

DESARROLLO INFANTIL Y EFECTOS DE LOS MALOS TRATOS HACIA LOS NIÑOS - ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UNA NIÑA VÍCTIMA DE ABANDONO MATERIAL Y AFECTIVO EN MEXICO D.F.

Panzera, María Gabriela

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar el abordaje terapéutico realizado durante un año y tres meses, con una niña de dos años y medio, a la que llamaremos Ana, en el Hogar donde se encuentra viviendo luego de haber sido judicializada. Se analizan las secuelas psicofísicas del maltrato, su impacto en la subjetividad.

Esta consulta no cuenta con una anamnesis detallada sobre los primeros años de vida de la niña que brinde información extra a los síntomas que presenciemos, será por eso que las deducciones se harán a partir de la interacción con la niña y de los escasos datos del expediente.

Se hará hincapié en el maltrato hacia el infante como destructor de la subjetividad e individualidad del niño. Se revisan conceptos relacionados con el trabajo clínico: maltrato, desnutrición, hemiplejía, síndrome de Pica.

Se presenta la modalidad de intervención, planteando un tratamiento integral a partir de la reactivación de la capacidad de establecer vínculos, y destacando a estos últimos como estructuradores del psiquismo y generadores de subjetividad.

Palabras Clave

Desarrollo, Vínculos, Maltrato, Desnutrición

Abstract

CHILD DEVELOPMENT AND EFFECTS OF ABUSE TOWARDS CHILDREN THERAPEUTIC APPROACH OF A CHILD VICTIM OF AFFECTIVE AND PHYSICAL NEGLECT

The objective of this work is to introduce the therapeutic approach undertaken for a year and three months in treating a two-and-a-half-year-old girl at the shelter home where she was living after becoming a judicial matter. She shall be called 'Ana'. It analyzes mental and physical traces of abuse and its impact on subjectivity. This case lacks a detailed medical history about the child's earliest years that might provide further information to the symptoms we are dealing with. That is why inferences will be made based on the interaction with the child and the limited judicial records.

Emphasis will be given to the child abuse as a destroyer of child's subjectivity and individuality. Its reviews concepts related to clinical work such as child abuse, malnutrition, hemiplegia and Pica syndrome.

It presents type of intervention suggesting a comprehensive

treatment based on the reactivation of the ability to establish ties. The role of bonds as subjectivity builders and structuring the psyche will be highlighted.

Key Words

Development, Bonds, Abuse, Malnutrition

Presentación de la niña y circunstancias vitales

Ana nació en diciembre de 2007. En esa fecha su madre, soltera, tenía 23 años. Ana no fue reconocida por su padre. No hay registro alguno de su primer año y medio de vida, es recién en junio de 2009 cuando aparece el primer dato. Ana fue hospitalizada presentando un cuadro de distensión abdominal con un diagnóstico de Pancreatitis, que desencadenó un paro respiratorio, quedando como secuela inmovilidad del lado izquierdo. Egresó del hospital con inapetencia y pérdida de peso. En septiembre de 2009 el padre biológico la llevó a su casa. Luego de un mes la reintegró al domicilio materno. Al momento de regresar con su madre Ana tenía un año y diez meses y pesaba 10 Kg. En enero de 2010 se registra su segunda internación ingresando al hospital con 4.750 Kg. La valoración clínica indica: ojos hundidos, hipotermia, tórax en rosario, petequias, despierta no responde a estímulos, reflejos osteotendinosos ausentes.

Ana fue hospitalizada con el siguiente diagnóstico: Desnutrición severa grado III - tipo marasmo, privación materno afectiva. Deshidratación severa. Quemaduras en el pie izquierdo. Síndrome de Kempe.

Durante la internación presentó sangrado del tubo digestivo y tras 11 días de vómito de contenido gástrico. Debió ser operada de los intestinos. Egresó del hospital con el diagnóstico de: Retraso psicomotor, infarto de arteria cerebral media, problemas visuales en ojo izquierdo.

A partir de esta internación se dio intervención a la justicia y el nueve de junio de 2010 Ana fue puesta bajo protección. Su madre luego de afrontar un juicio por maltrato fue condenada y puesta en prisión. La niña ingresó al hogar en el que se encuentra actualmente con dos años y medio de edad luego de haber sido rechazada por 8 hogares debido a la complejidad del caso.

