

---

# Atención a niños en situación de riesgo psicosocial. Experiencia de un centro de salud

José Puig de la Bellacasa\*

Esteban Carrasco\*\*

Almudena Languin\*\*\*

Esther Mora\*\*\*\*

\*Pediatra. \*\*Psicólogo. \*\*\*Trabajadora Social. \*\*\*\*Enfermera.

Centro Integral de Salud (CIS). Ayuntamiento de Madrid

---

## Resumen

Se revisa la experiencia de 15 años en un centro de Atención Municipal que atiende a una población infantil de alto riesgo psicosocial. Los autores relacionan la patología de los lactantes con la problemática social familiar (drogadicción, maltrato familiar, familias monoparentales...) En el programa de seguimiento infantil se resalta la importancia de la creación de un vínculo correcto madre-hijo para lo que se instaura apoyo familiar a través de una captación precoz, facilitando el acceso a la consulta para el cuidado y posterior seguimiento de estos niños.

**Palabras clave:** Niños de alto riesgo social, vínculo.

## Abstract

The experience along 15 years in a Municipal Health Care Centre is revised. It covers a high social risk population. The authors link the infant pathology with social family problems (drugs, family abuse, monoparental families...). The program stands out the importance of establishing a correct mother-infant attachment so that a family support is established through an early detection, making easy the access to consultation in order to take care and follow these children.

**Key words:** High social risk children, attachment.

## Introducción

La complejidad instrumental de la asistencia pediátrica hospitalaria contrasta con la relativa sencillez de la Atención Primaria. No es lo mismo la cirugía, la nefrología, la neonatología o

los cuidados intensivos, que la asistencia ante un cuadro febril, una amigdalitis, una gastroenteritis o una bronquiolitis en Atención Primaria.

Ahora bien, si partimos del análisis de la demanda actual en pediatría en los

centros de salud, veremos que las alteraciones del sueño o del desarrollo psicomotor, el llanto, los trastornos de conducta, el fracaso escolar, las crisis del adolescente, la enuresis, la encopresis, la anorexia, etc. están ocupando cada vez en mayor porcentaje los primeros lugares de dicha demanda. Y si analizamos la complejidad del tratamiento de estos trastornos, quizás lleguemos a la conclusión de que es necesario trabajar en equipos multidisciplinarios.

En este artículo se presenta parte de la experiencia acumulada durante 15 años por un equipo multidisciplinario de Atención Primaria municipal en su trabajo con una población pediátrica considerada de elevado riesgo psicosocial. El equipo está formado por un pediatra, un psicólogo, un trabajador social, una diplomada en enfermería, y recibe el apoyo de dos ginecólogos, dos psiquiatras, una matrona y un médico general.

Entre las madres de los niños que forman este grupo poblacional hay madres solteras, adolescentes, deficientes y enfermas mentales, toxicómanas, inmigrantes ilegales, mujeres maltratadas por sus parejas y otras en diferentes situaciones de riesgo psicosocial.

Los niños y sus familias son captados de diferentes maneras. Unas veces directamente en el centro de salud, como

ocurre con los inmigrantes que al no tener seguridad social acuden al centro de salud municipal bien para control del embarazo, para atención de sus hijos desde recién nacidos hasta los 18 años, o bien para atención de los adultos cuando enferman. Otras veces son captados por diversas entidades, como la maternidad de zona si son hijos de padres toxicómanos, por los servicios sociales de zona, por ONGs y en ocasiones por las escuelas infantiles o por las escuelas públicas de la zona sanitaria del centro de salud que corresponden a dos distritos de la ciudad.

El equipo multidisciplinar trabaja abordando los casos desde el punto de vista físico, psíquico y social e intentando una terapia global del niño, y después iniciando un seguimiento de éste durante varios años.

Un caso clínico concreto puede ayudar a explicar mejor la complejidad del abordaje y tratamiento de estos niños en riesgo evolutivo por su entorno psicosocial y la necesidad de tener en cuenta los diferentes factores que influyen en su patología: con cierta frecuencia durante el seguimiento de recién nacidos, hijos de madres toxicómanas, encontramos que en el curso de su desarrollo evolutivo presentan vómitos o regurgitaciones abundantes que dificultan

tan o impiden su desarrollo ponderal. Son estudiados en el hospital de zona y diagnosticados y tratados de reflujo gastroesofágico. Hemos observado que los niños dejan de vomitar cuando sus madres consiguen vivir una temporada sin drogarse y al sentirse bien pueden relacionarse de una manera coherente y comprensible con sus hijos; sin embargo, cuando ellas recaen en el consumo de drogas, éstos vomitan intensamente en respuesta a la ambivalencia y confusión con que las madres expresan sus afectos. Durante todo este tiempo el niño mantiene el mismo reflujo gastroesofágico, pero las consecuencias del mismo son completamente diferentes.

