

ASPECTOS CLINICOS DEL MALTRATO INFANTIL

Dr. Allan Gilchrist Moreno

SUMMARY

Clinical Aspects of Child Abuse

Child abuse has become one of the most topical clinical problems in the development of Psychiatry and Psychology. Due its complexity, this subject expounds urgent needs to find new ways of analysis and critical approaches.

This work describes 42 cases which were found and personally treated by the author between 1982 and 1986 in the Children's Psychiatric Service of Dr. Exequiel González C. Hospital in the southern area of Santiago. Assuming an operational criterion for each type of child abuse the biodemographic, family, diagnostics and therapeutical evolution antecedents of the patients were analyzed. Many cases of deficient family interaction relationship were found, as well as parental psychiatric pathology, consanguinity with the aggressor and bad economical conditions. These aspects caused a high professional care request and, in spit of the efforts that were made, a high desertion level.

With regard to these antecedents, the performance of studies to delimit high risk groups, the relationship with other psychiatric pathologies and the definition of prophylactic and therapeutical actions is proposed in a short, middle and long term.

Key words: *Child abuse - Beaten Child Syndrome-Family Interaction and Abandoning-Infantile Ill-treatment.*

INTRODUCCION

El tema del maltrato hacia niños y adolescentes constituye uno de los fenómenos emergentes de mayor actualidad dentro del devenir psiquiátrico y psicológico. Desde su descripción clínica en 1962 por **Kempe** (1), se han desarrollado numerosos estudios en diversas escuelas y líneas de trabajo, habiéndose descrito un perfil de los padres y niños (2), (3), (4), (5), y desde un punto de vista más amplio, del sistema familiar (6), (7),

(8), sin excluir los factores externos a la familia y que gravitan poderosamente sobre ella influyendo en su estilo de interacción (9), (10), (11), (12), (13), planteando la necesidad de asumir nuevas formas de análisis y enfrentamiento crítico (8), (13), (14), (15).

En nuestro país sólo en los últimos años se han formado equipos de investigación, siendo escasas aún las publicaciones sobre el tema. El presente trabajo, presentado en 1987 para ingresar a la Sociedad de Neurología y Psiquiatría y ahora

(*) Psiquiatra Infantil
Servicio de Psiquiatría Infantil
Hospital Dr. Exequiel González Cortés

ampliado y actualizado, se enmarca dentro de una línea de estudio llevada a cabo por el autor desde 1980 en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Exequiel González Cortés, del Servicio de Salud Metropolitano Sur de Santiago. Este Servicio proporciona atención en Salud Mental a niños y adolescentes menores de 18 años del área, los que se ubican dentro de sectores de pobreza extrema (7), presentando urgentes requerimientos y demanda de atención.

Sin perder la perspectiva histórica del maltrato como fenómeno que acompaña inequívocamente al desarrollo de la humanidad en las diversas culturas y civilizaciones (11), el maltrato se presenta en nuestro tiempo y en nuestro país como un fenómeno crítico que requiere de investigación y soluciones urgentes.

Luego de años de trabajo terapéutico intentando ayudar a reparar el daño, no deja aún de asombrarme constatar por una parte la variada y escalofriante gama de formas que adopta el maltrato entre seres humanos considerando la violencia implícita y la indefensión de la víctima, y, por otra, las diversas formas de adaptación normal o patológica que aparecen como estrategias de supervivencia frente a la perseveración del daño y a una suerte de indiferencia del cuerpo social. Esta incapacidad de proporcionar respuestas adecuadas significa de facto la aceptación del fenómeno en sí, tanto como la mantención de los factores que permiten que se produzca y mantenga en el tiempo.

No disponemos aún de definiciones ni formas de registro, diagnóstico o terapéuticas homogéneas ni adaptadas a nuestra realidad nacional. No existen tampoco antecedentes estadísticos nacionales confiables. Las cifras que en general se manejan corresponden a tasas encontradas en otros países aplicadas al nuestro, o sólo reflejan registros sectoriales parciales, existiendo una "cifra negra" que es urgente delimitar. Los equipos de trabajo o investigación funcionan separadamente y sin estrategias coherentes que permitan intentar el gran desafío del trabajo mancomunado. Así, no podemos soslayar nuestra propia cuota de responsabilidad como especialistas y como integrantes del cuerpo social, en la necesidad imperiosa de buscar formas de prevención y resolución en conjunto con el resto de los miembros de la sociedad en la que desarrollamos nuestra vida y nuestro quehacer cotidiano.