Maltrato infantil características

“El verdadero alcance de la violencia contra los niños es imposible de medir debido a que gran parte de ella ocurre en secreto y no es reportada. Probablemente la más amplia evaluación de esta declaración son los datos sobre la violencia física recopilados por el Centro de Investigaciones Innocenti de la Secretaría de las Naciones Unidas - Estudio sobre la Violencia contra los Niños (2006), que dio lugar a una estimación de entre 500 millones y 1,5 millones de niños que sufren la violencia cada año. ... la mayoría de la violencia contra los niños se lleva a cabo por personas que los niños conocen y en las que deberían poder confiar, como padres, padrastros o parejas de los padres muchos niños aceptan la violencia como una parte inevitable de la vida. Muchas de las víctimas experimentan problemas de salud físicos y mentales más tarde en la vida, los cuales pueden conducir a la muerte y la discapacidad”. 1.

Ana es una de estos niños que sufren o han sufrido violencia dentro de sus hogares a raíz de lo cual se ha visto seriamente comprometido su desarrollo integral. Hay diferentes maneras de ejercer maltrato sobre un niño. El concepto ha variado desde que Kempe publicara la descripción del síndrome del niño golpeado. Con posterioridad a él, el maltrato ha sido clasificado por diferentes autores teniendo en cuenta diferentes criterios. Mencionaré algunas categorías generales: Maltrato físico, Falta de cuidados: abandono físico y emocional, Maltrato psíquico, abuso sexual, explotación laboral, etc.

Me centraré en el maltrato por falta de cuidados. Este incluye no solo el abandono respecto de la alimentación, higiene, controles pediátricos y atención médica, sino también la ausencia de protección o falta de supervisión reiterada ante peligros potenciales. En los casos de inadecuada alimentación es difícil distinguir si se trata de una acción consciente de los padres de sobrealimentar o privar a su hijo del alimento adecuado al requerimiento según su desarrollo o si esto ocurre por condiciones de precariedad económica, social, cultural, intelectual y/o afectiva de los padres o cuidadores del niño. De la violencia física solo mencionaré que es la violencia ejercida con mayor frecuencia y que en el 90 % de los casos deja inscripciones en la piel.

El primer indicio de que algo no funcionaba en el ambiente en el que se estaba desarrollando Ana, se podría rastrear ya en su primera internación. Recordemos que fue internada con un diagnóstico de pancreatitis, esta es una "... enfermedad inflamatoria, causada por la activación, liberación intersticial y autodigestión de la glándula por sus propias enzimas". 2. Es una enfermedad de etiología diversa en niños. Para el presente trabajo haremos un recorte sobre las causas probables de la enfermedad teniendo en cuenta lo que conocemos acerca de la historia clínica de Ana. Teniendo en cuenta este criterio este cuadro podría corresponder a una etiología metabólica originada por malnutrición, a una etiología traumática por golpes, infección también provocada por malnutrición o por contaminación, o por una obstrucción biliar. "Las principales causas de mortalidad en niños con pancreatitis son el shock y la falla respiratoria". 3. Ana, a raíz de la pancreatitis, tuvo una falla respiratoria que le ocasionó la falta de movilidad de su lado izquierdo.

Al momento de la segunda internación, seis meses después de la primera, presentó desnutrición grado III- tipo marasmo - deprivación materno afectiva. Recordemos que ingresó a la segunda internación con dos años de edad y pesando 4,750 kg. Cuando lo esperable es un peso para su edad entre 12,9 y 15,1 Kg.

Se diagnostica desnutrición grado III según la Clasificación de Gómez cuando el peso del niño es, teniendo en cuenta el peso estándar para la edad, inferior al 60%. El marasmo se caracteriza por ser una desnutrición por bajo consumo de alimentos. Puede suceder a cualquier edad, sobre todo hasta los tres años y medio, pero en contraste con el kwashiorkor, es más común durante el primer año de vida. Es típico de los niños de clases bajas urbanizadas. Estos niños son amamantados por corto plazo y luego se los alimenta con leches diluidas y contaminadas por el agua, lo cual trae aparejado diarreas e infecciones gastrointestinales que desnutren al niño.

