

La adaptación psicosocial en niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales*

Juan Manuel Saucedo-García,** Laura Tayde Ortiz-de la Rosa,***
Arturo Fajardo-Gutiérrez,**** José Antonio Cárdenas-Zetina***

Resumen

El objetivo de este trabajo es determinar la percepción que los niños y los adolescentes con malformaciones craneofaciales tienen de su adaptación psicosocial y compararla con la de sus padres. Determinar cuáles son los síndromes psicopatológicos más frecuentes en ellos, el funcionamiento de sus familias y tratar de correlacionar estos datos. El estudio se realizó en 19 menores con malformaciones craneofaciales y sus padres. Contestaron los cuestionarios de Columbia, sobre el comportamiento del niño y de McMaster. Se pudo observar que el funcionamiento psicosocial de estos menores tiende a estar alterado en opinión de ellos y de sus padres. Hubo correlación entre la autovaloración del paciente, la psicopatología global y los síndromes de externalización y de agresividad. Una correlación menor se observó con los síndromes de internalización, de somatización y de atención deficiente y con el funcionamiento de la familia. Se concluye que los menores con malformaciones craneofaciales enfrentan riesgos especiales para su adaptación psicosocial, derivado tanto de la enfermedad como de los factores familiares y ambientales.

Palabras clave: Psicosocial, malformación craneofacial, psicopatología infantil, familia

Summary

To determine children's perception of their own psychosocial functioning, to compare it with their parents perception, and determine the type and rate of their psychopathological syndromes and family functioning, and to investigate correlation among these data. Nineteen children with craniofacial deformities and their parents responded to the Columbia Impairment Scale, the Child Behavior Checklist and the McMaster General Functioning Subscale. Psychosocial impairment is a trend in children with craniofacial deformities. There is a correlation between children's and parents' perception of the patient's psychosocial adaptation, global psychopathology and externalizing and aggressive syndromes. A less strong correlation was found with internalizing, somatization and attention deficit syndromes, and with family functioning. Craniofacial deformities in childhood pose special risks for psychosocial adjustment due to type of illness and environmental and family factors.

Key words: Psychosocial, craniofacial deformities, child psychopathology, family.

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina presentado en la sesión ordinaria del día 24 de julio de 1996.

** Jefe del Departamento de Salud Mental, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social.

*** Residentes de Psiquiatría, Instituto Mexicano del Seguro Social.

**** Jefe de la Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Jefatura Departamento de Salud Mental, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social, Av. Cuauhtémoc 330, Doctores 06725 México D.F.

Introducción

La respuesta de un niño a la enfermedad crónica depende de: a) las características de la enfermedad, b) las características del niño, y c) las características de su familia.¹

Los niños con malformaciones craneofaciales se encuentran sujetos a los efectos estresantes de la curiosidad pública y del trato especial de quienes lo rodean, su familia en primer término.² La convivencia con un niño que presenta malformación estiene a generar actitudes ambivalentes en sus padres y así se explica que los pacientes sean tratados a veces con sobreprotección y en ocasiones con rechazo. El estrés psicosocial produce repercusiones en la imagen corporal del paciente y puede contribuir al desarrollo de síntomas psicopatológicos y a deteriorar su funcionamiento psicosocial. Sin embargo, muchos de estos niños no desarrollan psicopatología gracias al papel protector de ciertos rasgos de personalidad y al apoyo de sus familias, factores que disminuyen el peso de los estresores sociales.³

El término "imagen corporal" comprende un concepto psicológico complejo relacionado con la representación mental del *self* y no es únicamente el resultado de la apariencia objetiva. El desarrollo de la autoimagen es un proceso intrincado con múltiples determinantes que tienen como foco el cuerpo físico. La imagen corporal está influenciada por cuatro grandes factores diferentes e independientes: 1) la percepción del estímulo corporal, 2) la función cognoscitiva, 3) la respuesta de los otros y 4) los estímulos ambientales derivados de la comparación con otros.⁴