OBJETIVOS

Como objetivo general fundamental se plantea el dar a conocer, compartir y discutir un fe-

nómeno biopsicosocial habitualmente poco conocido, mal sistematizado y subreportado, que se presenta como causa de consulta frecuente, y que en general, ha tenido poco espacio en la literatura médica, con los riesgos y deficiencias que esto significa.

En forma más específica se busca mostrar los resultados de un grupo de pacientes pertenecientes a nuestra experiencia contemporánea, y sus diferencias y paralelismos con resultados extranjeros, reflejando la urgente necesidad de conocer nuestra realidad nacional.

Por último, el propósito de esta descripción apunta a pacientes ambulatorios, no considerando el maltrato institucional de cárceles, hogares de menores, colegios, instituciones hospitalarias, etc.

MATERIAL Y METODO

Se procedió a una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de un grupo de pacientes portadores de esta patología, atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infantil mencionado, entre junio de 1982 y mayo de 1986, y tratados personalmente por el autor con el fin de mantener un criterio único de anamnesis, diagnóstico y tratamiento. Las fichas clínicas se tomaron del registro diario de consultas, obteniendo inicialmente un total de 48 casos de los que se descartaron 6 por no tener todos los antecedentes necesarios o no ser ubicable el registro. Sólo se consideró aquellos en los que aparecía el diagnóstico de Maltrato en alguna de sus variantes asumiendo el riesgo de que un número indeterminado pudiera quedar oculto bajo otro diagnóstico. Cabe hacer presente además, que por tratarse de un registro individual, este número es inferior al total de casos tratados en el Servicio en este lapso, y que por el tipo de selección los resultados no son estadísticamente extrapolables al universo de niños y adolescentes atendidos.

Como definiciones operacionales de maltrato se usaron las siguientes: (5)

— **Abuso Físico:** Cualquier lesión no accidental de un niño, que pueda ser producto de un episodio único o repetido de abuso, y cuya severidad varía entre lesiones leves y fatales.

— **Abandono y Abuso síquico:** Se define como la falla voluntaria en proporcionar satisfacción de necesidades vitales tales como afecto, cariño, estimulación, cuidados médicos, nutrición, educación y enseñanza, vestimenta, vivienda, protección, etc.

Abuso sexual: Se refiere a cualquier tipo de actividad sexual entre un adulto y un niño, producto

de abuso crónico o de un asalto sexual.

RESULTADOS

Las edades de los 42 pacientes se asimilaron al concepto de Etapas del Desarrollo en la siguiente forma: **Lactantes** (de 0 a 1 año 11 meses), **Pre-escolares** (de 2 años a 5 años 11 meses), **Escolares** (de 6 años a 9 años 11 meses), **Prepúberes** (de 10 años a 13 años 11 meses) y **Adolescentes** (de 14 años a 17 años 11 meses).

1. Descripción de los pacientes:

Distribución por sexo y edad

Hombres y mujeres están representados por igual, variando sin embargo su proporción por edad. En ambos sexos el número mayor corresponde a los escolares y prepúberes, seguidos por los adolescentes y pre-escolares. No se presentaron casos entre lactantes. Estas cifras muestran un aumento en la edad, comparados con revisiones anteriores (7) (Tabla 1).

razo y Parto por ser dudosos y de gran dispersión. Un 23,8% de los pacientes presentaba retraso en los datos anamnésticos sobre adquisición de la marcha, lenguaje o control de esfínteres, cifra estimada baja en comparación con otros estudios (13).

Antecedentes Mórbidos y diagnóstico de derivación.

Aún cuando en la anamnesis no se registraron antecedentes mórbidos somáticos de importancia, en este rubro se consignaron los diagnósticos realizados en el Servicio por considerarlos de importancia para caracterizar a los niños estudiados. Así, un 45,2% presentaba un trastorno del desarrollo (Déficit Atencional con Hiperactividad, Enuresis, Encopresis), y un 7,1% trastornos neurológicos (secuelas de TEC, Epilepsia, CI subnormal). En el 69% de los casos no se mencionó el maltrato entre los diagnósticos de derivación.

Los antecedentes que proporciona el diagnóstico definitivo son concordantes con el perfil de

TABLA 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO Y
EDAD DEL GRUPO ESTUDIADO (N = 42)

	PREESCOLARES		ESCOLARES		PREPUBERES		ADOLESCENTES		TOTAL	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	6	14.3	6	14.3	5	11.9	4	9.5	21	50
Femenino	1	2.4	7	16.6	8	19.0	5	11.9	21	50
Total	7	16.7	13	30.9	13	30.9	9	21.4	42	100

Procedencia.

