deportes, danza o música), el 94% tenía buenas relaciones con sus compañeros de clase y por último el 43% había sufrido acoso escolar debido al LPH en alguno de los ciclos escolares.

Análisis De Datos

Fase 1. Se calcularon los índices psicométricos de validez y confiabilidad por medio de la KR 20 y el Coeficiente Alfa de Cronbach de las escalas, mediante los percentiles de los puntajes de los respondientes. Se realizó un análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio a través de los programas SPSS .22 y EQS versión. 1 (marcas registradas). Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach (la cual es equivalente a KR20):

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre

El análisis psicométrico de las escalas se hizo mediante la Teoría Clásica de los Tests y la Teoría de Respuesta al Ítem, estas teorías presuponen la presencia de un rasgo subyacente a las respuestas de los sujetos a los ítems de la prueba, y ambas especifican una relación entre esas puntuaciones empíricas y el rasgo latente que, se supone, es el responsable de las puntuaciones.

La principal diferencia entre ambas teorías se encuentra en el hecho de que la Teoría clásica de las pruebas establece una relación lineal entre la puntuación del sujeto y su valor en el rasgo medido, mientras que la Teoría de Respuesta al Ítem esta relación no es lineal (Santisteban, 1990).

Fase 2. Para el análisis de los datos de los resultados de la Fase 2, se realizaron análisis de estadística descriptiva, inferencial y multivariada, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y EQS 6.1. De acuerdo con Templeton (2011) se sometieron los datos a prueba de normalidad y como no presentaban una distribución normal se transformaron para que adoptaran dicha normalidad.

Estadística descriptiva. Se calcularon las frecuencias, medias, medianas y porcentajes para mostrar las características de la muestra y de los grupos.

Estadística inferencial. Se realizaron análisis para calcular los Coeficientes de correlación de Pearson, el cual permitió medir el grado y dirección de la relación entre cada una de las variables de manera individual con el rendimiento académico.

Adicionalmente, se realizaron análisis de varianza de una sola vía, donde se analizó la varianza de las diferentes dimensiones que posee cada una de las variables independientes y el rendimiento académico, de esta manera se pudo conocer si existen diferencias y comparar si las distribuciones en los diferentes grupos eran distintas.

Modelos de Regresión lineal múltiple. Se probaron modelos de regresión lineal parciales para conocer mejor la relación entre las variables independientes y sus subfactores (autoconcepto, prácticas de crianza, salud mental) con el rendimiento académico, agregando además las dos variables mediadoras (cociente intelectual y lenguaje) para determinar con qué variables existían relaciones significativas.

Con aquellas variables con relaciones significativas se generó un modelo predictivo final del rendimiento académico, agregando las variables mediadoras (cociente intelectual y lenguaje). Además, se realizó un modelo de ecuaciones estructurales para conocer la interacción significativa entre las variables y sus dimensiones.

Consideraciones Éticas del estudio

De acuerdo con la Declaración de Helsinki (2004) y lo promulgado por la Asociación Médica Mundial (AMM, 2008) en donde toda investigación realizada en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, la presente investigación se sometió a aprobación por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, obteniendo dicha aprobación para su desarrollo (CEI-CITPsi). (Ver apéndice) y con apego al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud (2014). 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 (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, 2008).

Como lo señala el Art. 17, fracción II de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, es una *investigación con riesgo mínimo*. Considerando que es una investigación en la cual no se experimentó ni realizó ninguna intervención en los participantes,

siendo su objetivo central la exploración y obtención de datos escritos mediante auto reportes y mediante entrevista, se considera que el riesgo que corren los participantes es bajo, al no existir factores de riesgo alguno en la salud para los participantes, informándoles a detalle el procedimiento, los propósitos y fines de la investigación. Se diseñaron cartas de consentimiento informado para los padres como lo señala el Art. 14, fracción V y de asentimiento informado para los niños señalado en el art. 37, en donde se establecieron los términos y se acordaron las obligaciones del investigador y los derechos de los participantes durante la duración del estudio, así como la confidencialidad de la información obtenida.

Si los resultados de las evaluaciones mostraban que existían problemáticas importantes que ameritaron atención psicológica, se les vinculó con el departamento correspondiente de las instituciones donde se recogió la muestra, para que el niño(a) recibiera un diagnóstico completo y la atención necesaria para ello, como lo establece el art. 128 fracción III.

Resultados

Fase 1: Adaptación y Evaluación de las Propiedades Psicométricas del Piers-Harris 2 y del Inventario De Prácticas De Crianza (IPC)

Se dio por avalado que las escalas ya cuentan con la validez de contenido que permite determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir, y de constructo que corresponde al grado en que una prueba mide los significados que esta da, previamente determinadas por el diseño original de las mismas.

Escala Piers-Harris 2

Cálculo de Confiabilidad. Se realizó el análisis de confiabilidad por medio del cálculo del coeficiente K de Richardson, el cual mostró un índice de confiabilidad de los reactivos que integran la escala con un resultado de $KR20= 0.86$.

Cálculo de Validez. Como parte del análisis de las pruebas IPC y Pierre Harris 2, así como de los reactivos que las conforman, se realizó un modelamiento Rasch de los reactivos y las pruebas; el modelo utilizado solamente considera la probabilidad de que un reactivo sea respondido. Para llevar a cabo los análisis se empleó el programa Winsteps, en donde la media de los reactivos es 0 y la desviación estándar es 1. La unidad en que fue expresada la probabilidad de respuesta es en lógitos.

La figura 5 muestra la probabilidad que tiene de ser respondidos los reactivos de la prueba Pierre Harris 2 por parte de los niños. En dicha figura es posible apreciar diferentes columnas: la primera de ellas indica el valor de entrada o ubicación del reactivo que se está

describiendo; después de esta columna, se encuentra la suma total de las respuestas dadas a ese reactivo; en la tercera columna se indica la cantidad de respondientes. La cuarta columna es sumamente importante ya que en ella se encuentra la probabilidad de respuesta a cada reactivo. A este respecto debe mencionarse que valores negativos y cercanos a -3.0 o menos muestra reactivos con una alta probabilidad de ser respondidos; en el caso contrario, valores por encima de 0, y cada vez mayores indican una menor probabilidad a ser respondidos por los respondientes.

Los valores en lógitos esperados para las probabilidades de respuesta de los reactivos se encuentran dentro del rango de -3.0 a 3.0, valores por debajo o encima estarían indicando potenciales sesgos. Estos sesgos se muestran en las dos columnas que agrupan INFIT (ajuste de los reactivos a las respuestas de los sujetos), y OUTFIT (ajuste de las puntuaciones de las personas a las probabilidades de respuesta de los reactivos); en ambos tipos de ajuste las columnas intituladas como ZSTD (puntajes z de las desviaciones estándar de los reactivos), son importantes ya que señalan la pertinencia y ausencia o problemas en la respuesta a esos reactivos.

El rango aceptable para considerar a un reactivo que no presenta problemas es de -2.0 a 2.0 ZSTD para los ajustes INFIT y OUTFIT. De los reactivos analizados, solamente los ítems 30, 57, 34, 11, 21 35 y, 51, mostraron valores de ajuste por encima o debajo del rango permitido; esto señala que dichos reactivos mostraron algún tipo de problema para ser respondidos por los respondientes, pero no son necesarios excluir del instrumento ya que la dificultad para ser respondidos es mínima (Véase tabla 10).

Tabla 10

Probabilidades de respuesta, expresadas en lógitos, de los reactivos que conforman la prueba

Pierre Harris 2 de acuerdo con las respuestas de los niños.

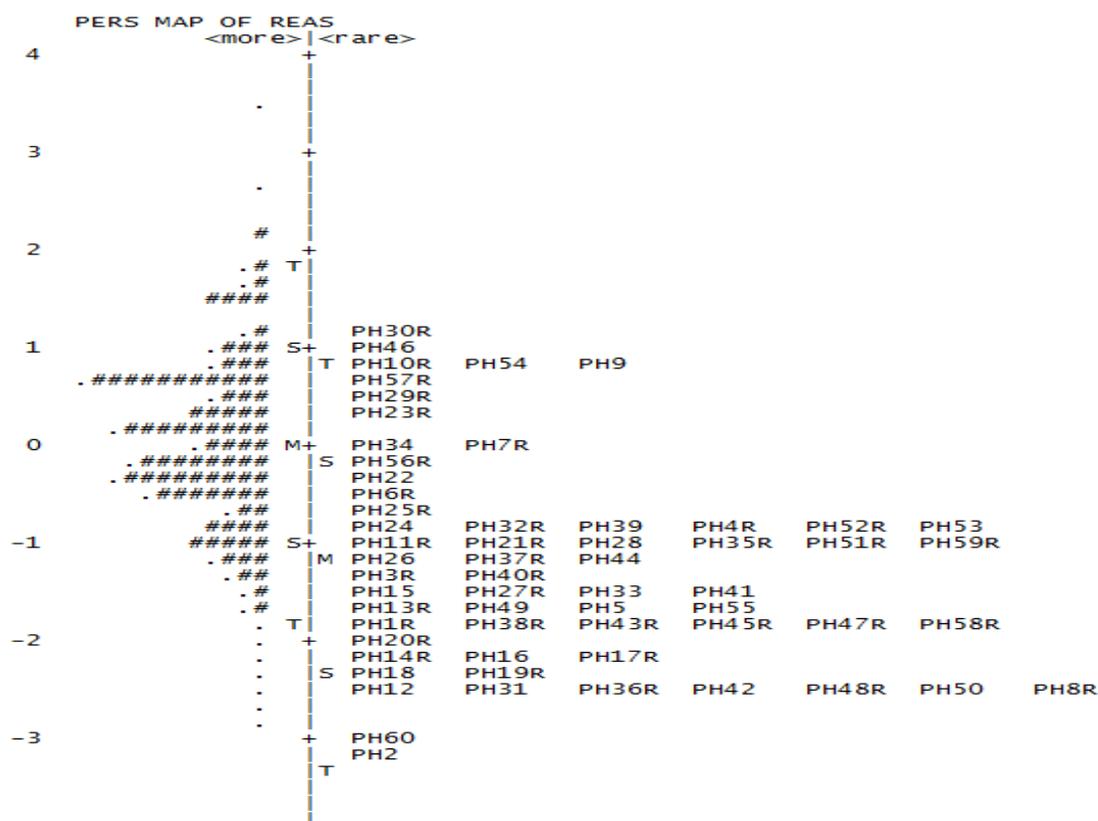
ENTRY NUMBER	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	ERROR	INFIT		OUTFIT		PTMEA CORR.	REAS	G
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD			
30	134	493	1.15	.11	1.32	5.6	2.37	9.9	-.04	PH30R	0
46	153	493	.93	.10	1.05	1.0	1.19	2.4	-.29	PH46	0
10	155	493	.91	.10	.97	-.7	1.01	.1	-.39	PH10R	0
54	155	493	.91	.10	1.04	.8	1.20	2.6	-.30	PH54	0
9	166	493	.79	.10	1.08	1.9	1.19	2.5	-.27	PH9	0
57	181	493	.64	.10	1.23	5.5	1.70	9.1	-.11	PH57R	0
29	193	493	.52	.10	1.03	.8	1.03	.6	-.34	PH29R	0
23	209	493	.36	.10	1.02	.5	1.01	.1	-.36	PH23R	0
34	249	493	-.02	.10	1.08	2.3	1.13	2.6	-.30	PH34	0
7	251	493	-.04	.10	1.00	-.1	1.00	.0	-.38	PH7R	0
56	256	493	-.09	.10	.98	-.7	.95	-1.1	-.41	PH56R	0
22	281	493	-.33	.10	1.04	1.1	1.04	.8	-.34	PH22	0
6	304	493	-.56	.10	1.03	.8	1.01	.1	-.35	PH6R	0
25	314	493	-.66	.10	.99	-.3	.98	-.3	-.38	PH25R	0
39	323	493	-.75	.10	.92	-1.9	.89	-1.8	-.45	PH39	0
4	335	493	-.88	.10	.99	-.2	.94	-.8	-.38	PH4R	0
24	335	493	-.88	.10	1.06	1.4	1.11	1.6	-.29	PH24	0
53	335	493	-.88	.10	.97	-.7	.91	-1.3	-.40	PH53	0
52	336	493	-.89	.10	.94	-1.5	.87	-1.9	-.44	PH52R	0
32	338	493	-.91	.10	1.00	.0	1.02	.4	-.36	PH32R	0
11	340	493	-.93	.10	1.28	5.7	1.49	5.9	-.05	PH11R	0
21	345	493	-.99	.11	.90	-2.1	.82	-2.5	-.47	PH21R	0
35	346	493	-1.00	.11	.89	-2.3	.80	-2.8	-.48	PH35R	0
51	348	493	-1.02	.11	1.13	2.7	1.21	2.6	-.21	PH51R	0
28	352	493	-1.07	.11	.95	-1.1	.88	-1.5	-.41	PH28	0
59	352	493	-1.07	.11	1.02	.5	1.00	.0	-.33	PH59R	0
37	356	493	-1.11	.11	1.00	.0	.91	-1.2	-.37	PH37R	0
44	356	493	-1.11	.11	1.00	.0	.93	-.9	-.36	PH44	0
26	365	493	-1.22	.11	.94	-1.1	.85	-1.8	-.42	PH26	0
3	374	493	-1.33	.11	1.00	.1	1.07	.8	-.33	PH3R	0
40	378	493	-1.38	.11	1.09	1.5	1.23	2.2	-.23	PH40R	0
33	386	493	-1.49	.12	1.01	.2	1.00	.1	-.32	PH33	0
41	386	493	-1.49	.12	.94	-.9	.88	-1.2	-.40	PH41	0
15	388	493	-1.51	.12	1.09	1.4	1.17	1.6	-.23	PH15	0
27	392	493	-1.57	.12	.99	-.2	.95	-.4	-.35	PH27R	0
55	396	493	-1.63	.12	1.04	.6	1.18	1.6	-.28	PH55	0
49	397	493	-1.64	.12	.98	-.3	1.02	-.3	-.33	PH49	0
5	399	493	-1.67	.12	.91	-1.3	.81	-1.7	-.42	PH5	0
13	400	493	-1.69	.12	.99	-.2	.99	-.1	-.33	PH13R	0
45	406	493	-1.78	.13	.99	-.1	1.06	.5	-.31	PH45R	0
58	406	493	-1.78	.13	.93	-.9	.81	-1.6	-.40	PH58R	0
38	408	493	-1.81	.13	.96	-.5	.82	-1.5	-.37	PH38R	0
47	408	493	-1.81	.13	.91	-1.2	.76	-2.0	-.42	PH47R	0
1	412	493	-1.88	.13	.97	-.4	.92	-.6	-.34	PH1R	0
43	412	493	-1.88	.13	.86	-1.8	.76	-2.0	-.45	PH43R	0
20	415	493	-1.93	.13	.95	-.6	.80	-1.5	-.38	PH20R	0
16	424	493	-2.09	.14	.98	-.2	.83	-1.2	-.33	PH16	0
14	426	493	-2.12	.14	.91	-1.0	.69	-2.2	-.41	PH14R	0
17	427	493	-2.14	.14	.99	.0	.89	-.7	-.31	PH17R	0
18	436	493	-2.33	.15	.92	-.7	.83	-1.0	-.36	PH18	0
19	436	493	-2.33	.15	.89	-1.1	.68	-2.1	-.40	PH19R	0
12	441	493	-2.44	.15	.95	-.4	.88	-.6	-.32	PH12	0
48	441	493	-2.44	.15	.98	-.2	.84	-.9	-.31	PH48R	0
8	445	493	-2.54	.16	.96	-.3	.96	-.1	-.29	PH8R	0
36	445	493	-2.54	.16	.93	-.6	.73	-1.5	-.35	PH36R	0
50	445	493	-2.54	.16	1.00	.1	.90	-.5	-.27	PH50	0
31	446	493	-2.57	.16	.91	-.8	.75	-1.4	-.36	PH31	0
42	446	493	-2.57	.16	.90	-.8	.73	-1.5	-.37	PH42	0
60	460	493	-2.98	.19	.91	-.5	.63	-1.7	-.34	PH60	0
2	463	493	-3.09	.20	.91	-.5	.75	-1.0	-.32	PH2	0
MEAN	352.	493.	-1.22	.12	.99	.1	.98	.0			
S.D.	88.	0.	1.05	.02	.09	1.6	.26	2.4			

Otro de los análisis importantes que permitió el software Winsteps, fue comparar la distribución de las habilidades de los respondientes, independientemente del contexto que proceden, versus la probabilidad de respuesta de los distintos reactivos. En el mapa de Wright

para la prueba Pierre Harris 2, puede observarse que la mayoría de los reactivos tienen una alta probabilidad de ser respondidos, incluso por los niños que tuvieron una menor habilidad. Esto permite lograr una discriminación minuciosa de esa parte de la distribución de la población (muestra). Sin embargo, los reactivos con una baja probabilidad de ser respondidos son poco frecuentes y, en consecuencia, no permiten discriminar a los sujetos que tienen elevadas habilidades para responder (Véase figura 3).

Figura 3

Mapa de Wright representando las distribuciones de posibilidad de respuesta de los reactivos y las habilidades de respuesta de los niños en la prueba Pierre Harris 2



Finalmente, para el análisis factorial confirmatorio de la prueba de Pierre Harris 2 se analizaron los puntajes totales de cada dimensión como si se trataran de indicadores; esto se hizo

así debido a que en el modelamiento de ecuaciones estructurales no es posible modelar indicadores que asuman valores discretos.

En la figura 7 puede apreciarse el modelo obtenido para el AFC de la prueba Pierre Harris 2, en la cual se muestra que los puntajes obtenidos en el puntaje total en el autoconcepto (TOT) reportaron coeficientes de un valor considerable, todos por encima de 0.50, que los asocian con las diferentes dimensiones como BEH (Comportamiento y Ajuste); INT (Estado Intelectual); PHY (Aspecto Físico y Atributos); FRE (Libertad de Ansiedad); POP (Popularidad); y, HAP (Felicidad y Satisfacción).

Entre algunas de las dimensiones es posible observarse asociaciones significativas (como es el caso de FRE y POP con una correlación entre errores de 0.20), que explican el modelo, volviéndolo parsimonioso, de tal manera que se cumple con dos de los criterios de bondad de ajuste ($CFI = 0.99$, y, $RMSEA = 0.07$); en tanto que la Chi cuadrada es estadísticamente significativa, aunque esta significancia es atribuible también al tamaño de la muestra analizada (Véase figura 4).

Figura 4

Modelo de AFC propuesto para la prueba Pierre Harris 2 de acuerdo con las respuestas de los niños, en donde el valor obtenido en cada dimensión fungió como un indicador

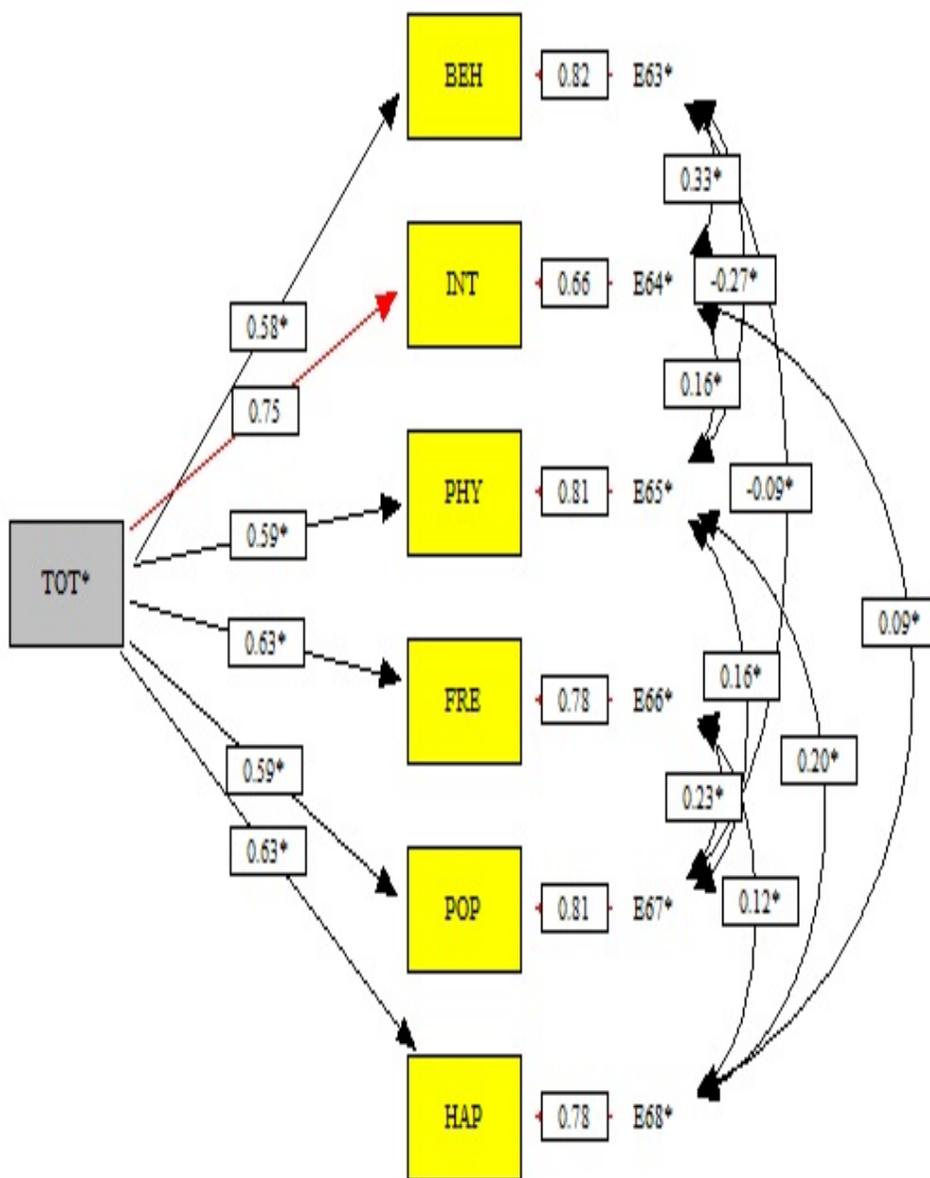


Tabla 11

Resultados obtenidos por los niños en la escala de Piers-Harris 2 perteneciente a cada dimensión.

<i>AUTOCONCEPTO TOTAL O GLOBAL</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 Muy bajo	15	3.0	3.0
	2 Bajo	66	13.4	16.4
<i>Válidos</i>	3 Medio o Normal	345	70.0	86.4
	4 Alto	67	13.6	100.0
	Total	493	100.0	100.0
<i>SUB-ESCALA COMPORTAMIENTO DE AJUSTE (BEH)</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 Muy bajo	30	6.1	6.1
	2 Bajo	53	10.8	16.8
<i>Válidos</i>	3 Medio o Normal	176	35.7	52.5
	4 Alto	234	47.5	100.0
	Total	493	100.0	100.0
<i>SUB- ESCALA ESTADO INTELECTUAL (INT)</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 Muy bajo	18	3.7	3.7
	2 Bajo	58	11.8	15.4
<i>Válidos</i>	3 Medio o Normal	259	52.5	68.1
	4 Alto	157	31.8	100.0
	Total	492	99.8	100.0
<i>SUB- ESCALA ASPECTO FÍSICO Y ATRIBUTOS (PHY)</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 Muy bajo	19	3.9	3.9
	2 Bajo	48	9.7	13.6
<i>Válidos</i>	3 Medio o Normal	285	57.8	71.4
	4 Alto	141	28.6	100.0
	Total	493	100.0	100.0

Cont, Tabla 11

<i>SUB-ESCALA LIBRE DE ANSIEDAD (FRE)</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13	2.6	2.6	2.6
	82	16.6	16.6	19.3
	238	48.3	48.3	67.5
	160	32.5	32.5	100.0
Total	493	100.0	100.0	
<i>SUB-ESCALA POPULARIDAD (POP)</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21	4.3	4.3	4.3
	53	10.8	10.8	15.0
	286	58.0	58.0	73.0
	133	27.0	27.0	100.0
Total	493	100.0	100.0	
<i>SUB-ESCALA FELICIDAD Y SATISFACCIÓN (HAP)</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19	3.9	3.9	3.9
	51	10.3	10.3	14.2
	284	57.6	57.6	71.8
	139	28.2	28.2	100.0
Total	493	100.0	100.0	

Inventario De Prácticas De Crianza (Ipc)

Cálculo de Confiabilidad. Se realizó el análisis de confiabilidad por medio del cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach, el cual mostró un índice de confiabilidad global de .922.

Cálculo de Validez. Por su parte, el análisis TRI mediante modelamiento Rasch de la prueba IPC respondida por los niños arrojó resultados interesantes, y que deben ser considerados al momento de la interpretación de los resultados. La figura 8 muestra las probabilidades de respuesta de los diferentes reactivos que integran la figura; de ellos es posible apreciar que se

encontraron concentrados en los valores medios de la probabilidad, cercanos a 0. Este resultado afectaría, como se podrá ver más adelante, la capacidad de discriminación de las habilidades de los respondientes. Por otro lado, los valores de ajuste INFIT señalan que aproximadamente el 49% de los reactivos obtuvieron probabilidades de respuestas que muestran sesgos al momento de medir las habilidades de los respondientes (Véase tabla 12).

