

# ABORDAJE PSIQUIÁTRICO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD ORGÁNICA CRÓNICA

*Dra. Soledad Cabrera \**

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad orgánica crónica y sus repercusiones constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes al Psiquiatra Pediátrico, muchas veces realizada por el propio Pediatra.

Entendemos por **ENFERMEDAD** (Freedman y Kaplan) la fase de falla o fracaso en la adaptación o en el intento de mantener un equilibrio adaptativo o un estado de ánimo mantenido o constante, pudiendo ocurrir fallas en el crecimiento y desarrollo o desajustes de todo el organismo o de algún sistema.

Todo niño y/o adolescente con una enfermedad orgánica, tiene distintos tipos de reacciones psicológicas frente a ésta.

---

\* *Médico Pediatra. Ex Prof. Adj. Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell.*

Algunas reacciones son **GENERALES** y otras **ESPECÍFICAS**.

Las primeras dependen de múltiples factores, entre ellos la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo y emocional, su capacidad de adaptación, el grado de dolor físico que pueda acompañar, el significado que la enfermedad tiene para el niño y la familia, de la relación padres - niño y especialmente de la **interferencia que esta enfermedad ocasione con las distintas funciones sociales, académicas y psicológicas**.

Las segundas dependen en su mayor parte de **la naturaleza y severidad de la enfermedad**.

### ¿QUÉ ENTENDEMOS POR ENFERMEDAD O CONDICIÓN CRÓNICA?

Muchas definiciones de enfermedad crónica han sido usadas en la literatura (Cadman y col., 1986; Cadman, Boyle, Szatmari y Offord, 1987; Feinstein y Berger, 1987); la más utilizada propuesta por Pless, Cripps, Davies y Wadsworth (1989) está definida como **“aquella condición física, generalmente no fatal, con una duración de al menos 3 meses en el último año o con un período continuo de hospitalización de más de un mes”**.

Esta definición concuerda con la planteada por “the Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics” (U.S.A.)

Además, esta condición **debe ser lo suficientemente severa como para interferir con alguna de las actividades que ese niño realiza**.

Esta definición excluye aquellos pacientes con episodios repetidos de una enfermedad aguda, así como condiciones crónicas como alergias menores y acné con un grado menor de discapacidad funcional.

Se entiende por **discapacidad** (“disability”) aquella forma estable de dificultad en el funcionamiento cognitivo y/o físico, muy frecuentemente como resultado de una condición crónica, trauma crónico o un defecto genético o presente desde el nacimiento (Cadman y col, 1987; Feinstein y Berger, 1987).

Existen estimaciones con amplias variaciones respecto de la frecuencia en la población, de afecciones crónicas en la infancia y en la adolescencia. Como resultado de varias definiciones, métodos de investigación y fuentes de datos, se estima que la proporción de niños con **una o más condiciones crónicas** oscila entre el 5% y el 30% en U.S.A.

En nuestro medio no contamos en el momento actual de datos estadísticos sobre la incidencia y prevalencia de las afecciones crónicas en la infancia y adolescencia, si bien nos consta su elevada frecuencia y, es más, su tendencia creciente.

Las enfermedades crónicas en la niñez son heterogéneas. Un análisis de Gortmaker y Sappenfield en 1984 mostró que entre niños no institucionalizados con afecciones crónicas, 21% presentaban 2 de dichas condiciones y un 9% tenían 3 o más.

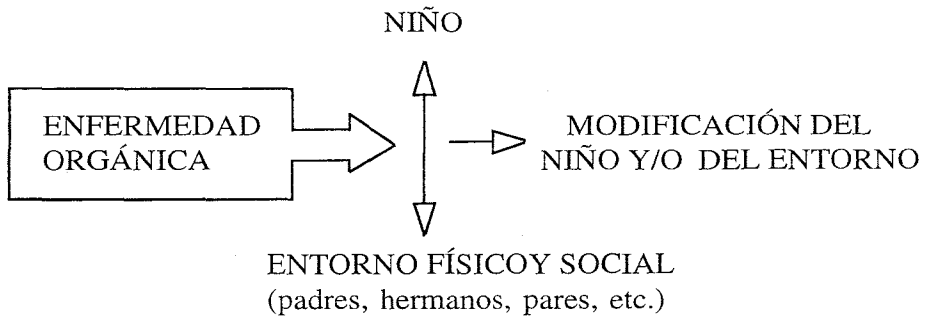
Las afecciones respiratorias fueron las más comunes en U.S.A.: asma 42,5%; fiebre del heno 59,7%; otras alergias respiratorias 37,1%; afecciones digestivas (enfermedad celíaca, colitis ulcerosa) 25,1%; afecciones cardiovasculares 15,2%; enfermedades de la visión y la audición 7,2%; artritis 4,6%; convulsiones en ausencia de fiebre 2,4%; diabetes 1%.