La derivación provino en un 47,6% de Consultorios externos dentro del área y en 42,9% de Servicios intrahospitalarios entre los que resalta el Servicio de Urgencia (26,2%). Un 9,5% correspondió a derivación por causas judiciales.

Escolaridad.

Un 64,3% asistía al momento del ingreso al Servicio a Educación Básica, un 11,9% a Educación Media y un 23,8% no registraba escolaridad, lo que se relaciona tanto con el número de pacientes pre-escolares como con las características socioeconómicas del sector (7), (13).

Desarrollo Psicomotor.

No se consideraron los antecedentes de Emba-

riesgo de los niños descritos en la literatura (5), (11).

2. Descripción de la familia.

En un 38% al momento de ingreso se encontraba ausente o muerto uno de los padres biológicos, ya fuera la madre (16,6%) o el padre (21,4%). Sin embargo, estas parejas se habían reconstituido con un tercero en un 98%. Los antecedentes siguientes se tomaron de los padres presentes, ya fueran biológicos o no.

La edad promedio de las madres presentes fue de 31,2 años, y de 36,8 para los padres, los que presentaban antecedentes de patología siquiátrica en un 65,7% y 66,6% respectivamente.

Patología psiquiátrica en los padres presentes.

Llama la atención la alta frecuencia de patología psiquiátrica, hecho no descrito en tal magnitud en la literatura (3), (5) (Tabla 2).

TABLA 2

PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN LOS PADRES PRESENTES (DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN PATOLOGIA)

	MADRES	PADRES
Alcoholismo	--	36.4
Neurosis	40.0	12.2
Psicosis	11.4	--
DOC - RM - Epilepsia	8.6	6.0
Personalidad Anormal	5.7	9.0
Suicidio (*)	--	3.0
Total	65.7%	66.6

(*) Corresponde a suicidio completado como parte del episodio de maltrato.

En cuanto a la Relación de Pareja, fue descrita como buena en un 11,9%, regular en un 2,4% y como mala en un 85,7%.

La actividad de la madre fue de preferencia labores de casa, 80%, seguida por empleada pública o particular en un 14,3% y adscrita al PEM o POJH en un 5,7%. El padre pertenecía al PEM o POJH en un 45,5% o se encontraba cesante en un 33,3%. Un 21,2% era empleado público o particular. De estos antecedentes se puede inferir que un alto porcentaje de estas familias pertenecen a estratos socioeconómicos bajos con graves dificultades económicas y sociales. En lo que se refiere a la composición familiar, se encontró un promedio de 3,3 hermanos por casa, con un 62,4% de familias extendidas, en especial por la presencia de allegados.

3. Antecedentes del maltrato.

Aplicando las definiciones operacionales descritas en la metodología, se agrupó el tipo de maltrato en: físico (28.6%), abandono, que incluye maltrato síquico (21.4%), sexual (40.5%) y mixto (9.5%).

El abuso sexual fue el más frecuente entre escolares, prepúberes y adolescentes. El abuso físico y el abandono se distribuyeron por igual en los diferentes grupos etarios.

Agresor denunciado:

De la tabla 3 se deduce que el maltrato de estos niños se dio en un 87.9% por familiares, de los que un 85.6% fue dentro del hogar. Sólo un 11.9% correspondió al maltrato por no familiares y fuera del hogar (Tabla 3).

TABLA 3

AGRESOR DENUNCIADO DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN RELACION CON EL PACIENTE (N = 42)

	N°	%
Padre	20	47.6
Madre	7	16.6
Abuelo	4	9.5
Otro familiar intra hogar (1)	5	11.9
Otro familiar extra hogar (2)	1	2.3
No familiar extra hogar (3)	5	11.9
Total	42	100.0

(1) y (2) incluye hermanos, tíos y otros familiares.

(3) incluye profesores, amigos de los padres y desconocidos.

Agresor según tipo de lesión:

El padre aparece como el agresor sexual más frecuente, seguido por el abuelo y otros familiares. En el caso del abuso físico aparecen el padre y la madre con escasa diferencia, seguidos por otros familiares y extraños al hogar. Llama la atención que el abandono se registró sólo adscrito a la madre (Tabla 4).