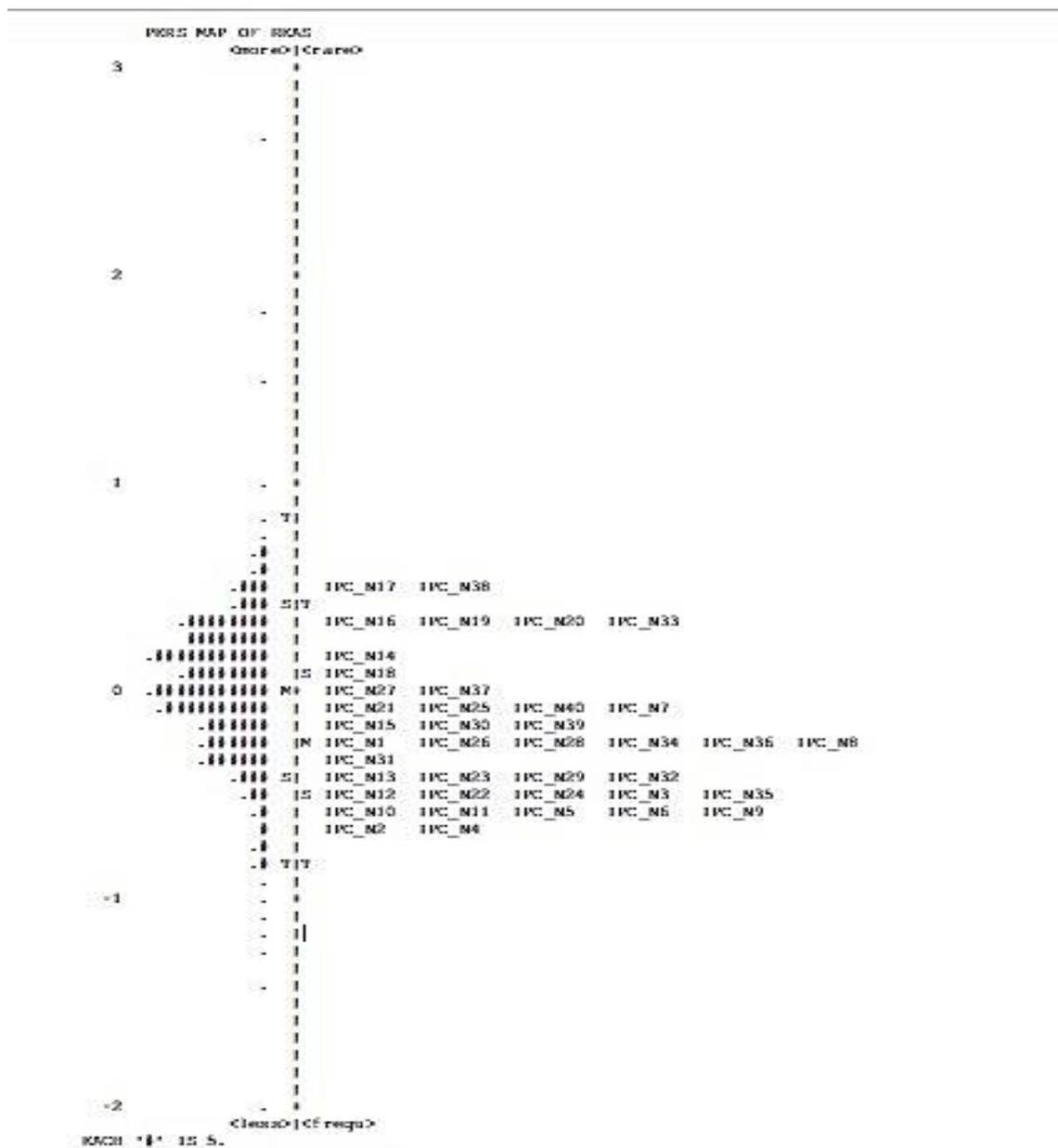
Tabla 12

Probabilidades de respuesta, expresadas en lógitos, de los reactivos que conforman la prueba IPC de acuerdo con las respuestas de los niños.

ENTRY NUMBER	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	ERROR	INFIT		OUTFIT		FITMEA		REAS	G
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD	CORR.			
17	1149	522	.49	.03	1.32	4.4	1.82	7.3	.18	IPC_N17	0	
38	1123	522	.48	.03	1.22	3.1	1.64	5.5	.25	IPC_N38	0	
19	1283	522	.35	.03	1.31	4.7	1.55	5.8	.22	IPC_N19	0	
16	1331	522	.32	.03	1.18	3.0	1.32	3.8	.31	IPC_N16	0	
33	1372	522	.30	.03	1.17	3.0	1.34	4.2	.31	IPC_N33	0	
20	1354	522	.29	.03	1.28	4.7	1.43	4.7	.27	IPC_N20	0	
14	1530	522	.18	.03	1.27	4.9	1.37	5.2	.27	IPC_N14	0	
18	1609	522	.12	.03	1.18	3.4	1.20	3.0	.34	IPC_N18	0	
27	1847	521	-.03	.03	.87	-2.8	.85	-2.5	.52	IPC_N27	0	
37	1865	522	-.04	.02	1.08	1.7	1.07	1.0	.43	IPC_N37	0	
21	1824	522	-.05	.03	.89	-2.4	.91	-1.5	.51	IPC_N21	0	
40	1963	522	-.10	.03	1.09	1.9	1.12	1.7	.42	IPC_N40	0	
25	1977	521	-.11	.03	.98	-.5	.97	-.5	.48	IPC_N25	0	
7	1903	522	-.11	.03	.97	-.7	1.00	.0	.47	IPC_N7	0	
39	1933	522	-.13	.03	.91	-2.1	.91	-1.5	.50	IPC_N39	0	
15	1946	522	-.14	.03	1.17	3.5	1.16	2.6	.36	IPC_N15	0	
30	2075	522	-.20	.03	1.03	.6	1.00	.1	.45	IPC_N30	0	
8	2038	522	-.21	.03	.95	-1.1	.95	-.9	.49	IPC_N8	0	
26	2048	521	-.23	.03	.88	-2.5	.87	-2.3	.52	IPC_N26	0	
1	1949	522	-.23	.03	1.07	1.5	1.22	3.6	.39	IPC_N1	0	
28	2144	522	-.25	.03	.88	-2.6	.83	-2.6	.53	IPC_N28	0	
34	2163	522	-.26	.03	.97	-.6	.93	-1.0	.49	IPC_N34	0	
36	2214	522	-.28	.03	.96	-.8	.93	-1.0	.49	IPC_N36	0	
31	2295	522	-.37	.03	.90	-1.9	.88	-1.6	.52	IPC_N31	0	
32	2361	522	-.40	.03	.93	-1.1	.91	-1.2	.51	IPC_N32	0	
23	2303	522	-.41	.03	.80	-4.0	.78	-3.2	.57	IPC_N23	0	
29	2368	522	-.42	.03	.95	-.9	.99	-.1	.50	IPC_N29	0	
13	2362	522	-.45	.03	.93	-1.3	1.21	2.5	.49	IPC_N13	0	
3	2359	522	-.48	.03	.90	-1.8	.94	-.8	.51	IPC_N3	0	
35	2434	521	-.49	.03	.90	-1.7	.90	-1.2	.52	IPC_N35	0	
24	2443	522	-.50	.03	.78	-3.9	.76	-3.2	.58	IPC_N24	0	
22	2429	522	-.52	.03	.88	-2.2	.91	-1.1	.52	IPC_N22	0	
12	2481	522	-.53	.03	.91	-1.4	.95	-.5	.51	IPC_N12	0	
6	2493	522	-.54	.03	.98	-.3	1.07	.8	.47	IPC_N6	0	
5	2423	522	-.55	.03	.91	-1.6	.96	-.5	.50	IPC_N5	0	
10	2522	522	-.57	.03	.80	-3.2	.76	-2.7	.57	IPC_N10	0	
11	2529	522	-.58	.03	.93	-1.1	1.02	.2	.49	IPC_N11	0	
9	2577	522	-.59	.03	.90	-1.4	.92	-.8	.51	IPC_N9	0	
4	2518	522	-.63	.03	.88	-2.0	.88	-1.4	.52	IPC_N4	0	
2	2525	522	-.69	.03	.91	-1.5	.92	-.9	.50	IPC_N2	0	
MEAN	2052.	522.	-.21	.03	.99	-.2	1.05	.5				
S.D.	421.	0.	.32	.00	.15	2.5	.24	2.7				

Figura 5

Mapa de Wright de las distribuciones de posibilidad de respuesta de los reactivos y las habilidades de respuesta de los niños en la prueba IPC.



El mapa de Wright para la prueba IPC contestada por los niños se muestra en la figura 5, en ella es posible apreciarse que la variabilidad en las probabilidades de respuesta de los

reactivos es muy baja (apenas de 1.2 lógitos), y que la mayoría de dichos ítems tienen probabilidades medias de ser respondidos, no se encuentran muy distantes de la media. En consecuencia, pocos reactivos obtuvieron una probabilidad baja de respuesta. Sin embargo, y acorde a la distribución de los respondientes, las probabilidades de respuesta de los diferentes reactivos que integran la prueba IPC se encontraron adecuadamente distribuidos a lo largo de cómo se agruparon los respondientes por sus habilidades en los ítems.

Con la finalidad de conocer si las dimensiones propuestas para la prueba IPC, correspondían al comportamiento empírico de la muestra analizada, se realizó un modelamiento de ecuaciones estructurales, de los análisis factoriales confirmatorios en el programa EQS Versión1.

Como se señaló previamente los valores establecidos para cada uno de los diferentes criterios de bondad de ajuste son: un valor de Chi cuadrada con un valor alfa mayor a 0.05; en el caso del CFI, un ajuste deseable oscila entre un valor de .90 a .94, y un buen ajuste se encuentra en el rango de .95 a 1.00. Finalmente, el tercer criterio de bondad de ajuste empleado, RMSEA, debe tener un valor de 0.05 a 0.0, para considerar un buen ajuste, en tanto que uno aceptable se encuentra entre 0.06 y .10.

Debe señalarse que la construcción del modelo obedeció al cumplimiento de 2 los criterios de bondad de ajuste, lo cual lo hace aceptable para su utilización (Chi cuadrada, Comparative Fit Index - CFI; y, Root Mean-Square Error Of Approximation – RMSEA). Ante la falta de información teórica o técnica sobre cómo se conforman las dimensiones de la prueba IPC; a saber, si tenía un factor común o son dimensiones relacionadas pero independientes, el modelo presentado, tanto para padres como para niños, sugirió un factor común entre las diferentes dimensiones de la prueba; el valor alfa de la prueba Chi cuadra es menor a .23 para

niños y 0.00 para padres, en tanto que el CFI es de .87 para niños y .83 para padres y el criterio de bondad RMSEA obtenido fue de 0.06 en el modelo de niños y 0.07 el de padres. Otros elementos que considerar son los valores de los coeficientes entre los indicadores y las dimensiones en que se proponen resultaron también relativamente altos.

En cada uno de los diferentes indicadores de las dimensiones los coeficientes obtenidos son mayores a 0.50 en alguno de ellos. Por su parte, los valores de los coeficientes entre el factor de segundo orden, o común, y las dimensiones son relativamente bajos (menores a 0.40) para las dimensiones de Castigos y Ganancias Materiales; en tanto que para las dimensiones Interacción Social (0.69), Normas (0.94), Ganancias Sociales (0.81), y, finalmente, Límites (0.89) son altos, indicando su importancia y contribución a la explicación de las prácticas de crianza.

Fase 2: Relación Del Autoconcepto, Prácticas De Crianza y Salud Mental con el Rendimiento Académico

Como parte de los datos recabados con el cuestionario de datos sociodemográficos, dinámica familiar y escolar, se obtuvieron los siguientes resultados con relación a las características que presentaban los participantes, se estableció el nivel socioeconómico (NSE) de los padres/tutores que clasifica a los hogares y por lo tanto a todos sus integrantes de acuerdo con su bienestar económico, y social o que tan satisfechas están sus necesidades (López, 2011). En el cual, el 39.8% de la muestra pertenece al nivel *D*, que es el segundo segmento con menos calidad de vida y se caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de la mayoría de los servicios y bienes satisfactorios, el 25.8% se encuentra en el nivel *D+* el cual tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar. En el nivel *C-* que se caracteriza por tener cubiertas las necesidades de espacio y sanidad, se encuentra el 16.1%, el nivel *C* se encuentra el 9.7% que

presenta un nivel de vida práctica y con ciertas comodidades, el 6.5% se posiciona en el nivel C+ que es el segundo estrato con el más alto nivel de vida en el país. Mientras que sólo el 2.2% está en el nivel AB que es el segmento con el más alto nivel de vida en el país, el cual tiene cubierta todas las necesidades de bienestar y es el único nivel que cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro.

Como características agregadas con relación a los tutores se tomaron en cuenta que tenían en promedio 2.5 hijos, la posición del niño con LPH, se reportó ocupar en promedio el número 1.9 con una edad media de 9.6 años, el 62% reportaron antecedentes familiares con relación al LPH y el 62% se enteraron hasta el momento del nacimiento de la malformación presentada. Los niños tenían en promedio 3 cirugías realizadas hasta el momento de la evaluación, de las cuales el 51% refería que había sido durante algún ciclo escolar. Del total sólo el 10% de los padres/tutores reportaban que no llevaban un apego al tratamiento integral de su hijo, acudiendo sólo a 1 o 2 especialidades esporádicamente, ya fuese cirugía plástica u ortodoncia, mientras que el 57% reportaba que los llevaban a terapia de lenguaje regularmente, ya que el trastorno del habla era persistente y el 22% no lo habían llevado nunca a terapia de lenguaje, siendo éste un aspecto clave en las secuelas físicas presentadas, y el 8% de la muestra no requería acudir a terapia de lenguaje ya que sólo había presentado hendidura labial.

Dentro de la dinámica familiar, el 97% reportó que mantiene diálogo con sus hijos respecto a problemas escolares, personales, sociales, entre otros y el 90% tiene establecidas normas de convivencia en casa, un 84% daba un trato igual a los hijos, intentando no mostrar diferencias pese a la malformación presentada.

Resultados de las Evaluaciones de Cociente Intelectual, Lenguaje, Salud Mental, Autoconcepto y Prácticas De Crianza

Análisis Kolmogorov-Smirnov. Mediante estadística inferencial se revisaron los datos de cada variable, se sometieron a la prueba de Kolmogorov Smirnov para ver si presentaban una distribución normal, con ello se observó que la mayoría de los datos presentaban una distribución anormal y sólo las variables de cociente intelectual, vocabulario (de lenguaje), castigo, ganancias sociales, y límites (de prácticas de crianza) presentaban una distribución normal. Por lo anterior, se transformaron las puntuaciones para que adoptaran una distribución normal con el método de dos pasos, en el cual el primer paso implica transformar la variable en un rango de percentil y el segundo paso aplica la transformación inversa-normal a los resultados del primer paso para formar una variable que consiste en puntuaciones z, distribuidas normalmente (Templeton, 2011).

Dentro de los resultados encontrados en la muestra evaluada (n=93), se reportan las siguientes puntuaciones en los rubros de Cociente Intelectual (evaluado con la escala de Matrices Progresivas de *Raven*) y Lenguaje (subescalas del WISC-IV).

Cociente Intelectual de los infantes con LPH. En la escala de *Raven*, 28% del total de los participantes (n=26) obtuvieron un puntaje menor al percentil 25, lo que significa que se encuentran en el Rango IV- Inferior en capacidad intelectual al término medio, el 37% (n=34) obtuvo un percentil entre el 25 y 50 lo que significa que se encontraban en el Rango III - Intelectualmente término medio, el 30% (n=28) arrojaron un percentil entre el 76 y 94 que nos indica que se encuentran en el Rango II- Definitivamente superior en capacidad intelectual al término medio y sólo el 5% (n=5) restante obtuvieron un percentil 95, indicando que se encuentran en el Rango I- Intelectualmente superior, como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13*Resultados obtenidos en la escala de Raven*

<i>RANGO</i>	<i>Percentil</i>	<i>Resultados n (%)</i>
I	95	5 (5%)
II	76 y 94	28 (30%)
III	25 y 50	34 (37%)
IV	< 25	26 (28%)

Lenguaje. El lenguaje fue evaluado en los niños mediante las subescalas de semejanzas y vocabulario correspondiente a la evaluación del lenguaje en el WISC-IV y se obtuvieron los resultados descritos en la tabla 14.

Tabla 14*Resultados obtenidos en las subescalas de lenguaje en WISC-IV*

<i>Indicador Lenguaje</i>	<i>Percentil</i>	<i>Resultados Semejanzas n (%)</i>	<i>Resultados</i>		
			<i>Media</i>	<i>Vocabulario n (%)</i>	<i>Media</i>
Rango bajo	Menor a 7	7 (8%)		7 (8%)	
Rango normal	Entre 7 y 13	68 (73%)	10.85	65 (70%)	11.51
Rango alto	Entre 14 y 19	18 (19%)		21 (22%)	

Rendimiento Escolar. Los puntajes obtenidos en el rendimiento escolar fueron identificados por la boleta de calificaciones del ciclo escolar concluido del semestre anterior a la evaluación realizada en el presente estudio. El promedio final global del semestre escolar fue

organizado en tres grupos bajo la categorización propuesta por los criterios establecidos por la SEP (Diario Oficial de la Federación, acuerdo número 648, 2012): desempeño destacado en estudiantes que presentan un promedio entre 9.5 a 10, 22% (n=20), desempeño satisfactorio con un promedio entre 8 y 9.4, 58% (n=54), desempeño suficiente en estudiantes que presentan un promedio entre 6 y 7.9, 19% (n=18) y desempeño insuficiente en estudiantes que presentan un promedio menor a 6, 1%(n=1).

Autoconcepto. El autoconcepto fue identificado con la escala de autoconcepto Piers-Harris 2 en su versión evaluada psicométricamente en la Fase 1 del presente estudio. Mostrando las puntuaciones siguientes (Véase tabla 15):

Tabla 15

Puntuaciones medias, desviación estándar y rangos obtenidas en la escala de autoconcepto Piers-Harris 2 en infantes (n=93)

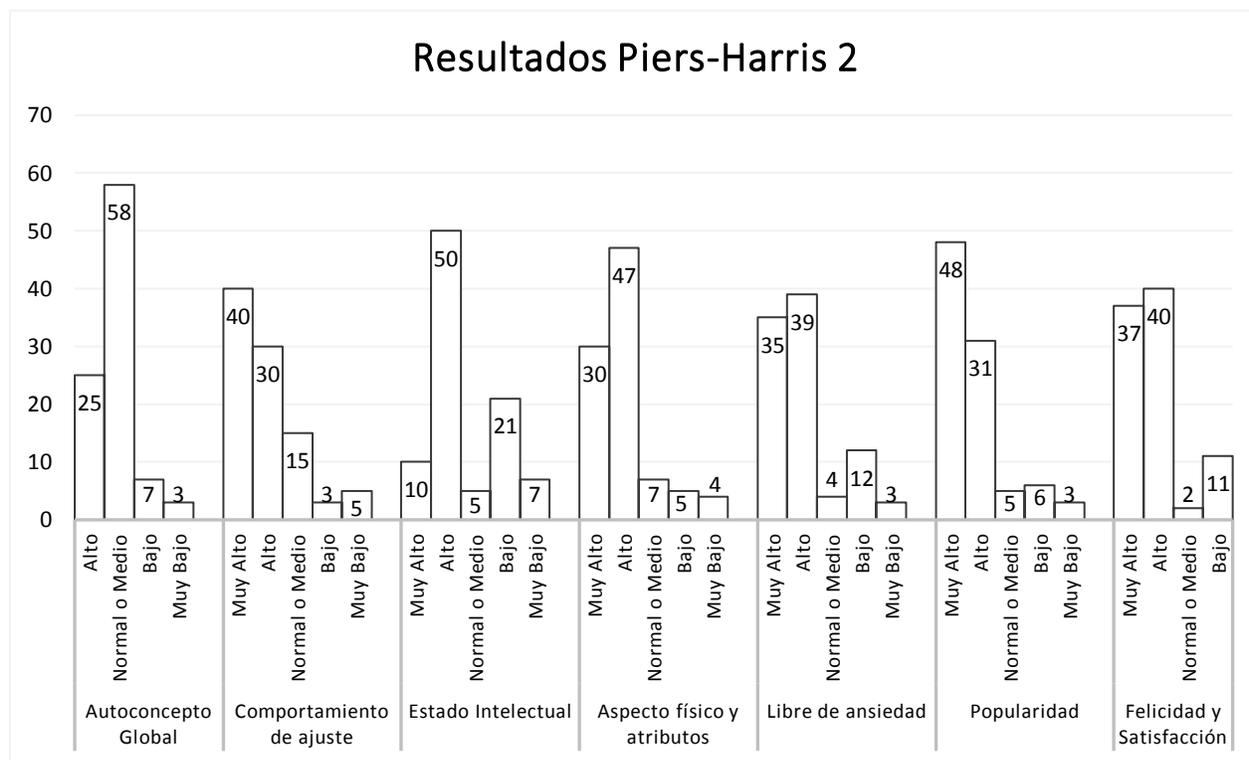
<i>Autoconcepto</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar ±</i>	<i>Rangos Mínimos</i>	<i>Rangos Máximos</i>
<i>Autoconcepto Global</i>	52.52	10.51	27.93	79.18
<i>Comportamiento de ajuste (BEH)</i>	50.10	9,52	26.57	65.12
<i>Estado intelectual (INT)</i>	45.73	8.96	25.49	61.18
<i>Aspecto físico y atributos (PHY)</i>	51.49	9.94	27.47	69.74
<i>Libre de ansiedad (FREE)</i>	52.16	10.47	29.73	69.69
<i>Popularidad (POP)</i>	52.86	9.54	30.05	77.70
<i>Felicidad y Satisfacción (HAP) 47</i>	49.95	8.01	29.68	60.65

Por último, en la figura 6 se pueden observar los niveles de autoconcepto global y de las diferentes dimensiones en las que se encuentran los participantes de la muestra evaluada. Para

calcular los niveles de acuerdo con los puntajes obtenidos por los infantes evaluados, se utilizaron los rangos sugeridos por los autores originales Piers, Harris y Herzberg (2002), los cuales se ajustaron en la validación realizada con anterioridad de acuerdo con los puntajes T.

Figura 6

Resultados de la muestra en la escala de autoconcepto de Piers-Harris 2 en los infantes (n=93)



Nota. Los resultados están representados por el número de participantes en cada nivel.

Prácticas de Crianza. Las prácticas de crianza en los 93 tutores y 93 niños evaluados de la muestra fueron identificadas por la respuesta de la escala de Inventario de Prácticas de Crianza (IPC; López, 2013) en su versión evaluada psicométricamente en la Fase 1 del presente estudio. Para este instrumento, el puntaje total discrimina las prácticas de crianza positivas o desfavorables y busca identificar cuáles son las prácticas de crianza predominantes en cada padre o tutor con respecto a su hijo con LPH.

De las diferentes dimensiones del inventario de prácticas de crianza, las reportadas por los padres/tutores, la de *Interacción Social* que se refiere a conductas que realizan los padres/tutores con la finalidad de tener interacciones positivas con sus hijos, como platicar, explicar y escuchar, fue la que predominó como el puntaje más alto en el 39.8% (n=37), seguida por la de *Normas* con un 20.4% (n=19), la cual se refiere a acciones que realizan los padres/tutores con el objetivo de establecer reglas a sus hijos.

Las prácticas de crianza reportadas como más predominantes por los niños coinciden en dos de las reportadas por sus padres/tutores, con el 49.5% (n=46) la de *Interacción Social*, seguida por la de *Normas* por 18.28% (n=17).

Tabla 16

Puntuaciones medias obtenidas en el IPC por tutores y niños

<i>Inventario de Prácticas de Crianza</i>	<i>Medias Padres/Tutores</i>	<i>Desviación Estándar ±</i>	<i>Medias Niños</i>	<i>Desviación Estándar ±</i>	<i>T de Student</i>
Castigo	5.09	1.29	4.59	1.52	.017
Ganancias materiales	4.08	1.44	5.36	2.06	.000
Interacción social	8.06	1.32	7.76	1.65	.186
Normas	7.35	1.66	6.95	1.95	.138
Ganancias sociales	6.02	2.71	6.40	2.18	.297
Límites	6.59	2.03	6.12	2.00	.112

Para conocer cómo se relaciona lo reportado en el Inventario de Prácticas de Crianza por los padres/tutores con las respuestas de sus hijos, se utilizó la prueba paramétrica T de Student para muestras independientes, como se muestra en la tabla 14. Se encontró que de las 6 dimensiones reportadas sólo 2 de ellas (*ganancias materiales* y *castigo*) tienen diferencias significativas, lo que quiere decir es que se perciben de diferente manera entre los papás e hijos estas dos prácticas de crianza. En las dimensiones de: *ganancias sociales*, *interacción social*,

normas y límites, lo reportado por los padres/tutores se asemeja a lo reportado por los hijos al no identificarse entre ambas respuestas diferencias significativas, percibiendo la práctica de crianza de igual forma por ambos.

Salud Mental. La variable de salud mental fue evaluada en los infantes por medio del Cuestionario Breve de Diagnóstico y Tamizaje (CBDT) de salud mental contestado por uno de sus padres/tutores. Los puntajes de la muestra fueron clasificados conforme las normas que establece el instrumento para identificar la presencia de síntomas de salud mental que pueden identificar casos clínicos y no casos clínicos, como lo muestra tabla 17.

Tabla 17

Casos clínicos y no casos en la muestra de infantes de acuerdo con el CBDT. (n=93)

	<i>Medias</i>	<i>Desviación Estándar ±</i>	<i>No-caso n (%)</i>	<i>Casos probables no complicados n (%)</i>	<i>Casos definitivos complicado n (%)</i>
Salud mental global	4.47	3.72	59 (63.44%)	20 (21.50%)	14 (15.05%)
Problemas de exteriorización	.98	1.14	64 (68.81%)	0	29 (31.18%)
Problemas interiorización	.96	1.00	60 (64.51%)	0	33 (35.48%)

De dichos resultados, se desprende que a pesar de que la mayoría de la muestra no presenta dificultades probables de salud mental (63.44%), sí existen alteraciones en las conductas de los niños, siendo éstas identificadas en 21.5% como casos probables no complicados y el 15.1% como casos definitivos complicados. De dichos casos, un 31.2% (n=29) corresponde a síndrome de síntomas de exteriorización (trastorno de déficit de atención e hiperactividad e

impulsividad, y trastornos de conducta) y el 35.48% (n=33) a síndrome de síntomas de interiorización (depresión y ansiedad). En el caso de los problemas externalizantes e internalizantes, se computan de manera diferente a la escala general, por lo que se puede encontrar que los niños pueden presentar ambos problemas en algunos casos como se puede observar en la tabla 17.

Correlaciones del Cociente Intelectual, Lenguaje, Salud Mental, Autoconcepto Y Prácticas De Crianza

Tabla 18

Correlación de Pearson con las variables rendimiento académico, cociente intelectual y lenguaje.

	Rendimiento Académico	Cociente Intelectual	Lenguaje (Semejanzas)	Lenguaje (Vocabulario)
Rendimiento Académico	1	.33*	.36**	.45**
Cociente Intelectual		1	.36**	.38**
Lenguaje (Semejanzas)			1	.66**
Lenguaje (Vocabulario)				1

*Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas) y significativa en el nivel 0.05 (2 colas)*

Con los datos siguiendo una distribución normal, se llevaron a cabo análisis paramétricos de correlación de Pearson, para analizar si existía alguna asociación significativa entre las variables como se muestra en la tabla 18. Primero se realizó el análisis entre las variables de Cociente intelectual y Lenguaje de acuerdo con los puntajes totales de cada escala con el Rendimiento académico. Las variables de Cociente Intelectual (CI) y Lenguaje (medido por las subescalas de semejanzas y vocabulario) mostraron una correlación significativa positiva moderada que indica que, un mayor cociente intelectual se relaciona con mayor el rendimiento

académico obtenido. La misma asociación positiva moderada se identificó entre las variables de lenguaje y rendimiento académico, donde mayores puntajes en el desempeño en el lenguaje en el niño, se asocia a mayor rendimiento académico.