En el niño con una limitación congénita se desarrolla un sentido de incompetencia cuando la anomalía está relacionada con una incapacidad funcional. En las etapas tempranas de su vida, las actitudes, los sentimientos y las conductas de sus padres con relación a la deformidad, influyen sobre la capacidad del menor para adaptarse a su apariencia defectuosa. En estos casos, la capacidad para lograr una adaptación satisfactoria depende más bien de las actitudes de los padres, de la familia y del medio cultural que de la presencia del defecto físico. La edad en la que ocurre la deformidad tiene un cierto impacto en las actitudes de los padres hacia los niños y en consecuencia sobre el desarrollo de la autoimagen. Los lactantes con

malformaciones craneofaciales sufren un riesgo emocional cuando factores como las respuestas sonrientes o las vocalizaciones se encuentran alteradas por la malformación, ya que en ausencia de estas claves es más difícil que se produzcan las caricias y atenciones que sí se generan en los padres de los niños sanos. Los niños que nacen con deformidades parecen sufrir más del estigma social y de que sus padres se sientan culpables. Los niños con paladar hendido tienden a presentar problemas de dependencia excesiva.⁵ Aquellos cuya deformidad es adquirida, tienen más posibilidades de ser aceptados tanto por sus padres como por la sociedad, además de contar con la oportunidad de haber iniciado normalmente el proceso de desarrollo de la imagen corporal antes del trauma productor de la deformidad.

Al compararse con otros niños, el menor con deformidades reacciona a las diferencias entre él y los otros, basado no sólo en la naturaleza objetiva de la diferencia sino en sus interacciones con las personas significativas de su medio ambiente y con los valores culturales que le son transmitidos. Los menores con defectos visibles tienden a ser estereotipados en forma desventajosa, de manera que sus preocupaciones respecto a tal estereotipo frecuentemente están basadas en la realidad.⁶ En los niños con malformaciones, la consecuencia del fracaso en el logro de un sentido de competencia, dominio y apariencia agradable son la depresión, el enojo, la alienación y la baja autoestima.

Los problemas que enfrentan tanto el niño como su familia necesitan ser entendidos en términos de modelos que reconozcan las dificultades potenciales y los recursos de que dispone el individuo en circunstancias especiales, ya que el niño con una enfermedad crónica es más susceptible que el sano de presentar un comportamiento desadaptado. Los niveles de adaptación también varían según el informante. Los informes de los padres generalmente indican una peor adaptación que los reportes del propio niño, de maestros y médicos. Esto puede relacionarse con las expectativas de los padres acerca de lo que debe ser la conducta normal de un niño en contraposición con la que perciben en sus hijos.⁷ En este estudio se buscó determinar la percepción que los niños tienen de su propio funcionamiento psicosocial y compararlo con la percepción que de éste tienen sus progenitores.⁸

También se investigó qué síndromes psicopatológicos eran más frecuentes en ellos, la funcionalidad de sus familias y la correlación entre estos parámetros y el funcionamiento psico-social percibido por los propios niños.

Método

Sujetos. La muestra consistió de 19 niños y adolescentes, hombres y mujeres, que acudieron a la consulta externa de los servicios de Cirugía Maxilofacial y Cirugía Reconstructiva del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional IMSS durante los meses de agosto a noviembre de 1993. presentaban malformaciones craneofaciales de diverso tipo, algunas de ellas parcialmente corregidas quirúrgicamente. Se consideró malformación craneofacial a toda deformidad de cráneo o cara, congénita o adquirida, que afectara la apariencia en forma negativa. Los tipos de malformación se muestran en el cuadro II. Los criterios de exclusión fueron la presencia de retraso mental y de otras enfermedades crónicas en los menores. Todos ellos, con excepción de uno, asistían a la escuela. Tanto los menores como sus padres aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Valoración de los pacientes. Después de la entrevista con alguno de los padres para obtener información sobre el desarrollo psicomotor del paciente y recolectar datos demográficos, un residente de psiquiatría de tercer año aplicó los instrumentos de medición al niño y a uno de sus padres. Cada paciente contestó la escala de Columbia *Columbia Impairment Scale* y su padre respondió a la misma escala en su versión para adultos.⁸ El mismo padre contestó la Escala del Comportamiento del niño *Child Behavior Checklist* de Achenbach y la subescala de Funcionamiento General de la Familia de McMaster.⁹⁻¹⁰