TABLA 4

AGRESOR SEGUN TIPO DE LESION. DISTRIBUCION PORCENTUAL (N = 42)

	FISICO	ABANDONO	SEXUAL
Padre	11.9	--	35.7
Madre	9.5	7.1	--
Abuelo	--	--	9.5
Familiar Intrahogar	4.8	--	7.1
Familiar extrahogar	2.4	--	--
No familiar extra hogar	7.1	--	4.8

4. Antecedentes del tratamiento

El tiempo de tratamiento total fluctuó entre una consulta y los 4 años, con un promedio de 13 meses para los pre-escolares, 14 meses para los escolares, 10 meses para los pre-púberes y 7 meses para los adolescentes.

Estos pacientes asistieron a un total de 379 consultas psiquiátricas, 48 psicológicas y 340 de Terapia Ocupacional, requiriendo prescripción de psicofármacos en un 61,5% por tiempos variables.

Del total de 42 pacientes, 6 requirieron hospitalización (14.3%) ocupando un promedio de 22 días-cama. Uno de ellos falleció, lo que representa una letalidad del 2.4%.

El destino de los pacientes fue el siguiente:

Un 64.3% se mantuvo en su hogar originario, el 19% fue internado en Hogar de Menores y un 14.2% fue entregado a un familiar o tutor legal.

En cuanto a la asistencia a tratamiento el 64.3% desertó de los controles, siendo dado de alta un 33.3%, manteniéndose aún en tratamiento un 2.4% al momento de corte.

DISCUSION

De la revisión de estos 42 casos de maltrato hacia niños y adolescentes, resalta la importancia y gravedad que este fenómeno reviste tanto para el niño y su familia como para el sistema social en el que están insertos, lo que hace ineludible la necesidad del trabajo organizado y programático en este campo, independientemente de la escuela de formación que se sustente. Considerando a niños y adolescentes como seres humanos en pleno crecimiento y desarrollo, las noxas que los afectan dejarán huellas indelebles en sus rasgos de personalidad y estilo de interacción en etapas posteriores, cuyo perfil y profundidad no podrían definirse sino con estudios de seguimiento.

Niñas y niños están expuestos al riesgo. En el grupo estudiado la proporción por sexo fue de 1:1, sin embargo varió considerablemente en cuanto a edad y tipo de maltrato. Aparece un aumento en el promedio de edad que contrasta con estudios previos nacionales y extranjeros (3), (5), (7). Las niñas mayores están más expuestas al abuso sexual.

Llama la atención la alta derivación aparente de Servicios Hospitalarios (90.5%) y el bajo porcentaje enviado por causas legales. No conociendo el número total de niños maltratados atendidos en estos centros en el lapso estudiado, no se puede apreciar si el número de derivación fue el

adecuado, aunque ya en revisiones previas en la misma área hospitalaria se encontró una muy baja interconsulta hacia Salud Mental (7), (16).

Considerando tan sólo el abuso físico, otros estudios (13) han registrado que el 50% de las madres encuentra este tipo de castigo como una forma eficaz de control conductual, lo que permite suponer que los casos que consulten son los más críticos, manteniéndose la base de este iceberg fuera de consulta y registro y, por lo tanto, excluida la posibilidad de recibir ayuda terapéutica, como fenómeno subclínico.

Los antecedentes sobre escolaridad y desarrollo sicomotor son insuficientes para extraer conclusiones válidas. En cuanto a los antecedentes mórbidos llama la atención la diferencia entre el diagnóstico definitivo y el de derivación en especial en el área de trastornos del desarrollo no pesquisado. Esta discordancia resulta en que el diagnóstico de maltrato se asoció en un 72.2% con otras patologías neuropsiquiátricas, de las que resalta el intento suicida (19%). En una revisión del autor sobre urgencias psiquiátricas atendidas en el Servicio en 1983, se encontró el intento suicida como segunda frecuencia de consulta urgente, seguida por el maltrato (17).

Esta información hace énfasis en la necesidad de cerrar la brecha existente entre los niveles de atención primario y secundario para lograr un trabajo cohesionado, además de insistir en la formación académica en esta área, tanto de pre como de post grado, en las carreras relacionadas con la salud.