Tabla 19

Correlación de Pearson con las variables rendimiento académico, cociente intelectual y lenguaje, autoconcepto global y sus dimensiones

	Autoconcepto Global	Comportamiento de ajuste	Estado intelectual	Aspecto físico y atributos	Libre de ansiedad	Popularidad	Felicidad y satisfacción
Rendimiento Académico	.313**	.371**	.353**	.184	.167	.228*	.248*
Cociente Intelectual	.016	.068	-.013	-.186	.147	.134	.123
Lenguaje (Semejanzas)	.166	-.019	.167	-.002	.181	.126	.151
Lenguaje (Vocabulario)	.247*	.128	.241*	.111	.282**	.220*	.315**

*Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas) y significativa en el nivel 0.05 (2 colas)*

En la tabla 19 se muestra cómo la variable de autoconcepto global, así como dos de sus dimensiones (comportamiento de ajuste, estado intelectual) de las seis que lo conforman, resultaron tener una correlación positiva significativa moderada, es decir un alto autoconcepto se asocia a alto rendimiento académico, un mejor comportamiento de ajuste se asocia a mayor rendimiento académico y un mayor estado intelectual se asocia a un rendimiento académico alto; mientras que otras dos dimensiones (Popularidad y Felicidad y Satisfacción) mostraron una relación positiva baja. También se puede apreciar que el lenguaje (Vocabulario) se correlaciona de manera positiva baja con el autoconcepto global, así como con cuatro de las dimensiones que lo conforman, que son: estado intelectual, libre de ansiedad, popularidad y felicidad y satisfacción, esta última mostrando una correlación positiva moderada. Las demás variables no reportaron correlaciones significativas.

La tabla 20 muestra las correlaciones identificadas entre el rendimiento académico y los resultados del inventario de prácticas de crianza reportadas por los *niños* donde se identificó que la dimensión de Ganancias sociales, Ganancias materiales e Interacción Social, tienen una asociación positiva baja con el rendimiento académico, es decir un alto puntaje en estas se asocia a un mejor rendimiento académico.

Tabla 20

Correlación de Pearson con las variables rendimiento académico, cociente intelectual y lenguaje, prácticas de crianza niños y prácticas de crianza padres/tutores

	Ganancias sociales Niños	Ganancias Materiales Niños	Interacción social Niños	Límites Niños	Ganancias sociales papás	Ganancias Materiales Papás	Interacción social Papás	Límites Papás
Rendimiento Académico	.218*	.217*	.271**	.134	.172	.099	.475**	.205*
Lenguaje (Semejanzas)	.175	-.036	.204*	.242*	-.081	-.052	.160	-.002
Lenguaje (Vocabulario)	.116	-.109	.214*	.203	-.095	-.102	.250*	-.014

*Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas) y significativa en el nivel 0.05 (2 colas)*

Y en lo reportado por los *padres/tutores*, la dimensión de Interacción Social presenta una asociación positiva moderada, indicando una asociación significativa entre la interacción de los padres con los niños con un alto rendimiento académico, mientras que la dimensión de Límites reporta una asociación positiva baja con el rendimiento académico. Otras asociaciones positivas bajas que se muestran en las dimensiones de Lenguaje e Interacción social reportada por los niños y con la dimensión de Interacción social reportada por los padres.

La variable de Salud Mental mostró una correlación negativa significativa baja que indica que la variable de salud mental se asocia de forma inversa con el rendimiento académico del niño, es decir, entre mayores problemas de salud mental se presenten menor será el rendimiento

académico obtenido. Cuando se discrimina la salud mental a partir de problemas externalizantes e internalizantes, se observaron correlaciones negativas más altas entre el rendimiento académico y problemas externalizantes e internalizantes, siendo la más elevada la asociación negativa entre la presencia de problemas externalizantes en el niño con LPH y su rendimiento académico.

Tabla 21

Correlación de Pearson entre rendimiento académico, cociente intelectual, lenguaje y salud mental

	Salud Mental Global	Problemas Externalizantes	Problemas Internalizantes
Rendimiento Académico	-.266**	-.379**	-.291**
Cociente Intelectual	-.238*	-.131	-.285**
Lenguaje (Semejanzas)	-.214*	-.243*	-.247*
Lenguaje (Vocabulario)	-.173	-.172	-.190

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas) y significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

Dentro de este análisis también se puede observar que la variable de CI presenta una correlación significativa baja de forma negativa con la salud mental global del niño, es decir, que existe una relación entre un cociente intelectual bajo con la presencia de problemas de salud mental y que tiene mayor correlación con la presencia de problemas internalizantes. El lenguaje (semejanzas) mostró una asociación negativa significativa baja tanto con dificultades de salud mental en global, como con problemas externalizantes e internalizantes, es decir, una menor presencia de estos se asocia con mayor capacidad de comprensión de lenguaje. Cabe mencionar que el cómputo de salud mental global y del puntaje de problemas externalizantes como internalizantes se realiza de diferente manera como se muestra en la tabla 21.

Resultados de Modelos Parciales de Regresión Lineal.

Para identificar la relación de las variables de autoconcepto, prácticas de crianza y salud mental, así como el cociente intelectual y lenguaje con el rendimiento académico, se realizaron modelos parciales de regresión lineal con cada una de las variables y sus subdimensiones. Se integró un modelo de regresión lineal final con las variables significativas identificadas en los modelos parciales (Ver tabla 22).

En el primer modelo, se analizaron las 2 subescalas de lenguaje evaluadas de la escala Weschler (WISC IV) y cociente intelectual (CI) (evaluado con el test de Matrices progresivas Raven) en el cual se excluye la subescala de semejanzas y CI ya que no fueron significativas, mostrando como variable significativa el vocabulario, indicando que entre mayor comprensión en vocabulario tenga el niño muestra un mayor rendimiento académico.

En el segundo modelo, se introdujo como variable dependiente el rendimiento académico con la variable independiente de autoconcepto global y sus dimensiones (estado intelectual, aspecto físico y atributos, libre de ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción, comportamiento de ajuste). El modelo mostró que sólo una de ellas aportó relación significativa con el rendimiento académico, lo cual indicaría que un mejor comportamiento de ajuste (BEH) puede predecir en el niño un mayor rendimiento académico

En el tercer modelo de regresión, se analizaron en conjunto los puntajes de las subdimensiones del inventario de prácticas de crianza por los padres/tutores y los niños con LPH ubicando al de rendimiento académico como variable dependiente. De las 6 dimensiones evaluadas en prácticas de crianza (ganancias materiales, normas, ganancias sociales, límites, normas, castigo e interacción social) reportadas por tutores e hijos, se identificó que sólo la dimensión de *interacción social*, que representa las conductas que realizan los padres/tutores con

la finalidad de tener interacciones positivas con sus hijos como platicar o escuchar, reportadas por ambos, tiene relación, indicando que a mayor interacción social parental se identifica un mayor rendimiento académico, siendo de mayor significancia la interacción reportada por los padres.

Y, por último, se incluyó en el modelo cuatro, las variables de salud mental global del niño, así como los problemas externalizantes y problemas internalizantes presentes, dónde se encontró que los problemas externalizantes inciden en un menor rendimiento académico, excluyendo las otras dos variables del modelo. Los resultados de cada modelo parcial de regresión lineal se detallan en la tabla 22.

Tabla 22

Resultados de los Modelos parciales de regresión lineal- Variable dependiente: Rendimiento Académico

	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes tipificados			
	B	Error típ.	Beta	t		Sig.
Modelo 1: Variables independientes: Cociente Intelectual, Lenguaje (semejanzas) y Lenguaje Vocabulario						
Modelo 1 (F (1,91) =23.772, p<.000) con una R² de .207						
Lenguaje (Vocabulario)	.130	.027	.455	4.876		.000
Modelo 2: Variables independientes: Autoconcepto global y sus dimensiones (comportamiento de ajuste, estado intelectual, aspecto físico y atributos, libre de ansiedad, popularidad y felicidad y satisfacción)						
Modelo 2 (F (1,91) =14.487, p<.000) con una R² de .137						
Comportamiento de Ajuste	.035	.009	.371	3.806		.000
Modelo 3: Variables independientes: Prácticas de crianza padres y niños (Ganancias Sociales, Castigo, Ganancias Materiales, Interacción Social, Normas y Limites)						
Modelo 3 (F (2,90) =17.340, p<.000) con una R² de .278						
Interacción Social Papás	.307	.061	.454	5.052		.000
Interacción Social Niños	.124	.049	.229	2.550		.012
Modelo 4: Variables independientes: Salud mental, problemas externalizantes y problemas internalizantes						
Modelo 4 (F (1,91) =15.282, p<.000) con una R² de .144						
Problemas externalizantes	-.297	.076	-.379	-3.909		.000

Nota: Se excluyen de los modelos las variables no significativas.

Modelo final: variables significativas asociadas al rendimiento académico.

Para la realización del modelo final de regresión se incluyeron las variables que resultaron significativas en los modelos parciales: *lenguaje (vocabulario)*, *comportamiento de ajuste (BEH)*, *Interacción social reportada por padres/tutores*, *Interacción social reportada por los niños* y *problemas externalizantes de salud mental*. Se incluyeron en un modelo final como variables independientes y con la variable dependiente de *rendimiento académico*. En este modelo final, las únicas variables que resultaron significativamente asociadas al rendimiento académico del niño con LPH fueron las de *vocabulario (Lenguaje)*, *interacción social parental (Prácticas de crianza)* reportadas por los padres y *problemas externalizantes (Salud mental)*. El modelo final reporta un coeficiente de determinación R^2 de .417, indicando que estas variables independientes explican una variación predictiva del 41.7% de la variable de rendimiento académico. Los resultados se muestran en la tabla 23.

Tabla 23

Modelo final de regresión lineal-Variable dependiente: rendimiento académico

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Modelo ($F(3,89) = 18.680, P < .000$) con una R^2 de .417					
Vocabulario	.239	.057	.355	4.215	.000
Interacción social (padres/tutores)	.091	.024	.320	3.789	.000
Problemas externalizantes (SM)	-.212	.065	-.271	-3.274	.002

Nota: Se excluyen de los modelos las variables no significativas

Modelo De Ecuaciones Estructurales.

Para estimar y evaluar las relaciones entre todas las variables estudiantes con el rendimiento académicos de los niños con LPH, se generó un último análisis con un modelo de ecuaciones estructurales (véase figura 7), para explicar la interacción y la dependencia que se da entre las diferentes variables medidas en los niños con LPH.

El autoconcepto, está conformado por seis subdimensiones (comportamiento de ajuste, estado intelectual, aspecto físico y atributos, libre de ansiedad, popularidad y felicidad y satisfacción), las cuales se interrelacionan entre sí y a su vez dan un puntaje diferente para cada una de ellas, es decir, que los niños pueden puntuar de manera diferente en cada una de las dimensiones y presentar un alto autoconcepto intelectual y un bajo autoconcepto de popularidad. En el modelo de ecuaciones estructurales (MEE) se identifica que sólo tres de las dimensiones de autoconcepto, presentan una interacción con el rendimiento académico. Se muestra en el MEE que la dimensión de *comportamiento de ajuste y estado intelectual* tienen una relación positiva con el rendimiento académico, es decir que un mejor autoconcepto de comportamiento de ajuste y estado intelectual predice un mejor rendimiento académico. Una relación opuesta se observa entre la dimensión de *felicidad y satisfacción*, dónde se identifica una interacción negativa con el rendimiento académico, sugiriendo que a menores niveles de felicidad y satisfacción menor rendimiento académico. Otro aspecto relevante es que la dimensión de *autoconcepto intelectual* presenta una interacción negativa con *problemas externalizantes* (salud mental), es decir que, si el niño con LPH tiene un bajo autoconcepto intelectual podrá presentar problemas externalizantes como problemas de conducta, de agresividad e hiperactividad.

Mientras que en las dimensiones que reportan las prácticas de crianza, los resultados del MEE reflejan una relación significativa en la variable de *ganancias materiales* reportadas por lo

niños, mostrando motivación por un control externo, así como las *ganancias sociales*. Sin embargo, cuando éstas se relacionan con el rendimiento académico, el efecto que presenta las ganancias materiales tiene un efecto positivo mientras que, al analizar dichas variables con respecto al cociente intelectual, se presenta una interacción negativa. Siguiendo con las relaciones registradas en las dimensiones de las Prácticas de Crianza reportada por los niños, en cuanto a la variable de *ganancias sociales*, se puede ver una interacción negativa tanto con el *rendimiento académico* como con la *salud mental*. Con la variable de lenguaje se identifica una relación positiva, que podría mostrar que un mejor desempeño en el *lenguaje* posibilita la oportunidad de tener mejores *ganancias sociales*. Las prácticas de crianza reportadas por los padres muestran que la dimensión de *interacción social de los padres* con los niños y *límites* tienen un efecto positivo en el rendimiento académico, es decir que los niños que son regulados socialmente por sus padres están teniendo un rendimiento académico más alto como se detalla en la figura 7.

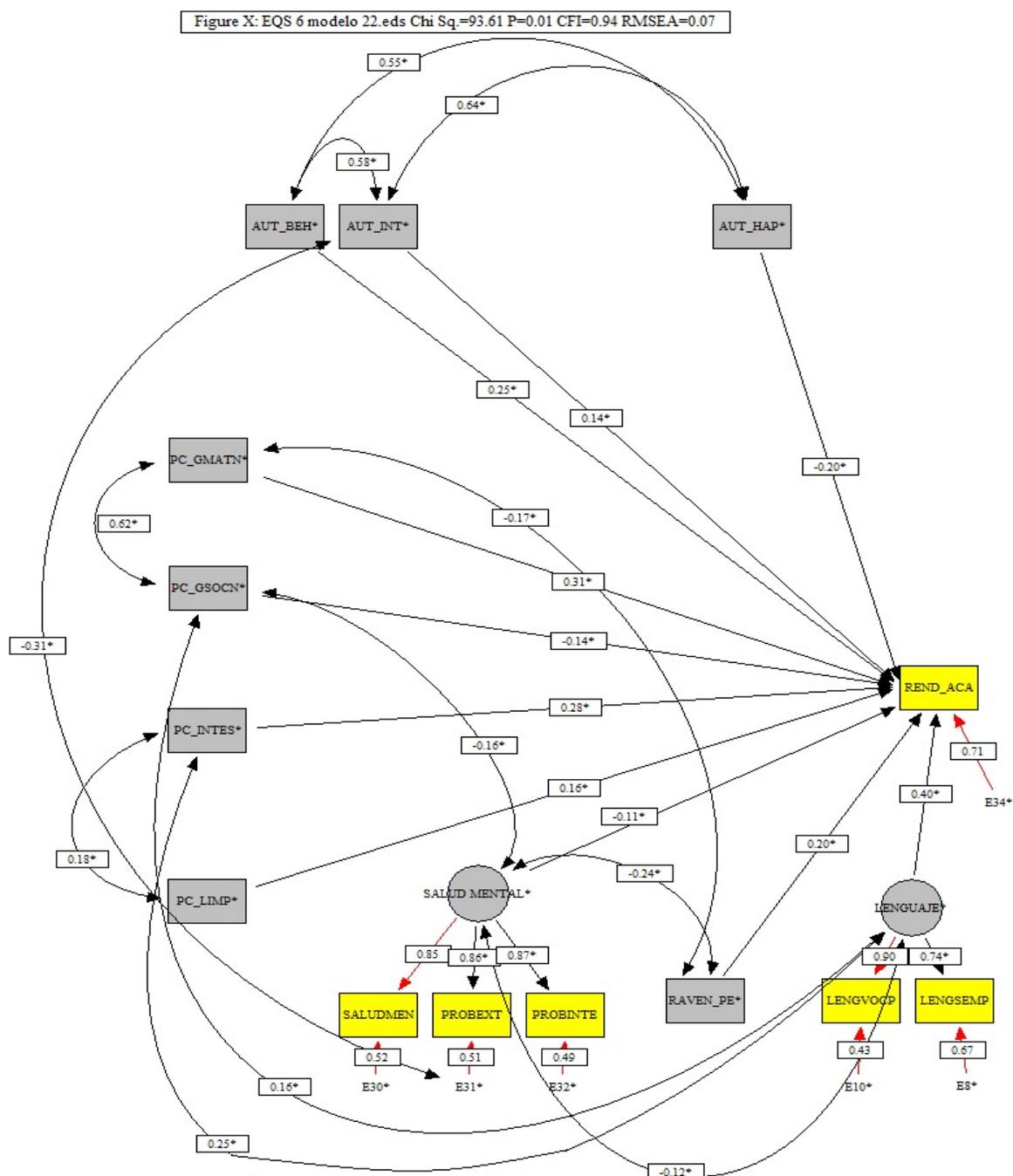
La variable de salud mental se incluyó en el MEE bajo tres medidas diferentes: salud mental en su puntaje general, problemas externalizantes y problemas internalizantes. Las tres variables reportan que, entre mayor puntaje, mayor número de problemas. En el modelo se puede ver que la *salud mental general* influye negativamente en el rendimiento académico, igual que en el *lenguaje*, es decir, los que presentan mayores problemas de salud mental tienen un menor puntaje en lenguaje y menor cociente intelectual en el niño.

En el MEE se reporta que el *lenguaje* tiene una relación significativa con el rendimiento académico en los niños con LPH. Las relaciones específicas identifican que los niños que tienen un mayor desarrollo de lenguaje tienen un mejor rendimiento académico sin importar significativamente los resultados que presenten en el autoconcepto.

Las relaciones entre todas las variables resultado del modelo de Ecuaciones Estructurales se pueden observar en la Figura 7.

Figura 7

Representación del modelo de ecuaciones estructurales con las variables y sus dimensiones



Discusión

Los primeros dos objetivos de la presente investigación tenían como finalidad la adaptación y validación de dos instrumentos, por lo que se dividió en dos fases. En la primera fase, se adaptó y validó la escala de autoconcepto Piers-Harris 2 y se adecuó el inventario de prácticas de crianza (IPC) para su versión de respuesta de parte de los niños, de las cuales los resultados arrojaron que contaban con un nivel moderado-alto de confiabilidad para su uso en población semejante en México.

La escala de Autoconcepto Piers–Harris 2 se aplicó en una muestra de 493 niños mexicanos en un rango de 7 a 12 años. Se obtuvieron los índices de confiabilidad mediante el procedimiento Kuder-Richardson 20 o con Alfa de Cronbach, que tuvieron la misma magnitud, encontrándose ligeramente por debajo de los reportados en la escala original (Piers y Herzberg, 2002). Este resultado coincide con lo reportado en otros estudios para la escala general (Cardenal y Fierro, 2003; Huebner, 1994; Milicic y Gorostegui, 1993; Rice et al., 2004; Simola y Holden, 1992), y en sus diferentes dimensiones (Butler y Gasson, 2005; Flahive et al., 2015).

En los resultados reportados se observa que los respondientes de la Escala de Autoconcepto Piers–Harris 2, muestran consistencia en la forma que manifiestan sus opciones de respuesta en todas las dimensiones, excepto en una (Popularidad) en la que debe haber un mayor énfasis o cuidado. Cabe resaltar que los índices bajos de consistencia de la dimensión de Popularidad ya se habían reportado en otros estudios (George y Mallery, 2003; Streiner, 2003). A través del AFC puede apreciarse una falta de ajuste de modelo de manera marginal que puede ser mejorada en una revisión del contenido de los reactivos; no obstante, esta falta de conformación de dimensiones claramente identificables es algo recurrente en los diversos estudios y adaptaciones que se han hecho de la prueba. Por ello los resultados de la escala deben

ser interpretados con cautela y/o realizar análisis posteriores de validez concurrente. Respecto a la probabilidad de respuesta a los reactivos, mediante el análisis IRT se identifica que se requieren reactivos con menor probabilidad de respuesta para discriminar al sector de la población que muestre valores de alto o muy alto autoconcepto en sus distintas dimensiones, lo cual se puede lograr con estudios posteriores donde se obtenga una muestra con mayor variabilidad. Finalmente, se considera que el uso de la escala en muestras de población mexicana con semejante rangos de edad y escolaridad puede realizarse ya que se reportaron los índices de confiabilidad y consistencia interna adecuados.

Por su parte, el análisis correspondiente al Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) respondida por los niños, arrojó resultados interesantes, dado que los instrumentos utilizados en México sobre los estilos de crianza y/o prácticas parentales se han desarrollado en otros países, como la escala EMBU (Caraveo, et. al, 2007), o bien los que se han elaborado en México consideran aspectos en su mayoría reportados desde la visión de los padres, y existen pocos instrumentos dirigidos a niños. Entre ellos destacan la Escala para las Prácticas Parentales de Crianza Materna (Jiménez et al., 2001), dirigida a niños preescolares; la escala para la Evaluación de las Relaciones Familiares, también dirigida a los hijos (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 1998) y el Inventario de estrés en la crianza, que constan de dos dimensiones; la dirigida al niño y la dirigida a los padres (Montiel et al., 2002).

El propósito de adaptar y validar el IPC fue contar con un instrumento que permitiera conocer la perspectiva de los niños y poder comparar sus percepciones con la de sus padres/tutores, mostrando que la adaptación que se hizo para niños de 7 a 12 años reportó un índice de confiabilidad alto de .922, con el coeficiente de Alfa de Cronbach. Si bien faltaría más información teórica o técnica sobre cómo se conforman las dimensiones de la prueba e indagar,

sí mostraron un factor común o con dimensiones relacionadas pero independientes. El modelo presentado como resultado del presente estudio, tanto para padres como para niños, sugiere un factor común entre las diferentes dimensiones de la prueba, así como mostraron que los valores de los coeficientes entre los indicadores y las dimensiones en que se proponen resultaron también relativamente altos. Es importante mencionar que en el modelo de Análisis Factorial Confirmatorio no se cumplieron con los 3 criterios de ajuste, pero sí con 2 de ellos lo que indica que se deben a la facilidad de los ítems y no poder discriminar entre fáciles o difíciles, aunque los resultados sugieren su uso y su evaluación psicométrica en futuros estudios.

En la segunda fase de la investigación, donde se evaluó una muestra de niños con LPH, primero se evaluó el cociente intelectual y el lenguaje, ya que eran parte de los criterios de exclusión.

Dentro de los resultados con respecto al cociente intelectual (CI) mostraron que sólo el 28% (n=26) tiene un CI inferior en capacidad intelectual al término medio, mientras que el 37% (n=34) de la muestra es igual al término medio de la población, el 30% (n=28) se encuentran con una capacidad intelectual definitivamente superior y el 5% (n=5) tiene un cociente superior, lo que coincide con lo reportado por Singkhornard et al. (2017), quienes encontraron que la mayoría de los niños con LPH tenían un cociente intelectual promedio. Este resultado es contrario a lo reportado en investigaciones previas, como la realizada por Chen et al., (2001), quienes describían que el CI de los niños con LPH era generalmente normal pero la media era menor en comparación de los niños sin fisura, mientras que Wehby et al. (2014), encontraron que los niños con LPH tienen tasas mucho más altas de discapacidad intelectual que sus compañeros de clase, es decir, el 20% más sobre la estimación poblacional. Hardin y Chapman (2011), realizaron una revisión sistemática de la literatura, la cual reveló que los niños y adultos con

paladar hendido tienen un rendimiento más pobre en las pruebas cognitivas que sus pares emparejados por la edad y en las investigaciones realizadas en la década de los 80's y 90's, sólo se mencionaba que los niños con LPH son más propensos a tener discapacidad intelectual o bien obtener puntajes más bajos de CI (Gorlin, 1990; Richman y Eliason, 1982) y que podría estar afectado por una tendencia de los docentes a subestimar los CI de los niños con LPH, debido a la malformación presentada como ha sido reportado en estudios previos (Richman, 1978).

Los resultados de la muestra en la presente investigación difieren mucho de lo esperado, ya que el 35% de la muestra presenta un CI superior del término medio y el 37% igual al término medio que de alguna manera confirma que la malformación no interfiere en el desarrollo de las capacidades cognitivas en el niño con LPH y que es un porcentaje bajo el que presenta puntajes ligeramente menores al término medio. Sin embargo, el presente estudio no analizó esta variable en niños del mismo rango de edad y escolaridad sin LPH, por lo cual se sugiere hacerlo en futuras investigaciones para valorar si existen diferencias entre los grupos de niños y el tipo de influencia que la presencia del LPH podría estar teniendo en la variable de CI.

Con relación al lenguaje, éste fue evaluado en los infantes mediante las subescalas de semejanzas y vocabulario correspondiente a la evaluación del lenguaje en el WISC-IV. Se obtuvieron resultados que no apoyan lo reportado por otros autores, donde sólo un 8% obtuvo un rango inferior, mientras que el 68% obtuvo un rango normal en ambas escalas. En contraste con lo propuesto por otros investigadores que refieren que los niños con LPH en comparación a los niños sin LPH presentan retraso en diversos aspectos del lenguaje, Richman y Nopoulos (2008), estudiaron el desempeño de los niños con LPH en el procesamiento del lenguaje en áreas como el vocabulario, fluencia, etiquetado verbal rápido y repetición de oraciones, encontrando que los niños con paladar hendido tienen déficits tanto en áreas de lenguaje receptivo como expresivo.

Conrad et al. (2014), reportaron que si bien las personas con hendiduras conforman un grupo heterogéneo y muchos niños se desempeñan dentro límites normales en las áreas del habla y el lenguaje, los niños en edad escolar y adolescentes pueden tener dificultades en varias áreas lingüísticas, incluyendo etiquetado, fluidez y memoria verbales.

En otras investigaciones no se encontraron diferencias significativas entre los niños con y sin paladar hendido en edad preescolar o en edad escolar temprana con respecto al vocabulario y habilidades gramaticales, pero sí hay indicios en otros estudios de que una proporción bastante alta de niños nacidos con paladar hendido se desempeñan más pobremente en tareas estandarizadas de gramática expresiva y vocabulario (Chapman, 2011; Collett et al., 2010; Young et al., 2010), mientras que los resultados de la muestra del presente estudio no mostraron esta tendencia. Es importante recalcar que de la muestra evaluada sólo el 8% de los niños evaluados presentó hendidura labial, por lo que no tenían secuelas ni problemas de lenguaje derivado de la malformación.

Ambas variables descritas anteriormente, se correlacionaron con el rendimiento académico, encontrando que las dos presentaban una correlación significativa positiva, confirmando que el cociente intelectual se relacione significativamente con el rendimiento académico y de manera positiva, donde se muestra que altos índices del CI se asocian a mejores resultados académicos arrojando resultados semejantes a diversas investigaciones que refieren que el CI es un predictor significativo de la calidad del aprendizaje (Almeida et al., 2008; Spinath et al., 2006; Sternberg, 2012) y se considera por excelencia, una variable que diferenciará los niveles de logro y rendimiento académico (Lemos et al., 2011; Primi et al., 2010). Estudios previos reportan en la misma tendencia el rol que el nivel de Lenguaje en los niños tiene, identificando que entre más alto sea éste, mayor será el rendimiento académico que

presenten. Los resultados del presente estudio muestran en los análisis de correlación de Pearson que tanto el CI como el Lenguaje (semejanzas y vocabulario) correlacionan significativamente y de forma positiva con el rendimiento académico lo que confirma lo descrito anteriormente; mientras que en los modelos parciales de regresión lineal, sólo la subescala de vocabulario tuvo una relación significativa con el rendimiento académico de la muestra de niños con LPH, indicando una relación más específica que refleja que menores habilidades de vocabulario inciden para un bajo rendimiento académico.