Primer encuentro con Ana

En agosto de 2010 comencé a trabajar en el hogar, institución que alberga personas desamparadas y tiene una sección para niños de 0 a 6 años donde fui convocada a trabajar. Esta área cuenta con un kinesiólogo, un psicólogo y personas encargadas del cuidado, higiene, alimentación de los niños. Si bien hay un médico en la institución todos los tratamientos y controles pediátricos se llevan a cabo en los hospitales y salas públicas. Cuentan también con un equipo de voluntarios que prestan colaboración para el apoyo de los internos. El momento de juegos y terapia física se lleva a cabo en un salón grande con todo tipo de juguetes y materiales para rehabilitación.

La directora de la institución me informó que es de destacar el aumento de peso de la niña desde que llegó al hogar pero que hay conductas que la tienen preocupada y que no se modifican. Me brinda acceso al expediente y solicita que trabaje con la niña.

Ana tenía dos años y ocho meses. Ingresé en la sala de juegos y terapia física y la vi sentada en un asiento de auto para niños, alejada del movimiento de los demás niños. Es morena, su cara redonda, su pelo negro lacio, en cuanto a su peso este podría estar todavía un poco descendido sin embargo su estatura se encontraría dentro de los parámetros esperables para la edad. Tenía lastimado su talón izquierdo debido a las quemaduras sufridas. Si alguien se le acercaba, niño o adulto, golpeaba en forma repetitiva el costado derecho de su cabeza a la altura de la oreja con su mano derecha y gritaba. No fijaba la mirada, no se sentaba por sí misma. En cuanto al lenguaje no se observaba intención comunicativa, hacía sonidos ininteligibles con su boca. No jugaba, no ría. No se interesaba por los objetos que se le presentaban. Ante un objeto que se le colocaba en la mano, si era liviano, ella lo tomaba, lo llevaba inmediatamente a la boca, lo mordía y si podía, ingería un pedazo. No soltaba los objetos. Comía, literalmente, ropa, plástico que sacaba de su asiento para auto, su zapato, etc.

Consecuencias del Maltrato

Los efectos del maltrato no solo se evidencian en el cuerpo del niño, también se evidencian en su crecimiento físico y en su desarrollo neurológico, intelectual y cognitivo, psicológico y social. Por lo que afecta al niño en todas las áreas del desarrollo.

Ana al momento de mi intervención presentaba todos los indicadores de un niño que había sufrido maltrato por abandono afectivo y material extremo, presentaba disminución en el tono muscular, se mostraba como una niña a la que nada le interesaba, no miraba a sus compañeros jugar, no reía, no respondía a ninguna orden simple. No pedía que la levanten. Se evidenciaba su falta de confianza ante cualquier persona que se le acercaba. Cualquier actividad que implicara relacionarse con otro estaba comprometida. Presentaba

conductas evitativas hacia las personas, su actitud corporal parecía indicar querer pasar desapercibida, como si fuera transparente. Como si no estuviera presente. Este tipo de conductas también son frecuentes en niños que han sufrido violencia física. Además de las quemaduras y su hemiplejía (que si bien no fue consecuencia directa del maltrato si lo fue de manera secundaria), se ha sumado a las vivencias de agresión por parte del entorno el hecho de haber sido hospitalizada, e intervenida quirúrgicamente sin un adulto que mediatice todas estas vivencias que podemos llamar traumáticas.

Ana presenta un trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez que se denomina Pica. Su etiología es desconocida. Se sabe que se da en niños con desnutrición o falta de minerales, pero también en niños sanos o con retraso Madurativo. La ingesta de productos no alimenticios, puede ocasionar infecciones y obstrucciones en el aparato digestivo. En el caso particular de Ana no contamos con registro de que este trastorno haya sido diagnosticado con anterioridad a su incorporación al Hogar. Esto no es llamativo ya que durante la primera internación Ana contaba con un año y medio y no es extraño que un niño de un año y medio se lleve objetos a la boca e intente ingerirlos y durante la segunda internación llegó al hospital en un estado físico demasiado comprometido como para notar esta conducta en la niña.

