

# Tiempos de la infancia. Clínica de la urgencia y del desamparo

## Marcela Armus

*Médica psiquiatra infanto juvenil. Psicoanalista  
Miembro del Programa "Mirar y Prevenir"  
Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)  
Miembro de SAPI/WAIMH.  
E-mail: Marcela.armus@gmail.com*

## Marisa Factorovich

*Lic. en Ciencias de la educación. Psicoanalista  
Miembro del Programa "Mirar y Prevenir"  
Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)  
Docente de postgrado en psicoanálisis, Centro de Salud Mental N° 3 "Arturo Ameghino"*

## Nora Woscoboinik

*Lic. en Psicología. Psicoanalista  
Miembro del Programa "Mirar y Prevenir",  
Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).  
Miembro de APA/SPP*

---

### Resumen

En el presente trabajo se abordan conceptos vinculados a los tiempos de la infancia, la relevancia de lo urgente en la construcción subjetiva, la semiología de los dos primeros años de vida para la detección del sufrimiento precoz y algunos cuadros de las urgencias en salud mental : abuso, maltrato y síndrome de Münchhausen. Se prioriza lo vincular como eje que atraviesa esta clínica del desamparo. Se aborda lo urgente en Primera Infancia más allá de las nociones clásicas de urgencias psiquiátricas. Para finalizar se propone como urgente la formación de equipos de trabajo (agentes de salud, educación y ámbito judicial) capacitados para la detección temprana de los signos de alerta y la intervención interdisciplinaria.

**Palabras clave:** Detección temprana - Signos de alarma - Urgencias subjetivas – Desamparo – Abuso - Maltrato.

TIMES OF CHILDHOOD. CLINIC OF URGENCY AND HELPLESSNESS

### Abstract

In this paper we discuss the "times of childhood", the relevance of what is "urgent" in the construction of psychological subjectivity, the symptoms leading to the identification of an early distress in children up to the age of 2, and some other mental health emergencies, such as abuse, violence and Münchhausen syndrome. We consider the infant-mother relationship the cornerstone of this clinic of helplessness. We discuss the notion of emergency beyond the classic psychiatric emergency. We conclude there is an urgent need to build work teams (health care professionals, education professionals, professionals in the judicial field) trained in the early detection of warning signs and early intervention.

**Key words:** Early detection - Alarm signs - Subjective urgencies - Helplessness - Abuse - Violence.

---

*“Invertir en la Primera Infancia tal vez sea la última utopía para tener una ciudadanía y una sociedad más sanas y menos violentas” (1)*

## Introducción

Si bien la salud mental infantil tiene un lugar privilegiado a nivel de los organismos nacionales e internacionales, éste no siempre es correspondido por la atención que debería ofrecerse en todo servicio comunitario que atienda a la Primera Infancia. En este artículo nos focalizaremos en las urgencias subjetivas particularmente relacionadas a la vincularidad.

¿A qué se denomina urgencias subjetivas? Hay tantas urgencias como sujetos. Hay tantos sujetos como vínculos. Lo que caracteriza la urgencia es el desborde, la angustia y la necesidad de una respuesta inmediata.

La especificidad en la caracterización de lo que ocurre en estos momentos tempranos, vulnerables y fértiles a la vez, con enormes capacidades tróficas y con grandes riesgos traumáticos, plantea la responsabilidad de jerarquizar la clínica, las teorías, los dispositivos de intervención y las políticas públicas. Es fundamental diseñar cada uno de estos aspectos sin perder de vista la enorme concurrencia que tiene el psiquismo y la mente de un niño alrededor de su capacidad plástica, y con la permanente inclusión de todos los que ofician la crianza, muchas veces involucrados en los sufrimientos que acontecen en los primeros momentos de la vida.

Los modos de abordaje y de intervención en las etapas de la niñez son en esencia matrices sociales (ciencia y cultura) que responden a un criterio particular de lo verdadero y lo falso, de lo normal y lo problemático, según el momento histórico y el paradigma dominante en cada momento (2). En este sentido es válido retomar las ideas que alrededor de la infancia provienen de la historia y la filosofía acerca del concepto de la infancia.

En la Antigüedad (3), y en la Edad Media se consideraba a los niños buenos o malos, y podían hasta llegar a ser estimados seres peligrosos y malvados. No eran considerados seres independientes sino propiedad del adulto, incluso partes de su cuerpo. Por eso el bautismo buscaba exorcizarlos de los demonios que tenían o eran. Los chicos en la Edad Media trabajaban, servían a sus adultos en la casa. La mayoría de los niños eran criados por nodrizas o amas de leche, lejos del ámbito familiar. Esto conllevaba un alto índice de mortalidad.