Lo primero que hacemos en la consulta es verbalizar con la madre y los familiares próximos, abuelos generalmente, lo que está sucediendo con el bebé, y si éstos son capaces de entender la relación entre los afectos del bebé y los síntomas físicos que presenta, éste mejora en sus síntomas espectacularmente aunque el reflujo persista. Si la madre no puede superar su adicción la abuela deberá asumir la función de la madre y cuando lo consigue el niño mantiene su mejoría.

Antes de llegar a poder plantearnos cada caso clínico de una manera eficaz estuvimos muchos años recibiendo ni-

ños en la consulta en los que observábamos que en sus historias clínicas aparecían conflictos familiares o enfermedades de los padres, sobre todo drogadicción, que provocaban en nosotros incertidumbre sobre el futuro de los niños. Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y analítico<sup>1,2</sup> de los factores de riesgo que existían entre los niños cuyas familias consumían drogas. Los resultados mostraron la complejidad del problema. ¿Qué hacer cuando el 34% de los niños de estas familias habían sido ingresados en neonatología al nacer, de éstos el 46% con síndrome de abstinencia y el 36% con más de treinta días de ingreso? ¿Cómo eran recibidos estos niños en sus familias si el 51% de los padres estaban detenidos o con condena pendiente y el 80% parados o no habían trabajado nunca? ¿Si el 59% de los embarazos no habían sido deseados y la presencia de VIH o pérdida por muerte de alguno de los padres estaba presente en el 83% de los niños?

### **Programa de seguimiento**

Se inició el seguimiento con una beca de investigación del Real Patronato de Prevención de Minusvalías dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales. El primer paso consistió en una búsqueda

bibliográfica en profundidad para analizar experiencias semejantes y posteriormente la elaboración de un protocolo de actuación para intentar desarrollar una actitud de apoyo hacia estos niños y sus madres toxicómanas.

En la revisión bibliográfica se insistía especialmente en que para poder lograr resultados en el trabajo con niños de poblaciones marginales era preciso que los profesionales estuvieran motivados y que aplicaran en el trabajo medidas no habituales en los protocolos de actuación de la mayoría de los servicios sanitarios occidentales: por ejemplo, no rechazar a los pacientes cuando son conflictivos, saltarse las normas administrativas cuando es necesario para el bienestar del niño o apoyar afectivamente a los pacientes y a sus familias.

Para poder empezar el seguimiento de los niños, no hay que exigir a sus familias condiciones previas, ya que por sus propios conflictos suelen ser incapaces de cumplirlas, y además estas exigencias previas pueden impedir la captación y aumentar el riesgo de marginación.

Se considera prioritario una captación precoz para poder intervenir de una manera preventiva<sup>3</sup> en la situación que viven los niños con síndrome de abstinencia, con ingreso prolongado y con

posible duelo anticipado de sus familias. Ésto, unido a la frágil situación emocional de la madre que dificulta más el establecimiento de un vínculo<sup>(1)</sup> firme y duradero con su bebé, hace necesario intervenir lo más pronto posible ayudando a que el vínculo se establezca.

La captación se inicia en la maternidad de zona para que la madre pueda sentir el apoyo de un equipo desde los primeros días de vida de su hijo. A lo largo de estos años hemos podido comprobar que si la captación es precoz, la relación que se establece entre los padres y el equipo de seguimiento es de mayor confianza y ello da como resultado una mayor eficacia en nuestra actuación.

Se cita desde el hospital por medio de los servicios sociales del mismo para que la madre acuda con su bebé a nuestro centro de salud en cuanto sea dada de alta. En la mayoría de los casos acuden en el día acordado y sólo en unos pocos es necesario volver a citarlos, y rara vez hay que ir al domicilio del bebé para lograr la captación del mismo para el programa de seguimiento.

### **Etapas de actuación**

Cuando el niño es un recién nacido, el objetivo principal es conseguir que se

---

<sup>(1)</sup> Vínculo: relación emocional que se establece entre la madre y el hijo.

establezca una diada<sup>(2)</sup> lo más fuerte posible entre la madre y su hijo con el apoyo del padre o de la familia del niño (abuelos, tíos, etc.) e intentar que durante el período 0-1 mes de vida se produzca la simbiosis necesaria entre ambos para que el bebé comience su vida de la manera más segura posible, que es recibiendo el cariño de su madre.