Trastorno de la ingestión

Intentaré dar cuenta de esta conducta en esta niña particular. Ana sorteó su primer año y medio de vida sin que fuera necesaria la intervención del Estado y presenta una talla acorde con lo esperado para su edad, por esto podríamos plantear que durante el transcurso de su primer año de vida pudo haber recibido alimentación y atención básicas. Siguiendo esta línea de pensamiento podríamos sostener que los primeros momentos de formación del aparato psíquico de esta niña se dieron de manera esperable o por lo menos aceptable. El problema se presentaría cuando llega el momento de ser alimentada ya no con pecho sino con comida, allí o con posterioridad, el ambiente fracasa (no sabemos el motivo) y sería la niña la que en el afán de calmar el hambre y el desborde psíquico recurre a la ingesta de cualquier objeto que tenga cerca: lana, zapato, etc. La niña tiene la capacidad de comer, solo que no habría un ambiente que le provea el alimento y le enseñe a discriminar que es alimento y que, no lo es.

Durante su estancia en el Hogar, la niña fue alimentada por personal de la institución o por voluntarias que iban a tal fin. La colocaban en una silla para autos y en el momento en que iban a buscarle la comida, la niña comenzaba a “comer” el asiento en el cual estaba sentada, sino, “comía” su zapato. Cuando llegaba la persona que había ido a buscar el alimento, ella comía el alimento que le ofrecían sin interactuar con la persona que la alimentaba. Si esta persona se distraía por algún motivo la niña no acudía a ella para que continúe con la alimentación sino que retomaba la actividad de ingesta del relleno de su asiento o de su babero. Esta conducta podría haber sido la causa de alguna de las infecciones padecidas por la niña, pero debemos pensarla como protección para mantener a raya los montos de ansiedad por la falta de alimentación y cuidados. Esta actividad de ingesta actuó como un lazo que uniría su cuerpo a su vida psíquica, siendo la única actividad que se mantenía invariable en ella. Esta actividad le permitiría mantener la ilusión de ser ella la creadora del alimento.

Conductas de “no” apego

Es un hecho que las primeras etapas de la vida son fundamentales para el desarrollo, también es un hecho que cuando pensamos en un bebé, no lo pensamos solo, lo pensamos con un adulto que lo sostiene. El bebé no tiene posibilidades de sobrevivir sin un adulto que le brinde no solo protección, cuidados y alimentos, necesita también un espacio generador de lazos afectivos, agresivos y amorosos, con ese otro. Es a partir de las experiencias tempranas con las figuras de apego que los niños construirán los modos de explorar el mundo, los modos de enfrentar las dificultades, los modos de relacionarse con sus pares, y con los adultos. Dentro de la teoría del apego, Bowlby, plantea el desapego, conducta que se da en niños pequeños separados de sus padres por internaciones y que luego de un tiempo regresan a sus hogares mostrando conductas de ausencia de conducta de apego hacia sus padres.

Ana antes de mi intervención no manifestó conductas de apego hacia ningún miembro del Hogar en el que vive. No recurría a ningún adulto ante ninguna circunstancia. Podemos pensar que Ana ya no reaccionaba a determinadas intrusiones como hambre, frío, no luchaba con su cuerpo al que no podía mover a su antojo, si un niño la tomaba de improviso y la agredía ella no reaccionaba más que con un leve grito al aire, no reaccionaba cuando la dejaban sola, se mantenía prácticamente inmóvil. Bowlby, plantea que las conductas de desapego no obedecerían a un mecanismo de defensa operante en el interior del niño, sino dirá que, en estas conductas lo que queda excluido son las señales que activarían la conducta de apego, lo que implicaría la exclusión de defensa.

En el desierto de Namibia hay semillas y pequeños animales que pueden estar en suspensión por dos años a la espera de las lluvias para poder desarrollarse. Ana parecía estar en un estado de suspensión del desarrollo a la espera de que el ambiente se volviera favorable para continuar a partir de un adulto significativo, generador de lazos afectivos. Por lo antedicho el tratamiento se centrará en el establecimiento de vínculos como trampolín para las adquisiciones o recuperaciones siguientes.

Planificación del tratamiento

Contratransferencialmente en el momento en que me relacione con Ana, percibí en ella a una niña “dañada”, a la que había que “reparar”. Me impactó percibir esto. ¿Reparar?, los objetos se reparan, y claramente no estaba en mí reparar a nadie. El maltrato intenta reducir a un sujeto a la condición de objeto negando su deseo y su voluntad. Y más aún, el maltrato por abandono no solo coloca al niño en posición de objeto, sino además en posición de un objeto prescindible.

El desafío del trabajo terapéutico fue colocarme en el lugar de otro que la convoque como sujeto deseante. Ese adulto significativo, generador de vínculos.