En la Antigüedad el infanticidio estaba permitido. Hasta el siglo IV, tanto en Grecia como en Roma, ni la ley ni la opinión pública condenaban este hecho. Muchas veces se los sacrificaba como una ofrenda a los abuelos.

El niño era tomado como un objeto. Muchas prácticas de crianza lo atestiguan: el uso de la faja hacia que fueran lanzados por el aire como pelotas. Hasta la Modernidad se siguieron vendiendo niños. El aban-

dono estaba legitimado. Los castigos corporales intentaban disciplinar.

Recién en el año 1865 aparecen las primeras sociedades protectoras de la infancia. El siglo XVIII marca una bisagra: se estructura la pediatría y con ella, una alianza entre el médico y las familias.

Hasta aquí la representación del niño como objeto, incluso de abusos sexuales. La pediatría, la historia, la filosofía, la educación, el psicoanálisis, la teoría del derecho humanizada, y fundamentalmente la Convención Nacional de los Derechos del Niño, han colaborado a instalar la irreversible idea del *niño como sujeto de derechos*, idea principal y determinante para entender la perspectiva de las urgencias subjetivas y su modo de abordarlas en muchas formas de padecimiento.

En este sentido, lo social e histórico no sólo es un fondo o una influencia, sino que es inherente a la subjetividad misma en construcción: “no se trata de relaciones de influencia sino de relaciones de inherencia” (4).

El sufrimiento de un niño se organiza a partir de ir recorriendo desde el dato biológico del organismo, a una historia particular. En ese recorrido están involucrados aspectos del narcisismo, identificaciones, representaciones psíquicas, dando lugar al sujeto deseante (5). Del desamparo inicial al sujeto autónomo y deseante, y sus vínculos.

## Urge la infancia

El bebé es parte de un vínculo, de una relación, por la cual se constituye. Ubicar entonces, qué es del bebé, y qué le pertenece a su cuidador, representa un obstáculo epistemológico. En el embarazo, la placenta, ese tipo particular de envoltorio ¿es del bebé o de la mamá? En los primeros tiempos de vida ¿de quién es el pecho? Interrogantes que Lacan trabaja a lo largo de su seminario X, “La Angustia” (6), para dar cuenta del concepto de alienación.

Para reflexionar sobre lo urgente debemos preguntarnos entonces, sobre el lugar de los primeros años de la infancia y la importancia de los mismos. La estructuración de un sujeto se juega “de entrada” aún antes de su aparición concreta en este mundo. Todo lo que suceda en los años de su infancia, determinarán su situación subjetiva. Es en ese sentido que lo que consideramos *urgente en la infancia se nos hace extensible a decir casi todo. Sí, casi todo en los primeros años de vida es importante de ser observado y considerado y algunas veces, atendido especialmente, si queremos establecer un vínculo y una subjetividad saludable.*

La historia de la relación del niño con sus adultos a cargo, es una dialéctica: una suerte de ida y vuelta de la demanda y el deseo y las respuestas que se ofrecieron. Lo que en estos vínculos, ya sea por exceso o por defecto, trae sufrimiento, repetición o síntoma, queda cual huella retornando en distintos momentos de la vida.

Colette Soler distingue tres factores esenciales respecto de lo que es traumático para cada sujeto: a) las figuras del Otro, b) los accidentes de la historia individual y c) los factores nativos, "natis" (7).

Pensamos junto con Brazelton (8) que los bebés nacen para comunicar y, por ende, tienen un apetito simbólico acorde al ambiente que los espera. Los bebés vienen equipados, y si lo contingente juega a favor será el encuentro con el Otro lo que regule atribuyendo significados, interpretando las demandas y *apaciguando las urgencias*.

El potencial de los bebés se observa en su crecimiento y adquisiciones cotidianas, pero también en la capacidad que tienen de autorregularse y lograr continuos equilibrios. No solo el afuera es un estímulo incesante para un *infans*, sino también sus propias mociones pulsionales lábiles aunque intensas, fuera de significaciones aun reconocibles para él.

Quien ocupa en el vínculo el lugar del Otro, resulta para el bebé un lugar psíquico, donde él se constituye. De esta investidura o envoltorio que se le propicie y de la continuidad del mismo, dependerá gran parte del destino de este pequeño sujeto. *Los cortes o vicisitudes en las investiduras libidinales, amorosas, de sostén, son fundamentales y tienen en los primeros años repercusiones orgánicas detectables y graves*.