Entre el 2º y el 5º mes el bebé comenzará a sonreír, a mirar, a abrir sus manos, a dormir bien o mal, a comer bien o mal, a tener cólicos<sup>4</sup>, a relacionarse, y nosotros vamos a poder observar si el afecto<sup>(3)</sup> que recibe es suficiente para llevar un desarrollo físico y psíquico adecuado. En esta etapa, la madre agradece todo el apoyo que podamos darle y es el momento de hacerle ver todo lo que hace bien y escucharla para reconducir las alteraciones del desarrollo que pueda manifestar el bebé. Durante este período y hasta el año de edad, disponemos de leche de forma gratuita para favorecer la captación.

---

<sup>(2)</sup> Diada: diálogo entre madre e hijo que transforma a ambos en un conjunto de interacciones mutuas.

<sup>(3)</sup> Afecto: Un estímulo o una emoción procedente del interior o exterior del bebé, provoca "excitación" y la madre al satisfacer la descarga de esta tensión proporciona "quietud" al bebé. A través de este "diálogo" acción-reacción, el bebé va transformando los estímulos sin significado (gases, dolor, hambre...) en señales significativas o con sentido.

En el centro de salud se celebra todos los meses una reunión con un grupo materno infantil, al que acuden las madres con sus hijos recién nacidos. En este marco las madres exponen sus dificultades con el sueño de sus bebés, con los cólicos, con la alimentación, con sus parejas, con sus madres o suegras, y se van elaborando en grupo las posibles soluciones. Hemos podido constatar que a través de las sucesivas reuniones grupales mejoran los síntomas de los bebés descritos por las madres.

La consulta pediátrica está diseñada para que el bebé sea traído al centro de salud, y para lograrlo, las citas son flexibles y siempre se recibe a un niño aunque venga sin haber sido citado. Se vuelve a insistir en que el paciente es el niño y no se deben poner condiciones administrativas a los padres para poder atenderle a él.

Cuando el bebé ha sido citado desde el hospital de zona por haber sufrido síndrome de abstinencia, se atiende y explica a los padres y a los abuelos. Vienen a esta consulta por los graves problemas de salud que tiene la madre o ambos padres y desde el primer momento apoyamos y enfatizamos todos los signos que aporten el bebé o sus padres para una buena relación afectiva. "En caso de duda entre sus afectos

hacia el bebé y la opinión de los médicos o enfermeras sobre lo que debe hacer déjese llevar por su afecto" (Winnicott)<sup>5</sup>. Se puede apoyar a la madre pero no se la puede enseñar a querer a su hijo. Los consejos excesivos pueden interferir la relación en lugar de mejorarla<sup>6</sup>.

El bebé entre el 5º y el 9º-12º mes va a ir reconociendo a los extraños y distinguiéndolos de sus padres y su familia. En esta etapa el bebé llora cuando llega a la consulta, le cuesta separarse de su madre y sufre intensamente si la separación se produce de una manera prolongada, pudiendo llegar éste a sufrir "depresión anaclítica"<sup>(4)</sup>. Esta situación se está produciendo en diferentes grados de gravedad cuando los niños son separados de sus familias por motivos de desamparo o malos tratos en este período<sup>5, 6 y 7</sup>.

Desde la consulta pediátrica es necesario tener en cuenta el desarrollo evolutivo del bebé para la entrada en guarderías o para la separación de sus padres por cualquier otro motivo.

---

<sup>(4)</sup> Depresión Anaclítica: (anacético, del griego: apoyarse en): una vez establecida una relación de afecto entre madre e hijo, la madre (objeto del afecto en que se apoya su hijo) desaparece, y éste (el hijo) no encuentra sustituto adecuado. Ocurre entre los 6-7 meses hasta los 2,5-3 años. La depresión subsiguiente puede tener diferentes grados de gravedad, llegando incluso a producir la muerte.

Las madres inmaduras pueden esperar de sus hijos que éstos se porten bien, que no lloren, que se duerman en cuanto ellas lo deseen... en fin, que se comporten como si no fueran bebés, sino como adultos pequeños. Con las madres adolescentes, solas por abandono, toxicómanas o con enfermedad mental es necesario trabajar la relación madre-hijo y seguirla a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo del niño.