La niña debería inscribir e integrar nuevamente su cuerpo, incluso integrar la parte lesionada de su cuerpo como propia y gratificante. Por otra parte debería reparar su confianza en las personas y volver a generar conductas de apego.

Me planteé trabajar con la niña tres veces por semana y participar en las actividades del baño y el almuerzo. Paralelamente se propició que la niña estableciera lazos con otras personas para que continuaran el camino que se iniciaba con el tratamiento. En cada

sesión se trabajaban, vínculos, integración corporal y sensorial, su cuerpo, movilidad y equilibrio en función de alguna actividad gratificante, los sentidos, juego, todo esto teniendo en cuenta los logros madurativos esperables a adquirir en función de sus posibilidades.

Tratamiento

Me presento a la niña, mirándola a los ojos le hablo, le digo quien soy y por qué estoy ahí. Le devuelvo simplemente lo que observo significándolo, lo que se de su padecer y cual es el objetivo de trabajar juntas. Este fue mi primer paso en el proceso comunicacional.

Ya al segundo día permitió que la alzara sin gritar. Debí ser paciente y esperar que pudiera hacer contacto visual ya que no fijaba la mirada rápidamente, no solo por su problema visual sino por la ansiedad que le generaban las personas, esta ansiedad le impedía o entorpecía el reconocimiento del otro. El camino se había iniciado.

Los avances en el desarrollo se dieron de manera paulatina e integrada. A medida que se desarrollaba lo vincular y lo comunicacional, iba evolucionando la integración corporal y el manejo de su cuerpo, esto a su vez incidía en el desarrollo vincular. Al mismo tiempo la confianza generada con el otro le permitía desarrollar la confianza en sí misma y viceversa.

Esta evolución no fue de manera lineal hubieron avances y retrocesos que se generaban cuando el entorno no era lo suficientemente contenedor ante determinadas situaciones, el momento del baño por ejemplo, era generador de una angustia desbordante. Fue necesario organizar que la niña fuera la última en ser bañada, para contar con mayor tiempo y dedicación. Se buscó una persona que fuera la encargada de esta actividad, una persona capaz de contenerla, brindarle seguridad física en cuanto a que no la iba a tirar, y seguridad emocional de que no se iba a desintegrar. De que manera lograr esto, abrazándola fuertemente, sosteniéndole la mirada, hablándole con cariño y seguridad. Fue notable la respuesta de Ana ante estos cambios.

El desarrollo vincular y el desarrollo de la integración corporal llegó a un punto que permitió avanzar y comenzar a trabajar la relación de Ana con los objetos de su ambiente y el manejo de los mismos.

Los objetos comenzaron a ser percibidos y a interesarle. Comenzó a tomar los objetos que se le entregaban, a reconocerlos, y a poder soltarlos.

Comenzamos jugar con sonidos y su cuerpo. Tocar mi cara, su cara, su nariz, mi nariz, mi boca, su boca. Me convertí en un espacio de transición y organización entre experiencias pasadas y nuevas. Se instauro un espacio para el cambio y para disfrutar. Un espacio de seguridad en el que podía probar, moverse y experimentar con su cuerpo de acuerdo a sus posibilidades físicas. Comenzó a disfrutar ser alzada en brazos y contenida fuertemente. Poco a poco fue incorporando más gente a su círculo, permitiendo que la alzarán, respondiendo a sus juegos de palabras. Repitiendo los sonidos que le enseñaban. Reía a carcajadas. Fue notable como la comunicación se iba desarrollando.

Durante el año de trabajo logró pautas evolutivas que correspondían a un niño de un año.

En cuanto al lenguaje: imita sonidos, dice papá, mamá, aua, no, tatá al que usa como basta. Responde a órdenes simples y se observa

intención comunicativa (pragmática). Reconoce el dame y el tomá. Hace ruidos como hummm cuando escucha que llaman a comer.

En cuanto al desarrollo motor: logro sentarse, girar sentado derecha e izquierda, agacharse para buscar un juguete, esta iniciando la adquisición de la marcha entre paralelas.

Respecto del área adaptativa: toma objetos, los suelta, los busca, los coloca en un recipiente o los tira hacia afuera. Comenzó a comer sola, da de comer con la cuchara.

