

La violencia: un desafío para el Equipo de Salud*

Jorge Brieva, Lic. Marily Contreras, Lic. Cristina Coglianesi, Lic. Alcira Cosentino, Lic. Graciela Dieguez, Patricia García, Lic. Ana González, Jorge Parral, Marita Pereyra, Gustavo Piantino

Resumen

La violencia y sus excesos con su carácter de imposición y sometimiento, nos lleva a conceptualizar sobre las víctimas, los victimarios y nuestra operatividad.

La necesidad de la "hospitalidad de un dispositivo" llevó a pensar en la creación de un Comité que diese pautas precisas a toda una organización pediátrica para que cada uno desde su lugar, con sus propias inserciones, pueda rehacer los circuitos dañados, y dar resguardo y protección a los más vulnerables.

Este dispositivo que comenzó siendo de Maltrato y Abuso Sexual Infantil fue redenidoado Comité de Niños en Riesgo a los efectos de hacer más amplias y complejas las miradas clínicas y más abarcativo el abordaje. Esto significó el desarrollo de intervenciones que articularan los recursos de atención existentes y que ampliaran las acciones coordinadas con otros sectores.

Proponemos, en este trabajo, reflexionar sobre las situaciones dilemáticas que nos plantea la práctica institucional, en temas relacionados con la violencia social y familiar. Haremos una presentación de casos clínicos tratados en el Hospital.

Sabemos que los procesos de maduración de un niño dependen del ambiente facilitador, pero ese ambiente facilitador debe estar convenientemente diseñado a efectos de evitar la confusión. Una visión unificada y global de la problemática transforma la confusión en una red terapéutica de sostén. Una carencia precoz crea una vulnerabilidad momentánea que las nuevas experiencias afectivas y sociales podrán reparar o agravar de acuerdo con el diseño de la ayuda y la resiliencia del individuo.

Introducción

Las necesidades biológicas, psicológicas y sociales insatisfechas traen como consecuencia actitudes violentas. La violencia está presente dentro de la estructura social y se manifiesta en forma de explotación, exclusión, marginalidad, pobreza.

El impacto de esta crisis estructural ha socavado las instituciones familiares, educacionales, de la salud y de la justicia. Los vínculos tempranos insertados en un clima social anómico

e inseguro con relaciones familiares carentes de afecto y estabilidad, alteran el armado del aparato psíquico. Y como consecuencia en la adolescencia, punto clave del desarrollo humano, pueden aparecer síntomas relacionados con las drogas, el alcohol y actos delincuenciales.

La violencia social, indiferenciada de la agresividad propia del individuo, es una de las causas que ha incrementado la demanda de asistencia en las organizaciones de salud, las cuales no se encuentran suficientemente preparadas para dar una respuesta.

La necesidad de implementar acciones en relación con esta problemática nos llevó a crear un Comité centralizador de toda la labor de la organización pediátrica. Este Comité asesora, interviene y define estrategias trabajando en conjunto con los profesionales a cargo de la atención de estos pacientes.

Este dispositivo que comenzó siendo de Maltrato y Abuso Sexual Infantil, creado en 1982, fue redenidoado Comité de Niños en Riesgo a los efectos de hacer más amplias las miradas clínicas y más abarcativo el abordaje, en relación a la diversidad y complejidad de la casuística. Es así que intentamos articular factores de riesgo con acciones de protección y un adecuado uso de los recursos institucionales. Decimos que la realidad actual es compleja y, en consecuencia, se hace difícil diferenciar y aislar "lo social", "lo familiar e individual", "lo económico", "lo cultural", ya que estos conceptos forman parte de la subjetividad que exploran las diferentes disciplinas. La complejidad de las variables que intervienen en las diferentes problemáticas nos lleva a instrumentar el trabajo interdisciplinario y las terapias en red. Esto significa el desarrollo de intervenciones que articularan los recursos de atención existentes y que amplían las acciones coordinadas con otros sectores, a fin de enfrentar la violencia familiar, los desamparos infantiles y el aumento de agresiones sin control en los comportamientos individuales. El debilitamiento de las redes sociales ha dejado a los individuos aislados y sin referentes.