Uno de los aspectos importantes a considerar en la presente investigación fue la forma de evaluación del rendimiento académico, siendo éste evaluado por las calificaciones globales del ciclo escolar previo y dónde sólo el 1% de la muestra, según criterios de la SEP, presentó un desempeño académico considerado insuficiente. Al respecto, se han realizado informes contradictorios en la literatura, algunos refieren que el rendimiento académico es influenciado negativamente por tener LPH, como el de Rumsey y Harcourt (2005), Lorot-Marchand et al. (2015) y Bruce et al. (2015) quienes informaron que el tratamiento multidisciplinar al que está sometido el niño con LPH afectaba la asistencia a la escuela y por ende el rendimiento académico, en esa misma línea de investigación Gallagher et al. (2017), reportó que una quinta parte de los niños de su estudio, auto informó un impacto percibido en el rendimiento académico, en su mayoría atribuido dificultades del habla y la audición y tiempo perdido de la escuela debido a las citas. Snyder y Pope (2010), Wehby et al. (2014) y Knight et al. (2015) utilizaron medidas académicas directas para informar un menor rendimiento académico para aquellos con LPH en comparación con aquellos sin LPH. Algunos estudios, reportan que es más probable que los niños con LPH necesiten servicios educativos especiales y repitan un grado, en comparación

de sus compañeros que nacieron sin hendidura (Collett et al., 2010; Damiano et al., 2006; Hentges et al., 2011; Lorot-Marchand et al., 2015; Wehby et al., 2014).

En contraste, otros estudios han encontrado que las puntuaciones de la capacidad académica y la competencia escolar percibida son similares o mejores que los grupos de comparación no afectados. Por ejemplo, Collett y otros (2014) no encontraron ninguna diferencia en rendimiento académico basado en tener LPH; asimismo Cheung et al. (2007) y Van DerPlas et al. (2013) no encontraron diferencias de grupo estadísticamente significativas entre los participantes con y sin LPH en el rendimiento académico o autoestima académica en sus investigaciones; mientras que en otra investigación se compararon los niños con LPH y sus hermanos no afectados, reportando puntajes similares en las pruebas de rendimiento académico, incluyendo lectura, lenguaje, matemáticas y ciencias (Collett et al., 2014). Dichos estudios confirmarían lo hallado en los resultados encontrados en la presente investigación, dónde el 99% de la muestra presenta un rendimiento académico suficiente. Cabe señalar que al tomar la medida de rendimiento académico bajo los criterios de la SEP pueden perderse datos significativos del mismo, ya que no se puede constatar que las calificaciones brindadas por los profesores a cada uno de los alumnos haya sido la que realmente refleja su rendimiento académico y existan otros factores que lo definan. Esto podría explicar los resultados del modelo de regresión lineal, dónde desaparece el CI como variable significativa que predice el rendimiento académico de los niños con LPH.

El autoconcepto fue identificado con la escala de Piers-Harris 2 en su versión evaluada psicométricamente en la Fase 1 del presente estudio donde se reflejaron las puntuaciones siguientes: 25 niños obtuvieron un autoconcepto muy alto, 58 un autoconcepto normal y sólo 7 autoconcepto bajo y 3 autoconcepto muy bajo. En las primeras investigaciones realizadas al

respecto, Kapp-Simon (1986) reportaba que los niños con LPH presentan un autoconcepto pobre a diferencia de los niños sin LPH, lo que ocasiona que se perciban como menos hábiles socialmente y con estados de tristeza e irritación. En estudios más recientes, se reporta que los niños y adolescentes con LPH presentaban un autoconcepto normal sin tendencia pasiva y que no había diferencia significativa entre los que tenían y no tenían LPH, incluso tenían una mejor regulación psicológica (Liao et al., 2006). A su vez, Niemelä et al. (2011), encontraron que se presentaba un autoconcepto medio-alto en los participantes de su investigación y que, asimismo, sus padres reportaban que éste era mayor a medida que crecían a pesar de que las experiencias de interacción social habían sido difíciles e incluso traumáticas debido a las experiencias de acoso escolar. Los hallazgos de estos estudios podrían reflejar la existencia de una mejora de autoconcepto a lo largo del tiempo en los niños con LPH y podrían indicar la presencia de factores adicionales que incidan en su fortalecimiento.

Por su parte, Kjälman (2006), realizó un estudio longitudinal para ver la relación del autoconcepto con el rendimiento académico, en el cual encontró que no había diferencias estadísticas significativas, según estos resultados las estructuras del autoconcepto y el rendimiento académico son de hecho estables. Esto coincide con lo encontrado en la presente investigación, encontrando una relación significativa entre dimensiones específicas del autoconcepto y el rendimiento académico, en donde son las dimensiones de comportamiento de ajuste y estado intelectual que conforman el autoconcepto las que mostraron que, mientras el niño se perciba con un mayor nivel en ellas, reportaría un rendimiento académico más alto. Sin embargo, dado que el presente estudio no realizó comparación de estos indicadores con un grupo de niños sin LPH, no es posible indicar si esta es una tendencia característica de los niños con LPH. Cabe mencionar que las dimensiones de felicidad y satisfacción presentan una interacción

negativa de ambas con el rendimiento académico, este resultado podría explicarse a través de mostrar un componente de deseabilidad social, el cual puede ser fortuito o bien, responder que están siendo felices, pero en realidad no sea así y por ello presente un alto nivel en esta dimensión y su relación con el rendimiento académico sea negativa.

La evaluación de las prácticas de crianza, permitieron identificar que existe correspondencia en la mayoría de los resultados reportados entre padres e hijos (40.8% y 50.5%) mostrando coincidencias en la forma en que ambos perciben las prácticas de crianza, siendo la de *interacción social*, la más alta en su reconocimiento tanto por padres/tutores como por los niños. Esto indica que existe asociación entre que si los niños con LPH se sienten escuchados, comprendidos con una interacción positiva puede favorecer el desarrollo del niño que la que reportaban sus padres. Este resultado es distinto a lo que señala Barden et al. (1989), Field y Vega-Lahr (1984); y Speltz y Richman (1997), que identificaron que la mayoría de los padres desarrollaban un estilo de crianza menos activo y sensible debido a la malformación presentada por su hijo con LPH, así como Stock y Rumsey (2015), que reportaban que las prácticas de crianza se alteraban al tener que educar a un hijo con LPH. Por otro lado, los hallazgos del presente estudio coinciden con lo reportado por Crerand et al., (2015) que reporta pocas diferencias en el funcionamiento familiar entre los padres de los niños con LPH y en niños de la población en general.

Al hablar de la relación de las prácticas de crianza y el rendimiento académico no se identificaron estudios previos que permitan la comparación, en la población con LPH, por lo que los hallazgos resultan exploratorios en este grupo. Los resultados del estudio muestran que, si existe una práctica de crianza alterada y con poca interacción, el rendimiento académico del niño se verá afectado, mientras que si el niño percibe una práctica de crianza positiva su rendimiento

académico será mayor. Esto se corrobora en los modelos de regresión parciales y finales, así como en el modelo de ecuaciones estructurales, en los que la variable de Interacción social correlaciona significativamente de forma positiva con el rendimiento académico, ocurriendo lo mismo con la variable de lenguaje, lo que, al mostrar un mejor desempeño en el lenguaje por parte de los niños, se posibilita la oportunidad de tener mejores ganancias sociales con sus padres y/o tutores; asimismo las dimensiones de ganancias materiales y ganancias sociales al interactuar con el cociente intelectual muestra una interacción negativa, quizá reflejando que los niños se esfuerzan por obtener esas ganancias y no es precisamente por las capacidades cognitivas que presentan o el rendimiento académico que tienen. Algo a destacar de la población evaluada es que los tutores participantes (en su mayoría madres) asisten regularmente al tratamiento necesario para la óptima rehabilitación de su hijo, por lo que no es de extrañar que esta práctica de crianza sea la que predomine en los resultados y esté reflejando resultados positivos coincidiendo con Crerand et al. (2015).

Referente a la exploración de la salud mental de los niños con LPH, se encontró que el 21.5% de la muestra presenta un caso probable no complicado y el 15.05% cualifica como caso definitivo complicado. Del total de los casos, un 31.18% (n=29) corresponde a síndrome de síntomas de exteriorización (trastorno de déficit de atención e hiperactividad e impulsividad, y trastornos de conducta) y el 35.48% (n=33) a síntomas de interiorización (depresión y ansiedad). Lo anterior coincide con lo reportado en otras investigaciones, que refieren que la presencia del LPH está asociada con riesgo de problemas como ansiedad, inhibición, depresión, así como déficit de atención con hiperactividad y otros problemas de exteriorización (Hunt et al., 2005; Richman, 1976; Stock y Feragen, 2016; Thompson y Kent, 2001;) y que pueden estar asociadas con la diferencia facial y el rechazo de otros, así como presentar una tendencia a interiorizar los

problemas en comparación con los niños sin LPH (Pope y Snyder, 2005; Harper et al., 1980). Todo ello nos conduce a explicar una ligera presencia más alta de síntomas interiorizantes en niños con LPH, aunque en el modelo de regresión lineal final, se identifican que los síntomas exteriorizantes tienen un efecto negativo mayor en el rendimiento académico. Esto confirma la relación que puede tener la salud mental con el rendimiento académico en niños con LPH, de tipo negativa entre ambas variables, donde hace suponer que los problemas exteriorizantes de salud mental interferirán de forma más relevante con el rendimiento académico del niño.

Al explicar todos estos resultados bajo el modelo ecológico de Bronfenbrenner, se encuentran que, en el *Microsistema*, donde se habla del entorno inmediato que es la familia y los amigos existe influencia en su desarrollo de manera positiva o bien negativa, encontramos que la *Interacción Social* es una práctica de crianza que va a proporcionar en el niño, elementos favorables provenientes de los padres para incidir en un mejor rendimiento académico, así como también apoyará el *Comportamiento de Ajuste* (dimensión del Autoconcepto) que el niño desarrolle. Esto hace suponer que la relación que el niño establezca con sus padres o tutores puede ser decisiva para el ajuste y adaptación que tenga ante las secuelas de LPH.

En el *Mesosistema*, siendo éste un sistema que se forma cuando la persona entra en un nuevo entorno, encontramos que los niños evaluados en la investigación son niños que acuden regularmente a consultas de varias especialidades en hospitales o bien asociaciones, y esta interacción con los entornos sanitarios puede incidir en su conducta y adaptación, así como el ajuste que tengan ante lo que están viviendo. Por lo que en este sistema también se considera el rol que el *Comportamiento de Ajuste* (dimensión del autoconcepto) y la presencia de *problemas externalizantes* de salud mental puedan tener, al afectar la forma en que el niño se perciba en ese entorno por los demás, y tener la capacidad de incrementar o disminuir el efecto negativo de las

secuelas físicas de LPH. Esto haría suponer, que, si el entorno externo promueve la percepción de sentirse comprendido, aceptado y acompañado en el proceso, sus conductas y emociones no presentarían alteraciones complejas (Stock y Rumsey, 2015).

En el *Exosistema*, que se refiere a uno o más entornos en los que no está presente el individuo como participante activo, pero sí la familia y ésta influirá en el desarrollo de la percepción que el niño tendrá de sí mismo, se menciona que el 62% de la muestra tenía antecedentes familiares con relación al LPH y a su vez se habían enterado de la patología hasta el momento del nacimiento, lo cual incide en la manera en que los padres van a tratar al niño y a su vez, favorecer o perjudicar el desarrollo del *autoconcepto* y la *salud mental* del niño, ya que el diagnóstico dado sorpresivamente a los padres puede alterar la manera en que se relacionan con el niño, en su trato diario y las conductas hacía él. También se identificó en los padres de niños con LPH evaluados en este estudio, que establecían una red de apoyo con la institución escolar, donde el 85% de la muestra reportaba que el profesor proporcionaba material para que las ausencias provocadas por las consultas o cirugías no afectaran las actividades escolares, lo que beneficia que el rendimiento académico no se vea afectado.

Por último, en el *Macrosistema* que se refiere a los marcos culturales o ideológicos, encontramos que el 43% había sufrido acoso escolar debido al LPH en alguno de los ciclos escolares, lo que confirma un efecto negativo social relacionado con el estigma que se tiene de la malformación dentro de los entornos escolares y sociales, lo cual afecta al niño para el adecuado desarrollo del autoconcepto y problemas de conducta enmarcados dentro de su salud mental (Saman et al., 2012).

Este modelo presenta una serie de componentes que se interrelacionan, así como el impacto que estos pueden tener sobre el desarrollo socioemocional y educativo del niño con

LPH. Analizar los factores desglosados dentro de los diversos sistemas bajo la propuesta teórica de Bronfenbrenner, permite exponer la relación que tiene el autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental con el rendimiento académico, los cuales se encuentran entre el niño y la interacción con el entorno inmediato explicado en el microsistema y este a su vez interactúa con el mesosistema (p.e. escuela) y con los sistemas subsecuentes.

Dichas interacciones entre los sistemas de Bronfenbrenner pueden confirmarse en el análisis de modelos de ecuaciones estructurales explicado anteriormente, en el cual se puede ver cómo varios de los factores o componentes de las variables de autoconcepto, salud mental y prácticas de crianza tienen efecto en el rendimiento académico del niño con LPH y se identificaron relaciones entre las mismas variables analizadas. Los resultados del modelo de ecuaciones estructurales reflejan que es importante el entorno en el que el niño se desenvuelve para tener una percepción positiva de sí mismo y un desarrollo educativo favorable. Se puede apreciar que las diferentes dimensiones del autoconcepto pueden ser complementarias, pero bien manifestar que un niño puede visualizarse de manera diferente en cada una de ellas, es decir, puede presentar un alto autoconcepto en comportamiento de ajuste y a su vez un bajo autoconcepto en felicidad y satisfacción, que nos habla de que el niño si bien puede desarrollar habilidades para interactuar, hacer amigos, socializar sin dificultades y ajustarse a su condición, puede no sentirse satisfecho con su apariencia y sentirse diferente a raíz de las secuelas estéticas del LPH.

Así mismo, se puede apreciar cómo estas dimensiones de autoconcepto se relacionan no sólo con el rendimiento académico, sino también con problemas externalizantes de salud mental y esta a su vez en el lenguaje, apreciando que las variables no tienen sólo una relación

unidireccional sino múltiple entre ellas y que van a favorecer o perjudicar el desarrollo educativo, emocional y social de niños con LPH.

Conclusiones

Los resultados encontrados en esta investigación son relevantes para el conocimiento y explicación de los diferentes factores psicosociales que están presentes en el desarrollo socioemocional y académico del niño con LPH y su familia, al ser una población en México poco estudiada en cuanto a las secuelas emocionales, psicológicas y educativas. La aportación de este estudio permite destacar la importancia de generar conocimiento que identifique los diversos elementos de índole psicológica y sus interrelaciones que se presentan en los niños derivados de las secuelas físicas de la patología, además de que con ello se podrán generar estrategias de atención y apoyo a padres, niños, docentes, instituciones así como contar con instrumentos confiables que permitan evaluar a esta población y obtener información confiable que determinen que aspectos influyen para un adecuado desarrollo del niño y el estigma de la malformación disminuya dentro de las familias, las aulas y la sociedad.

Por ejemplo, el estigma de que los niños con LPH tienen un CI menor se puede ver en la presente investigación que sólo el 28% tiene un CI inferior y que incluso el 5% tiene un CI superior, mientras que en el lenguaje sólo un 8% tiene dificultades en ello, mostrando que si los niños son atendidos de manera oportuna y dar un seguimiento a su tratamiento multidisciplinar, las secuelas serán menores en este aspecto; así mismo se puede apreciar que dichas variables se relacionaron con el rendimiento académico, lo cual como se ha reportado en múltiples investigaciones esto ocurre en la población en general, si hay un bajo CI o dificultades en el lenguaje habrá un bajo rendimiento académico y no es exclusivo de la población con LPH.

Con respecto al autoconcepto, los resultados son similares a los anteriores, sólo 7.5% presentaron un autoconcepto bajo y 3.5% un autoconcepto muy bajo, mostrando que la percepción de que los niños con LPH se pueden desarrollar de diferente manera que cualquier otro niño sin fisura no es real, ya que no sólo es presentar la fisura para desarrollar un autoconcepto bajo, sino el entorno familiar, social y educativo en el que se encuentren y esto se puede corroborar con lo encontrado en el inventario de prácticas de crianza, dónde se identificó una correspondencia entre lo que dicen los niños y los padres, dónde la práctica de interacción social muestra un alto puntaje por ambos (40.8% y 50.5%), lo que habla de que la interacción positiva que se tiene entre ellos fortalece el desarrollo del niño. Por último en los resultados de salud mental se identificó un mayor porcentaje de la muestra con problemas de tal índole, dónde un 36.55% muestra problemas de interiorización y/o exteriorización, lo que refleja que si bien la mayoría presenta un ajuste psicológico a la condición de la fisura, habrá parte de la población que no se adecua a ella y a ello se le añaden las dificultades inherentes a la dinámica familiar y escolar de cualquier otro niño.

Al examinar las variables significativas en conjunto, encontramos que el rendimiento académico sólo tiene relación significativa con las variables de vocabulario, interacción social parental y problemas externalizantes, es decir, que, al analizar la relación existente entre el autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental con el rendimiento académico en la muestra, se identifican que sólo ciertos aspectos de las tres variables estudiadas tienen una interacción significativa con el rendimiento académico del niño con LPH. Mostrando que las interacciones negativas y positivas no sólo se darán de manera directa con el rendimiento académico sino entre todas, es decir que el CI se relacionara con la salud mental y esta a su vez con el rendimiento académico y con el lenguaje. Concluyendo así que, si bien no son

determinantes las variables de autoconcepto, prácticas de crianza y salud mental en el rendimiento académico, sí existe una interacción entre las dimensiones que conforman cada una de las variables que inciden en un alto o bajo rendimiento académico.

Es importante resaltar que se tuvieron limitantes para el desarrollo de la presente investigación, ya que es una población que se atiende principalmente dentro del sector salud (clínicas, hospitales) e invisibilizada en el sector educativo, lo cual hizo difícil acceder a ella. Los protocolos dentro de los hospitales son largos y limitan en tiempo y espacio, por lo que no se logró alcanzar el número deseado de participantes, mientras que en las instituciones educativas no existe un registro del número de niños con LPH que asisten a la escuela o bien, a pesar del número de prevalencia de la patología, se encuentran dispersos en las zonas educativas.

Uno de los desafíos para la investigación futura será analizar a profundidad la relación compleja entre los problemas del LPH específicos y la presencia de otras condiciones inherentes a la dinámica escolar, familiar y socioemocional del individuo. Así mismo, para confirmar las características diferenciadas de los niños con LPH y los niños sin LPH se requiere realizar estudios comparativos entre grupos de ambas poblaciones. Se considera importante también, poder investigar con mayor profundidad el rol que desempeñan los tutores dentro del tratamiento, ya que se identificó información poco homogénea con respecto a lo que su hijo/a estaba o podría sufrir en el futuro y sobre estrategias para enfrentar las situaciones que el mismo desarrollo conlleva sin atribuir las deficiencias o los cambios de conducta a las secuelas del LPH.

Referencias

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised behavior profile*. University of Vermont Department of Psychiatry.
- Allam, E., Windsor, L. J. y Stone, C. (2014) Cleft Lip and Palate: Etiology, Epidemiology, Preventive and Intervention Strategies. *Anatomy y Physiology*, 4(3), 1-6.
doi:10.4172/2161-0940.1000150
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas, J., Pérez, A. y Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Especiales Psiquiátricas*, 35(6), 393-399.
- Almeida, L.S., Guisade, M.A., Primi, R. y Lemos, G. (2008). Contribuciones del factor general y de los factores específicos en la relación entre inteligencia y rendimiento escolar. *European Journal of Education and Psychology*, 1(3), 16-25.
- Amar, J. y Abello, R. (2006). *El niño y su comprensión del sentido de la realidad*. Uniarte.
- Anabalón, M. (2008). El compromiso familiar frente al desempeño escolar de niños y niñas de educación general básica en la ciudad de Chillán. *Horizontes Educativos*, 13(1), 11-21.
- Arranz, E. (2005). *Familia y desarrollo psicológico*. Pearson Prentice-Hall.
- Asociación Craneofacial Infantil [CCA]. (2010). *Guía para entender sobre el labio y paladar hendido*. CCA.
- Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendido y Anomalías Craneofaciales, A.C. (2015). Centros de atención. <http://www.amlph.com.mx/>
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de

- 2008 [en línea]. [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2011]. Disponible en:
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>.
- Baeza, S. (2000). El rol de la familia en la educación de los hijos. *USAL*, 3, 1-10
- Barden, C. R., Ford, M. E., Jensen A. G, Rogers-Salyer M. y Salyer, K. E. (1989). Effects of craniofacial deformity in infancy on quality of mother–infant interactions. *Child Development* 60(4), 819–824.
- Baker, S., Owens, J., Stern, M. y Willmot, D. (2009). Coping Strategies and Social Support in the Family Impact of Cleft Lip and Palate and Parents' Adjustment and Psychological Distress. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46(3), 229-236
- Barroeta, Rivero, M. (2005). Universidad Central de Venezuela. *Prevalencia de hendiduras labiopalatinas* [Trabajo Especial de Grado]. <http://saber.ucv.ve/handle/123456789/5837>
- Baumrind, D. (1971). Types of adolescent lifestyles. *Developmental Psychology Monographs*, 4 (1).
- Baumrind, D. (1977). *What research is teaching us about the differences between authoritative and authoritarian child-rearing styles*. In D. E. Hanachek (Ed.), *Human dynamics in psychology and education* (3rd ed.). Allyn y Bacon
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Berk, N., Cooper, M., Liu, Y. y Marazita, M. (2001). Social anxiety in Chinese adults with oral-facial clefts. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 38(2), 126-133.
- Besharata, M. A., Koorosh, A. y Poursharifib, H. (2011). The relationship between parenting styles and children's academic achievement in a sample of Iranian families. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15(2011), 1280-1283.

- Betancourt, O. D. y Andrade, P. P. (2006). Percepción del control parental en padres e hijos. *La psicología Social en México* 11, 763-768.
- Brand, S. y Müller, A. A. (2010). *Quality of life among children, adolescents and adults with orofacial clefts*. In: JH Stone, M Blouin, (Eds). International Encyclopedia of Rehabilitation.
- Brantley, H. y Clifford, E. (1979). Cognitive, self concept and body image measures of normal cleft palate and obese adolescents. *Cleft Palate Journal*, 16(2), 177-182.
- Bressman T., Sader, R., Ravens-Sieberer, U., Zeilhofer H. y Horch, H. (1999). Quality of life research in patients with cleft lip and palate: preliminary results. *Mund, Kiefer und Gesichtschirurgie*, 3, 134-139.
- 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.
- Broder, L. y Strauss, R. (1993). Children with cleft lip/palate and mental retardation: an unexplored population. *Cleft Palate Craniofacial Journal* (3), 548-556.
- Broen, P. A., Devers, M. C., Doyle, S. S., Prouty, J. M. y Moller, K. T. (1998) Acquisition of linguistic and cognitive skills by children with cleft palate. *J Speech Lang Hear Res* 41(3), 676- 687.
- Burns, R. B. (1979). *The Self-Concept*. [Trad. Cast.: El Autoconcepto. Teoría, Medición, Desarrollo y Comportamiento]. EGA.
- Cáceres, A. (2004). Incorporacion de la atencion psicológica a una patologia AUGE: fisuras labiopalatinas. *Terapia Psicológica* 22(2), 185-191.

- Cámara de diputados (2012). *Acuerdo número 648 Diario oficial de la federación*. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=5264634yfecha=17/08/2012ycod_diario=247892
- Caraveo-Anduaga, J. J. (2016). *Vigilando la Salud Mental Infantil en Atención Primaria*. Editorial académica española.
- Caraveo-Anduaga, J. J. (2007). Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes, CBTD: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. *Salud mental*, 29(6), 65-72.
- Carrasco, O. M., del Barrio, G. H. y Holgado, T. F. (2007). Análisis de la estructura del cuestionario de comportamiento parental para niños (CRPBI) en población española. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 24(2), 95-120.
- Castro, J., Toro, J., Vander-Ende, J. y Arrindell, W. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *The international Journal of Social Psychiatry*, 39, 47-57.
- Chapman K. L. (1993). Phonologic processes in children with cleft palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal*. 30(1), 64–72.
- Chapman, K. L. (2011). The relationship between early reading skills and speech and language performance in young children with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 48(3), 301–311.
- Chen Z., Chen J., Wu J. y Zhang, X. (2001). Factors involved in intelligent development of children with cleft lip and palate. *PubMed*, 19(3), 174-177.

- Cheung, L. K., Loh, J. S. y Ho, S. M. (2006). The early psychological adjustment of cleft patients after maxillary distraction osteogenesis and conventional orthognathic surgery: a preliminary study. *J Oral Maxillofac Surg*, 64(12), 1743-1750.
- Chibbaro, P. (1994). Understanding and managing stressors facing the pediatric craniofacial patient and family. *Plastic Surgical Nursing*.14(2), 86–91.
- Crowe M, Ward N, Dunnachie B. y Roberts M. (2006). Characteristics of adolescent depression. *Int J Ment Health Nurs*. 15(1), 10-8.
- Cleft Palate Foundation (2008). *Los niños en edad escolar*. Recuperado de:
<http://cleftline.org/docs/Booklets/SAC-02.pdf>
- Cloonan, Y. K., Collett, B., Speltz, M. L., Anderka, M. y Werler, M. M. (2013). Psychosocial outcomes in children with and without non-syndromic craniosynostosis: findings from two. *Cleft Palate Craniofac Journal*, 50(4), 406–413.
- Collett, B. R., Leroux, B. y Speltz, M. L. (2010) Language and early reading among children with orofacial clefts. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 47(3), 284–292.
- 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*, 39(7), 743-751.
- Collett, B. R. y Speltz, M. (2006). Social-emotional development of infants and young children with orofacial clefts. *Infants Young Child*, 19(4), 262–291.
- Conrad, A. L., Mccoy, T. E., Devolder, I., Richman, L. C. y Nopoulos, P. (2014). Reading in subjects with an oral cleft: Speech, hearing and neuropsychological skills. *Neuropsychology*, 28(3), 415–422.