En este estudio se vio que los adolescentes de 11 a 17 años presentaban el doble de frecuencia de múltiples condiciones crónicas que los preescolares de hasta 5 años 11 meses. Asimismo, los varones se encontraban en mayor riesgo que las niñas; los niños de raza blanca y de buen medio socioeconómico duplicaban a los niños de medio socioeconómico deficiente y de raza negra en la prevalencia de múltiples condiciones crónicas (en gran parte atribuido al mayor número de condiciones alérgicas importantes en los niños de medio favorable).

El aumento de la supervivencia de los niños con una amplia variedad de enfermedades crónicas y la mayor utilización de los servicios de salud por parte de estos niños pueden, por lo tanto, aumentar la frecuencia de niños con enfermedades crónicas dentro de la práctica pediátrica típica.

El desarrollo de los niños con una enfermedad orgánica crónica puede entenderse mejor en el contexto de las interrelaciones de diferentes áreas: cognoscitiva, social y emocional.

El proceso del desarrollo depende de repetidas y variadas interacciones entre el niño en crecimiento y el ambiente que lo rodea. Según un enfoque interaccional, el niño se vincula recíprocamente con el ambiente y lo influye, modificándolo, y este ambiente modificado, a su vez, influye sobre el niño y lo modifica.



La presencia de una enfermedad orgánica crónica:

- \* rompe el equilibrio normal niño – entorno – familia y deja una impronta innegable;
- \* puede modificar los procesos normales del desarrollo dependiendo de sus características, severidad, historia natural, pronóstico, grado de limitación que conlleva, el fondo genético, la necesidad de cuidados físicos, si es “visible” o no para el entorno;
- \* aumenta significativamente el riesgo de desarrollar desajustes psicosociales (para algunos autores lo duplica).

La enfermedad física tiene implicancias definidas en cada estadio del desarrollo así como también el potencial para aumentar las dificultades de una progresión óptima de un estadio del desarrollo al siguiente.

Tanto los Pediatras como los Psiquiatras Pediátricos somos testigos de un creciente aumento en las consultas tanto por la enfermedad crónica en sí misma como por las secuelas, ambas contribuyendo en forma importante en el desarrollo de psicopatología en el niño.

Es por ello que el Pediatra, que es quien recibe y atiende al paciente en su inicio, al realizar la evaluación clínica de un niño con una enfermedad crónica, debe plantearse varias interrogantes fundamentales, además de las inherentes específicamente a la afección orgánica.

- \* ¿Cómo ha repercutido la enfermedad sobre el comportamiento del niño en su casa, en la escuela, con los amigos?
- \* ¿Cómo se ha adaptado el niño a su enfermedad, incluyendo la com-

prensión de la misma, la consideración de sí mismo y sus relaciones con personas del entorno significativas para él?

- \* ¿Qué influencia tiene la enfermedad del niño sobre los integrantes del núcleo familiar?
- \* ¿Cómo se adaptó la familia al “impacto” que representa el diagnóstico de la enfermedad crónica?

Es el Pediatra el que en una primera instancia realiza esta evaluación global y plantea al equipo de Salud Mental sus inquietudes para así conformar un equipo “interdisciplinario” en interrelación permanente.

Las enfermedades crónicas en la infancia deberían ser conceptualizadas, entonces, como uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de desórdenes emocionales y por consecuencia debería dársele prioridad en el esfuerzo para evitar secuelas negativas definitivas.

## FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS PARA ENFERMAR

Para ver el impacto de los factores de riesgo específicos en el desarrollo, es necesario ubicar el inicio de la enfermedad en el contexto del desarrollo. Los estresores claramente desorganizantes para los niños son distintos que para los adolescentes, ya que el concepto de enfermedad evoluciona paralelamente con el desarrollo cognitivo.