Comité de Niños en Riesgo
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Gallo 1330 (1425)
Buenos Aires, Argentina

La actual Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes realiza un aporte relevante en la transformación de la situación imperante por un siglo en nuestro país, ya que se inscribe en la doctrina de protección integral que considera a la niñez como sujeto de derechos, pero su implementación en la práctica propone difíciles desafíos que el conjunto de los actores intervinientes en materia de infancia debemos afrontar.

Pensamos que esta nueva normativa debe incluir este proceso de exclusión social. Nos encontramos, entonces, en una etapa de transición que plantea numerosos interrogantes acerca de cómo se instrumentarán los recursos que deben dar la respuesta.

El abuso y el maltrato infantil está a mitad de camino entre la salud mental y el delito. Por eso cada vez más debemos recurrir al trabajo interdisciplinario e interinstitucional.

Casuística y operatividad

Raúl, 14 años, Capital Federal

Lo interna el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Se trata de un menor en situación de calle que se accidenta. Estaba robando en un colectivo y, al ser descubierto, se arroja del ómnibus y se fractura una pierna. Requiere intervención quirúrgica y yeso. Una vez solucionada la situación aguda y durante el proceso de rehabilitación, comienza a mostrarse violento. La internación en el hospital se vuelve insostenible, agrede al personal de la Sala, no acata las normas hospitalarias.

La familia está constituida sólo por el padre que, a veces, lo viene a visitar, ya que la madre ha muerto. Se observa que a éste no le preocupa el hijo, solamente le interesa el juicio y el dinero que pueda cobrar. Lo han acompañado en la internación dos personas de la villa. Son pasadores de droga y el paciente trabajaba para ellos. Raúl no terminó la escuela primaria.

Se informa al Consejo, a fin de arbitrar los medios para el cuidado de este menor, que se encuentra en situación de alta. Se establece contacto con los operadores de calle. En una reunión con las autoridades del Consejo de los Derechos, se acuerda colocar al paciente en un Instituto de rehabilitación.

Evaluación de lo actuado: Las autoridades intervinientes, debido que el paciente se encontraba internado y al cuidado del hospital, demostraron en proporcionar el recurso solicitado. No se

tuvo debidamente en cuenta el caos institucional que implicaba alojar a un joven acostumbrado a vivir en la calle y sin supervisión de un adulto responsable. Distintas lecturas ideológicas de la problemática se hicieron evidentes en los contactos interinstitucionales.

Catriel, 6 años, Provincia de Buenos Aires

Catriel está internado en el Hospital. Es un niño discapacitado que presenta un grado importante de desnutrición, tiene conductas autistas y requiere una sonda nasogástrica para su alimentación. Está medicado con agentes ansiolíticos y antipsicóticos, pero no se sabe si la medicación está bien administrada. No concurre a la escuela. En la Sala, se muestra muy inquieto y con conductas riesgosas.

Los padres están separados y el padre ha estado preso. La madre es impaciente y lo maltrata. Dice que no puede más con el niño y que no se va a ir del Hospital hasta que no le solucionen el problema. Tiene problemas de salud mental con conductas psicóticas. Genera rechazo en el personal del Hospital.

Catriel tiene dos hermanos, una mujer de 18 años y un varón de 15 años. Ambos son adictos, no trabajan y tienen conductas delincuenciales. Se trata de un niño demasiado complejo para las posibilidades del grupo familiar conviviente.

La asistente social informa que se entrevistó con la madre. Se le propone un hogar para internarlo, pero ella se angustia y no acepta, no quiere institucionalizarlo, quiere un colegio de día. La madre se siente desbordada por la situación de manejo del niño; el padre y los hermanos no ayudan.

El paciente está más tranquilo. La medicación le ha calmado los impulsos. El vínculo madre-hijo ha mejorado. El contexto institucional los ha contenido. Se trata de una familia de alto riesgo con un niño discapacitado, sin adultos responsables en condiciones de hacerse cargo de él.

Para el momento del alta, se toma contacto con el Consejo de los Derechos de la localidad del conurbano en el cual residen. Finalmente se decide la internación del niño en un Hogar de Amparo Maternal.

María Milagros, 6 años, Capital Federal

Consultan en Psicopatología por trastornos de conducta de la niña. Vienen a la admisión la madre y la abuela. En la Sala de espera, se produce una violenta pelea entre ambas. Se de-

cide la internación de la menor, como medida de protección. La niña manifiesta no querer volver a su casa.