La escala de Columbia (CIS) consta de 13 reactivos y proporciona una medida global de las disfunciones psicosociales durante la última semana. El instrumento comprende cuatro áreas: relaciones interpersonales, psicopatología mayor, funcionamiento en la escuela y empleo del tiempo libre. Los reactivos son registrados en una escala Likert que va de 0 -sin problema- a 4 -mucho pro-

blema-. La suma puede variar de un mínimo de 0 a un máximo de 52 puntos. El instrumento fue diseñado en dos versiones, una que puede ser contestada directamente por un niño o un adolescente de ocho a 17 años y la otra que debe ser contestada por alguno de los padres o adulto que conozca bien al menor. La CIS ha mostrado elevada consistencia interna, excelente confiabilidad test-retest y buena validez al ser correlacionada con la *Children's Global Assessment Scale* (CGAS) y con otras medidas indicativas de disfunción. La traducción utilizada para este estudio es la oficial y fue proporcionada por su autor principal, quien la puso a prueba con hispanoparlantes de la ciudad de Nueva York y de Puerto Rico. Así se determinó que 14 era el punto de corte adecuado para considerar que arriba de él existía disfunción psicosocial.

La escala del comportamiento del niño o CBCL es el instrumento más utilizado mundialmente para obtener informes estandarizados sobre el comportamiento de los niños y de los adolescentes, de cuatro a 18 años de edad.^{11,12} Consiste de 120 reactivos que son contestados por los padres de acuerdo con una escala de tres puntos sobre el comportamiento del menor durante los seis meses precedentes de la siguiente forma: 0 si el reactivo problema no está presente en el caso del niño; uno si el reactivo es cierto algunas veces; y dos si es muy cierto o se presenta frecuentemente. La suma de los puntos produce un registro total de los problemas y es computada para determinar como casos clínicos aquellos situados por encima de la percentila 90. En este estudio se contó con la traducción oficial cuya confiabilidad y validez fueron confirmadas en Puerto Rico y Chile.¹³⁻¹⁴ Apartir de los 120 posibles síntomas se pueden integrar ocho síndromes. La palabra síndrome se refiere a problemas que tienden a ocurrir juntos, sin implicaciones sobre un modelo en particular en lo que respecta a la naturaleza o causa del problema. El síndrome de externalización refleja los conflictos con otras personas, en tanto que el síndrome de internalización es una manifestación del estrés interno. Los síndromes específicos de aislamiento, ansiedad/depresión y somatización contribuyen a integrar el síndrome de internalización; los síndromes de agresividad y conducta antisocial forman el síndrome de externalización.

La subescala de funcionamiento global de la familia de McMaster es una versión abreviada del *Family Assessment Device* y proporciona una medida del funcionamiento psicológico de la familia. Su confiabilidad y validez fueron confirmados en un estudio epidemiológico realizado en población abierta en Canadá.¹⁷ El instrumento consta de 12 reactivos en una escala Likert cuya puntuación total va de 0 a 4 puntos. Una puntuación por arriba de la percentila 90 es la que corresponde a 2.17, arriba de la cual se considera que la familia es disfuncional. Esta escala ha sido ampliamente utilizada en la valoración clínica de casos en el Departamento de Salud Mental del Hospital de pediatría.

estaba de acuerdo con sus edades en 79% de los casos (n=15). De los otros cuatro, uno había rumpido sus estudios al terminar la primaria y los otros tres habían repetido años escolares. El 53% (n=10) de los pacientes manifestó que sus hospitalizaciones y tratamientos interferían con su asistencia a la escuela. En cuanto al nivel socioeconómico, al ingreso total del 53% de las familias (n=10) fue de cinco o menos salarios mínimos y el 43% (n=9) fue de seis a 10 salarios mínimos. El 84% (n=16) había sido sometidos a tratamientos quirúrgicos una o varias veces; 16% no había sido intervenido quirúrgicamente todavía. Los diagnósticos principales se muestran en el cuadro II.

Cuadro I. Características demográficas de 19 niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales

Reactivo	Núm.	%
Sexo		
Masculino	9	47
Femenino	10	53
Edad		
8	2	11
9-11	5	26
12-14	7	37
15-17	5	26
Escolaridad		
1º a 3º primaria	4	21
4º a 6º primaria	5	26
Secundaria	8	42
Preparatoria	2	11

Cuadro II. Tipos de malformaciones craneofaciales

	Nóm	%
Origen		
Congénito	12	63
Adquirido	7	37
Diagnóstico		
Secuela de labio y paladar hendido	9	47
Prognatismo	3	16
Protusión maxilar	2	11
Otros (quemaduras, nevo, microtia, ausencia de ojo)	5	26