En el siguiente período el bebé comienza a gatear y luego a andar y se separa de su madre. Ésta puede disfrutar con la nueva autonomía de su hijo sin que surjan los conflictos con la comida que aparecen cuando la madre se apodera de la función del hambre de su hijo, o atemorizarse y entonces restringir sus nuevos hábitos para "que no le pase nada". El niño siempre regresa y necesita ese juego con su madre, de alejarse y volver para que después de los 18 meses comience la etapa de decir que "no", de oponerse y hacia los 2-3 años el control de esfínteres (nueva función autónoma del hijo que éste debe conseguir sin interferencias maternas o paternas).

En la actualidad el protocolo de actuación es hasta los tres años de edad, pero como es lógico el seguimiento se sigue durante toda la infancia.

Es muy importante en esta etapa no "enfrentarse" al hijo y al mismo tiempo fijar los límites (se trabaja esta situación con las madres). Esta etapa es como una adolescencia en pequeño.

Hasta los 7 años se extiende el período de la curiosidad, la diferencia de los sexos, los límites en ir a la cama de los padres, con el pudor y con los hábitos de higiene individuales, con la escolaridad. Es una etapa muy difícil por la habitual conflictividad de los padres y en muchas ocasiones por la deficiente función que realizan como pareja. Es el momento de intentar prevenir las situaciones que pueden llevar al fracaso escolar.

Entre los 7 y los 12 años el niño necesita tranquilidad, una vida bien organizada que le permita el aprendizaje, su identificación sexual, desear crecer, entrar en la latencia. Si la familia está desestructurada, el riesgo para el niño es muy elevado.

Posteriormente existe un programa del adolescente en el centro de salud que intenta dar un marco adecuado hasta los 18 años en el que colabora pediatría. En esta etapa el hijo tiene cambios corporales biológicos que le fuerzan a separarse de sus padres y a volcarse en las relaciones de pandilla mixta y a enfrentarse con sus padres para lograr de verdad la independencia.

Todo esto sólo es posible con unos padres que estén presentes, que existan, que sean accesibles y que le permitan a su hijo pelearse con ellos sin romperse como padres.

### **Ampliación de las actuaciones**

Posteriormente a la experiencia vivida con padres toxicómanos se han ido ampliando las causas sociales y familiares que inciden en provocar situaciones de riesgo evolutivo en los niños. Una de estas causas está en la inmigración ilegal por las situaciones de indefensión, angustia, dificultades laborales, conflictos familiares de separación, exceso de horario laboral, exigencias de maduración precoz de los niños provocando el desarrollo de falsos "self" por los problemas de los padres, los malos tratos ocultos que ocurren en España o que arrastran de sus países de origen, etc.

Se ha realizado una encuesta entre mujeres inmigrantes con hijos que acuden a nuestro centro de salud y estos han sido los resultados encontrados:

- Edad media: 26 años
- Países de procedencia: más de 25 países distintos
- Estado civil: 50% solteras
- Viven solas: 22%
- El primer hijo: con menos de 19 años de edad el 22%

- Ningún familiar en España: 53%
- Padre de su hijo ausente: 37%
- Embarazo no deseado: 74%
- Comparte vivienda: 65%
- Cambios múltiples de vivienda: 98%
- Se encuentran agobiadas: 63%
- Comienzo del embarazo en su propio país: 37%, (trasladándose embarazos a España con dificultades en el seguimiento del embarazo).

Otra situación de riesgo es la vivida por los niños de parejas en las que existe la agresión hacia la madre por parte del padre y que lleva a ésta a refugiarse en una casa de acogida para mujeres maltratadas. Con estos niños se aplican a veces medidas no habituales, como es el caso de una casa de acogida de madres maltratadas con hijos.

Por parte de la educadora de la escuela infantil que trabaja en esta casa de acogida se le ofrece al niño en su "escuela" la posibilidad de vivir una experiencia que no ha podido tener en su anterior vida de tensión y miedo. Niños que ingresan en la "escuela" con graves retrasos evolutivos comienzan a recibir afecto, cariño, contención y orden en sus experiencias diarias de comer, jugar, dormir, llorar, exigir... y viven sin tensión, sin miedo y con coherencia todo lo que un niño necesita vivir para estar sano. La estancia del niño

dura alrededor de un año y el problema está en que al abandonar la casa de acogida no hay garantías de que el niño pueda vivir de una manera adecuada, pero mientras vive en el centro mejora espectacularmente en su desarrollo.