Estudios en niños portadores de asma severa con múltiples hospitalizaciones entre los 6 meses y los 2 años de vida han evidenciado **dificultades tardías en el área del comportamiento** (D. Mrazek, 1993); es decir, que las interrupciones en la formación del vínculo de apego primario durante los dos primeros años de vida, han mostrado tener efectos persistentes en las relaciones posteriores. Las enfermedades que ocurren en este lapso y que ocasionan separaciones precoces y prolongadas de las figuras de apego primarias, van a permitirnos predecir una afectación subsiguiente en el desarrollo emocional del niño.

Durante los años preescolares y escolares, la enfermedad que interfiere con la participación del niño en los eventos escolares y familiares, se constituye en un potente estresor.

Los varones parecen ser más sensibles a la enfermedad que interfiere con su potencial atlético, mientras que las niñas parecen más afectadas frente a la imposibilidad de participar plenamente en su grupo de pares.

En la adolescencia, las enfermedades que obstaculizan los procesos de autonomía son particularmente problemáticas. La aceptación por el grupo de pares y el efecto de la apariencia física en el sexo opuesto, se hacen fundamentales. Los problemas orgánicos con estigma sexual (enfermedades de transmisión sexual) o que incluyan deformidades corporales (Artritis reumatoidea, quemaduras; injuria de zonas expuestas, etc) pueden convertirse en dramáticos impactos emocionales.

### IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN LA FAMILIA

La enfermedad crónica del niño produce un nuevo equilibrio en la economía familiar y es así que en ocasiones condiciona el trabajo fuera del hogar de uno de los padres.

Además de disminuir la capacidad de ingresos directos de dicha familia, la enfermedad crónica agrava las exigencias económicas al aumentar los costos adicionales que deben cubrir como resultado de la discapacidad a largo plazo.

Los distintos integrantes del núcleo familiar deben observar no solamente cómo la enfermedad afecta la vida diaria del hijo, sino también cuáles son las **áreas sanas**, no afectadas por la enfermedad, y **desarrollar estrategias** para estimularlas lo más adecuadamente posible, fomentando el **autocuidado** por parte del niño de acuerdo a la edad y nivel de desarrollo.

La familia debe comprender la vulnerabilidad física y emocional del niño y la ansiedad que provoca "la condición de enfermo", además del miedo por un posible recrudescimiento de la enfermedad.

Poco a poco, el niño comienza a ejercer control sobre el entorno (entre otras cosas por la culpa que sienten los padres), a la vez que muestra dependencia del mismo. Experimentan cambios en las funciones corporales, en la autoestima, deben hacer frente a hermanos y pares, a exámenes paraclínicos y terapéuticas variadas, restricciones (hospitalizaciones, regímenes especiales, etc) impuestas por la condición crónica.

El niño comprende que es fuente de “dolor moral” para la familia, la cual, como vimos, se ve afectada en su dinámica (el niño ideal que cada cual quiere ser se esfuma...).

El sistema familiar debe en lo posible crear una atmósfera que mantenga la autoestima del niño y la propia y que promueva la continuidad del desarrollo normal en sus distintos aspectos.

El equipo de Salud Mental debe asimismo estimular una adecuada inserción social de esta familia en riesgo de aislarse y autoexcluirse por la condición crónica de su hijo, familia que a su vez debe desarrollar relaciones efectivas con el equipo médico - psicológico tratante y con el personal escolar.

Pero, pueden aparecer también problemas potenciales en todo este largo proceso adaptativo y el equipo de salud debe estar alerta para detectarlos.

Puede suceder que el niño afectado desarrolle una relación excesivamente estrecha con uno de sus padres, sobre todo cuando uno de ellos se siente responsable por la enfermedad (por ejemplo si se tratara de una afección con carga genética).

Esta situación, y más aún si existen dificultades maritales previas, deteriora la relación de pareja, la polariza aún más, se pierde el soporte conyugal y la posibilidad de que los hermanos cooperen y comprendan la situación, llegando incluso a competir con el niño vulnerable y “sobreprotegido”.

Los médicos que atendemos niños y adolescentes con enfermedades crónicas nos vemos a menudo enfrentados a pacientes con un manejo seriamente comprometido de su condición de enfermo, con dificultades en la adherencia a los tratamientos indicados.