Resultados

Las características demográficas de los sujetos se encuentran resumidas en el cuadro I. La muestra consistió de 19 menores, hombres y mujeres, de ocho a 17 años de edad, cuyas puntuaciones fueron independientes del sexo. Ninguno de los progenitores entrevistados era analfabeta. Esos pacientes eran hijos biológicos y sus familias del tipo nuclear, completas todas, con excepción de una. Todos los pacientes excepto uno asistían a la escuela al momento del estudio y su escolaridad

El 58% (n=11) de los niños percibió alterado su funcionamiento psicosocial según sus respuestas en la CIS, cifra comparable al 53% (n=10) de los padres. La puntuación promedio en los niños fue de 14.31 y la de sus padres de 16.73. Al valorar el funcionamiento psicosocial de sus hijos, los padres lo percibieron mucho peor que cuando lo valoraron sus hijos; al practicar una prueba de t no hubo diferencia significativa entre ambas respuestas ($p=0.52$). Respecto a la presencia de síntomas y síndromes psicopatológicos en los niños de acuerdo con la opinión de sus padres en la CBCL, se encontró que ocho de los 19 niños (42%) alcanzaron puntuaciones que quedaron en la percentila 90, con lo cual se les consideró casos clínicos por su sintomatología total (Cuadro III). Todos estos pa-

cientos presentaban síndrome de internalización, y la mitad de ellos, 21% (n=4), también calificaba para el síndrome de externalización. En cuanto a los ocho posibles síndromes específicos que pueden ser identificados en la CBCL, los más comúnmente encontrados en la muestra fueron el ansioso-depresivo, el de problemas sociales, el de aislamiento, el de atención deficiente, el de agresividad, el de somatización, el antisocial y el de pensamiento anormal, en orden descendente (Cuadro IV). El funcionamiento familiar estuvo alterado en casi la mitad de la muestra, según la respuesta de los padres a la escala de McMaster.

Cuadro IV. Frecuencia de síndrome según CBCL

Tipo	Núm.	%
Internalización	8	42
Externalización	4	21
Ansiedad/depresión	8	42
Problemas sociales	7	37
Atención deficiente	7	37
Aislamiento	6	32
Agresividad	4	21
Somatización	4	21
T. pensamiento	3	16
Antisocial	3	16

Cuadro III. Frecuencia de disfunciones psicosociales

Prueba	Núm.	%
CIS Niño		
Normal	8	42
Anormal	11	58
CIS Padre		
Normal	9	47
Anormal	10	53
CBCL Total		
Normal	11	58
Anormal	8	42
McMaster		
Funcional	10	47
Disfuncional	9	53

CIS: Escala de Columbia. CBCL: Escala del comportamiento de niños. McMaster: Escala del funcionamiento de la familia

Cuadro V. Correlación de la autoevaluación de los niños con la de sus padres

Tipo	r	p
CIS Niño vs CIS Padre	0.81*	0.001
CIS Niño vs CBCL Total	0.69*	0.005
CIS Niño vs S. internalización	0.56	0.01
CIS Niño vs S. Externalización	0.78*	0.001
CIS Niño vs S. Aislamiento	0.32	n.s.
CIS Niño vs S. Somatización	0.56	0.01
CIS Niño vs S. Ansiedad/depresión	0.49	0.02
CIS Niño vs S. Problemas sociales	0.52	0.02
CIS Niño vs S.T. Pensamiento	0.34	n.s.
CIS Niño vs S. Baja atención	0.60	0.01
CIS Niño vs S. Antisocial	0.52	0.01
CIS Niño vs S. Agresividad	0.76*	0.001
CIS Niño vs McMaster	0.46	0.05

*Correlación de Spearman. n.s. no significativa

CIS: Escala de funcionamiento psicosocial de Columbia

CBCL: Escala del comportamiento de niños

McMaster: Escala del funcionamiento global de la familia.

En el cuadro V al relacionar, mediante una prueba de regresión múltiple, la autovaloración psicosocial del paciente *versus* diversas variables se encontró una correlación significativa con la CIS de los padres ($r=0.81$), con la puntuación total en la CBCL ($r=0.69$) y con los síndromes de externalización ($r=0.78$) y de agresividad ($r=0.76$). La correlación de la CIS del niño con el funcionamiento familiar no fue muy alta ($r=0.46$).