Las familias en general corresponden a parejas mal avenidas (85.7%) en las que el niño se ve englobado, situación que aparentemente no se soluciona al reestructurarse la pareja luego de la muerte o ausencia de uno de los miembros iniciales. El contraste con otros estudios (13) es importante. En ellos se refiere que las madres describen su relación de pareja como mala en un 11%, lo que se relaciona con bajas expectativas y el sometimiento a las condiciones de la cultura machista y pobreza. Esta altísima diferencia podría estar reflejando las graves falencias de la interacción intra y extrasistémica en las familias maltratadoras.

El alto porcentaje presente de patología psiquiátrica en uno o ambos padres, sobre el 66%, favorece el riesgo de maltrato y la gravedad de las lesiones (3), (6), (10), (11). Este alto porcentaje, sin embargo, contrasta con la literatura que en general lo ubica entre un 10 y 15% (3), (5), (11), y con un reciente estudio efectuado entre todos los niños consultantes en nuestro Servicio,

que encontró antecedentes de psicopatología en un 29% para el padre, especialmente alcoholismo, y 28% en la madre, especialmente neurosis (18). Al antecedente de interacción deficiente y patología psiquiátrica se agrega como otro elemento de riesgo la mala situación socioeconómica (3), (9), (11), (16), lo que en el grupo estudiado se aprecia en cesantía o subempleo del padre en un 78.8% incidiendo a su vez en una mayoría de familias extendidas (62.4%) por otros familiares agregados conformando claramente grupos de alto riesgo.

En cuanto al tipo de maltrato resalta el abuso sexual producto del padre y otros familiares. En dos de los casos en que el abuso fue practicado por el abuelo, éste a su vez había procreado incestuosamente a la víctima actual en su propia hija, lo que corrobora la tendencia de este fenómeno a ser transgeneracional. El abuso físico fue producto del padre y la madre casi por igual. El abandono se refirió sólo a la madre, ya que en estos casos ella hacía de cabeza de familia. En el 85.6% el abuso se dio dentro del hogar del que un 87.9% fue perpetrado por familiares, lo que corresponde a lo descrito en la literatura (3), (5), (7).

El tratamiento de estos niños significó un fuerte e integrado esfuerzo del equipo de Salud Mental, lo que se ve cuantificado en el volumen de horas-profesional ocupadas. Pese a ello, y aun con la ayuda de sicofármacos, en un alto porcentaje el tiempo de tratamiento se extiende por años, lo que refleja la gravedad que revisten los casos. La prescripción de psicofármacos en un 61.5% se relaciona con la presencia de trastornos del desarrollo y emocionales agregados como consecuencia del maltrato. Con todo esto, la deserción en alguna etapa del tratamiento alcanzó el 64.3% lo que se relaciona con la mantención del abuso, persistencia tanto de los patrones anómalos de interacción familiar como de los factores de riesgo y la falla en poder proporcionar soluciones terapéuticas útiles y concretas.

Un 14.3% de los niños se hospitalizó, ya sea por la gravedad de las lesiones o como recurso de protección frente a la posibilidad de recidiva del maltrato, ocupando un total de 132 días-cama con una letalidad de 2.4% correspondiendo a un caso escolar que sufrió violación, TEC abierto y contusiones múltiples producto de un familiar no consanguíneo. No hubo indicación psiquiátrica de hospitalización, siendo todas efectuadas a través del Servicio de Urgencia.

De los casos tratados, el 64.3% se mantuvo en su hogar original y un 33.2% fue derivado donde

familiares, tutores o internados de menores. Esto agrega un factor de riesgo al exponer a los niños y adolescentes a un nuevo maltrato si las condiciones no han variado, recordando que sobre el 85% de las familias reportaba una mala relación de pareja, reforzando la necesidad de incluir a la familia en la terapia.

El equipo multidisciplinario debe contar con el apoyo fluido y permanente de profesionales de Servicio Social, tanto para el trabajo de terreno asegurando el seguimiento y control de cada caso, como para lograr el apoyo de las redes informales intracomunitarias. De la crudeza y violencia involucrados en los números y porcentajes descritos, se desprende la urgente necesidad de buscar soluciones integrales y eficaces, recordando que frente a este tipo de agresión los niños y adolescentes se encuentran inermes e indefensos. Sin duda en las soluciones no sólo debe participar el sector salud, sin embargo debe tener un papel técnico preponderante y fundamental tanto en la entrega de los antecedentes estadísticos como en la búsqueda de las técnicas y estrategias que resultan viables a corto, mediano y largo plazo, insertas en nuestra realidad particular.