El niño generalmente se presenta enojado, agresivo e irritable con síntomas de estirpe depresiva subyacentes por la dificultad en aceptar las limitaciones impuestas por la enfermedad crónica; muestra a menudo otros problemas asociados como pobre control de impulsos, baja “performance” académica, conductas regresivas y vínculos sociales desajustados. Este círculo se alimenta en la medida en que el niño falla en su autocontrol independiente. Esto genera acusaciones, hostilidad y rechazo por parte de padres, hermanos, pares y también del equipo médico.

## COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

La experiencia clínica de 10 años en el trabajo ininterrumpido con niños y adolescentes con condiciones crónicas de salud, me permite hacer las siguientes reflexiones:

- \* **Síntomas como irritabilidad, llanto frecuente, dificultades en la conciliación y/o mantenimiento del sueño, dificultad en proyectarse hacia el futuro, tendencia a abandonar los estudios, anhedonia, a la vez que conductas oposicionistas, agresivas y desafiantes**, los encuentro en 2/3 de los pacientes médicamente enfermos dentro de los 6 primeros meses luego del diagnóstico de la enfermedad crónica. La mayoría de estos síntomas son de moderada intensidad y mejoran con **entrevistas psiquiátricas terapéuticas**, muchas veces sin tratamiento farmacológico, en la medida en que el paciente es dado de alta de la hospitalización, se va adaptando a la enfermedad, finaliza tratamientos o mejora físicamente.
- \* Pero hay un porcentaje de pacientes que desarrollan **trastornos del estado de ánimo de tipo Distimia o Trastorno Depresivo Mayor y/o trastornos por ansiedad (DSM IV)**, lo que se correlaciona con los datos encontrados en la literatura internacional.

Está descrito que los pacientes deprimidos con enfermedad orgánica tienen mayor incidencia de historia familiar y personal de depresión que los pacientes con enfermedad médica no deprimidos.

Aunque el estrés puede jugar un rol mayor en el debut de la depresión en una población psiquiátrica, juega un rol mucho más significativo en el debut de los trastornos depresivos en el paciente médicamente enfermo.

Investigaciones de los últimos 15 años muestran que **los estresores del tipo de severidad de la enfermedad, discapacidad, dolor, "disconfort", y reciente diagnóstico afectan significativamente la profundidad de la depresión**. Se sabe que los cambios biológicos que resultan del estrés pueden llevar a la depresión como vía final común.

El tema de cómo una condición médica o un tratamiento presente pueden conducir a un trastorno depresivo, es un punto complicado. La enfermedad o las distintas medicaciones pueden llevar a un trastorno depresivo fenomenológicamente indistinguible de los no producidos por en-



fermedad o drogas ( depresión asociada a enfermedad de Parkinson o depresión producida por hipotiroidismo).

Estas reflexiones me permiten retomar en alguna medida el planteo inicial de que el comportamiento psiquiátrico – psicológico de los pacientes médicos es generalmente distinto al de los pacientes psiquiátricos puros.

Evidentemente, la elaboración diagnóstica usando el DSM IV es útil para nuestro diagnóstico clínico en vistas a la elección más acertada posible de las distintas estrategias terapéuticas. Pero no debemos olvidar que estos criterios de clasificación son una guía y no pueden sustituir una correcta y afinada valoración clínica del paciente, incluyendo rasgos de carácter, factores de riesgo y de protección, la historia de su enfermedad y su historia familiar.

Los niños con una **enfermedad física crónica asociada a deformidades corporales** presentan un riesgo 3 veces mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos y se encuentran en riesgo considerable de presentar dificultades en la adaptación social y familiar. En un estudio de D. Cadman (1989) queda demostrado que el “aislamiento” es mucho más prevalente en estos niños, mientras que los pacientes sin discapacidad física están levemente afectados (se entiende por aislamiento, en base a datos aportados por los padres, aquella situación en la cual el niño no tiene amigos o solamente uno que es visto por él menos de una vez por semana).

Es de fundamental importancia la comprensión del handicap por los padres, ver los proyectos de futuro que ellos tienen para su hijo, la elaboración de sus afectos, su ambivalencia y las actitudes defensivas variadas y variables puestas en juego: negación, sobreprotección, rechazo, que van a influir en el grado de dependencia del hijo y a contribuir aún más a los sentimientos de fracaso y a los beneficios secundarios.