Discusión

La experiencia clínica y algunos estudios epidemiológicos revelan que los niños con enfermedades crónicas o defectos físicos tienden a desarrollar más problemas psicosociales que los niños sanos.^{17,18} Los resultados de este estudio confirman que en los niños con malformaciones craneo-

faciales hay una tendencia hacia el funcionamiento psicossocial alterado de acuerdo con su propia percepción y la de sus padres, siendo las evaluaciones de estos más negativas que las de los propios niños. Esta diferencia no alcanza significancia estadística debido quizá a lo pequeño de la muestra. La diferencia podría deberse a que generalmente los padres esperan que sus hijos desarrollen sus capacidades psicossociales en grado elevado como una forma de compensar sus desventajas físicas. Cuando el niño con malformaciones no satisface tales expectativas es percibido más negativamente por unos padres frustrados. Es posible que éstos también experimenten dificultades para permitir y promover el libre desarrollo de su hijo, pues no desean que sufra rechazos y sea objeto de burlas por su apariencia atípica. Por eso tienden a tratarlo con actitudes sobreprotectoras y constrictivas que favorecen la aparición de síntomas de internalización como son los de ansiedad, depresión, aislamiento e inmadurez en su vida social, según se deduce de este estudio. Estos datos coinciden con los obtenidos por Pilleman y Cook en un estudio de 25 menores que después de haber sido operados para corregir diversas malformaciones craneofaciales seguían presentando problemas de baja autoestima, pobres relaciones interpersonales y tendencia a los rasgos dependientes.¹⁹ Las dificultades sociales en los pacientes con malformaciones craneofaciales son muy comunes y en alguna medida también traducen el rechazo de quienes los rodean. Es un hecho de observación que los niños de apariencia desagradable suelen ser tratados con menos consideraciones que aquellos que son físicamente atractivos, además de que hay una tendencia a considerarlos limitados en su intelecto aunque no lo sean.²⁰ No es una sorpresa que las reacciones negativas de las personas del medio ambiente incidan negativamente en la autoestima de estos pacientes y también promuevan el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. En esta muestra quedó claro que 42% de los menores con malformaciones craneofaciales presentaba síndromes de internalización, cifra definitivamente elevada. También fue alta la frecuencia de comorbilidad manifestada por la presencia conjunta de síndromes de externalización en 21%, haciendo más florida la psicopatología.

Casi todos los pacientes habían sido sometidos a tratamientos quirúrgicos correctivos de tipo estético; sin embargo, su apariencia era aún anormal y un tanto desagradable. Este hecho podría explicar el rechazo ambiental y las actitudes sobreprotectoras de los padres, factores que podemos suponer de alguna forma contribuyen a la génesis de síntomas psicopatológicos. El niño con defectos físicos puede presentar comportamientos y actitudes inmaduras si no realiza las actividades habituales propias de su edad debido a las restricciones impuestas por su familia. Esto interfiere con sus experiencias formativas y genera consecuencias en la forma en que se percibe a sí mismo. Así resulta una autoimagen pobre, la tendencia al aislamiento, el humor depresivo y también las conductas agresivas e hiperquiniéticas como se encontraron en este estudio. Algunos padres pueden caer en actitudes demasiado cuidadas y sobreprotectoras como una forma de compensar sentimientos intolerables de culpa o de rechazo ante un hijo con deformidades. Ellos pueden encontrar difícil aceptar que el niño necesita, además de protección, que se le aliente a ser independiente y capaz de valerse por sí mismo.²¹ La impopularidad y el aislamiento se asocian con experiencias negativas en las interacciones sociales y repercuten en el rendimiento escolar. El estudio clásico de la Isla de Wight mostró que los niños con trastornos físicos crónicos también manifestaban dificultades en la lectura, a pesar de poseer una inteligencia normal.^{18,22} Este déficit era producto de las ausencias cortas y repetidas en la escuela debido a sus tratamientos, con lo que se propiciaba desaliento, moral baja y autoestima deteriorada. Las mismas razones actúan en los niños con malformaciones craneofaciales, a las cuales hay que añadir el rechazo de sus compañeros, tan común cuando un niño presenta características atípicas. En la práctica clínica es frecuente observar que los padres de estos niños experimentan cansancio y tristeza ante la situación de sus hijos, y esto puede afectar la dinámica familiar y la vida de pareja. A veces ocurre que los progenitores se culpan entre ellos de ser los causantes de las deformidades del hijo y en ese conflicto suelen intervenir también miembros de la familia extensa. En este trabajo se encontró una cierta correlación, aunque baja, entre el deterioro del funcionamiento psicossocial del paciente y la disfunción familiar.