La madre es de Salta. A los 12 años la echaron de la casa y vivió con parientes. A los 19 años, vino a Buenos Aires. Se reencontró con su madre que convivía con un hombre peruano. Este hombre quiso abusar de ella y, cuando le contó a su madre, ésta la volvió a echar. Estuvo viviendo en la calle, hasta que las monjas de una institución le dieron asilo. Tenía ataques de ansiedad con descontrol de impulsos lo que determinó su internación en el Hospital "Braulio Moyano". Estuvo 7 años internada. Cuando le dieron el alta, se juntó con un hombre y quedó embarazada de María Milagros. Este hombre murió sin haber reconocido a la niña. Interviene un Juzgado de Familia y da la guarda a la abuela materna.

La niña tiene un retraso madurativo leve. La abuela vende flores en la calle. La madre tiene una pensión por discapacidad. La abuela impresionada como indiferente. Está cansada de cuidar de la hija y de la nieta. La amenaza con internarla en el Moyano, le pega. La madre tiene miedo de que la internen y de que le saquen a la hija. La influencia de la abuela es el disparador de la inestabilidad de la madre. La acosa con su violencia. La niña no quiere ir a vivir con ella. La madre está declarada inhábil y con juicio de insania.

Se le propone a la madre la internación conjunta en un hogar para víctimas de violencia. El Juzgado apoya la medida. La madre no lo acepta. Mientras se busca el recurso, la madre se fuga con la niña del Hospital.

Evaluación de lo actuado: La intervención hospitalaria a través de la propuesta de cambios y modificaciones de funcionamiento agrava la crisis familiar, produciendo una descompensación emocional en la madre. Si bien el objetivo de la internación era la protección de la situación de violencia, la demora en la intervención del Consejo de los Derechos y del Juzgado, y la imposibilidad de haber podido trabajar la estrategia ocasiona el resultado adverso. La asistente social del Juzgado realiza una visita domiciliaria, pero no es atendida. La niña ha abandonado la escuela. Un vecino informa que la madre y la niña siguen viviendo en esa casa. El Hospital pierde el contacto con el caso. El Juzgado sigue trabajando.

Juliana, 11 meses, Capital Federal

Se interna por neumonía. Tiene una buena evolución, pero en la evaluación clínica, se de-

tecta fisura anal. Se realiza el diagnóstico familiar.

Sus familiares son peruanos. La paciente vive en una villa con su madre y una hermana de 11 años. El padre trabaja en la construcción; la madre, como cartonera. Están separados, él tiene hijos de una unión anterior. La madre lo describe como alcohólico y violento. No estuvo de acuerdo con este embarazo, quería que abortara. El padre la visita los fines de semana y la madre tiene miedo de que le saque la nena, ya que amenaza con hacerlo. Los domingos se la lleva, la tiene una hora y la devuelve. El se pone violento por cualquier cosa y obliga a la madre a tener sexo con él. También le dice que si ella no accede la va a agarrar a la nena mayor. Esta niña, llamada Fanny, tiene el apellido de la madre, pero él le pasa dinero para la manutención. Los médicos de la Sala le avisan a la madre que la paciente tiene una lesión anal. Ella dice, como justificación, que la nena es muy constipada.

Se cita a los padres juntos. El dice que toma alcohol, pero sólo los fines de semana. Los padres tienen una actitud poco protectora frente a la niña. Hay descuido por parte de la madre, y actitudes violentas y dominantes por parte del padre. Se cita a la abuela materna que convive con su pareja cerca del domicilio de la madre. Ninguno aparece como confiable. No hay preocupación ni interés por la niña. El padre dice que si quieren cede la tenencia. La madre lo acusa de alcohólico y abusador. Fanny, la hermanita de 11 años, es evaluada y niega haber sido abusada, pero se observa descuido de la madre hacia las hijas. La abuela materna acusa a Fanny de haber sido ella la que lastimó a la hermanita. En la Sala, se observa que el vínculo de la madre con la paciente es hostil. Tiene un discurso complicado, desafectivo, a veces no se le entiende. Hay uso de drogas en la familia.

Se eleva la denuncia al Consejo de los Derechos.