Además se observa una exquisita relación con la madre por parte de la educadora para que pueda ir disfrutando de la mejoría de su hijo, y a través de la nueva relación que establece con el niño pueda cambiar su actitud hacia él, asombrada al principio al ver cómo su hijo se tranquiliza, empieza a dormir mejor, tiene menos rabietas, está más feliz, sonríe, acepta comidas propias de su edad, acepta los límites y va logrando normalizar su evolución.

Esta experiencia nos ha enseñado al equipo de seguimiento del niño de riesgo cómo existen maneras para lograr un tratamiento eficaz de estos niños pero también nos ha enseñado que estos métodos suelen estar fuera de los tratamientos pediátricos habituales y que se nos exige buscar las soluciones que existen aunque esto nos obligue a cambiar esquemas tradicionales de asistencia.

Para otros niños en situación de alto riesgo que necesitan este tipo de terapia quizás deberían existir centros de día donde las madres pudieran observar que sus hijos pueden ser tranquilos y

atractivos y ellas pudieran elaborar y descubrir con los pediatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales los conflictos que tienen en la crianza de sus hijos para poder solucionarlos.

La actuación pediátrica para intentar enfrentarse a los complejos problemas del desarrollo de un bebé hasta el final de su adolescencia y su interrelación con el mundo de sus padres y su familia extensa no parece poder abordarse sin los conocimientos de otras áreas del saber. También exige a los profesionales sanitarios cambiar de mentalidad como de hecho se está haciendo continuamente sin llegar a analizarlo.

Por ejemplo: la extracción de sangre en un niño antes se hacía separándolo de la madre, introduciéndolo en una habitación solo con la enfermera y se procedía a la punción, argumentando que era más conveniente para el niño "porque así llora menos". Hoy se sabe que la madre debe acompañar a su hijo aunque éste llore para que se sienta protegido y sea menos traumática la extracción. Sobre los ingresos de los niños en los hospitales pediátricos ya nadie puede defender que se hagan en aislamiento y separados de sus padres; sin embargo hasta hace muy pocos años sí se defendía. Recordemos los ingresos de los neonatos aislados tras

las mamparas de cristal y sin embargo la insistencia de hoy para que acudan los padres cuanto más tiempo mejor.

El tratamiento de la fimosis en la consulta pediátrica sin anestesia, que antes se hacía sin tener en cuenta el dolor y banalizando el sufrimiento del niño. Nosotros creemos que en el acercamiento de los sanitarios al mundo infantil de la marginación está ocurriendo una revolución y que la pediatría debe participar en ella para después aplicar estos métodos al resto de la población pediátrica, aunque no procedan de grupos considerados de riesgo.

### **Los niños y las instituciones**

Un reto actual para tener en cuenta es el futuro de los niños que han de vivir en instituciones, tutelados por el Estado, porque se considera que sus familias no son capaces de darles lo que necesitan para ser adultos sanos socialmente. Estos niños se van haciendo mayores y al salir de la institución se encuentran completamente solos o vuelven a vivir con lo que queda de aquellas familias que muchos años antes les depositaron en la institución o a las que el Estado les retiró los hijos para tutelarlos y que ahora les devuelve.

En la actualidad estamos siguiendo varios niños hijos de padres que han

vivido toda su vida en una institución y que al llegar a la edad adulta la abandonan sin alternativas afectivas y nuestra experiencia no es muy alentadora<sup>8</sup>.

Cuando existe una falta de afecto y cariño en la relación vincular que mantiene un niño con su madre y su padre, este niño va a pedir de distintas maneras que esa necesidad de afecto y cariño sea satisfecha por la institución que se encarga de cuidarle. Según se responda a esta necesidad afectiva se producirán distintas formas de comportamiento infantil que se decantarán hacia la normalización o hacia la patología. Ahora bien, pedir que la institución que se encarga del cuidado del niño de riesgo asuma como tarea el suplir, al menos en parte, la carencia afectiva expresada por el niño, es, ni más ni menos, que pedir al personal técnico y auxiliar que trabaja en esa institución que cumpla en parte esa función afectiva y cariñosa<sup>9</sup>.