Los pacientes con mayor deformidad física sufren más, no sólo dolor físico, sino dolor moral, y entre ellos, los que presentan mayor número de hospitalizaciones con signos de actividad de su afección están más interesados y preocupados por su enfermedad.

## INTERVENCIONES

De igual forma que los niños con enfermedades crónicas están ex-

puestos a las mismas desventajas que los sanos, también cuentan con los elementos protectores de que disponen estos últimos. Es decir, existen características identificables y potentes de niños, padres y familias que son elementos que mitigan influencias perjudiciales.

Los factores protectores en cuestión pueden incluir “temperamentos positivos de padres e hijos que permitan una adaptación adecuada; un entorno familiar caracterizado por cohesión, calor humano, valores y aspiraciones positivas de los padres; reforzamiento de las actividades de autoayuda por parte de los padres; apoyo externo para la familia y la presencia de maestros y grupo de pares capaces de brindar apoyo”. Todos estos factores unidos a la capacidad inherente al niño de adaptarse a las adversidades (resiliencia) permitirá una mejor evolución general.

Además, hemos comprobado en nuestro trabajo diario que estos pacientes recurrirán a mecanismos de afrontamiento más adecuados si tienen un mejor conocimiento de su enfermedad en los distintos aspectos.

**Un mejor conocimiento de su afección** se acompaña de menor incidencia de exacerbaciones, de menor número de consultas médicas y de internaciones y menor consumo de medicamentos; en definitiva colabora a una mejor reacomodación al neoequilibrio psicossomático.

Debe considerarse también la posibilidad de actividades extrafamiliares para facilitar la separación de los niños, estimular la independencia en algunos aspectos de las funciones cotidianas, facilitar la obtención de información sobre la enfermedad, estimular el crecimiento personal por la formación de vínculos con otros niños con problemas de salud similares y propiciar el autocuidado por la educación sistemática.

En el caso de que el paciente presente **un trastorno del estado de ánimo como los ya descritos y/o un trastorno por ansiedad**, los antidepresivos de tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) están indicados: Sertralina (25 – 75 mg/día) por un lapso no menor de 6 meses. Tendrían además cierto efecto analgésico mediado por el sistema serotoninérgico, si bien sabemos que los antidepresivos tricíclicos (ADT) de tipo amitriptilina (25 – 50 mg/día) tienen un efecto analgésico adicional más potente pero sus efectos secundarios hacen que seamos más cautos en su utilización.

En lo que refiere al pronóstico funcional, estas intervenciones se acompañan de menor ausentismo escolar y mayor participación en las actividades usuales de todos los niños.

## **PREVENCIÓN EN LAS ESCUELAS**

Este punto es de importancia capital en vistas al futuro del niño. El hecho de no conseguir el éxito académico limita las futuras oportunidades laborales y a menudo conlleva disfunción psicológica ulterior.

Los niños necesitan participar regularmente en un programa educativo acorde a su nivel de desarrollo en un entorno familiar y físico adecuados. Los niños que por su patología orgánica no puedan concurrir a clases, necesitan enseñanza domiciliaria. En otros medios (esperamos que pronto pueda instrumentarse también en nuestro hospital pediátrico) se cuenta con el recurso del “especialista en educación de niños hospitalizados”, quien hace la transferencia del plan de materias desde la escuela para aquellos niños que deban permanecer largo tiempo hospitalizados.

Por el momento, en nuestra práctica diaria, al no contar aún con este recurso, debemos insistir con la familia en la importancia de la concurrencia asidua a clases, comunicarnos personalmente con el maestro, informarle de la situación de nuestro paciente, solicitar que las tareas domiciliarias le sean enviadas por algún compañero o ser retiradas en la escuela por algún familiar; es decir, que esta intervención apunta a mantener un vínculo permanente entre la escuela y el niño, con el fin de que el niño, al retornar a las clases, sienta que aún conserva su espacio, su grupo de pertenencia y que pueda continuar con el plan de estudios curricularmente establecido

## **CONSIDERACIONES FINALES**

De todo lo anterior se desprende que la estrategia terapéutica consiste en una acertada información al niño y a la familia, en conjunto y también por separado, permitiendo así al niño un mejor conocimiento de su afección y preparar a los padres para que puedan brindar un sostén adecuado a su hijo. Deberá hacerse previamente una evaluación a los padres ya que no todos se encuentran en las mismas condiciones psicológicas para recibir una información y posteriormente afrontar una afección crónica de un hijo .