Evaluación de lo actuado: Se fija la estrategia con el Consejo de trabajar con la familia ampliada y firmar un Acta de Compromiso acerca del cuidado de la paciente. Los tiempos se dilatan y, hasta la fecha, no se pudo concretar lo establecido.

Leonel, 3 años, Provincia de Buenos Aires

Se interna por intoxicación con psicofármacos. Viene con el padre, que trabaja de remisero. Viven en un pueblo de la provincia. Había una bolsa con remedios de la abuela y el niño tomó tres pastillas. La bolsa de medicamentos había quedado olvidada en el cuarto. La abuela pa-

terna es enferma psiquiátrica y está internada en un hospital. El padre dice que él es el responsable, pero no manifiesta preocupación. Se lo observa enojado con la madre del niño por temas de infidelidad. Dice que el niño es muy inquieto, que va de una casa a otra igual que la hermanita de 5 años. Actualmente, el paciente está bien, pero se observa que ha tenido otros accidentes, se cayó en una pileta de natación y casi se ahoga. En ese momento, estaba con el padre. Los padres están separados, la madre vino a verlo, tiene un bebé de dos meses de su actual pareja. La madre dice que trata de tener una relación tranquila con el ex marido, pero él la insulta y les dice cosas a los chicos. Tiene conciencia del riesgo que los chicos tienen con el padre. El se los lleva en forma irregular, si se cansa los trae enseguida o, a veces, se los queda tres días. La madre está muy angustiada.

Se considera de alto riesgo. Se notifica a los organismos de protección de la zona a fin de que intervengan. Se ubica un pediatra para que lo atienda cerca de su domicilio. Se realizan entrevistas de orientación con los padres.

Evaluación de lo actuado: El paciente y su familia fueron atendidos por el Consejo de los Derechos de la zona. Se hace seguimiento a través de comunicaciones con el organismo a cargo del caso.

Lara, 5 años, Capital Federal

Derivada de Pediatría consulta en el Servicio de Psicopatología. Los padres están separados desde hace un año. Lara vive con su madre y un hermano de 15 años de una pareja anterior de ésta. El padre vive en el mismo barrio a unas pocas cuadras, con un hijo de 11 años de otra unión. Lara va a la casa del padre mientras la madre trabaja. El padre la retira de la escuela y la tiene hasta que llega la madre. A veces, queda con el hermano.

Lara relata a su madre que este hermano "le toca la cola". Esta hace una presentación en una Defensoría del Gobierno de la Ciudad y son citados a una mediación. Se dicta una medida cautelar para que la niña no vaya a la casa del padre.

Durante la entrevista, la nena hace dibujos cuya interpretación psicológica es compatible con una situación de abuso. Se instrumenta un dispositivo terapéutico en el Servicio de Psicopatología del Hospital con tratamiento individual y orientación familiar.

Evaluación de lo actuado: Se considera que el riesgo ha disminuido. Los padres se encuen-

tran en orientación familiar y responden con actitudes de cuidado y protección hacia la niña.

Nicole, 13 años, Capital Federal

Se la interna por presentar ideas de muerte, cortes en brazos y piernas. Dificultades emocionales y afectivas. Los padres están separados. El padre es camionero, viaja a Jujuy y allí ha constituido otra familia.

Nicole tiene un mal vínculo con su madre, ésta la rechaza y la denigra. Ella ha manifestado en la terapia que su madre no la quiere. Se ha inventado un personaje, dice ser Mademoiselle Katrina González Toledo, una mujer muy rica y famosa. Se refugia en la fantasía para negar una realidad que le resulta muy dolorosa.

Cuando se consigue una voluntaria que la acompañe, por algunas horas, mejora el estado de ánimo de Nicole.

Se encuentra internada por el Servicio de Psicopatología en una Unidad de Clínica, ya que no se dispone de una Sala diferenciada. Recibe psicoterapia individual, familiar y asiste a un taller de adolescentes. Se solicita un acompañante terapéutico para la paciente, ya que no puede estar sola. Este recurso no es proporcionado con la urgencia que requiere el caso y se decide su traslado a un hospital psiquiátrico de mayor seguridad.

La falta del recurso solicitado (acompañante terapéutico) interrumpió el tratamiento de la paciente al que estaba respondiendo. Se continuó solicitando el acompañamiento terapéutico y, al hacerse efectivo, Nicole es internada nuevamente en el Hospital, y su evolución es favorable.