*Las desinvestiduras libidinales repentinas hacia el bebé (depresiones, psicosis, abandonos, muertes) son de carácter urgente, ya que son situaciones de desamparo para el bebé que aún no sabe de sí, si no es por su Otro. Son tropiezos en la instauración de la estructura del deseo en tiempos primordiales.*

Conocemos dos operaciones de causación del sujeto, la alienación y la separación (9).

*Es urgente que el bebé se aliene a su Otro, que se fusione con y en su Otro para luego separarse. Es el modo de ir saliendo de su desamparo inicial, pero no podrá separarse lo que no ha sido previamente alienado.*

El yo se construye en alienación. En el estadio del espejo (10) el niño es enfrentado a su imagen en el espejo. Esta experiencia comporta júbilo para el niño y se completa cuando luego de mirarse en el espejo, gira a buscar la mirada de quien lo está sosteniendo para confirmar que esa imagen es él. *Busca el signo de un asentimiento (11), que no tiene puntos medios, se da o no se da, una matriz a partir de la cual habrá sujeto. El niño se identifica y aliena en su imagen y en el Otro. La falta de esta operación psíquica tiene consecuencias estructurales de extrema gravedad (autismos, psicosis).*

### **Signos de alarma: las urgencias subjetivas en los primeros años de vida**

Muy precozmente podemos detectar en los bebés signos de sufrimiento temprano, urgencias subjetivas del nacimiento psíquico no siempre simultáneo al naci-

miento físico. *Los signos de sufrimiento del bebé testimonian un desequilibrio entre el bebé y su entorno y las estrategias para confrontarse con ello.* Martine Lamour las denomina "estrategias adaptativas precoces" del bebé (12).

Estos signos observables son la traducción clínica de estados de sufrimiento grave del lactante. Por lo tanto, su semiología debe ser reconocida por todo aquel que forme parte del contexto de crianza. *El carácter urgente lo determina la intensidad del sufrimiento, y la inmediatez de la intervención.*

Los signos negativos del desarrollo son aquellos que están por fuera de lo esperable (signos positivos) y se subdividen en signos de sufrimiento "ruidosos" que son los que alarman al entorno, y a menudo provocan la consulta y permiten la intervención, y los "silenciosos" (13) que suelen pasar inadvertidos, confundirse con signos positivos, y sin embargo comportan una retracción libidinal grave. Indican el abandono por parte del bebé de cualquier reivindicación por un deseo propio y diferenciado. Aquí la retracción relacional es la situación de urgencia subjetiva por excelencia. La retracción es un mecanismo de regulación normal que deviene una señal de alarma cuando se instala y perdura, que requiere de una intervención urgente. Según Antoine Guedenay la reacción de retracción relacional se observa en los trastornos del apego, los trastornos sensoriales y el dolor, los trastornos interactivos precoces y como consecuencia de la depresión materna. El repertorio defensivo del bebé es, al principio, muy limitado y el retraimiento es, a menudo, difícilmente detectable (14). Sin embargo, interviene en muchas situaciones de la psicopatología temprana ya sea que se trate de trastornos en el vínculo (depresión, trastornos de la comunicación, síndromes post traumáticos, trastornos sensoriales) o trastornos somáticos (como un dolor intenso y durable).

Nunca un signo de alarma en sí mismo tiene la categoría de un diagnóstico: son orientadores de sentido, indican la posibilidad de desarrollar en el futuro una dificultad severa, deben ser pensados en función del momento madurativo del niño y siempre en el contexto específico de cada cultura y comunidad (15).

La descripción semiológica de los signos sigue 5 registros: *la oralidad, la mirada, la voz, el sueño y el tono muscular y postural* (16).

Los bebés que no reciben los cuidados adecuados o que son víctimas de maltrato, manifiestan según Selma Fraiberg (18) "mecanismos de defensa": el evitamiento es la primera defensa identificada en los bebés a partir del tercer mes:

- La reacción de congelamiento, observada a partir de los 5 meses se caracteriza por una inmovilidad completa, un congelamiento de la postura, de la movilidad y de la voz.

- Las transformaciones del afecto (inversiones del afecto): sonrisa en lugar de manifestaciones de dolor o de miedo; es muy frecuente en los niños a partir de los 9 meses de edad.