Si bien es cierto que los niños con defectos físicos sufren riesgos que hacen más difícil su adaptación, también es verdad que sus desventajas físicas no siempre conducen a la generación de psicopatología.²³ Cuando se cuenta con factores protectores como un temperamento adecuado, una familia funcional y recursos de asistencia médica para disminuir la magnitud de las deformaciones, el pronóstico psicológico puede ser positivo.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración del doctor Takao Kimura, Jefe del Departamento de Ortopedia Maxilofacial, y del doctor Héctor Rivera, de Cirugía Reconstructiva, en la selección y envío de los pacientes de este estudio.

Referencias

1. O'Brien DJ. The child and adolescent in the general hospital. En: Finkel BJ. Ed. Consultation-liaison psychiatry. New York: Grune & Stratton 1985:243-263.
2. Shaw WC. Folklore surrounding facial deformity and the origins of facial prejudice. *Br J Plast Surg* 1981;34:237-246.
3. Pruzinsky T. Social and psychological effects of major craniofacial deformity. *Cleft Palate J* 1992;29:578-584.
4. Belfer ML. Body image: impacts and distortions. En: Levine MD, Carey WB, Crocker AC. Ed. Developmental behavioral pediatrics, 2nd. Ed. Philadelphia: Saunders Co. 1992:421-427.
5. Simonds JF, Heimburger RE. Psychiatric evaluation of youth with cleft lip-palate matched with a control group. *Cleft Palate J* 1978;15:193-201.
6. Graham JP. Psychiatric aspects of pediatric disorders. En: Lewis M. Ed. Child and adolescent psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991:977-994.
7. Oberfield R, Gabriel P. Prematurity, birth defects and early death: impact on the family. En: Lewis M. Ed. Child and adolescent psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991:954-964.
8. Bird HR, Shaffer D, Fisher P. y col. The Columbia Impairment Scale (CIS): pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *Int J Meth Psychiatr Res* 1993;3:167-176.

9. Achenbach TM. Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991:56.
10. Byles J, Byrne C, Boyle MH, Offord DR. Ontario child health study: reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Fam Proc* 1988;27:97-104.
11. Costello AJ. Use of rating scales and questionnaires. En: Wiener JM. Ed. Textbook of child and adolescent psychiatry, Washington: American Psychiatric Press, 1991:92-103.
12. Auerbach JG, Lerner Y. Syndromes derived from the child behavior checklist for clinically referred Israeli boys aged 6-11. a research note, *J Child Psychol Psychiatr* 1991;32:1017-1024.
13. Bird HR, Canino G, Gould MS y col. Use of the child behavior checklist as a screening instrument for epidemiological research in child psychiatry: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1987;26:207-213.
14. Montenegro H. Salud mental de escolar. Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. Santiago: Centro de Estudios de Desarrollo Estimulación Psicosocial.
15. Achenbach TM, Bird HR, Canino GJ y col. Epidemiological comparisons of Puerto Rican and U.S. mainland children, parent, teacher and self-reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1990;29:84-93.
16. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marit Fam Ther* 1983;9:171-180.
17. Offord DR, Boyle MH, Fleming JE y col. Ontario child health study: summary of selected results. *Can J Psychiatr* 1989;34:483-493.
18. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. Eds. Education Health and Behavior. London: Longmans, 1970.
19. Pillemer FG, Cook KV. The psychosocial adjustment of pediatric craniofacial patients after surgery. *Cleft Palate J* 1989;26:201-207.
20. Pertschuk MJ, Whitaker LA. Psychosocial adjustment and craniofacial malformations in childhood. *Plast Reconstr Surg* 1985;75:177-182.
21. Rutter M. Helping troubled children. London: Penguin, 1975:123.
22. Rutter M. Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1989;18:633-653.
23. Lefebvre A, Barclay S. Psychosocial impact of craniofacial deformities before and after reconstructive surgery. *Can J Psychiatr* 1982;27:579-585.