- Crerand, C., Rosenberg, J., Magee, L., Stein, M. B., Wilson-Genderson, M. y Broder, H. L. (2015). Parent-reported family functioning among children with cleft lip/palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 52(6), 651-659
- Creswell, J. (2008). Mixed Methods Research: State of the Art. [Power Point Presentation]. University of Michigan. Recuperado de sitemaker.umich.edu/creswell.workshop/files/creswell_lecture_slides.ppt
- Crowe, M., Ward, N., Dunnachie, B. y Roberts, M. (2006). Characteristics of adolescent depression. *Int J Ment Health Nurs*. 15(1), 10-8.
- Damiano, P. C., Tyler, M. C., Romitti, P. A., Momany, E.T., Canady, J. W., Karnell, M. P. y Murray, J. C. (2006). Type of oral cleft and mothers' perceptions of care, health status and outcomes for preadolescent children. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 43(6), 715-721.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Davini, M.C., Gellon de Salluzi, S. R. y Rossi, A. A. (1978). *Psicología General*. Kapelusz.
- Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 [en línea]. [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2017]. Disponible en:http://www.saber.ula.e/bitstream/123456789/16099/1/declaracion_helsinki.pdf.
- Díaz, C. y Díaz, G. (2013). Defectos de cierre orofaciales: paladar hendido y labio leporino. Una revisión bibliográfica. *Semergen*, 39(5), 267-271
- Diccionario de las ciencias de la educación (1995). Santillana.

Dirección General de Epidemiología (2015). Anuarios de Morbilidad. Información Epidemiológica 1984-2015. Recuperado de:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inicio_anuarios.html

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. y Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.

Endriga, M. C. y Kapp-Simon, K. (1999). Psychological Issues in Craniofacial Care: State of the Art. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 36 (1), 3-11.

Endriga, M. C. y Speltz, M. L. (1997). Face-to-face interaction between infants with orofacial clefts and their mothers. *Journal Pediatric Psychology*, 22(4), 439-453.

Erazo, A. O. (2012). El rendimiento académico, un fenómeno de múltiples relaciones y complejidades. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2(2), 144-173.

Feragen, K. J., Stock, N. M. y Kvaem, I. (2015). Risk and protective factors at age 16: psychological adjustment in children with a cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 52(5), 555-573.

Fernández de Ortega, B. M. (2005). La vergüenza de los niños: su conceptualización psicológica, medición y sus correlatos conductuales. *Tesis de Doctorado en Psicología*, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ferragut, M. y Fierro, A. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 95-104.

Field, T. M. y Vega-Lahr, N. (1984). Early interactions between infants with craniofacial anomalies and their mothers. *Infant Behavior Development*, 7(4), 527-530.

- Figuroa, C. (2004). *Sistemas de evaluación académica*, San Salvador: Editorial Universitaria
- Forteza, J. (1975). Modelo instrumental de las relaciones entre variables motivacionales y rendimiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 30(132), 75-91.
- Fuchs, M. y Leichner, K. (2012). *Afrontamiento en madres durante el tratamiento de Fisura Labio Alveolo Palatina (FLAP) de sus hijos*. [Tesis de Licenciatura], Universidad Católica Argentina, Facultad Teresa de Ávila, Departamento de Humanidades.
- Fuentes, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23(1), 7-12.
- Galíndez, L., Rodríguez, E. y Suárez, H. (1994). Malformaciones congénitas y ocupación de los padres. *Salud de los trabajadores*, 2(1), 49-56.
- Gallagher, E. R., Collett, B. R., Barron, S., Romitti, P., Ansley, T. y Wehby, G. L. (2017). Laterality of oral clefts and academic achievement. *Pediatrics*, 139(2), 2016-2662. doi:10.1542/peds.2016-2662
- Garaigordobil, M. y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141), 37-64.
- Garbanzo, V. G. (2007). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios, una reflexión desde la calidad de la educación superior pública. *Revista Educación* 31(1), 43-63.
- García, F. y Musitu, G. (2014). *Autoconcepto Forma 5, AF5*. TEA Ediciones.
- García, J.F., Musitu, G. y Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18(3), 551-556.

- García, S. F. (2001). Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana. XI Reunión sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid, 29 y 30 de Noviembre de 2001.
- Gkantidis, N., Papamanou, D. A., Karamolegkou, M. y Dorotheou, D. (2015). Esthetic, functional and everyday life assessment of individuals with cleft lip and/or palate. *BioMed Res Int*, 2015, 1-8. doi: 10.1155/2015/510395
- Goffman, E. (2006). *Estigma, la identidad deteriorada*. Amorrortu editores, S.A.
- Goldschmied, K., Morovic, I., Carmen, G. y Díaz, A. 2002. Efectos de la ortopedia prequirurgica en el rendimiento linguistico de niños fisurados. *Rev. Chilena de Fonoaudiología*, 3(2), 143-153.
- Gómez, G. y Lara, N. (2008). Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006. *Revista ADM*, LXV(6), 309-313.
- Gómez, S. D., Oviedo, M. R. y Martínez, L. E. (2011). Factores que influyen en el rendimiento académico del estudiante universitario. *Educación y humanidades*, 5(2) 90-97
- González, L. y Prado, F. (2011). *Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica*. ASPANIF.
- González-Osorio, C., Medina-Solís, C., Pontigo-Loyola, A., Casanova-Rosado, F., Escoffié-Ramírez, M., Corona-Tabares, M. y Maupomé, G. (2011). Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. *An Pediatric*, 74(6), 377-387.
- González, R. M. y Landero, H. R. (2012). Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa psicológica UST*, 9(1), 53-64

- González, T., Arias, J., Lassaletta, L. y Martorell, V. (2003). Malformaciones Craneofaciales y su Tratamiento. *Revista do hospital de crianças maria pia NASCER E CRESCER*, XII(4).
- Guay, F., Pantano, H. y Boivin, M. (2003). Autoconcepto académico y logro académico: perspectivas del desarrollo sobre su ordenamiento causal. *Diario de Psicología Educativa*, 9(5), 124-136.
- Guevara, M., Rodríguez, M. y González, N. (1997). DIAG, un sistema experto para el diagnóstico de anomalías craneofaciales. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 16(2), 93-97.
- Gutiérrez, D. y Montañez, G. S. (2012). Análisis teórico sobre el concepto de rendimiento escolar y la influencia de factores socioculturales. *Revista Ibero-americana para la investigación y desarrollo educativo*. Recuperado el 30 de abril de 2013, de http://www.ride.org.mx/docs/publicaciones/09practicaeducativa/SandraGutierrez_Ol-vera-Gloria_Silviana_Montanez_Moya.pdf
- Gutierrez, G. y Valenzuela, R. (2014). Alteraciones de número en dentición de pacientes entre 2 y 12 años de edad con disrafias labio alveolo palatina atendidos en la Unidad de Odontopediatría del Hospital Regional Antofagasta, Chile. *International Journal Odontostomatology*, 8(3), 481-490.
- Habbaby, A. (2000). *Enfoque integral del niño con Fisura Labiopalatina*. Panamericana.
- Hagberg, C., Larson, O. y Milerad, J. (1997). Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations. *Cleft Palate Craneofacial Journal*, 35, 40-45.
- Hamlet, C. y Harcourt, D. (2015). Older Adults' Experiences of Living With Cleft Lip and Palate: A Qualitative Study Exploring Aging and Appearance. *The Cleft Palate–Craniofacial Journal* 52(2), 32-40.

- Hansford, B. C. y Hattie, J. A. (1982). The relationship between self and achievement/performance measures. *Review of Educational Research*, 52(1), 123–142. doi:10.2307/1170275.
- Hardin, J. M. y Chapman, K. (2011). Cognitive and language issues associated with cleft lip and palate. *Semin Speech Lang* 32(2), 127-140.
- Harper, D. C., Richman, L. C. y Snider, B. C. (1980). School adjustment and degree of physical impairment. *Journal Pediatric Psychology*, 5(4), 377-383.
- Harter, S. (1986). Processes underlying children self-concept. En J. Suls (Ed). *Psychological Perspectives in the self. Vol. 3*. Lawrence Erlbaun Associates
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Hearst, D. (2007). Can't they like me as I am? Psychological interventions for children and young people with congenital visible disfigurement. *Developmental Neurorehabilitation*, 10(2), 105-112.
- Hentges, F., Hill, J., Bishop, D.V., Goodacre, T., Moss, T. y Murray, L. (2011). The effect of cleft lip on cognitive development in school-aged children: a paradigm for examining sensitive period effects. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(6), 704-712.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (3ª ed.). Editorial Mc Graw-Hill.
- Hernando, L. (1995) *Introducción a la teoría y estructura del lenguaje*. Editorial Verbum.
- Hoagwood, K., Olin, S., Kerker, B., Kratochwill, T., Crowe, M. y Saka, N. (2007). Empirically based school interventions targeted at academic and mental health functioning. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(2), 66-92.

- Hong, E. (2012). Impacts of parenting on children's schooling, *Journal of Student Engagement. Education Matters*, 2(1), 36-41.
- Huang, C. (2011). Self-concept and academic achievement: A meta-analysis of longitudinal relations. *Journal of School Psychology*, 49(5), 505-528.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P. y Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review, *European Journal of Orthodontics*, 27(3), 274-285.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., Stevenson, M. y Johnston, C. (2006). Self-reports of psychosocial functioning among children and young adults with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 43(5), 598-605. <http://dx.doi.org/10.1597/05-080>
- Jaillier, G. y Villegas, L. (1999). Labio y paladar hendido: *Manual de manejo integral del niño*. Medellín, Hospital Infantil Clínica Noel.
- Jiménez, D. (2009). *Estilos de crianza y su relación con el rendimiento académico: análisis y propuestas de intervención*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jiménez, M., Hernández-Guzmán, L. y Reidl, M. (2001). Prácticas de crianza materna percibidas por niños pequeños. *Revista Mexicana de Psicología*. 18(2), 257-266.
- Jiménez, D. y Guevara, Y. (2008). “Estilos de crianza y su relación con el rendimiento escolar”. *Saberes de la Psicología: entre la teoría y la práctica*, 33-53. Universidad Nacional Autónoma de México
- Kaiser, K. y McLeod, J. (2004). Childhood Emotional and Behavioral Problems and Educational Attainment. *American Sociological Review*, 69(5), 636-658 doi: 10.1177/000312240406900502

- 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.
- Khajanchi, M.U., Shah, H. y Thakkar, P. (2015). Unmet Burden of Cleft Lip and Palate in Rural Gujarat, India: A Population-Based Study. *World Journal of Surgery*, 39(1), 41-46.
doi:10.1007/s00268-014-2628-6
- Kjälldmand, I. O. (2006). *Self-Concept and School Achievement of Pupils with Cleft Lip, Cleft Palate or Both. A longitudinal study*. University of Helsinki: Research Report 271
- Knight J., Cassell, C. H., Meyer, R. E. y Strauss, R. P. (2015). Academic outcomes of children with isolated orofacial clefts compared with children without a major birth defect. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 52(3), 259-268. doi: 10.1597/13-293
- Kurzer, A. (1985). Aspectos históricos del labio y el paladar hendido/Historical aspects of cleft lip and palate. *Med. UPB*, 4(2), 91-96
- Lambourn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L. y Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065.
- Lemos, G.C., Almeida, L. y Colom, R. (2011). Intelligence of adolescents is related to their parents' educational level but not to family income. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1062-1067. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.025>
- Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 0406-2014. Recuperado de:
<https://www.uv.mx/saisuv/files/2014/08/Ley-General-de-Salud.pdf>
- Liao, R., Zheng, Q., Shi, B., Wang, Y., Li, L., Dong, R., Shi, J. y Yang, C. (2006). Preliminary study on self-concept psychological feature of cleft lip and palate adolescents. *Pub Med*, 24(3), 217-20.

- Livianos-Aldana, L. y Rojo-Moreno, L. (2003). Construct validity of retrospective perception of parental relating scales: EMBU and PBI. *Personality Individual Differences*, 35(7), 1707-1718.
- López, C. F. (2013). Inventario de prácticas de crianza. En C. S. Morales, y R. M. J. Martínez (Eds). *Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva. Manual del Terapeuta*. CENADIC-SSA, 14-19.
- López, V. R. (2000). Medición de la percepción en los estilos de crianza madre-hijo. *Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Lozano T. (2006). La atención psicológica a niños con Fisura Palatina: Una necesidad incuestionable. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez". *Trabajo mimeografiado no publicado*.
- Luque D. y Rodriguez, G. (2006). Necesidades técnicas del alumnado con discapacidad en la Universidad de Málaga. Murcia, España: 4 Congreso Nacional de Tecnología Educativa y Atención a la Diversidad (Tecnoneet), Memorias.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology*, 1-101. Wiley.
- Manterola, A. V. (1986). Factores de riesgo en las dificultades de aprendizaje escolar en niños de medio económico-social medio y bajo. *Revista Chilena de Pediatría*, 57(4), 318-320.
- Mariño, G., Pereira, I. y Quintero, M. (1994) "Craneosinostosis tratamiento multi-disciplinario". En: Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Tomo II. Masson Salvat Medicina Editores, ediciones científicas y técnicas S.A.
- Márquez, M. (2012). Aspectos Psicológicos de pacientes que presentan hendidura labiopalatina. *Acta Odontológica Venezolana*, 51(2).

- Márquez, M. (2012) La familia del niño(a) con hendidura labio palatina. *Acta Odontológica Venezolana*, 51(1).
- Márquez, M., Hernández, L., Aguilar, J., Pérez, V. y Reyes, M. (2007). Datos psicométricos del EMBU-I ¿Mis memorias de crianza? como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 30 (2), 58-66.
- Martínez-Antón, M., Buelga, S. y Cava, M., J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38(2), 293-303.
- Marsh, H. W. (1990). Causal ordering of academic self-concept and academic achievement: A multiwave, longitudinal panel analysis. *Journal of Educational Psychology*, 82(4), 646-656. doi:10.1037/0022-0663.82.4.646
- Marsh, H. W., Byrne, B. M. y Yeung, A. S. (1999). Causal ordering of academic self-concept and achievement: Reanalysis of a pioneering study and revised recommendations. *Educational Psychologist*, 34(3), 155-167. doi:10.1207/s15326985ep3403_2.
- Marsh, H. W. y Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 95–180.
- Marsh, H. W., Trautwein, U., Ldtke, O., Koller, O. y Baumert, J. (2005). Academic self-concept, interest, grades, and standardized test scores: Reciprocal effects models of causal ordering. *Child Development*, 76(2), 397-416. doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00853x.
- Marsh, H. W. y Yeung, S. (1997). Causal effects of academic self-concept on academic achievement: Structural equation models of longitudinal data. *Journal of Educational Psychology*, 89(1), 41-54. doi:10.1037/0022-0663.89.1.41.

- McLeod, J. D. y Almazán, E. P. (2003). Connections Between Childhood and Adulthood. *Handbook of the Life Course*, (ed) Mortimer, J. T. y Shanahan, M. 391-411. Kluwer/Plenum
- 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.
- Meneses, B. W., Morillo, C. S., Navia A. G., y Grisales, G. M.. (2013). Factores que afectan el rendimiento escolar en la institución educativa rural “Las Mercedes” desde la perspectiva de los actores institucionales. Instituto Pedagógico, Universidad de Manizales, 433-452.
- Michel, S. (2012). La desesperanza aprendida. Su influencia en el aprendizaje y el desempeño académico de los estudiantes. *Gac Med Bol*, 35(2), 93-95.
- Molero, D., Zagalaz, M. L. y Cachón, J. (2013). Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología del Deporte*, 22(1), 135-142.
- Monserat, E., Baez, R., Bastidas, R., Ghanem, A., Cedeño, J. y Maza, W. (2000). Labio y paladar hendidos. *Acta Odontológica Venezolana*, 38(3), 15-20
- Montero, R. E., Villalobos, P. J. y Valverde, B. A. (2007). Factores institucionales, pedagógicos, psicosociales y sociodemográficos asociados al rendimiento académico en la Universidad de Costa Rica: Un análisis multinivel. *RELIEVE*, 13(2), 215-234.
- Montiel, M., Vera, J. A., Peña, M., Félix, J., y Rodríguez, A. (2002). Estrés en la crianza, número de hijos y edad de la madre. *La Psicología Social en México*, IX, 856-861. AMEPSO.
- Morales, S. (2013). *Manual de crianza positiva*. Secretaría de Salud.
- Morris H. L. (1990). *Clinical assessment by the speech pathologist*. In: Bardach J, Morris HL, eds. *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. WB Saunders; 757–762.

- Mossey, P. A. y Modell, B. (2012) Epidemiology of oral clefts 2012: an international perspective. *Frontiers of Oral Biology*, 16, 1-18.
- Murray, A. (2012) The relationship of parenting style to academic achievement in middle childhood. *The Irish Journal of Psychology*, 33(4), 137-152, doi: 10.1080/03033910.2012.724645
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1997). *Autoconcepto Forma A (AFA)*. TEA Ediciones.
- Neiman G. S. y Savage, H. E. Development of infants and toddlers with clefts from birth to three years of age. *Cleft Palate Craniofacial Journal*. 34(3), 218–225.
- Nicholls, W., Persson, M., Robinson, S. y Selvey, A. (2015). Psychosocial Impacts of Cleft: A Review of the Literature. *AASCIT Journal of Psychology*, 1(2), 14-32.
- Niemelä, B. J., Skoog, V., Henriksson, T. G. y Wahlsten, V. S. (2011). A Clinical Report: Mental health, Self-esteem and Social Interaction in Adolescents with CL/P in the Context of Re-constructive Surgery. *J Depress Anxiety* 1(1), 101-105. doi:10.4172/2167-1044.1000102
- Noar, J. H. (1991). Questionnaire survey of attitudes and concerns of patients with cleft lip and palate and their parents. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 28(3), 279-284.
- Núñez, J. C. (2009). El clima escolar, clave para el aprendizaje. *Infocop Online*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2540.
- Nyarko, K. (2011). The influence of authoritative parenting style on adolescents academic achievement. *American journal of social and management sciences*, 2(3): 278-282. doi:10.5251/ajsms.2011.2.3.278.282

- Ochoa, B., Ortiz, J., Padilla, K., Chacón, H. y Blanco, F. (2003). Casuística de 10 años de labio y paladar hendido en el Hospital Universitario de la UANL. *Medicina Universitaria*, 5(18), 19-24.
- Ochoa, E., Chico, F., Tutino, M., Goodrich, J., Ortiz, F., Puente, A. y Kurt, S. (2006). Cirugía mínimamente invasiva en craneostenosis. *Cir. Plas. Ibero-latinoam.* 32(3), 185-190.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). Anomalías congénitas. Nota descriptiva n° 370. Octubre de 2012
- Oñate, M. P. (1989). *El autoconcepto: formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Narcea Ediciones.
- Ortega, A. (1996). Deformidades craneofaciales, labio y paladar hendido o ambos. *Prácticas Odontológicas*, 12, 47-80.
- Ortega, R. S. (1994). Influencia de los estilos de crianza maternos en el autoconcepto del niño. *Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Educativa*, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Ortiz-Posadas, P., Vega-Alvarado, M. y Maya-Behar, M. (2001). A new Approach to Classify Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38(6), 46-52.
- Padilla, Heredia y Sánchez. (2007). WISC.IV Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV. Manual técnico versión estandarizada: Manual Moderno
- Padrón, A., Achirica, M. y Collado, M. (2006). Caracterización de una población pediátrica con labio y paladar hendido. *Rev Cirugía y Cirujanos*, 74(3), 159-166.
- Palafox, D., Ogando-Rivas, E., Herrera-Rodríguez, D. y Queipo, G. (2012). Malformaciones craneofaciales. De las bases moleculares al tratamiento quirúrgico. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(1).

- Pereira, E. (2009). La autoestima. Estrategias para la prevención de su déficit. En Revista Digital Transversalidad educativa, 27, 85-91. Recuperado de:http://www.enfoqueseducativos.es/transversalidad/transversalidad_27.pdf#page=15.
- Pérez, A. (1997). Factores Psicosociales y Rendimiento Académico. *Tesis Doctoral*. Universidad de Alicante
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., Von Knorring, L., y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274.
- Piers, E. V. y Harris, D. (1964). Age and others correlate of self-concept in children, *J. Educ. Psychol*, 55(2), 91-95.
- Piers, E. V. y Herzberg, D. S. (2002). *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale-Second Edition Manual*. Western Psychological Services.
- Pizarro, R. y Clark, S. (1998). Currículo del hogar y aprendizajes educativos. Interacción versus estatus. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 7, 25-33.
- Plan de estudios (2011). Educación básica. Secretaría de Educación Pública.
- Primi, R., Ferrão, M. E. y Almeida, L. S. (2010). Fluid intelligence as a predictor of learning: A longitudinal multilevel approach applied to math. *Learning and Individual Differences*, 20(5), 446-451. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2010.05.001>
- Purkey, W. W. (1970). *Self Concept and School Achievement*. Prentice-Hall.
- Quijano, C., Rivas, J., Salas, I., Salazar, M., Sánchez, B. y Sierra, C. (2009). Aspectos sociodemográficos y clínicos del Labio Fisurado y Paladar Hendido en una población del suroccidente Colombiano. *Archivo Fundación Operación Sonrisa*, 120-130.

- Raven, J.C., Court, J. H. y Raven, J. (1993): *Test de Matrices Progresivas. Escala Coloreada, General y Avanzada. Manual*. México: Paidós.
- Richman, L. C. (1976). Behavior and achievement of the cleft palate child. *Cleft Palate Journal*, 13(4), 4-10.
- Richman, L. C., Eliason, M. y Lindgren, S. (1988). Reading disability in children with clefts. *Cleft Palate Journal*, 25(1), 21-25.
- 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.
- Richman, L. C. y Harper, D. (1978). School adjustment of children with observable disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 11-18.
- Richman, L. C. y Millard, T. (1997). Brief report: Cleft lip and palate: Longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(4), 487-94.
- Richman L. C. y Nopoulos, P. (2008). *Neuropsychological and neuroimaging aspects of clefting*. In: Losee, J. y Kirschner, R. *Comprehensive cleft care*. McGraw-Hill Education.
- Richman, L. C., McCoy, T. E., Conrad, A. L. y Nopoulos, P. C. (2012). Neuropsychological, behavioral, and academic sequelae of cleft: early developmental, school age, and adolescent/young adult outcomes. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 49(4), 387-96. doi: 10.1597/10-237
- Romero, F. y Lavigne, R. (2005). *Dificultades en el aprendizaje: unificación de criterios diagnósticos. Vol. I*. Consejería de Educación Junta de Andalucía.

- Rivera Heredia, M. y Andrade Palos, P. (1998). Las dimensiones de la familia en México. *La Psicología Social en México, VII*, 222-227. AMEPSO.
- Rodríguez, E. (1982). *Factores del Rendimiento Escolar*. OikosTau.
- Rodríguez, P. J. (2003). Asociación entre trastornos psiquiátricos y rendimiento escolar en una muestra de niños Canarios. *Canarias Pediátrica* 27(3), 389-396.
- Rodriguez, L. y Norabuena, M. (2010). Uso del obturador palatino en pacientes con labio y paladar fisurado, reporte de un caso en el Centro Médico Naval, Lima, Perú *Odontol Pediatr*, 9(1).
- Rooij, V. I., Vermeij-Keers, C., Kluijtmans, L. A., Ocké, M. C., Zielhuis, G. A., Goorhuis-Brouwer, S. M., Biezen, J. J., Jagtman, K. A. y Steegers-Theunissen, R. P. (2003). Does the interaction between maternal folate intake and the methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms affect the risk of cleft lip with or without cleft palate?. *American Journal Epidemiology*. 157(7), 583-591.
- Rossell-Perry, P. (2006). Nueva clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas del programa outreach surgical center Lima, Perú. *Acta Med Per.*, 23(2), 59-66.
- Rumsey, N. y Harcourt, D. (2005). *The Psychology of Appearance. Vol 1*. Open University Press.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: twenty-five years of child. *Psychiatric epidemiology*. 18, 633-653. doi:10.1097/00004583-198909000-00001
- Sánchez E. P. y Valdés, C. A. (2011). Una aproximación a la relación entre el rendimiento académico y la dinámica y estructura familiar en estudiantes de primaria. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 177-196.

- Sarmiento, A., Sánchez, A. y Sequera M. (1993). Estudio de adaptación del niño con hendidura labio palatina a su grupo familiar. *Botelin Hospital de Niños*, 29(2), 85-8.
- Sauceda-García, J., Tayde, L., Fajardo, A. y Cárdenas-Zetina, J. (1996). La adaptación psicosocial en niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales. *Gac Méd Méx*, 133(3), 203-209.
- Saman M, Gross J, Ovchinsky A, Wood-Smith D. (2012). Cleft Lip and Palate in the Arts: A Critical Reflection. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 49(2): 129-136.
- Secretaría de Salud. *Ley General de Salud*. Editorial Porrúa.
- Secretaria de Salud (2011). *Perfil epidemiológico de la Salud Mental en México*. Editorial Inner Traditions.
- Shavelson, R. J. y Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17. doi: 10.1037/0022-0663.74.1.3
- Shavelson, R., Hubner, J. y Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational research*, 46(3), 407-441
- Scherer, N. J. y D'Antonio, L. L. (1995) Parent questionnaire for screening early language development in children with cleft palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal* 32, 7-13.
- Schuster, M., Maier, A., Haderlein, T., Nkenke, E., Wohlleben, U., Rosanowski, F., Eysholdt, U. y Nöth, E. (2006). Evaluation of speech intelligibility for children with cleft lip and palate by means of automatic speech recognition. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 70(10), 1741-1747.
- Singkhornard, J., Unprai, P., Chonprai, Ch., Samretdee, H. y Patjanasontorn, N. (2017). Intelligence and Learning Disabilities Measurement of Children with Cleft Lips and Palates Age 6 to 12 Years. *J Med Assoc Thai*, 100(6): 160-164.

- Skaalvik, E. M. y Valas, H. (2001). Achievement and self-concept in mathematics and verbal arts: A study of relations. In R. J. Riding y S. G. Rayner (Eds.), *International perspectives on individual differences*, 2, 221-238.
- Slifer, K. J., Pulbrook, V., Amari, A., Vona-Messersmith, N., Cohn J. F., Ambadar, Z., Beck, M. y Piszczor, R. (2006). Social acceptance and facial behavior in children with oral clefts. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 43(2), 226-236.
- Smith, C. (1999). Preface. En: Charles S (ed.). *The Encyclopedia of Parenting Theory and Research*. Westport
- Snyder, H. y Pope, A. W. (2010). Psychosocial adjustment in children and adolescents with a craniofacial anomaly: diagnosis-specific patterns. *Cleft Palate Craniofac J.* 47(3), 264-272.
- Sorolla, P. (2010). Anomalías Craneofaciales. *Rev. Med. Clin. Condes*, 21(1), 5-15
- Sousa, A. D., Devare, S. y Ghanshani, J. (2009). Psychological issues in cleft lip and cleft palate. *J Indian Assoc Pediatr Surg*, 14(2), 55-8
- Speltz, M. (1993). Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers. Follow-up From late infancy to school entry. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 30(5), 482-489.
- Spinath, B., Spinath, F. M., Harlaar, N. y Plomin, R. (2006). Predicting school achievement from general cognitive ability, self-perceived ability and intrinsic value. *Intelligence*, 34(4), 363-374. <http://dx.doi.org/10.1016/j.intell.2005.11.004>
- Spriestersbach, D. (1973). *Psychological aspects of the "cleft palate problem"*. University of Iowa Press.