Fabrizio, 3 años, Capital Federal

Concurre al Servicio de Psicopatología por presentar trastornos del desarrollo. La madre tiene un discurso perturbado. Se lleva mal con el marido, lo rechaza. No hay relación entre ellos, sólo le interesa que él levante la hipoteca de la casa. El padre no concurre a las citaciones. Hay episodios de violencia, la madre tira cosas, agarra cuchillos. Es epiléptica.

El niño está todo el día con el perro, inclusive duerme con él. La madre valora mucho la comunicación que tiene Fabrizio con el animal y tiene una actitud de desconfianza hacia los profesionales, que lo pone en el decir de su marido que piensa que el tratamiento psicológico es una pérdida de tiempo. El niño no tiene escolaridad. Son bolivianos, pero el niño es argentino. Tiene un hermano de 8 años.

La madre dice que los maridos de su madre la abusaron, por eso se conectó con su padre y se vino a la Argentina. Trabaja en una casa de familia y tiene una ayuda alimentaria del Gobierno de la Ciudad. El marido es albañil.

La psicóloga dice que el niño no mira. No se comunica. Juega solo. Casi no se para, anda en cuatro patas. Aparece como deshumanizado, relacionado solamente con su perro. Se lo incluye en el Servicio de Psicopatología en el área de pacientes graves. Se informa al Consejo de los Derechos.

Evaluación de lo actuado: El paciente continúa en tratamiento. Se busca tratamiento psiquiátrico para la madre. Se realizan entrevistas con el padre.

Brian, 12 años, Provincia de Buenos Aires

Es internado en una Sala del Hospital adonde lo trasladó el SAME. Lo han encontrado en la calle en estado de coma. Relata haber consumido marihuana, alcohol, hachís. Hace tres días que está dormido. Su familia vive en Tigre. Abandonó la escuela a los 9 años. Dice tener cuatro hermanos. Siempre duerme en la calle, generalmente en Retiro. Hay una persona que le provee droga a él y a otros chicos. Se lo valora en todas las especialidades clínicas y está normal.

Se toma contacto con dos operadores del Programa de Niños en Situación de Calle. Establece una buena relación con un psicólogo. Luego de una semana de internación, el paciente mejora clínicamente y se fuga.

Evaluación de lo actuado: A pesar del buen contacto que establece con el terapeuta, las características del paciente no se adaptan a la institución. Se informa al Consejo de los Derechos y al programa operadores de calle.

Análisis y conclusiones

En una primera mirada, podríamos decir que el Hospital está en condiciones de dar una respuesta a los problemas de salud (cuidados clínicos, cirugías, diagnósticos médicos), pero se encuentra limitado cuando las situaciones sociales y familiares tienen características de marginalidad, graves problemas de salud mental y cuando la ubicación domiciliar les dificulta el acceso al Hospital. Ahí es donde nuestros recursos teóricos y técnicos solamente pueden actuar a nivel de diagnóstico y de intervenciones que convoquen a otros efectores extrahospitalarios.

De todas maneras, tratamos de dar una respuesta a la demanda: drogadicción, abandono familiar, violencia, maltrato, negligencia, abuso, pero nos encontramos con dificultades por la falta de espacios apropiados de aislamiento, de recursos internos, tales como acompañantes terapéuticos, enfermería y asistentes sociales suficientes, además del acompañamiento legal para arbitrar las derivaciones a los lugares apropiados a cada caso. Es importante tener estos conceptos claros a fin de no desperdigar esfuerzos e incluir a pacientes en los servicios hospitalarios que, por más buena voluntad, preocupación y dedicación que instrumenten los terapeutas psicólogos y los trabajadores sociales, no podrán modificar la problemática. Los pacientes que presentamos son ilustrativos de estas deficiencias.

Sabemos que los procesos de maduración de un niño dependen del ambiente facilitador (familia-escuela). Los vínculos de ayuda, de reparación, de restitución, de afecto hacia los niños comienzan en la familia y continúan en la escuela, y son los servicios de protección, los de salud, los de justicia, los que deben sostener y dinamizar estas pertenencias.