En este punto es insoslayable la participación de la propia comunidad en un rol activo entregando la información necesaria y el apoyo y cooperación formal e informal para los sistemas de ayuda que se les proponga. No tomar en cuenta este aspecto implica el riesgo de iniciar costosas acciones estériles y autolimitadas en el tiempo. La tríada salud-justicia-educación debe hacerse especialmente presente en este fenómeno biopsicosocial, al igual que la integración definitiva con otros programas de Salud Mental y de salud en general.

Resalta por último, la necesidad urgente de diseñar y realizar estudios prospectivos sobre el tema y su interrelación con otros tipos de patología mental, con el objetivo de definir grupos de riesgo sobre los cuales intervenir, maximizando la eficacia de las distintas acciones contenidas en los futuros programas.

RESUMEN

El tema del maltrato hacia niños y adolescentes constituye uno de los problemas clínicos de mayor actualidad en el desarrollo de la psiquiatría y la psicología. Por su complejidad plantea urgentes necesidades de nuevas formas de análisis y enfrentamiento crítico.

El presente trabajo describe los hallazgos encontrados en 42 casos tratados personalmente

por el autor entre 1982 y 1986, en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Dr. Exequiel González Cortés del Area Sur de Santiago. Partiendo de definiciones operacionales para cada tipo de maltrato, se analizaron los antecedentes biodemográficos, familiares, diagnósticos y evolución terapéutica. Se encontró una alta relación con interacción familiar deficiente, patología psiquiátrica en los padres, consanguinidad con el agresor y malas condiciones económicas. Estos aspectos incidieron en fuertes requerimientos de atención profesional y alta deserción del tratamiento pese a los esfuerzos realizados.

A la luz de estos antecedentes se propone la elaboración de estudios que delimiten grupos de alto riesgo, relación con otras patologías psiquiátricas y la definición de acciones profilácticas y terapéuticas a corto, mediano y largo plazo.

Palabras clave: Abuso y privación infantil - Síndrome del niño golpeado - Interacción familiar y abandono - Maltrato infantil.

BIBLIOGRAFIA

1. Kempe C.M. The battered child syndrome. 1962; J.A.M.A. 181:17 1962
2. Bamford F.N. The Abused and Deprived Child The Practitioner 1981; 225.
3. Gild D.G. Violence Against Children I. of marriage and the family 1971
4. Giovanon. I.M. Parental mistreatment: perpetrators and victims I. of marriage and the family 1971
5. Mo Neese M.C. Hegeler J.R. The abused child Clinical symposium Ciba 1977; 29 N° 5
6. Burgess R.L. Conger R.D. Family interaction in abusive. Neglectful and normal families Child Development; 49 (1) 163 - 173 1978
7. Gilchrist A. Síndrome del niño golpeado Te-

- sis de Grado. Publicación del Departamento de Psiquiatría Sur. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago 1983
8. Sweet J. Resick P. The maltreatment of children: A review of theories and research J. of Social Issues 1979; 35(2)
9. Cepal-Unicef Pobreza crítica de la niñez. Informe para América Latina y El Caribe. Santiago, 1981
10. Elmer E. Child abuse and family stress J. of Social Issues 1979; 35 (2)
11. Rosselot J. El niño maltratado. Consideraciones Epidemiológicas, Clínicas y Jurídico-Sociales, Revista Chilena de Pediatría, 1981; 52 (4)
12. Pérez F. y Juan M. Daño y reparación en hijos de víctimas de la represión política. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 1990; Vol XXVIII (3)
13. Seguel X., Bralic S., Edwards M. Más allá de la sobrevivencia. Cedep-Unicef Santiago 1989
14. Bateson G. Pasos hacia una Ecología de la mente. Editorial C. Lohlé S.A. Buenos Aires 1985; 427-538.
15. Colegio Médico de Chile (A.G.) Etica médica, normas y documentos. Colegio Médico de Chile, Editorial Graphos Comunicaciones Ltda. Santiago, 1986.
16. Gilchrist A. Alvarez E. Urgencias en Psiquiatría Infantil. 2° Curso de Actualización en Psiquiatría Infantil. Departamento de Psiquiatría Sur, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago 1982.
17. Gilchrist A. Experiencia en atenciones de urgencia en un servicio de Psiquiatría Infantil. Trabajo de Ingreso a la Sociedad Chilena de Neurología y Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. 1983 (en prensa).
18. Guajardo H. Comunicación Personal. Trabajo de ingreso a la Sociedad de Neurología y Psiquiatría. 1987 (en prensa).