En referencia al área personal social: Ríe y disfruta tirarse para atrás tímidamente, ensayando que la sostengan. Disfruta cuando la alzan y también esta pendiente de la reacción de algún otro significativo. Da besos, abraza. Reconoce su nariz, su boca, cabeza, panza, puede jugar a dar y tomar con otros niños con la mediatización de un adulto. Comenzaron a aparecer conductas relativas al negativismo infantil: ante el pedido de colocar un objeto dentro de un recipiente, elije tirar los objetos fuera del mismo observando con picardía la reacción del adulto.

En cuanto a la conducta alimentaria, la ingesta de sustancias no nutritivas se sostuvo durante más de un año y fue disminuyendo a medida que ganaba confianza con el entorno, seguridad en la alimentación constante, y el empleo de los objetos en otras actividades gratificantes como sacudirlos, tirarlos, mirarlos, golpearlos, etc.

Su propia boca adquiere nueva significación y se subjetiviza, ya no es un agujero en el cual ingresa cualquier cosa sino que comienza a ser un órgano que sirve para hacer múltiples tareas que generan placer por ej.: sonidos, decir palabras, jugar, besar, comer, etc.

Al mismo tiempo comienza a sentarse a la mesa en la silla con sus compañeros de Hogar e inicia los pasos para alimentarse por sí misma, comiendo con la cuchara y su mano.

Pronóstico

En cuanto a la hemiplejía izquierda adquirida alrededor del año y medio de edad, que la lesión sucediera en un cerebro en formación condicionará el desarrollo de diferentes maneras, por un lado al no haber estado consolidada la función (marcha) la niña no tiene la experiencia completa previa del movimiento esperable y por otro lado el hecho de que la lesión se produjera en un cerebro en formación tiene la ventaja de la plasticidad para que se establezcan vías supletorias de transmisión pero la falta de estimulación luego de haber sufrido la lesión compromete el pronóstico.

En cuanto al lenguaje, podemos inferir por nuestro conocimiento del caso que la niña ha recibido escasa o nula estimulación verbal en el contexto familiar. Se requiere un niño subjetivado para la adquisición del lenguaje, debe existir ese otro que le enseñe a referir y a significar. Esto condicionaría la adquisición del mismo. La lesión neurológica no se dio en el hemisferio cerebral dominante para esta función por lo que a priori no estaría entorpeciendo la adquisición del mismo, pero si incidiría en la comprensión y la comunicación no verbal que podrían estar comprometidas.

Conclusión

El maltrato por abandono dejó a esta niña en posición de objeto prescindible. Fue a partir del lazo que pudo establecer en un primer mo-

mento y su capacidad para transferir estas experiencias gratas y de seguridad a la relación con todos los adultos del entorno, quienes se volvieron figuras significativas, que la niña pudo mostrarse con voluntad y deseos dueña de una personalidad e individualidad propias.

Citas bibliográficas

1. United Nations International Children's Emergency Fund .UNICEF. (2006) Progreso para los niños. Un balance sobre la Protección del Niño. La violencia contra los niños. Nro. 8 de septiembre de 2009.
2. Vilar Escrigas J.I., García Burriel. Pancreatitis en el niño. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Gastroenterología. n. d. disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18-pancreatitis.pdf>
3. Lowe M: Pancreatitis in Childhood. Curr Gastroenterol Rep 2004; 6: 240-6.

Bibliografía

- Ajuriaguerra J, Hécaen H. (1960) Le córtex cerebrale. 2nd edn. Paris: Masson.
- Bowlby J. (1988) Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. (1989) Barcelona. Paidós.
- DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos (2001) Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez. Barcelona. Masson
- Gesell A, Amatruda C. Diagnóstico del desarrollo. (1971) Buenos Aires. Paidós
- Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuadernos de Medicina Forense. 16-1.2 Sevilla enero-junio 2010
- Latham M. (2002) Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Colección FAO: Alimentación y Nutrición Nro. 29 - De las naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Roma
- Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil. s.d. disponible en http://www.who.int/childgrowth/standards/peso_para_estatura/es/index.html
- Pincever K.coord. (2008) Maltrato infantil. El abordaje innovador del programa IELADEINU. Aprendizajes de una experiencia integral comunitaria. Buenos Aires. Lumen-Humanitas
- Winnicott (1958) Escritos de pediatría y psicoanálisis (1999). Barcelona. Paidós.