Deseo jerarquizar la importancia del abordaje psiquiátrico – psicológico, en una tarea conjunta con el pediatra, orientada a evaluar y com-

prender la dependencia física y emocional resultante y sus efectos sobre los psicodinamismos del niño y su familia. Éste, a pesar de los cuidados básicos y la protección de la que es objeto por su enfermedad, debe permitirse una expansión personal y una autonomía diferentes.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnosis and Statistical Manual*. 4<sup>th</sup>. Edition. Washington D.C. American Psychiatric Press, 1994.
- BAUMAN L.; DROTAR D.; LEVENTHAL JM. y col. A Review of Psychosocial Interventions for Children with Chronic Health Conditions. *Pediatrics* 100 (2); 244 – 252, 1997.
- BENJAMIN S.; HOUSE A.; JENKINS P. *Liaison Psychiatry: defining needs and planning services*. Gaskell, 1994, London.
- BIONDI M.; BRUNETTI G. Emotional Stress and Neuroendocrine System: a review of studies 1980-1988. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 6(1); 5-21, 1990.
- CABRERA, SOLEDAD: Consideraciones actuales sobre el Dolor Abdominal Recurrente. En: *Enfoques en Pediatría; aspectos psicosociales*. AEM.; 41-49, 1996, Montevideo.
- CADMAN D.; BOYLE M.; SZATMARI P.; OFFORD D. Chronic Illness, Disability and Mental and Well- being: Findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics* 79 (5); 805-813, 1987.
- CAVANAUGH S.: Depression in the Medically Ill. *Psychosomatics* 36: 48-59, 1995.
- CAVANAUGH S.; CLARK D.; GIBBONS R.; Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 24; 809-815, 1983.
- DSM IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, 1995.
- GOLSE B.: Dépendance et autonomie de l'enfant atteint de maladie chronique (par rapport aux symptômes, aux médicaments et aux soignants) *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 38 (4-5); 289-296, 1990.
- GORTMAKER SL; SAPPENFIELD W: Chronic childhood disorders:

- prevalence and impact. *Pediatr. Clin. North Am.* 31; 3-18, 1984.
- GORTMAKER S.L.; WALKER D.; WEITZMAN M. Chronic Conditions, Socioeconomic. Risk and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 85 (3); 267 – 276, 1990.
- HAYEZ J.I.; MARCHALL J. La psychosomathique au quotidien. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 35 (10); 451-460, 1987.
- KISER L.; HESTON J.; HICKERSON S. Anticipatory Stress in Children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 150; 87-92, 1993.
- LEVENTHAL J. Evaluación psicosocial de los niños con enfermedades físicas crónicas. En: *Pediatr. Clin. North Am.* 1; 73-88, 1984.
- MITCHELL K.E.; POPKIN M.K.; KALLIE A.L. The outcome of depressed medically ill patients treated with fluoxetine. Proceeding of the 40<sup>th</sup>. Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine. New Orleans, p 13, 1993.
- MRAZEK D. Psychiatric aspects of somatic disease and disorders. En: Rutter M., Taylor E., Hersov L.: *Child and Adolescent Psychiatry* 39; 697-710, 1993.
- NEWACHECK P.; STODDARD J.J. Prevalence and impact of multiple childhood chronic illness. *J Pediatr.* 124: 40-48, 1994
- NOSHPIITZ J. *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* 4 (24); 251-273, 1997.
- PERRIN J.; MAC LEAN W. Niños con enfermedades crónicas: formas de evitar disfunciones. *Pediatr. Clin. North Am.* 6; 1465-1481, 1988.
- POST R.M. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorders. *Am J Psychiatry* 149; 999-1010, 1991.
- RUTTER M; GRAHAM P; YULE W: *A Neuropsychiatric Study in Childhood.* London. Spastics International Medical Publications, 1970.
- SARGENT A.J. The sick child and the family. *J. Pediatrics* 102(6); 982-987, 1983.