**LA ORALIDAD**

<b>Signos Negativos Ruidosos</b>	Rechazos alimentarios simples, repetidos, persistentes, con valor simbólico una vez descartada la patología orgánica (reflujos y vómitos resistentes a todo tratamiento clásico).
<b>Signos Negativos Silenciosos</b>	“Cebadura pasiva”. El bebé se deja llenar de comida sin apetito ni placer. Indiferenciación del vínculo, no parece importarle quien lo alimenta. No parecen bebés difíciles; tienen una actitud pasiva.

**LA MIRADA**

<b>Signos Negativos Ruidosos</b>	Evitación selectiva de la mirada en aumento. Puede limitarse a no mirar el rostro de quien ejerza la función materna, y/o puede evitar todo rostro humano. La mirada como efecto de palabra (17). También es signo de patología grave la persistencia o fijación más allá del segundo semestre de formas normales de inmadurez visual como el estrabismo fisiológico y el nistagmo.
<b>Signos Negativos Silenciosos</b>	No hay colocación de la mirada. El bebé no mira a nadie o a nada en particular. Puede quedar mirando fijamente un objeto (fuente luminosa, ventilador). Imposible captar su mirada. Diagnóstico diferencial con la ceguera.

**LA VOZ**

<b>Signos Negativos Ruidosos</b>	Gritos inarticulados. Bebés inconsolables. La madre no puede adjudicar un sentido a los gritos del bebé. Dificultades en el diálogo.
<b>Signos Negativos Silenciosos</b>	Desvitalización de la llamada. El bebé no pide, no llama, no demanda. Mutismo total. No confundir con bebés “fáciles”. Vínculo muy perturbado.

**EL DORMIR**

<b>Signos Negativos Ruidosos</b>	Discontinuidad en el sueño, sin relajación. Dificultad de separación. Investigar la capacidad de separación simbólica, disfuncionalidad familiar.
<b>Signos Negativos Silenciosos</b>	Hipersomnia. Insomnio tranquilo: no duermen, no juegan, no llaman. Parecen abstraídos, el bebé no se conecta, está retraído.

**REGISTRO TONICO-POSTURAL**

<b>Signos Negativos Ruidosos</b>	Hipertonías / hipotonías. Dificultad en el diálogo tónico-postural entre la mamá y el bebé. Desacoples. Tensión corporal.
<b>Signos Negativos Silenciosos</b>	Balanceos repetitivos. Autoacunamiento. Autosensorialidad. Estereotipias. Dificultad severa en el contacto corporal.

## Urgencias: definiciones y paradigmas

Una urgencia psiquiátrica es cualquier perturbación del pensamiento, sentimiento o acción en la que se necesita una intervención terapéutica especializada e inmediata.

Es una situación que lleva a actuar para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la perturbación conductual que comúnmente acompaña a la crisis.

Las urgencias en los tres primeros años de vida no son urgencias psiquiátricas sino urgencias en salud mental infantil. La caracterización comparativa con la urgencia en el adulto es:

- No hace falta una crisis para que se produzca
- La farmacología y la hospitalización no son intervenciones habituales
- La intervención inmediata requiere siempre la presencia y participación de los agentes de la crianza (pediatras, padres, etc.)

El paradigma de la psiquiatría dominante se basa en la articulación de una tríada conceptual:

1. "Que se puede establecer una clasificación "objetiva" y "a-teórica" de los trastornos mentales basada en criterios diagnósticos como es la de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, el DSM, que hoy está en su versión 5".
2. "Que se puede establecer una relación biunívoca entre cada trastorno, así diagnosticado, y su fisiopatología cerebral".
3. "Que la corrección de cada trastorno, es decir, de su causa cerebral es posible de realizarse por vía de una combinación de psicofarmacología y psicoterapias de tipo cognitivo-comportamental" (19).

*Esta concepción no toma en cuenta para la clínica de la Primera Infancia la vincularidad, la dimensión subjetiva del sufrimiento en relación a las determinaciones inconscientes fundamentales en la constitución del sujeto.*

## Extremos en la clínica del desamparo

### Violencias-Abusos-Maltratos-Negligencia

*"Al igual que la vida de la mujer, la vida del niño es inaferrable, no porque trascienda hacia otro mundo, sino porque se aferra a este mundo y a su propio cuerpo de un modo que los adultos encuentran intolerable" (20)*

El *abuso sexual infantil* involucra a un niño en actividades sexuales que no corresponden a su etapa evolutiva, es decir, a su desarrollo psicosexual, siendo un sujeto emocionalmente inmaduro y dependiente, no capacitado para dar su consentimiento a dichas actividades. Se refiere no solo a la penetración oral, anal o vaginal sino también toda forma de toqueteo, exhibicionismo, masturbación, pornografía, o sea *toda forma que sobrepase la pulsión tierna*.