Una carencia precoz crea vulnerabilidad que las nuevas experiencias afectivas y sociales podrán reparar o agravar de acuerdo con el diseño de la ayuda y la resiliencia del individuo.

Las familias denominadas de "alto riesgo" presentan una realidad compleja y, en general, durante la mayor parte de su existencia están involucradas con numerosas instituciones. Tienen marcado el ritmo de su vida por la pobreza, la violencia, la exclusión social y la disonancia cultural, y suelen habitar una frontera cuya micropolítica incluye interacciones con una multiplicidad de instituciones, organizaciones y sistemas que se vuelven parte integral de su cotidianeidad. Estos recursos, en general, aparecen atomizados y aislados, unos de otros y, por lo tanto, pierden eficacia y se superponen.

En el orden externo, encontramos falta de políticas, programas y prioridades que solucionen estas problemáticas y extremas dificultades para conseguir los recursos institucionales.

Para estos niños problema la experiencia escolar es altamente significativa. La escuela significa alimento (a veces, la única comida nutritiva del día) y preparación para la vida, porque lo importante no son los contenidos del diseño curricular, sino lo que subyace. La escuela les enseña a convivir en la diversidad, a tolerar y comprender las diferencias, a ser solidarios, a disciplinarse en exigencias que serán útiles para adaptarse activamente al medio social. La

escuela les enseña a cumplir tareas y a presentarse adecuadamente, a poder trabajar en equipo, a consensuar posturas, a respetar las reglas instituidas. Estos niños están corriendo el riesgo de perder esta única oportunidad y convertirse en excluidos.

Entendemos que, para trabajar con esta temática, es necesario una reconceptualización del trabajo médico, psicológico, social y educativo, para que desde diferentes modelos de pensamiento, se generen los intercambios necesarios para abordar estas realidades sociales.

También pensamos que los profesionales que trabajan con estas patologías deben estar protegidos desde el punto de vista legal e institucional, para que puedan desarrollar su tarea dentro de un marco de contención, que les permita operar en beneficio del niño.

Hay perturbaciones que interesan a la salud y otras que conciernen a la política, a la justicia, a la educación. Hay perturbaciones que atañen a la salud mental y otras que competen al orden público y éste debería enfocar no sólo los indicadores directos de la violencia, sino aquellos aspectos de la violencia estructural y cultural que son las causas de los ejemplos que hemos presentado. Es toda una comunidad con sus instituciones la que debe rescatar al niño.

Bibliografía consultada

1. Bleichmar S. Los modos actuales de la subjetividad: Su incidencia en la clínica. *Apuntes de Clase*, Facultad de Psicología, Buenos Aires, 2003.
2. Brieva J, Bisio L, Coglianese C, et al. El Comité de Maltrato y Niños en Riesgo del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez": una ideología de trabajo. *Rev Hosp Niños BAires* 2007;49(221):40-50.
3. Imber-Black E. La perspectiva de los sistemas más amplios que la familia. *Revista Sistemas Familiares* 1995;1(11):35-59.
4. Malacrea M. *Trauma y Reparación. El Tratamiento del Abuso Sexual en la Infancia*, Barcelona: Paidós; 2000.
5. Minuchin S. Calidoscopio familiar. En: *Imágenes de Violencia y Curación*, Buenos Aires: Paidós; 1985.
6. Morín E. Epistemología de la complejidad. En: *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*, Barcelona: Paidós; 1994;IV:421.
7. Pakman M. Terapia familiar en contextos de pobreza, violencia y disonancia étnica. *Revista Sistemas Familiares* 1994;3(10).
8. Schust J, Contreras M, Bersten M, Carrara P, Parral J. *Redes, Vínculos y Subjetividad: Su Recomposición como Objetivo Terapéutico*, Buenos Aires: Lugar; 1999.
9. Vanistendael S. Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: Capitalizar las Fuerzas del Individuo, 2ª ed., Cuadernos del BICE-Oficina Internacional Católica de la Infancia, Ginebra, 1996.
10. Walhs F. El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío. *Revista Sistemas Familiares* 1998;14(1)11-29.
11. Winnicott D. *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*, Buenos Aires: LAIA; 1949.

* Este trabajo recibió el Segundo Premio a la mejor Comunicación Científica del XXV Congreso de Psiquiatría, Mar del Plata, abril de 2009.