- Starr, P. (1978). Self-esteem and behavioral functioning of teen-agers with orofacial clefts. *Psychological Reports*, 39(8), 233-235.
- Starr P. (1982). Physical attractiveness and self-esteem ratings of young adults with cleft lip and/or palate. *Psychological Reports*, 50(2), 467-470.
- Sternberg, R. J. (2012). Intelligence. *Wiley Interdisciplinary Reviews – Cognitive Science*, 3(5), 501-511. <http://dx.doi.org/10.1002/wcs.1193>
- Stock, N. M. y Feragen, K. B. (2016). Psychological adjustment to cleft lip and/or palate: a narrative review of the literature. *Psychol Health*, 31(7), 777-813.
- Stock, N. M. y Rumsey, N. (2015). Starting a Family: The Experience of Parents with Cleft Lip and/or Palate. *The Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 52(4), 425–436.
- Suldo, S., Gormley, M., DuPaul, G. y Anderson-Butcher, D. (2014). The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: Current status of the research and future directions. *School Mental Health*, 6(2), 84-98.
- Templeton, G. F. (2011). A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28.
- Thamilselvan, P., Suresh, K., Murthy, J., Sharma, M. K. y Kumar, N. R. (2015). Psychosocial issues of parents of children with cleft lip and palate in relation to their behavioral problems. *Journal of Cleft Lip Palate and Craniofacial Anomalies*, 2(1), 53-57.
- Thomas, P., Turner, S., Rumsey, N., Dowell, T. y Sandy, J. (1997). Satisfaction with facial appearance among subjects affected by a cleft. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 34(3), 226-231.

- Turner, S., Rumsey, N. y Sandy, J. (1998). Psychological aspects of cleft lip and palate. *Eur Journal Orthod*, 20(4), 407-415.
- UNESCO (2000). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Educación para todos: Evaluación del aprovechamiento escolar*.
- GRAPHOPRINT
- Valero, A. (2002). Aspectos psicológicos de la persona con fisura palatina. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, XXII(1), 2-8.
- Valdés, A. y Urias, M. (2010). Familia y logro escolar. En A. Valdés y J. Ochoa (comps.). *Familia y crisis: Estrategias de afrontamiento*. Pearson, 39-48.
- Valdés, A., Carlos, E. y Ochoa, J. (2010). Características emocionales y conductuales de hijos de padres casados y divorciados. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(1), 117-134.
- Vallejo, A. y Mazadiego, T. (2006). Familia y rendimiento académico. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3(5), 55-59.
- Van Der Plas, E., Kosciak, T. R., Conrad, A. L., Moser, D. J. y Nopoulos, P. (2013). Social motivation in individuals with isolated cleft lip and palate. *J Clin Exp Neuropsychol*, 35(5), 489-500.
- Vargas, F. (2004). Malformaciones congénitas y sus factores asociados en el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil "Dr. Fernando Vélez Paiz". *Monografía para optar el título de especialista en pediatría*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua
- Vila, D. (2006). Presentación de una nueva clasificación integradora de las malformaciones craneofaciales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 5(3), 1-15.

- Vila, D., Leyva, T. y Fernández, L. (2010). Aportes y modificaciones de técnicas quirúrgicas en cirugía craneofacial pediátrica. *Revista Cubana de Estomatología*, 47(3), 295-314.
- Vinageras E. (1987). *Tratamiento integral de los pacientes con fisura labiopalatina*. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México.
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernández, H., Calle, L., 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.
- Wanga, W., Guana, P., Xub, W. y Zhoua B. (2009). Risk factors for oral clefts: a population based case-control study in Shenyang, China. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 23, 310-320.
- Wechsler, D. (1999). WAIS-III. *Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III*. TEA.
- 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. doi:10.1542/peds.2013-3072.
- Wilcox, A. J., Lie, R. T., Solvoll, K., Taylor, J., McConnaughey, D. R., Abyholm, F., Vindenes, H., Vollset, S. E. y Drevon, C.A. (2007). Folic acid supplements and risk of facial clefts: nacional population based case-control study. *BMJ*; 3, 334-344.
- Wu, Z. Y., Zhang, Y. y Chen, L. Q. (2008). A study of Rutter behavior problems in school aged children with cleft lip and/or palate. *Cleft palate journal*, 17(4), 348-350.
- Ygual-Fernández, A. y Cervera-Mérida, J. (2001). Valoración del riesgo de dificultades de aprendizaje de la lectura en niños con trastornos del lenguaje. *Revista Neurología Clínica*, 2(1), 95-106.

Young, S. E., Purcell, A. A. y Ballard, K. J. (2010). Expressive language skills in chinese Singaporean preschoolers with nonsyndromic cleft lip and/or palate. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 74(5), 456-464.

Zapata, L., De Los Reyes, C., Lewis S. y Barceló, E. (2009). Memoria de trabajo y rendimiento académico en estudiantes de primer semestre de una universidad de la ciudad de Barranquilla. *Psicología Desde El Caribe*, 23, 66-82

Apéndice

1. Revisión de expertos de la escala Piers-Harris 2

INSTRUCCIONES: A continuación, se le muestra en la primera columna el ítem en su idioma original, en la segunda columna la traducción realizada, deberá anotar en la tercera columna según los criterios profesionales, conocimientos y el idioma, las observaciones pertinentes a la traducción, con la finalidad de que los niños en población mexicana puedan comprenderlos.

English items	Spanish translation 1	Experto 1	Experto 2	Experto 3	FINAL sugerido
1. My classmates make fun of me	1. Mis compañeros de clase se burlan de mí.	1. Mis compañeros de clase se burlan de mí	1. Mis compañeros de clase se burlan de mí	1. Mis compañeros de clase se burlan de mí	1. Mis compañeros de clase se burlan de mí
2. I am a happy person	2. Soy una persona feliz	2. Soy una persona feliz	2. Soy una persona feliz	2. Soy una persona feliz	2. Soy una persona feliz
3. It is hard for me to make Friends	3. Es difícil para mí hacer amigos	3. Se me dificulta hacer amigos	3. Es difícil para mí hacer amigos	3. Es difícil para mí hacer amigos	3. Se me dificulta hacer amigos (as)
4. I am often sad	4. Muchas veces me pongo triste	4. A menudo estoy triste	4. Muchas veces estoy triste	4. Muchas veces me pongo triste	4. Muchas veces estoy triste
5. I am Smart	5. Soy inteligente	5. Soy inteligente	5. Soy inteligente	5. Soy inteligente	5. Soy inteligente
6. I am shy	6. Soy tímido(a)	6. Soy tímido(a)	6. Soy tímido(a)	6. Soy tímido(a)	6. Soy tímido(a)
7. I get nervous when the teacher calls on me	7. Me pongo nervioso(a) cuando el maestro(a) me pide que conteste	7. Me pongo nervioso(a) cuando el maestro(a) me llama/dice mi nombre	7. Me pongo nervioso(a) cuando el maestro(a) me pide que conteste	7. Me pongo nervioso(a) cuando el maestro(a) me pide que conteste	7. Me pongo nervioso(a) cuando el maestro(a) me pide que conteste
8. My looks brother me	8. Me molesta mi apariencia física	8. Me molesta como me veo	8. Me molesta mi apariencia física	8. Me molesta mi apariencia física	8. Me molesta mi apariencia física
9. I am a leader in games and sports	9. Soy líder en juegos y deportes	9. Soy líder en juegos y deportes	9. Soy un líder en los juegos y deportes	9. Soy líder en los juegos y deportes	9. Soy líder en los juegos y deportes
10. I get worried when we have tests in school	10. Me preocupo cuando tenemos exámenes en la escuela	10. Me preocupo cuando tenemos exámenes en la escuela	10. Me preocupo cuando tenemos exámenes en la escuela	10. Me preocupo cuando tenemos exámenes en la escuela	10. Me preocupo cuando tenemos exámenes en la escuela
11. I am unpopular	11. No soy popular entre los demás	11. No soy popular entre los demás	11. No soy popular entre los demás	11. No soy popular entre los demás	11. No soy popular entre los demás
12. I am well behaved in school	12. Me porto bien en la escuela	12. Me porto bien en la escuela	12. Me porto bien en la escuela	12. Me porto bien en la escuela	12. Me porto bien en la escuela
13. It is usually my fault when something goes wrong	13. Cuando pasa algo malo, yo casi siempre tengo la culpa	13. Cuando pasa algo malo, casi siempre es culpa mia	13. Cuando pasa algo malo, casi siempre es mi culpa	13. Cuando pasa algo malo, casi siempre es mi culpa	13. Cuando pasa algo malo, casi siempre es mi culpa
14. I cause trouble to my family	14. Le causo problemas a mi familia	14. Le causo problemas a mi familia	14. Le causo problemas a mi familia	14. Le causo problemas a mi familia	14. Le causo problemas a mi familia
15. I am strong	15. Soy fuerte	15. Soy fuerte	15. Soy fuerte	15. Soy fuerte	15. Soy fuerte
16. I am an important member of my family	16. Soy un miembro importante de mi familia	16. Soy un miembro importante de mi familia	16. Soy un miembro importante de mi familia	16. Soy un miembro importante de mi familia	16. Soy un miembro importante de mi familia
17. I give up easily	17. Me rindo fácilmente	17. Me doy por vencido fácilmente	17. Me rindo fácilmente	17. Me rindo fácilmente	17. Me doy por vencido(a) fácilmente
18. I am good in my schoolwork	18. Hago buen trabajo en la escuela	18. Hago bien mi trabajo escolar	18. Hago buen trabajo en la escuela	18. Hago un buen trabajo escolar	18. Hago bien mi trabajo escolar
19. I do many bad things	19. Hago muchas cosas malas	19. Hago muchas cosas malas	19. Hago muchas cosas malas	19. Hago muchas cosas malas	19. Hago muchas cosas malas

20. I behave badly at home	20. Me porto mal en casa	20. Me porto mal en casa	20. Me porto mal en casa	20. Me porto mal en casa	20. Me porto mal en casa
21. I am slow in finishing my school work	21. Soy lento(a) en terminar mi trabajo escolar	21. Soy lento(a) en terminar mi trabajo escolar	21. Soy lento(a) en terminar mi trabajo escolar	21. Soy lento(a) en terminar mi trabajo escolar	21. Soy lento(a) en terminar mi trabajo escolar
22. I am an important member of my class	22. Soy un miembro importante de mi clase	22. Soy un miembro importante de mi clase	22. Soy un miembro importante de mi clase	22. Soy un miembro importante de mi clase	22. Soy un miembro importante de mi clase
23. I am nervous	23. Soy nervioso(a)	23. Soy nervioso(a)	23. Soy nervioso(a)	23. Soy nervioso(a)	23. Soy nervioso(a)
24. I can give a good report in front of the class	24. Puedo dar un buen informe delante de la clase	24. Puedo dar un buen informe cuando paso al frente en la clase	24. Puedo dar una buena exposición cuando paso al frente en la clase	24. Puedo dar una buena exposición cuando paso al frente en la clase	24. Puedo dar una buena exposición cuando paso al frente en la clase
25. In school I am a dreamer	25. En la escuela me distraigo mucho	25. En la escuela me distraigo mucho	25. En la escuela me distraigo mucho	25. En la escuela me distraigo mucho	25. En la escuela me distraigo mucho
26. My Friends like my ideas	26. A mis amigos les gustan mis ideas	26. A mis amigos les gustan mis ideas	26. A mis amigos les gustan mis ideas	26. A mis amigos les gustan mis ideas	26. A mis amigos les gustan mis ideas
27. I often get into trouble	27. Muchas veces me meto en problemas	27. Muchas veces me meto en problemas	27. Muchas veces me meto en problemas	27. Muchas veces me meto en problemas	27. Muchas veces me meto en problemas
28. I am lucky	28. Tengo buena suerte	28. Soy afortunado	28. Tengo buena suerte	28. Tengo mucha suerte	28. Tengo buena suerte
29. I worry a lot	29. Me preocupo mucho	29. Me preocupo mucho	29. Me preocupo mucho	29. Me preocupo mucho	29. Me preocupo mucho
30. My parents expect too much of me	30. Mis padres esperan demasiado de mí	30. Mis padres esperan demasiado de mí	30. Mis padres esperan demasiado de mí	30. Mis padres esperan demasiado de mí	30. Mis padres esperan demasiado de mí
31. I like being the way I am	31. Me gusta como soy	31. Me gusta como soy	31. Me gusta como soy	31. Me gusta como soy	31. Me gusta como soy
32. I feel left out of things	32. Siento que todos se olvidan de mí	32. Siento que los demás no me incluyen	32. Siento que me dejan de lado	32. Siento que me dejan de lado	32. Siento que los demás no me incluyen
33. I have nice hair	33. Tengo el pelo bonito	33. Tengo buen cabello	33. Tengo un lindo cabello	33. Tengo un lindo cabello	33. Tengo un lindo cabello
34. I often volunteer in school	34. Muchas veces me ofrezco de voluntario(a) en la escuela	34. Muchas veces me ofrezco de voluntario(a) en la escuela	34. Muchas veces me ofrezco de voluntario(a) en la escuela	34. Muchas veces me ofrezco de voluntario(a) en la escuela	34. Muchas veces me ofrezco de voluntario(a) en la escuela
35. I wish I were different	35. Quisiera ser diferente	35. Quisiera ser diferente	35. Quisiera ser diferente	35. Quisiera ser diferente	35. Quisiera ser diferente
36. I hate school	36. Odio a la escuela	36. Odio la escuela	36. Odio la escuela	36. Odio la escuela	36. Odio la escuela
37. I am among the last to be chosen for games and sports	37. Soy de los últimos que escogen para los juegos y deportes	37. Soy de los últimos que eligen para los juegos y deportes	37. Soy de los últimos que eligen para los juegos y deportes	37. Soy de los últimos que eligen para los juegos y deportes	37. Soy de los últimos que eligen para los juegos y deportes
38. I am often mean to other people	38. Muchas veces soy malo(a) con los demás	38. Muchas veces soy malo(a) con los demás	38. Muchas veces soy malo(a) con los demás	38. Muchas veces soy malo(a) con los demás	38. Muchas veces soy malo(a) con los demás
39. My classmates in school think I have good ideas	39. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas	39. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas	39. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas	39. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas	39. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas
40. I am unhappy	40. Estoy triste	40. Estoy infeliz	40. Soy infeliz	40. Soy infeliz	40. Soy infeliz
41. I have many friends	41. Tengo muchos amigos	41. Tengo muchos amigos	41. Tengo muchos amigos	41. Tengo muchos amigos	41. Tengo muchos amigos
42. I am cheerful	42. Me siento alegre	42. Soy alegre o soy una persona alegre	42. Soy alegre	42. Soy alegre	42. Soy alegre
43. I am dumb about most things	43. Soy tonto(a) para casi todo	43. Soy tonto(a) para casi todo	43. Soy tonto(a) para muchas cosas	43. Soy tonto(a) para para casi todo	43. Soy tonto(a) para muchas cosas
44. I am good-looking	44. Soy bien parecido (a)	44. Soy guapo/attractivo	44. Soy guapo(a)	44. Soy guapo(a)	44. Soy guapo(a)

45. I get into a lot of fights	45. Me meto en muchas peleas				
46. I am popular with boys	46. Soy popular entre los muchachos	46. Soy popular entre los niños	46. Soy popular entre los chicos	46. Soy popular entre los chicos	46. Soy popular entre los niños
47. People pick on me	47. La gente me fastidia y me mortifica	47. La gente me molesta	47. La gente me molesta	47. La gente me fastidia	47. La gente me molesta
48. My family is disappointed in me	48. Mi familia está desilusionada de mí	48. Mi familia está decepcionada de mí	48. Mi familia está desilusionada de mí	48. Mi familia está desilusionada de mí	48. Mi familia está decepcionada de mí
49. I have a pleasant face	49. Tengo una cara agradable				
50. When I grow up, I will be an important person (9)	50. Cuando sea grande, voy a ser alguien importante	50. Cuando sea grande, voy a ser alguien importante	50. Cuando sea grande, voy a ser alguien importante	50. Cuando sea grande, voy a ser alguien importante	50. Cuando sea grande, voy a ser alguien importante
51. In games and sports, I watch instead of play	51. En juegos y deportes, miro en vez de jugar	51. En juegos y deportes, miro en vez de jugar	51. En juegos y deportes, miro en vez de jugar	51. En juegos y deportes, miro en vez de jugar	51. En juegos y deportes, veo en vez de jugar
52. I forget what I learn	52. Se me olvida lo que aprendo				
53. I am easy to get along with	53. Todo el mundo se lleva bien conmigo	53. Todo el mundo se lleva bien conmigo	53. Todo el mundo se lleva bien conmigo	53. Todo el mundo se lleva bien conmigo	53. Todo el mundo se lleva bien conmigo
54. I am popular with girls	54. Soy popular entre las muchachas	54. Soy popular entre las niñas	54. Soy popular entre las chicas	54. Soy popular entre las chicas	54. Soy popular entre las niñas
55. I am a good reader	55. Soy un buen lector (una buena lectora)	55. Soy un buen lector (una buena lectora)	55. Me gusta leer	55. Me gusta leer	55. Me gusta leer
56. I am often afraid	56. Muchas veces tengo miedo				
57. I am different from other people	57. Soy diferente a los demás				
58. I think bad thoughts	58. Tengo malos pensamientos				
59. I cry easily	59. Lloro fácilmente				
60. I am a good person	60. Soy buena persona				

2. Adaptaciones a la versión final de la escala Piers-Harris 2

Adaptaciones realizadas a la escala “Piers - Harris Children’s Self Concept Scale 2. Second Edition” de Piers y Herzberg (2002):

Ítem 3:

P-H (2002): Es difícil para mí hacer amigos

P-H (adaptación mexicana): Se me dificulta hacer amigos (as)

Ítem 4:

P-H (2002): Muchas veces me pongo triste

P-H (adaptación mexicana): Muchas veces estoy triste

Ítem 13:

P-H (2002): Cuando pasa algo malo, yo casi siempre tengo la culpa

P-H (adaptación mexicana): Cuando pasa algo malo, casi siempre es mi culpa

Ítem 17:

P-H (2002): Me rindo fácilmente

P-H (adaptación mexicana): Me doy por vencido(a) fácilmente

Ítem 18:

P-H (2002): Hago buen trabajo en la escuela

P-H (adaptación mexicana): Hago bien mi trabajo escolar

Ítem 24:

P-H (2002): Puedo dar un buen informe delante de la clase

P-H (adaptación mexicana): Puedo dar una buena exposición cuando paso al frente en la clase

Ítem 32:

P-H (2002): Siento que todos se olvidan de mí

P-H (adaptación mexicana): Siento que los demás no me incluyen

Ítem 33:

P-H (2002): Tengo el pelo bonito

P-H (adaptación mexicana): Tengo un lindo cabello

Ítem 40:

P-H (2002): Estoy triste

P-H (adaptación mexicana): Soy infeliz

Ítem 42:

P-H (2002): Me siento alegre

P-H (adaptación mexicana): Soy alegre

Ítem 43:

P-H (2002): Soy tonto(a) para casi todo

P-H (adaptación mexicana): Soy tonto(a) para muchas cosas

Ítem 44:

P-H (2002): Soy bien parecido(a)

P-H (adaptación mexicana): Soy guapo(a)

Ítem 46:

P-H (2002): Soy popular entre los chicos

P-H (adaptación mexicana): Soy popular entre los niños

Ítem 47:

P-H (2002): La gente me fastidia y me mortifica

P-H (adaptación mexicana): La gente me molesta

Ítem 48:

P-H (2002): Mi familia está desilusionada de mí

P-H (adaptación mexicana): Mi familia está decepcionada de mí

Ítem 54:

P-H (2002): Soy popular entre las chicas

P-H (adaptación mexicana): Soy popular entre las niñas

Ítem 55:

P-H (2002): Soy un buen lector

P-H (adaptación mexicana): Me gusta leer

3. Formato de revisión realizada por los profesores de primaria a la escala Piers-Harris 2

INSTRUCCIONES: Profesor, revise con atención la estructura y la redacción de cada uno de los ítems de la escala y de acuerdo con sus conocimientos y experiencia realice las observaciones pertinentes para confirmar que sean comprendidos por los niños de 7 a 12 años. Anotando en la columna de la derecha sus observaciones.

LO QUE PIENSO DE MÍ MISMO (PIERS-HARRIS 2)

Nombre: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre de la escuela: _____ Grado escolar: _____
 Municipio: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Aquí están algunas oraciones que describen lo que algunas personas piensan de sí mismas. Lee cada oración y decide si también describe lo que piensas de ti mismo. Si *todo o casi todo* lo que dice es *cierto* y te describe, marca con una X sobre la palabra *SÍ* al lado de la oración. Si *todo o casi todo* lo que dice es *falso* y *no* te describe, marca con una X a la palabra *NO* al lado de la oración. Contesta cada pregunta, aunque te sea difícil decidirte. Ten cuidado de no marcar las dos respuestas, *Sí* y *No* en la misma oración.

EJEMPLO:

Me gusta jugar con mis hermanos	SI		NO
---------------------------------	----	--	----

Recuerda que no hay respuestas buenas o malas. Sólo tú nos puedes decir lo que piensas de ti mismo, y por eso esperamos que nos digas lo que de verdad piensas.

			Observaciones	Observaciones	Observaciones
			Profesor 1	Profesor 2	Profesor 3
1. Mis compañeros de clase se burlan de mí	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
2. Soy una persona feliz	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
3. Se me dificulta hacer amigos (as)	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
4. Muchas veces estoy triste	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
5. Soy inteligente	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
6. Soy tímido(a)	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
7. Me pongo nervioso(a) cuando el maestro(a) me pide que conteste	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
8. Me molesta mi apariencia física	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
9. Soy líder en los juegos y deportes	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
10. Me preocupo cuando tenemos exámenes en la escuela	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
11. No soy popular	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
12. Me porto bien en la escuela	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
13. Cuando pasa algo malo, casi siempre es mi culpa	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
14. Le causo problemas a mi familia	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
15. Soy fuerte	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
16. Soy un miembro importante de mi familia	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
17. Me doy por vencido(a) fácilmente	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible
18. Hago bien mi trabajo escolar	SI	NO	Entendible	Entendible	Entendible

19. Hago muchas cosas malas	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
20. Me porto mal en casa	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
21. Soy lento(a) en terminar mi trabajo escolar	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
22. Soy un miembro importante de mi clase	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
23. Soy nervioso(a)	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
24. Puedo dar una buena exposición cuando paso al frente en la clase	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
25. En la escuela me distraigo mucho	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
26. A mis amigos les gustan mis ideas	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
27. Muchas veces me meto en problemas	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
28. Tengo buena suerte	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
29. Me preocupo mucho	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
30. Mis papás esperan demasiado de mí	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
31. Me gusta como soy	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
32. Siento que los demás no me incluyen	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
33. Tengo un lindo cabello	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
34. Muchas veces me ofrezco de voluntario(a) en la escuela	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
35. Quisiera ser diferente	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
36. Odio la escuela	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
37. Soy de los últimos que eligen para los juegos y deportes	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
38. Muchas veces soy malo(a) con los demás	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
39. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
40. Soy infeliz	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
41. Tengo muchos amigos	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
42. Soy alegre	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
43. Soy tonto(a) para muchas cosas	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
44. Soy guapo(a)	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
45. Me meto en muchas peleas	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
46. Soy popular entre los niños	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
47. La gente me molesta	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
48. Mi familia está decepcionada de mí	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
49. Tengo una cara agradable	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
50. Cuando sea grande, voy a ser alguien importante	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
51. En juegos y deportes, veo en vez de jugar	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
52. Se me olvida lo que aprendo	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
53. Todo el mundo se lleva bien conmigo	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
54. Soy popular entre las niñas	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
55. Me gusta leer	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
56. Muchas veces tengo miedo	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
57. Soy diferente a los demás	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
58. Tengo malos pensamientos	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
59. Lloro fácilmente	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible
60. Soy buena persona	SI		NO	Entendible	Entendible	Entendible

4. Revisión revisada por los profesores de primaria al IPC

INSTRUCCIONES: Profesor, revise con atención la estructura y la redacción de cada uno de los ítems de la escala y de acuerdo a sus conocimientos y experiencia realice las observaciones pertinentes para confirmar que sean comprendidos por los niños de 7 a 12 años. Anotando en la columna de la derecha sus observaciones.

INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA (NIÑOS)

Quién es tu cuidador principal:	Mamá ()	Papá ()	Otro () _____		
---------------------------------	----------	----------	----------------	--	--

Instrucciones: Esta escala tiene como objetivo conocer qué hace la persona que te cuida en relación a tu comportamiento. A continuación, encontrarás una serie de palabras que describen algunas conductas que los padres y madres realizan:

EJEMPLO: Deberás marcar con una X sobre la opción que representa mejor la frecuencia con la que lleva a cabo esa conducta.

	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre			
Me deja ver televisión									

Para llevarse bien conmigo la persona que me cuida...							Observaciones	Observaciones	Observaciones
							Profesor 1	Profesor 2	Profesor 3
1.- Me compra algo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
2.- Me escucha	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
3.- Platica conmigo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
4.- Me ayuda	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
5.- Me comprende	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
6.- Se interesa en mis actividades	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
7.- Me da un premio	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
8.- Pasea conmigo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
9.- Me da amor	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
10.- Me da atención	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
11.- Está cerca de mi	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
12.- Me da tiempo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
Cuando yo no hago lo que me dice la persona que me cuida...									
13.- Me explica	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
14.- Me regaña	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
15.- Me repite lo que tengo que hacer	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible

16.- Me habla más fuerte	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
17.- Me grita	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
18.- Me llama la atención	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
19.- Se desespera	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
20.- Me obliga a hacer lo que me pidió	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
Cuando obedezco, la persona que me cuida...									
21.- Me premia	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
22.- Me da las gracias	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
23.- Me felicita	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
24.- Le da gusto	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
25.- Me halaga	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Complicado para los niños de 7 años	Entendible	Entendible
26.- Me compra algo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
27.- Me aplaude	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
28.- Me consiente	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
Para establecer reglas la persona que me cuida...									
29.- Me explica lo que tengo que hacer	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
30.- Me dice lo que pasará si desobedezco las reglas	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
31.- Me pone el ejemplo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
32.- Me dice que las reglas se tienen que cumplir	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
33.- Me regaña	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
34.- Llega a acuerdos conmigo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
35.- Me enseña cómo hacer las cosas	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
36.- Establece su autoridad	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
37.- Me pone un horario	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
38.- Me grita	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
39.- Me premia	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible
40.- Me pone límites	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre	Entendible	Entendible	Entendible

5. Cuadernillo de validación para papás

CUADERNILLO PARA PAPÁS

***PROYECTO: VALIDACIÓN DE LA
ESCALA DE AUTOCONCEPTO
PIERS-HARRIS 2 Y DEL
INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE
CRIANZA***

No. Folio: _____

CARTA INFORMATIVA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PROYECTO: VALIDACIÓN DE LAS ESCALA DE AUTOCONCEPTO PIERS-HARRIS 2 Y
DEL INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA

Estimado Sr./ Sra.