La cuestión a dilucidar es si es posible mantener durante mucho tiempo una función laboral por la que se percibe un salario, y en la que se incluye el añadido necesario de suplir la carencia afectiva del niño de riesgo. Teniendo además en cuenta que no es sólo dar la parte afectiva necesaria en la edad infantil, sino que, además, hay que hacerse cargo de

la contención de los comportamientos infantiles que expresan el malestar, la desesperación y el afecto agresivo de la frustración, que en la infancia se producen cuando no hay amor ni cariño y que puede llegar a poner en cuestión la capacidad de tolerancia del cuidador del niño de riesgo<sup>9,10 y 11</sup>.

Por otra parte es sabido el hecho de que cuando una institución pretende abordar un problema de determinadas características, transcurrido un tiempo de funcionamiento institucional suele aparecer en su entramado organizativo una problemática cuyas características son muy semejantes en parte, a las características del problema que pretende resolver<sup>12</sup>.

Por lo tanto, si nos proponemos abordar el tema del cuidado afectivo y cariñoso del niño de riesgo institucionalizado, también deberíamos instrumentalizar una metodología de intervención institucional preventiva que tuviera como objetivo el ir drenando progresivamente el fondo acumulado de tensión que se crea en la institución cuando se está abordando el problema del cuidado infantil en situación de alto riesgo, ya que es más posible cuidar bien al niño de riesgo si también se está cuidando bien a los sujetos de la institución que se hacen cargo del niño, es decir a

pediatras, enfermeras y trabajadoras sociales de los Centros de Salud que están en contacto permanente con estas familias.

## Conclusiones

**1°.-** Se intenta transmitir una parte de la experiencia que hemos ido adquiriendo durante quince años en la relación con niños de familias frágiles en su situación tanto afectiva como económica y de salud.

**2°.-** La motivación en el trabajo ha sido imprescindible para poder realizar a diario las actividades que la atención a estos niños exige según la bibliografía revisada y nuestra propia experiencia.

**3°.-** Durante estos años de actividad se han elaborado programas y protocolos que luego en su aplicación práctica pueden quedar vacíos de contenido si se intentan aplicar de manera mecánica sin tener en cuenta la particularidad de estos niños y sus familias.

**4°.-** Es un trabajo a largo plazo. El programa de seguimiento ha necesitado más de seis años para que se haya logrado un procedimiento reglado en la maternidad de zona donde nacen la

mayoría de los niños integrados en el mismo.

**5°.-** En la actualidad están disminuyendo los hijos de padres drogodependientes en relación con los de madres adolescentes, padres inmigrantes con problemas económicos y de familia, padres con graves problemas económicos y sociales, etc.

**6°.-** La pediatría entendida como especialidad médica para tratar al niño y al adolescente debe contemplar el desarrollo global y no sólo la enfermedad física.

**7°.-** El apoyo a estas familias es difícil y complejo y sólo se puede realizar con medidas no habituales, o lo que es lo mismo, medidas fuera de protocolos y programas aunque éstos sean necesarios para organizar el trabajo. Pero también hay que aprender a salir de ellos cuando sea en beneficio del niño.

**8°.-** Se ha pretendido transmitir optimismo a pesar de lo complejo del tema. La relación que se establece entre pediatra-niño-familia ofrece la posibilidad de ser terapeutas siempre que se logre proteger esta relación de la burocracia innecesaria y deshumanizadora.

## Bibliografía

1. Puig J, López MR. *Estudio de factores de riesgo en niños que conviven en familias donde se consumen drogas*. Epidemiología descriptiva. *Pediatrika* 1995; 15(2): 27-30.
2. López MR, Puig J. *Epidemiología analítica*. *Pediatrika* 195; 15(2): 31-35.
3. Puig de la Bellacasa J. *Programa de prevención para niños en situación de riesgo*. En: "Manual de Puericultura para médicos de Atención Primaria." Sociedad Española de Puericultura. Madrid. 1996: 317-326.
4. Kreisler L. *El niño y su cuerpo*. Amorroutu editorial. 1994.
5. Winnicott DW. *Los bebés y sus madres*. Paidós. 1993
6. Winnicott DW. *Conversando con los padres*. Paidós. 1993
7. Spitz R. *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica. México. 1969.
8. Miller A. *Por tu propio bien*. Superinfimos 4. Turquets ed. 1985.
9. Bowlby J. *La pérdida afectiva*. Paidós, 1982.
10. Bettelheim B. *Educación y vida moderna*. Ed. Crítica. Grupo Grijalbol. 1982.
11. Kreisler L. *La desorganización psicósomática del niño*. Biblioteca de Psicología, 132. Herder, 1985.
12. Bleger J. *Psicohigiene institucional*. Paidós 1975.