Su hijo/a y usted han sido invitados a participar en la validación de los instrumentos para población mexicana “Escala de autoconcepto Piers-Harris 2 y el Inventario de Prácticas de Crianza para niños de 7 a 12 años y el Inventario de Prácticas de Crianza para papás” dirigido por la Mtra. Danivia López García, estudiante del Doctorado en Psicología en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Este es un formulario de consentimiento informado cuyo objetivo es entregar toda la información necesaria para que Ud. decida si desea o no participar en esta investigación y si usted está de acuerdo en que su hijo/a participe. Se le pide que firme un formulario de consentimiento.

Por medio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, ya que es de suma importancia obtener la información de instrumentos de medición acordes a la población mexicana que se utilicen para conocer el nivel de autoconcepto que presentan los niños en la etapa escolar, así mismo conocer los diferentes estilos de crianza que ejercen los padres y que ayude a conocer el impacto que tiene la educación en casa para el óptimo aprendizaje que tiene los niños. El autoconcepto en los niños se desarrolla durante la etapa escolar y varía de niño a niño, influyendo en ello el entorno familiar, escolar y social en el que se desenvuelve y que puede impactar de manera significativa en su desarrollo.

La participación de su hijo/a es voluntaria, consistirá en la aplicación de dos cuestionarios y se le pedirá que conteste las preguntas que en ellos se encuentran, la actividad tendrá una duración de 30 minutos y la cual se realizará en el aula escolar dentro de su horario de clases. La participación de los padres requiere que el cuidador principal, papá o mamá llene dos cuestionarios en una reunión programada con una duración de media hora.

El que Usted decida participar al igual que su hijo/a participe de este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona debido a que la información es completamente confidencial y no implica ninguna actividad física.

Si Usted no desea participar ni que su hijo/a participe no implicará ninguna sanción. Además, su hijo/a tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de la aplicación de instrumentos en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Ni su hijo/a ni usted se beneficiarán de forma directa de participar en este estudio. Sin embargo, la información que pueda obtenerse como resultado de su participación será de utilidad para conocer y evaluar el autoconcepto en los niños en otras escuelas y municipios del Estado de Morelos.

El participar en este estudio no tiene costo para usted y su hijo/a y no recibirán ningún pago por estar en el mismo. Al finalizar, se les entregará un informe general en una junta para padres de familia sobre los resultados obtenidos y una copia de ellos al director de la institución.

Los resultados del estudio serán utilizados con fines científicos y divulgación en revistas indexadas, manteniendo el trato anónimo de los datos aportados por su hijo y usted.

Si durante el transcurso, de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre mi participación en el estudio puedo contactarme con el investigador responsable, la Mtra. Danivia López García, al teléfono 777-1756399 o al correo electrónico: danivia3@gmail.com

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente mi participación y la de mi hijo/a en este estudio, firmo la autorización.

CARTA CONSENTIMIENTO PARA PADRES (FIRMA)

PROYECTO: VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO PIERS-HARRIS 2 Y DEL INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA

Yo _____ he leído y discutido la información anterior con la investigadora responsable del estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Conozco que puedo realizar preguntas en cualquier momento de la investigación.

He sido informado/a que se intenta conocer por medio de la aplicación de instrumentos una forma válida para evaluar autoconcepto en niños y estilos de crianza para niños y papás y de las distintas actividades contempladas en la investigación.

Mi participación y la de mi hijo/a en este estudio son voluntarias. Podremos renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y sin responsabilidad alguna. Esta decisión no afectará a mi hijo/a ni a mí o la relación que tengo con esta institución de ninguna otra forma.

Si durante el transcurso de la investigación, surge información relevante para continuar participando en el estudio, la investigadora deberá entregar esta información.

He sido informado de que no existen riesgos, molestias o efectos secundarios que podrían producirse razonablemente como consecuencia de la investigación.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos, siendo anónimos evitando la identificación de quienes participamos. Entendiendo que tengo derecho a estar libre de presión para decidir mi participación y la de mi hijo/a en el estudio.

Finalizada la investigación, podré asistir a una junta para padres donde se me dará un reporte con los resultados de la investigación.

Conociendo lo anterior, acepto participar en este estudio de investigación titulado “Validación de la Escala de Autoconcepto Piers-Harris2 y del Inventario de Estilos de Crianza”.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Firma de Testigo N°1

Fecha

Firma de Testigo N°2

Fecha

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA PADRES

Por favor conteste los siguientes datos, **recuerde que son confidenciales y que no se revelará la identidad de los participantes. El acceso a sus datos personales está restringido únicamente al investigador.**

Nombre completo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Lugar de nacimiento: _____

Padre () Madre () Otro () _____

NOTA: En caso de tener más hijos de 7 a 12 años en la escuela, favor de hacer un llenado de cuestionario por hijo.

INSTRUCCIONES: Marque con una **X** la respuesta correcta

1. ¿Cuántos hijos tiene?

- 1 ()
 2 ()
 3 ()
 4 ()
 5 o más ()

DATOS SOCIOECONÓMICOS

2. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?

(Por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas)

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 () | 5 () |
| 2 () | 6 () |
| 3 () | 7 o más () |
| 4 () | |

3. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

- 0 ()
 1 ()
 2 ()
 3 ()
 4 o más ()

4. ¿En su hogar se cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

- No tiene ()
 Si tiene ()

5. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

0 - 5 ()

6 - 10 ()

11 - 15 ()

16 - 20 ()

21 o más ()

6. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

Tierra o cemento firme ()

Otro tipo de material o acabado ()

7. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

0 ()

1 ()

2 ()

3 o más ()

8. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

No tiene ()

Sí tiene ()

9. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar

¿Cuál fue el último año de estudios que completó? (espere respuesta, y pregunte) ¿Realizó otros estudios?

No estudio () Preparatoria incompleta ()

Primaria incompleta () Preparatoria completa ()

Primaria completa () Licenciatura incompleta ()

Secundaria incompleta () Licenciatura completa ()

Secundaria completa () Diplomado o maestría ()

Carrera comercial () Doctorado ()

Carrera técnica ()

INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA (PAPÁS)

Nombre del cuidador principal: _____ Edad: _____

Es usted su: Mamá () Papá () Otro () _____

Nombre del niño: _____ Edad del niño: _____

Grado escolar del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Instrucciones: Esta escala tiene como objetivo conocer lo que los padres hacen en relación al comportamiento de sus hijos e hijas. A continuación, encontrará una serie de palabras que describen algunas conductas que los padres y madres realizan cuando:

- A) Quieren llevarse bien con sus hijos(as)
- B) Sus hijos(as) no hacen lo que se les dice
- C) Sus hijos(as) obedecen
- D) Quieren ponerles reglas a sus hijos(as)

Deberá marcar con una X sobre la opción que describe mejor la frecuencia con la que lleva a cabo esa conducta. EJEMPLO:

	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuen temente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
Festejar en familia						

A continuación, marque con una X la opción que mejor describa lo que hace en relación a las conductas de su hijo(a).

Para llevarme bien con mi hijo(a), yo...	Nunca/ asi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuent emente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
1.- Le compro algo						
2.- Lo(a) escucho						
3.- Platico con él/ella						
4.- Lo(a) ayudo						
5.- Lo(a) comprendo						
6.- Me intereso en sus actividades						
7.- Le doy un premio						
8.- Paseo con él/ella						
9.- Le doy amor						
10.- Le doy atención						
11.- Estoy cerca de él/ella						
12.- Le doy tiempo						

Cuando mi hijo(a) no hace lo que yo le digo, yo...	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
13.- Le explico						
14.- Lo(a) regaño						
15.- Le repito lo que tiene que hacer						
16.- Le hablo más fuerte						
17.- Le grito						
18.- Le llamo la atención						
19.- Me desespero						
20.- Lo(a) obligo a hacer lo que le pedí						
Cuando mi hijo(a) me obedece, yo...	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
21.- Lo(a) premio						
22.- Le doy las gracias						
23.- Lo(a) felicito						
24.- Me da gusto						
25.- Lo(a) halago						
26.- Le compró algo						
27.- Le aplaudo						
28.- Lo(a) consiento						
Para establecerle reglas a mi hijo(a), yo...	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
29.- Le explico lo que tiene que hacer						
30.- Le digo lo que pasará si desobedece las reglas						
31.- Le pongo el ejemplo						
32.- Le digo que las reglas se tienen que cumplir						
33.- Lo(a) regaño						
34.- Llego a acuerdos con él/ella						
35.- Le enseño cómo hacer las cosas						
36.- Establezco mi autoridad						
37.- Le pongo un horario						
38.- Le grito						
39.- Lo(a) premio						
40.- Le pongo límites						

¡¡¡Gracias por su valiosa participación!!!

6. Cuadernillo de validación para niños**CUADERNILLO PARA NIÑOS*****PROYECTO: VALIDACIÓN DE LA
ESCALA DE AUTOCONCEPTO
PIERS-HARRIS 2 Y DEL
INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE
CRIANZA******No. Folio:*** _____

ASENTIMIENTO DE MENOR DE EDAD***PROYECTO: VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO PIERS-HARRIS 2 Y
DEL INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA***

Vamos a realizar la aplicación de dos cuestionarios para saber más sobre el autoconcepto y los estilos de crianza y ver cómo funcionan para los niños de 7 a 12 años. Te pedimos que nos ayudes contestar para saber más sobre cómo opinan sobre sí mismos los niños de tu edad y cómo se llevan con sus papás.

Si aceptas contestarlos, te pediremos responder algunas preguntas sobre ti y tus papás. Como, por ejemplo, te preguntaremos sobre lo que piensas de ti o de las reglas en tu casa.

Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento. Además, si decides que no quieres terminar el cuestionario, puedes detenerte cuando quieras. Nadie puede enojarse o enfadarse contigo si decides que no quieres continuar. Recuerda, estas preguntas tratan sobre lo que tú crees. No hay respuestas buenas ni malas, y nadie se enojará contigo por lo que respondas. Solamente la investigadora podrá ver tus respuestas, nadie más.

Si firmas este papel quiere decir que lo leíste, o alguien te lo leyó y que quieres aceptar participar. Si no quieres participar, no lo firmes. Sólo tú puedes decidir si quieres participar y nadie se puede enojar contigo si no firmas el papel o si cambias de idea y después de empezar a responder las preguntas te quieres retirar.

Nombre del participante: _____ Fecha: _____

Firma del investigador: _____ Fecha: _____

LO QUE PIENSO DE MÍ MISMO (PIERS-HARRIS 2)

Nombre: _____ **Sexo:** _____
Edad: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Nombre de la escuela: _____ **Grado escolar:** _____
Municipio: _____ **Fecha:** _____

INSTRUCCIONES

Aquí están algunas oraciones que describen lo que algunas personas piensan de sí mismas. Lee cada oración y decide si también describe lo que piensas de ti mismo. Si *todo* o *casi todo* lo que dice es *cierto* y te describe, marca con una X sobre la palabra *SÍ* al lado de la oración. Si *todo* o *casi todo* lo que dice es *falso* y *no* te describe, marca con una X a la palabra *NO* al lado de la oración. Contesta cada pregunta, aunque te sea difícil decidirte. Ten cuidado de no marcar las dos respuestas, *Sí* y *No* en la misma oración.

EJEMPLO:

Me gusta jugar con mis hermanos	SI		NO
--	-----------	--	-----------

Recuerda que no hay respuestas buenas o malas. Sólo tú nos puedes decir lo que piensas de ti mismo, y por eso esperamos que nos digas lo que de verdad piensas.

1. Mis compañeros de clase se burlan de mí	SI		NO
2. Soy una persona feliz	SI		NO
3. Se me dificulta hacer amigos (as)	SI		NO
4. Muchas veces estoy triste	SI		NO
5. Soy inteligente	SI		NO
6. Soy tímido(a)	SI		NO
7. Me pongo nervioso(a) cuando el maestro(a) me pide que conteste	SI		NO

8. Me molesta mi apariencia física	SI		NO
9. Soy líder en los juegos y deportes	SI		NO
10. Me preocupo cuando tenemos exámenes en la escuela	SI		NO
11. No soy popular entre los demás	SI		NO
12. Me porto bien en la escuela	SI		NO
13. Cuando pasa algo malo, casi siempre es mi culpa	SI		NO
14. Le causo problemas a mi familia	SI		NO
15. Soy fuerte	SI		NO
16. Soy un miembro importante de mi familia	SI		NO
17. Me doy por vencido(a) fácilmente	SI		NO
18. Hago bien mi trabajo escolar	SI		NO
19. Hago muchas cosas malas	SI		NO
20. Me porto mal en casa	SI		NO
21. Soy lento(a) en terminar mi trabajo escolar	SI		NO
22. Soy un miembro importante de mi clase	SI		NO
23. Soy nervioso(a)	SI		NO
24. Puedo dar una buena exposición cuando paso al frente en la clase	SI		NO
25. En la escuela me distraigo mucho	SI		NO
26. A mis amigos les gustan mis ideas	SI		NO
27. Muchas veces me meto en problemas	SI		NO
28. Tengo buena suerte	SI		NO
29. Me preocupo mucho	SI		NO
30. Mis padres esperan demasiado de mí	SI		NO
31. Me gusta como soy	SI		NO
32. Siento que los demás no me incluyen	SI		NO
33. Tengo un lindo cabello	SI		NO
34. Muchas veces me ofrezco de voluntario(a) en la escuela	SI		NO
35. Quisiera ser diferente	SI		NO
36. Odio la escuela	SI		NO
37. Soy de los últimos que eligen para los juegos y deportes	SI		NO
38. Muchas veces soy malo(a) con los demás	SI		NO

39. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas	SI		NO
40. Soy infeliz	SI		NO
41. Tengo muchos amigos	SI		NO
42. Soy alegre	SI		NO
43. Soy tonto(a) para muchas cosas	SI		NO
44. Soy guapo(a)	SI		NO
45. Me meto en muchas peleas	SI		NO
46. Soy popular entre los niños	SI		NO
47. La gente me molesta	SI		NO
48. Mi familia está decepcionada de mí	SI		NO
49. Tengo una cara agradable	SI		NO
50. Cuando sea grande, voy a ser alguien importante	SI		NO
51. En juegos y deportes, veo en vez de jugar	SI		NO
52. Se me olvida lo que aprendo	SI		NO
53. Todo el mundo se lleva bien conmigo	SI		NO
54. Soy popular entre las niñas	SI		NO
55. Me gusta leer	SI		NO
56. Muchas veces tengo miedo	SI		NO
57. Soy diferente a los demás	SI		NO
58. Tengo malos pensamientos	SI		NO
59. Llora fácilmente	SI		NO
60. Soy buena persona	SI		NO

INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA (NIÑOS)

Quién es tu cuidador principal: Mamá () Papá () Otro () _____

Instrucciones: Esta escala tiene como objetivo conocer qué hace la persona que te cuida en relación a tu comportamiento. A continuación, encontrarás una serie de palabras que describen algunas conductas que los padres y madres realizan:

EJEMPLO: Deberás marcar con una X sobre la opción que representa mejor la frecuencia con la que lleva a cabo esa conducta.

	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
Comprarte chocolates						

A continuación, marca con una X la opción que mejor describa lo que hace la persona que te cuida en relación a tus conductas.

Para llevarse bien conmigo la persona que me cuida...	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
1.- Me compra algo						
2.- Me escucha						
3.- Platica conmigo						
4.- Me ayuda						
5.- Me comprende						
6.- Se interesa en mis actividades						
7.- Me da un premio						
8.- Pasea conmigo						
9.- Me da amor						
10.- Me da atención						
11.- Está cerca de mi						
12.- Me da tiempo						
Cuando yo no hago lo que me dice la persona que me cuida...	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre

13.- Me explica						
14.- Me regaña						
15.- Me repite lo que tengo que hacer						
16.- Me habla más fuerte						
17.- Me grita						
18.- Me llama la atención						
19.- Se desespera						
20.- Me obliga a hacer lo que me pidió						
Cuando obedezco, la persona que me cuida...	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
21.- Me premia						
22.- Me da las gracias						
23.- Me felicita						
24.- Le da gusto						
25.- Me halaga						
26.- Me compra algo						
27.- Me aplaude						
28.- Me consiente						
Para establecer reglas la persona que me cuida...	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
29.- Me explica lo que tengo que hacer						
30.- Me dice lo que pasará si desobedezco las reglas						
31.- Me pone el ejemplo						
32.- Me dice que las reglas se tienen que cumplir						
33.- Me regaña						
34.- Llega a acuerdos conmigo						
35.- Me enseña cómo hacer las cosas						
36.- Establece su autoridad						
37.- Me pone un horario						
38.- Me grita						
39.- Me premia						
40.- Me pone límites						

!!!Gracias por tu valiosa participación!!!

7. Oficio comité de ética




CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

"2019, a 100 años del asesinato del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca, Morelos, 05 de Marzo de 2019

Asunto: Dictamen
Folio: 051118-06

MTRA. DANIVIA LÓPEZ GARCÍA
ESTUDIANTE DEL PROGRAMA DE DOCTORADO DEL CITPSI
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
P R E S E N T E

En respuesta a su solicitud para la revisión del protocolo de investigación titulado:

**LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO, LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA SALUD MENTAL CON
EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO**

Con el número de registro institucional 051118-06 el cual sometió a consideración del Comité de Ética en Investigación del CITPSi, se observó que la documentación que presentó está completa.

Por lo expuesto anteriormente, se han realizado algunas observaciones a la hoja de información y al consentimiento y asentimiento informado, mismas que se añaden al presente dictamen, por lo tanto, le solicitamos que incorpore las nuevas modificaciones. Una vez que lo haga, entregue la actualización del su protocolo en formato físico y electrónico a la secretaria del CEI a más tardar el día 19 de marzo del año en curso.

Así mismo, le informamos que el protocolo que sometió a revisión tiene el dictamen de **APROBADO** y cuenta con una vigencia de dos años: del 04 de marzo de 2019 al 03 de marzo de 2021. Al finalizar el período de dos años, usted deberá presentar un reporte en formato abierto sobre el grado de avance del protocolo, así como el resumen de cumplimientos éticos especificados desde el inicio.

Si antes del periodo de vigencia de 2 años se presentan cambios en los objetivos, el diseño, instrumentos, procedimientos u otros aspectos relevantes del protocolo, estos deberán ser dictaminados por el comité como requisito para continuar con su vigencia.

En los casos de solicitud de renovación de vigencia donde no exista alguna razón para dictaminar nuevamente el protocolo y, de contar con la documentación completa, se procederá al refrendo o renovación de la vigencia sin la necesidad de emitir un dictamen específico.

Pico de Orizaba 1, casi esq. con Popocatepetl, Col. Volcanes, Cuernavaca Morelos, México 62350.
Tels. (777) 3167720, (777) 3297000 Ext. 7970/ citpsi@uaem.mx

**UA
EM**

Una universidad de excelencia

RECTORÍA
021/0202

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA**

"2019, a 100 años del asesinato del General Emiliano Zapata Salazar"

En todos los casos, los protocolos dictaminados y aprobados por el comité que se hayan cancelado o que hayan concluido, deberán presentar un informe al mismo comité, informando de los resultados al momento de su finalización o los motivos de cancelación en su caso.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Dr. Luis Pérez Álvarez
Presidente del Comité de Ética en Investigación del
Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología

C.c.p. – Archivo.

8. Protocolo de evaluación para padres

***PROTOCOLO DE EVALUACIÓN
PARA PADRES:***

*“LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO,
LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA
SALUD MENTAL CON EL RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN NIÑOS(AS) CON LABIO
Y/O PALADAR HENDIDO”*

No. Folio: _____

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO, LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA SALUD MENTAL CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN NIÑOS(AS) CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO”

Investigador principal: Mtra. Danivia López García

CARTA INFORMATIVA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estimado Sr. Sra.

Su hijo/a ha sido invitado a participar en el proyecto de investigación “**LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO, LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA SALUD MENTAL CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN NIÑOS(AS) CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO**” dirigido por la Mtra. Danivia López García, estudiante del Doctorado en Psicología en Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Este es un formulario de consentimiento informado cuyo objetivo es entregar toda la información necesaria para que Ud. decida si desea o no participar en esta investigación. Si usted está de acuerdo en que su hijo/a participe, se le pide que firme este formulario de consentimiento y se le dará una copia para que la guarde.

El propósito de esta investigación es obtener la información necesaria para conocer de qué manera se desarrolla el autoconcepto, cuáles son los estilos de crianza que se vivencian, así como los factores que intervienen en la salud mental, que presentan los niños con labio y/o labio paladar hendido y de qué manera impactan estos aspectos en el rendimiento académico que presentan en la etapa básica. Ya que es de suma importancia conocer los factores que intervienen en el desarrollo de estos 3 aspectos particularmente y poder explicar su importancia y papel en el desempeño académico.

Los niños que se seleccionarán para este proyecto de investigación son niños(as) con diagnóstico de Labio y/o paladar hendido corregidos quirúrgicamente, con edades de entre 8 y 12 años de edad que asistan a tratamiento al Instituto Nacional de Pediatría (INP).

La participación de su hijo/a es voluntaria, la investigación está programada para desarrollarse en el INP y se desarrollará en dos fases. La primera fase se desarrolla en una sola sesión, de manera alterna para padres e hijos. En un primer momento se les explicará a ambos (padres e hijos) participantes, se les en qué consiste la investigación, cuál es la importancia y la finalidad, además de informar el tiempo aproximado de evaluación. Se les entregará este consentimiento informado a los padres o tutores donde se señala el libre compromiso por participar y se les pedirá el llenado del cuestionario de datos sociodemográficos y la aplicación de los instrumentos Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) y Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), además se

les solicitará el enviar una foto por correo electrónico o por teléfono de la boleta de calificaciones obtenidas por su hijo en el ciclo escolar concluido.

Con los niños/las niñas, como primera parte de la evaluación se realizará la aplicación de la escala Raven y las sub-escalas de Semejanzas y Vocabulario del test WISC-IV, para conocer si no tienen problemas de lenguaje o discapacidad intelectual. En un segundo momento, se les aplicarán las escalas sobre autoconcepto (Piers-Harris) e Inventario de prácticas de crianza (IPC).

Y en la segunda fase, se aplicará una entrevista semiestructurada (previamente diseñada) a una sub-muestra representativa, tomando en cuenta sólo a los niños con los resultados más altos y más bajos obtenidos en la evaluación total, con la finalidad de conocer con mayor profundidad las percepciones que tienen los niños de sí mismos y el entorno en el que se desenvuelven (familiar y escolar).

El que Ud. decida que su hijo/a participe de este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona debido a que la información es completamente confidencial y no implica ninguna actividad física.

Si Usted no desea que su hijo/a participe no implicará sanción. Además, su hijo/a tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de la aplicación de instrumentos en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Su hijo/a no o se beneficiará de participar en este estudio, sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para desarrollar estrategias de intervención que beneficien el tratamiento integral del labio y/o paladar hendido.

El participar en este estudio no tiene costos para su hijo/a y no recibirá ningún pago por estar en este estudio. Si Ud. desea, se le entregará un informe con los resultados de los obtenidos una vez finalizada la investigación.

Los resultados del estudio serán utilizados con fines científicos y divulgación en revistas indexadas.

Si durante el transcurso, de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre mi participación en el estudio puedo contactarme con el investigador responsable, la Mtra. Danivia López García, al teléfono 777-1756399 o al correo electrónico: danivia3@gmail.com

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente mi participación y la de mi hijo/a en este estudio, firmo la autorización.

CARTA CONSENTIMIENTO PARA PADRES (FIRMA)

PROYECTO: “LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO, LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA SALUD MENTAL CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN NIÑOS(AS) CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO”

Yo _____ he leído y discutido la información anterior con el investigador responsable del estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Conozco que puedo realizar preguntas en cualquier momento de la investigación.

He sido informado que se intenta conocer por medio de la investigación de qué manera se desarrolla el autoconcepto, cuáles son los estilos de crianza que vivencian, así como los factores que intervienen en la salud mental, que presentan los niños con labio y/o labio paladar hendido en el País y de qué manera impactan estos aspectos en el rendimiento académico que presentan en la etapa básica.

He sido informado de las distintas actividades contempladas en la investigación y se me informará si alguno de ellos es distinto al que se utiliza habitualmente. Mi participación y la de mi hijo/a en este estudio es voluntaria, podremos renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y sin responsabilidad alguna. Esta decisión no afectará a mi hijo/a ni a la relación que tengo con esta institución de ninguna otra forma.

Si durante el transcurso de la investigación, surge información relevante para continuar participando en el estudio, el investigador deberá entregar esta información y he sido informado de que no existen riesgos, molestias o efectos secundarios que podrían producirse razonablemente como consecuencia de la investigación.

He recibido información sobre las distintas alternativas que tiene mi hijo/a y en qué medida son mejores o peores que la alternativa planteada en el estudio y he sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos, siendo anónimos evitando la identificación de quienes participamos.

Si durante el transcurso, de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre mi participación en el estudio puedo contactarme con el investigador responsable, la Mtra. Danivia López García, al teléfono 777-1756399 o al correo electrónico: danivia3@gmail.com

Tengo derecho a estar libre de presión para decidir mi participación en el estudio y finalizada la investigación, podré solicitar un reporte con los resultados de la investigación.

Acepto participar en este estudio de investigación titulado “*La relación del autoconcepto, las prácticas de crianza y la salud mental con el rendimiento académico en niños con labio y/o paladar hendido*”. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Firma de Testigo N°1

Fecha

Firma de Testigo N°2

Fecha

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Por favor conteste los siguientes datos, **recuerde que son confidenciales y que no se revelará la identidad de los participantes.**

Nombre completo: _____ Edad: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Estado civil: _____ Municipio dónde vive: _____
 Nombre del niño(a): _____ Edad del niño(a): _____
 Fecha de nacimiento del niño(a): _____ Parentesco con el niño(a): _____

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta correcta

DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos hijos tiene?

1 ()	4 ()
2 ()	5 o más ()
3 ()	

2. Si tiene varios hijos, por orden de nacimiento, su hijo(a) con labio y/o paladar hendido, ¿Qué lugar ocupa?

El primero ()	Cuarto ()
Segundo ()	Quinto ()
Tercer ()	Sexto ()
Cuarto ()	

3. ¿Qué edad tiene su hijo(a) con labio y/o paladar hendido?

8 ()	11 ()
9 ()	12 ()
10 ()	

4. Su hijo(a) presenta:

Labio y paladar hendido del lado izquierdo ()	Sólo el labio hendido del lado derecho ()
Labio y paladar hendido del lado derecho ()	Sólo el labio hendido del lado izquierdo ()
Labio y paladar hendido bilateral ()	Sólo labio hendido bilateral ()
Sólo paladar hendido ()	

5. ¿Tiene usted o su pareja algún familiar (tío, abuelo, primo, sobrino, etc.), que haya presentado labio y/o paladar hendido?

Sí ()
 No ()

6. En caso de responder que sí, ¿Qué familiar?

Madre ()	Tío/a ()
Padre ()	Primo ()
Hermano/a ()	Sobrino/a ()
Abuelo/a ()	

7. ¿Cuándo se enteró de que su hijo presentaba labio y/o paladar hendido?

Durante el embarazo ()

Al nacer ()

Días después del nacimiento ()

8. ¿Su hijo(a) sabe e identifica que tiene labio y/o paladar hendido?

Sí ()

No ()

9.- ¿Le ha explicado a su hijo(a) que es el labio y/o paladar hendido?

Sí ()

No ()

10. ¿Cuántas cirugías le han realizado a su hijo(a)?

1 ()

4 ()

2 ()

5 o más ()

3 ()

11.- ¿Las intervenciones quirúrgicas que le han realizado al niño (a) han generado ausencia escolar?

Sí ()

No ()

12. ¿Por cuánto tiempo ha tenido que faltar a la escuela por dicha intervención quirúrgica?

1 semana ()

3 semanas ()

2 semanas ()

1 mes o más ()

13. ¿Le han tenido que realizar más de una cirugía durante un mismo ciclo escolar?

Sí ()

No ()

14. ¿Cuál de las siguientes atenciones terapéuticas recibe su hijo(a)

Terapia de Lenguaje ()

Foniatría ()

Ortodoncia ()

Psicología ()

Cirugía ()

Otro ()

15. ¿Cuánto tiempo lleva en terapia de lenguaje?:

Menos de un año ()

De 7 a 10 años ()

De 1 a 3 años ()

Nunca acudió ()

De 4 a 6 años ()

Ya fue dado de alta ()

DATOS SOCIOECONÓMICOS (INDICE AMAI)

16. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?

(Por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas)

- | | | | |
|---|--------|---------|--------|
| 1 | () | 5 | () |
| 2 | () | 6 | () |
| 3 | () | 7 o más | () |
| 4 | () | | |

17. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

- | | | | |
|---|--------|---------|--------|
| 0 | () | 3 | () |
| 1 | () | 4 o más | () |
| 2 | () | | |

18. ¿En su hogar se cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

- No tiene ()
Si tiene ()

19. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

- | | | | |
|---------|--------|----------|--------|
| 0 - 5 | () | 16 - 20 | () |
| 6 - 10 | () | 21 o más | () |
| 11 - 15 | () | | |

20. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

- Tierra o cemento firme ()
Otro tipo de material o acabado ()

21. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

- | | | | |
|---|--------|---------|--------|
| 0 | () | 2 | () |
| 1 | () | 3 o más | () |

22. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

- No tiene ()
Si tiene ()

23. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar

¿cuál fue el último año de estudios que completó? (espere respuesta, y pregunte) ¿Realizó otros estudios?

- | | | | |
|-----------------------|--------|-------------------------|--------|
| No estudio | () | Preparatoria incompleta | () |
| Primaria incompleta | () | Preparatoria completa | () |
| Primaria completa | () | Licenciatura incompleta | () |
| Secundaria incompleta | () | Licenciatura completa | () |
| Secundaria completa | () | Diplomado o maestría | () |
| Carrera comercial | () | Doctorado | () |
| Carrera técnica | () | | |

DATOS DINÁMICA FAMILIAR

24. ¿Mantiene diálogo con sus hijos respecto a problemas escolares, personales, sociales, entre otros?

Sí ()

No ()

25. ¿Tiene establecidas normas de convivencia en casa?

Sí ()

No ()

(Si sólo tiene UN hijo, saltar a la pregunta 27)

26. ¿Cómo considera la relación del niño(a) con sus hermanos?

Excelente ()

Regular ()

Buena ()

Mala ()

27. ¿El trato que se le da al niño(a) es igual al que se les da a sus hermanos?

Sí ()

No ()

DATOS DINÁMICA ESCOLAR

28. ¿Ha reprobado el niño(a) algún ciclo escolar?

Sí ()

No ()

29. ¿El profesor del niño(a) proporciona material de apoyo por el tiempo ausentado por citas médicas o cirugías?

Sí ()

No ()

30. ¿Considera que el material de apoyo brindado para no rezagar el desempeño escolar del niño(a) ha sido?

Excelente ()

Regular ()

Bueno ()

Malo ()

31. ¿Considera que el trato del profesor hacia el niño(a) es igual que al resto de sus compañeros?

Excelente ()

Regular ()

Bueno ()

Malo ()

32. ¿Cómo considera la relación del profesor con el niño(a)?

Excelente ()

Regular ()

Buena ()

Mala ()

33. ¿Considera que el niño(a) muestra interés y acude con gusto a la escuela?

Sí ()

No ()

A veces ()

34. ¿Considera que el niño(a) presenta dificultades al realizar sus tareas escolares?

- Sí ()
 No ()
 A veces ()

35. ¿En qué área del aprendizaje cree que tiene dificultades el niño (a)?

- | | | | |
|-------------|-----|-----------|-----|
| Matemáticas | () | Geografía | () |
| Español | () | Biología | () |
| Historia | () | Civismo | () |

36. ¿El niño(a) participa en alguna actividad extraescolar?

- Sí () ¿Cuál?

 No ()

37. ¿Considera que ha habido cambios en la conducta del niño(a) en algún ciclo escolar?

- Sí () ¿Cuál?

 No ()

38. ¿Considera que el niño (a) mantiene buenas relaciones con sus compañeros de clase?

- Sí ()
 No ()

39. ¿El niño(a) es o ha sido objeto de acoso o “bullying” en la escuela por presentar labio y/o paladar hendido?

- Sí () ¿Al inicio o durante toda la etapa escolar?

 No ()

Inventario de Prácticas de Crianza (PADRES)

Instrucciones: Esta escala tiene como objetivo conocer lo que los padres hacen en relación con el comportamiento de sus hijos e hijas. A continuación, encontrará una serie de palabras que describen algunas conductas que los padres y madres realizan cuando:

- A) Quieren llevarse bien con sus hijos(as)
- B) Sus hijos(as) no hacen lo que se les dice
- C) Sus hijos(as) obedecen
- D) Quieren establecerles reglas a sus hijos(as)

Deberá marcar con una **X** sobre la opción que representa mejor la frecuencia con la que lleva a cabo esa conducta. EJEMPLO:

Festejar sus logros	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
---------------------	------------------	-----------------	---------------	----------------	--------------------	----------------------

A continuación, marque con una X la opción que mejor describa lo que hace en relación a las conductas de su hijo(a).

Para llevarme bien con mi hijo(a), yo...						
1.- Le compro algo	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
2.- Lo(a) escucho	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
3.- Platico con él/ella	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
4.- Lo(a) ayudo	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
5.- Lo(a) comprendo	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
6.- Me intereso en sus actividades	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
7.- Le doy un premio	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
8.- Paseo con él/ella	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
9.- Le doy amor	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
10.- Le doy atención	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
11.- Estoy cerca de él/ella	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
12.- Le doy tiempo	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
Cuando mi hijo(a) no hace lo que yo le digo, yo...						

13.- Le explico	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
14.- Lo(a) regaño	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
15.- Le repito lo que tiene que hacer	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
16.- Le hablo más fuerte	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
17.- Le grito	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
18.- Le llamé la atención	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
19.- Me desespero	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
20.- Lo(a) obligo a hacer lo que le pedí	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
Cuando mi hijo(a) me obedece, yo...						
21.- Lo(a) premio	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
22.- Le doy las gracias	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
23.- Lo(a) felicito	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
24.- Me da gusto	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
25.- Lo(a) halago	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
26.- Le compro algo	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
27.- Le aplaudo	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
28.- Lo(a) consiento	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
Para establecerle reglas a mi hijo(a), yo...						
29.- Le explico lo que tiene que hacer	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
30.- Le digo lo que pasará si desobedece las reglas	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
31.- Le pongo el ejemplo	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
32.- Le digo que las reglas se tienen que cumplir	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
33.- Lo(a) regaño	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
34.- Llego a acuerdos con él/ella	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
35.- Le enseño como hacerlas	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
36.- Establezco mi autoridad	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
37.- Le pongo un horario	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
38.- Le grito	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
39.- Lo(a) premio	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre
40.- Le pongo límites	Nunca/Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/Casi siempre

CUESTIONARIO BREVE DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO (CBDT)

Ahora le preguntaré acerca de algunas conductas que pueden presentar los (as) niños (as) y/o adolescentes. Por favor dígame si en los últimos 12 meses su hijo(a) se ha comportado **frecuentemente** así o no, y/o si hace más de un año que se comporta de esa manera.

Marque sólo una casilla que corresponde a su respuesta

Q5		Últimos doce meses	Hace más de un año	Edad Inicio	Nunca ha presentado la conducta
Q6	¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo)?				
Q7	¿Tiene problemas para dormir?				
Q8	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?				
Q9	¿Se fuga de la casa?				
Q10	¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?				
Q11	¿Es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón?				
Q12	¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños/jóvenes?				
Q13	¿Se aísla y casi nunca juega con otros (as) niños (as)?				
Q14	¿Se orina en la cama en la noche?				
Q15	¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?				
Q16	¿Le da miedo ir a la escuela?				
Q17	¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo?				
Q18	¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?				
Q19	¿Muchas veces esta de mal humor, es irritable y geniuado(a)?				
Q20	¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?				
Q21	¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?				
Q22	¿Tiene pesadillas con frecuencia				
		Últimos doce meses	Hace más de un año	Edad Inicio	Nunca ha presentado la conducta

Q23	¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?				
Q24	¿Come demasiado y tiene sobrepeso?				
Q25	¿Es muy desobediente y peleonero(a)?				
Q26	¿Dice muchas mentiras?				
Q27	¿Se niega a trabajar en la escuela?				
Q28	¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?				
Q29	¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?				
Q30	¿Se queda mirando al vacío, se queda <<en Babia>>				
Q31	¿Se junta con niños/muchachos(as) que se meten en problemas?				
Q32	¿Toma alcohol o drogas?				

Q33	Suma de columnas 1 y 2 Respuestas positivas (código 1):			
------------	--	--	--	--

9. Protocolo de evaluación para niños

***PROTOCOLO DE EVALUACIÓN
PARA NIÑOS (AS):***

*“LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO,
LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA
SALUD MENTAL CON EL RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN NIÑOS(AS) CON LABIO
Y/O PALADAR HENDIDO”*

No. Folio: _____

ASENTIMIENTO DE MENOR DE EDAD

PROYECTO: “LA RELACIÓN DEL AUTOCONCEPTO, LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y LA SALUD MENTAL CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN NIÑOS(AS) CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO”

Vamos a realizar la aplicación de varios instrumentos para evaluar la inteligencia, problemas de lenguaje, el autoconcepto y las prácticas de crianza, lo cual nos ayudará a conocer cómo se desarrollan en los niños. Te pedimos que nos ayudes porque no sabemos mucho de los comportamientos de los niños de tu edad y como se llevan con sus papás.

Si aceptas estar en nuestra investigación, te aplicaremos los cuestionarios que tienen preguntas sobre ti y tus papás, por ejemplo, te preguntaremos sobre lo que piensas de ti o de las reglas en casa.

Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento de la aplicación. Además, si decides que no quieres terminar el cuestionario, puedes detenerte cuando quieras. Nadie puede enojarse o enfadarse contigo si decides que no quieres continuar. Recuerda, que estas preguntas tratan sobre lo que tú crees. No hay preguntas correctas (buenas) ni incorrectas (malas).

Si firmas este papel quiere decir que lo leíste, o alguien te lo leyó y que quieres participar en la investigación. Si no quieres participar, no lo firmes. Sólo tú puedes decidir si quieres participar y nadie se puede enojar contigo si no firmas el papel o si cambias de idea y después de empezar la aplicación de cuestionarios te quieres retirar.

Firma del participante del estudio: _____ Fecha: _____

Firma del investigador: _____ Fecha _____

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado escolar: _____

Municipio donde vives: _____ Fecha: _____

PRUEBA DE RAVEN

Escala Coloreada

Fecha de nac. _____ Edad: _____ años _____ meses _____ Grado: _____ Distrito: _____ Escuela: _____ Localidad _____	Motivos de la apl. _____ Fecha de hoy: _____ Hora de inic.: _____ Duración: _____ Hora de fin.: _____
---	--

Nº	A			Nº	Ab			Nº	B		
	Tanteos	S	±		Tanteos	S	±		Tanteos	S	±
1				1				1			
2				2				2			
3				3				3			
4				4				4			
5				5				5			
6				6				6			
7				7				7			
8				8				8			
9				9				9			
10				10				10			
11				11				11			
12				12				12			
Punt. par.:				Punt. par.:				Punt. par.:			

ACTITUD DEL SUJETO <i>Forma de trabajo</i>	DIAGNOSTICO																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Edad cron.</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">Puntaje</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>T/minut.</td> <td></td> <td>Percent.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Discrep.</td> <td></td> <td>Rango</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; height: 150px; vertical-align: middle;">Diagnóstico</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; border-top: 1px dashed black;">Examinador</td> </tr> </table>	Edad cron.		Puntaje		T/minut.		Percent.		Discrep.		Rango		Diagnóstico				Examinador			
Edad cron.		Puntaje																			
T/minut.		Percent.																			
Discrep.		Rango																			
Diagnóstico																					
Examinador																					

2. Semejanzas



Inicio
Edades 4-8: reactivo muestra, luego reactivo 1
Edades 9-11: reactivo muestra, luego reactivo 3
Edades 12-14: reactivo muestra, luego reactivo 5



Inversión
Edades 9-14: puntuación de 0 o 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas



Discontinúe
Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0



Puntuación
Reactivos 1-2: puntuación de 0 o 1
Reactivos 3-23: puntuación de 0, 1 o 2
Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

	Reactivo	Respuesta	Puntuación
10-14	M. Rojo-Azul		
10-14	†1. Leche-Agua		0 1
	†2. Pluma-Lápiz		0 1
10-14	3. Gato-Ratón		0 1 2
	4. Manzana-Plátano		0 1 2
12-14	5. Camisa-Zapato		0 1 2
	6. Invierno-Verano		0 1 2
	7. Mariposa-Abeja		0 1 2
	8. Madera-Ladrillos		0 1 2
	9. Enojo-Alegría		0 1 2
	10. Poeta-Pintor		0 1 2
	11. Pintura-Estatua		0 1 2
	12. Montaña-Lago		0 1 2
	13. Hielo-Vapor		0 1 2
	14. Codo-Rodilla		0 1 2
	15. Mueca-Sonrisa*		0 1 2
	16. Inundación-Sequía		0 1 2
	17. Primero-Último		0 1 2
	18. Hule-Papel		0 1 2

† Si el niño no proporciona una respuesta de 1 punto, dé la respuesta señalada en el Manual de aplicación

*Nota: Se sugiere que esta sea la subprueba utilizada en caso de requerir sustitución en el ICV

Continúa

2. Semejanzas (continuación)

Discontinúe después de 3 puntuaciones consecutivas de 0

Reactivo	Respuesta	Puntuación
19. Permiso-Prohibición		0 1 2
20. Sal-Agua		0 1 2
21. Venganza-Perdón		0 1 2
22. Realidad-Fantasia		0 1 2
23. Espacio-Tiempo		0 1 2

Puntuación natural total (Máxima = 44)

3. Retención de dígitos

 Inicio
Edades 6-16:
Orden directo: reactivo 1
Orden inverso: reactivo muestra,
luego reactivo 1



Discontinúe
Orden directo: Después de puntuaciones de 0 en ambos ensayos de un reactivo
Orden inverso: Después de puntuaciones de 0 en ambos ensayos de un reactivo



Puntuación
Puntuación de 0 o 1 para cada ensayo
RDD & RDI
Puntuación natural total para RD en orden directo e inverso, respectivamente
RDDL & RDIL
Número de dígitos recordados en el último ensayo calificado con 1 punto para RD en orden directo e inverso, respectivamente

Orden directo Ensayo	Respuesta	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
1.	2-9	0 1	0 1 2
	4-6	0 1	
2.	3-8-6	0 1	0 1 2
	6-1-2	0 1	
3.	3-4-1-7	0 1	0 1 2
	6-1-5-8	0 1	
4.	5-2-1-8-6	0 1	0 1 2
	8-4-2-3-9	0 1	
5.	3-8-9-1-7-4	0 1	0 1 2
	7-9-6-4-8-3	0 1	
6.	5-1-7-4-2-3-8	0 1	0 1 2
	9-8-5-2-1-6-3	0 1	
7.	1-8-4-5-9-7-6-3	0 1	0 1 2
	2-9-7-6-3-1-5-4	0 1	
8.	5-3-8-7-1-2-4-6-9	0 1	0 1 2
	4-2-6-9-1-7-8-3-5	0 1	

Orden inverso Ensayo	Respuesta	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
M.	8-2		
	5-6		
1.	2-1	0 1	0 1 2
	1-3	0 1	
2.	3-5	0 1	0 1 2
	6-4	0 1	
3.	2-5-9	0 1	0 1 2
	5-7-4	0 1	
4.	8-4-9-3	0 1	0 1 2
	7-2-9-6	0 1	
5.	4-1-3-5-7	0 1	0 1 2
	9-7-8-5-2	0 1	
6.	1-6-5-2-9-8	0 1	0 1 2
	3-6-7-1-9-4	0 1	
7.	8-5-9-2-3-4-6	0 1	0 1 2
	4-5-7-9-2-8-1	0 1	
8.	6-9-1-7-3-2-5-8	0 1	0 1 2
	3-1-7-9-5-4-8-2	0 1	

RDDL Máxima=(9)	Retención de dígitos en orden directo (RDD) Puntuación natural total (Máxima = 16)	
---------------------------	--	--

RDIL Máxima=(8)	Retención de dígitos en orden inverso (RDI) Puntuación natural total (Máxima = 16)	
---------------------------	--	--

Puntuación natural total (Máxima = 32)

6. Vocabulario

 **Inicio**
Edades 6-8: reactivo 5
Edades 9-11: reactivo 7
Edades 12-16: reactivo 9



Inversión
Edades 6-16: puntuación de 0 o 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas



Discontinuación
Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0



Puntuación
Reactivos 1-4: puntuación de 0 o 1 punto
Reactivos 5-36: puntuación de 0, 1 o 2 puntos
Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
Reactivos con dibujos		
1. Coche (auto; automóvil)		0 1
2. Flor		0 1
3. Tren (ferrocarril)		0 1
4. Cubeta (balde)		0 1
Reactivos verbales		
 †5. Reloj		0 1 2
6. Sombrilla		0 1 2
 7. Ladrón		0 1 2
8. Vaca		0 1 2
 †9. Sombrero		0 1 2
10. Valiente		0 1 2
11. Obedecer		0 1 2
12. Bicicleta		0 1 2
13. Antiguo		0 1 2
14. Abecedario		0 1 2
15. Remedar		0 1 2
16. Fábula		0 1 2
17. Emigrar		0 1 2

† Si el niño no proporciona una respuesta de 2 puntos, dé la respuesta indicada en el Manual de aplicación.

* Las respuestas que requieren interrogatorio específico se encuentran identificadas en el Manual de aplicación.

6. Vocabulario

(continuación)

Discontinúe después de 3 puntuaciones consecutivas de 0

Reactivo	Respuesta	Puntuación
18. Isla		0 1 2
19. Absorber		0 1 2
*20. Salir		0 1 2
21. Transparente		0 1 2
22. Molestia	*	0 1 2
23. Raramente		0 1 2
*24. Preciso		0 1 2
25. Obligar		0 1 2
26. Rivalidad		0 1 2
27. Disparate		0 1 2
28. Previsión		0 1 2
*29. Aflicción		0 1 2
30. Arduo		0 1 2
31. Unánime		0 1 2
32. Dilatorio		0 1 2
33. Enmienda		0 1 2
*34. Inminente		0 1 2
35. Aberración		0 1 2
36. Locuaz		0 1 2

* Las respuestas que requieren interrogatorio específico se encuentran identificadas en el Manual de aplicación.

Puntuación natural total
(Máximo = 68)

LO QUE PIENSO DE MÍ MISMO(A)
[PIERS-HARRIS 2]

INSTRUCCIONES

Aquí están algunas oraciones que describen lo que algunas personas piensan de sí mismas. Lee cada oración y decide si también describe lo que piensas de ti mismo. Si *todo* o *casi todo* lo que dice es *cierto* y te describe, marca con una X sobre la palabra *SÍ* al lado de la oración. Si *todo* o *casi todo* lo que dice es *falso* y *no* te describe, marca con una X a la palabra *NO* al lado de la oración. Contesta cada pregunta, aunque te sea difícil decidirte. Ten cuidado de no marcar las dos respuestas, *Sí* y *No* en la misma oración.

EJEMPLO:

Me gusta jugar con mis hermanos	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--	-----------	--------------------------	-----------

Recuerda que no hay respuestas buenas o malas. Sólo tú nos puedes decir lo que piensas de ti mismo, y por eso esperamos que nos digas lo que de verdad piensas.

1. Mis compañeros de clase se burlan de mí	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2. Soy una persona feliz	SI	<input type="checkbox"/>	NO
3. Se me dificulta hacer amigos (as)	SI	<input type="checkbox"/>	NO
4. Muchas veces estoy triste	SI	<input type="checkbox"/>	NO
5. Soy inteligente	SI	<input type="checkbox"/>	NO
6. Soy tímido(a)	SI	<input type="checkbox"/>	NO
7. Me pongo nervioso(a) cuando el maestro(a) me pide que conteste	SI	<input type="checkbox"/>	NO
8. Me molesta mi apariencia física	SI	<input type="checkbox"/>	NO
9. Soy líder en los juegos y deportes	SI	<input type="checkbox"/>	NO
10. Me preocupo cuando tenemos exámenes en la escuela	SI	<input type="checkbox"/>	NO
11. No soy popular entre los demás	SI	<input type="checkbox"/>	NO
12. Me porto bien en la escuela	SI	<input type="checkbox"/>	NO
13. Cuando pasa algo malo, casi siempre es mi culpa	SI	<input type="checkbox"/>	NO
14. Le causo problemas a mi familia	SI	<input type="checkbox"/>	NO
15. Soy fuerte	SI	<input type="checkbox"/>	NO
16. Soy un miembro importante de mi familia	SI	<input type="checkbox"/>	NO

17. Me doy por vencido(a) fácilmente	SI	NO
18. Hago bien mi trabajo escolar	SI	NO
19. Hago muchas cosas malas	SI	NO
20. Me porto mal en casa	SI	NO
21. Soy lento(a) en terminar mi trabajo escolar	SI	NO
22. Soy un miembro importante de mi clase	SI	NO
23. Soy nervioso(a)	SI	NO
24. Puedo dar una buena exposición cuando paso al frente en la clase	SI	NO
25. En la escuela me distraigo mucho	SI	NO
26. A mis amigos les gustan mis ideas	SI	NO
27. Muchas veces me meto en problemas	SI	NO
28. Tengo buena suerte	SI	NO
29. Me preocupo mucho	SI	NO
30. Mis padres esperan demasiado de mí	SI	NO
31. Me gusta como soy	SI	NO
32. Siento que los demás no me incluyen	SI	NO
33. Tengo un lindo cabello	SI	NO
34. Muchas veces me ofrezco de voluntario(a) en la escuela	SI	NO
35. Quisiera ser diferente	SI	NO
36. Odio la escuela	SI	NO
37. Soy de los últimos que eligen para los juegos y deportes	SI	NO
38. Muchas veces soy malo(a) con los demás	SI	NO
39. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas	SI	NO
40. Soy infeliz	SI	NO
41. Tengo muchos amigos	SI	NO
42. Soy alegre	SI	NO
43. Soy tonto(a) para muchas cosas	SI	NO
44. Soy guapo(a)	SI	NO
45. Me meto en muchas peleas	SI	NO
46. Soy popular entre los niños	SI	NO
47. La gente me molesta	SI	NO

48. Mi familia está decepcionada de mí	SI		NO
49. Tengo una cara agradable	SI		NO
50. Cuando sea grande, voy a ser alguien importante	SI		NO
51. En juegos y deportes, veo en vez de jugar	SI		NO
52. Se me olvida lo que aprendo	SI		NO
53. Todo el mundo se lleva bien conmigo	SI		NO
54. Soy popular entre las niñas	SI		NO
55. Me gusta leer	SI		NO
56. Muchas veces tengo miedo	SI		NO
57. Soy diferente a los demás	SI		NO
58. Tengo malos pensamientos	SI		NO
59. Llora fácilmente	SI		NO
60. Soy buena persona	SI		NO

INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA

Quién es tu cuidador principal: Mamá () Papá () Otro () _____

Instrucciones: Esta escala tiene como objetivo conocer qué hace la persona que te cuida en relación a tu comportamiento. A continuación, encontrarás una serie de palabras que describen algunas conductas que los padres y madres realizan:

EJEMPLO: Deberás marcar con una X sobre la opción que representa mejor la frecuencia con la que lleva a cabo esa conducta.

Me deja ver televisión	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
------------------------	-------------------	-----------------	---------------	----------------	--------------------	-----------------------

A continuación, marca con una X la opción que mejor describa lo que hace la persona que te cuida con relación a tus conductas.

Para llevarse bien conmigo la persona que me cuida...						
1.- Me compra algo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
2.- Me escucha	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
3.- Platica conmigo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
4.- Me ayuda	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
5.- Me comprende	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
6.- Se interesa en mis actividades	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
7.- Me da un premio	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
8.- Pasea conmigo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
9.- Me da amor	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
10.- Me da atención	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
11.- Está cerca de mi	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
12.- Me da tiempo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre

Cuando yo no hago lo que me dice la persona que me cuida...						
13.- Me explica	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
14.- Me regaña	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
15.- Me repite lo que tengo que hacer	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
16.- Me habla más fuerte	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
17.- Me grita	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
18.- Me llama la atención	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
19.- Se desespera	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
20.- Me obliga a hacer lo que me pidió	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
Cuando obedezco, la persona que me cuida...						
21.- Me premia	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
22.- Me da las gracias	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
23.- Me felicita	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
24.- Le da gusto	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
25.- Me halaga	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
26.- Me compra algo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
27.- Me aplaude	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
28.- Me consiente	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
Para establecer reglas la persona que me cuida...						
29.- Me explica lo que tengo que hacer	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
30.- Me dice lo que pasará si desobedezco las reglas	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
31.- Me pone el ejemplo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
32.- Me dice que las reglas se tienen que cumplir	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
33.- Me regaña	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
34.- Llega a acuerdos conmigo	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
35.- Me enseña cómo hacer las cosas	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
36.- Establece su autoridad	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
37.- Me pone un horario	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
38.- Me grita	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
39.- Me premia	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre
40.- Me pone límites	Nunca/ Casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre/ Casi siempre