Apoyada en la asimetría que plantea el vínculo adulto-niño se instala una posición dominante, perversa o psicótica, que ubica y somete al niño como objeto de goce.

Según la OMS (21) entre la víctima y el abusador han de existir:

- a) diferencias de poder que conllevan posibilidad de controlar a la víctima física o emocionalmente;
- b) diferencias de conocimientos que implican que la

víctima no pueda comprender cabalmente el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual; y

- c) diferencia en las necesidades satisfechas: el agresor/a busca satisfacer sus propios impulsos sexuales.

Uno de los factores de riesgo más importante que suele detectarse en la observación del abuso sexual infantil es la edad del niño: menor de 5 años, con rasgos de pasividad, sumisión, introversión, discapacidad. *El desamparo afectivo es el gran factor de riesgo* de anulación del niño como sujeto de necesidades y conflictos. Otros factores son la disfuncionalidad parental, las situaciones traumáticas y la desprotección.

¿Qué sucede en el niño abusado? El abuso sexual produce un grave daño psicológico. El sentimiento de desprotección, un exceso pulsional sintomático que evidencia el posible abuso: conductas regresivas, excitación psicomotora, incremento de la agresividad, trastornos en el sueño, pérdida de control, de autonomía, intensificación de situaciones de apego o rechazo (22).

El 45 % de las niñas/os abusados en los tres primeros años de vida manifiestan una prevalencia importante en el desarrollo de trastornos *borderline* y conductas suicidas.

"De 8 millones de niños que sufrieron alguna forma de abuso sexual, 5 millones son victimizados por algún familiar (23).

Existe una situación particular en la que los padres sospechan situaciones de abuso sin que haya habido certeza del hecho, lo cual abre un espacio para el diagnóstico diferencial entre las proyecciones inconscientes de los padres, la fantasía propia de un niño y la sospecha del acontecimiento.

### Síndrome de Münchhausen "por poder" (Münchhausen by Proxy)

Es una compleja forma de maltrato infantil en la que los padres, invariablemente la madre, simula o causa la enfermedad en su hijo (generalmente en niños pequeños que no han accedido aún a la adquisición del lenguaje). La madre, estadísticamente rara vez el padre, puede desde fabricar una historia médica, alterar estudios de laboratorio o tomas de temperatura, hasta causar directamente los síntomas al niño a través de su exposición repetida a toxinas, medicaciones o agentes infecciosos, llegando incluso a provocarle la muerte.

En el Münchhausen por poder, nos encontramos con una situación perversa en la que se articulan diversas posiciones: la ubicación psicótica/perversa de la madre ("psicosis de la función materna"), la posición neurótica del médico, "mediatización del maltrato" (24), y la posición de dependencia absoluta del niño pequeño. Es notoria la falla de la función paterna.

"Los datos aportados por la literatura, encuadra su clínica en niños menores de cuatro años de edad, sin predilección de sexo, con tiempo transcurrido desde el comienzo de la sintomatología hasta el diagnóstico variable, generalmente largo, con un promedio de 21,8 meses. En un 25% se conocían hermanos muertos y en un 61,3% la existencia de enfermedades similares o haber presentado sospecha de Síndrome de Münchhausen by Proxy. La madre fue causante del 76,5% de los casos" (25).

Existe una prevalencia entre este cuadro y el suicidio materno. La eficacia de la pulsión de muerte freudiana

En el niño	En el adulto maltratador
Síntomas de difícil encasillamiento en un cuadro clínico específico.	Habitualmente la madre, que no manifiesta preocupación.
Inexplicada persistencia y versatilidad que llevan a una elaboración diagnóstica desordenada, compleja e inconsistente.	Los signos y síntomas no ocurren en ausencia de la madre.
Antecedentes familiares de muerte infantil no aclarada, miembros que alegan enfermedades graves.	Rehúye dejar solo al niño.
Exámenes complementarios discordantes con el estado de salud.	Establece estrechas relaciones con los médicos y enfermeras.
Ausencia de casos similares.	Posee conocimientos o antecedentes de profesión sanitaria.
Tratamientos ineficaces o mal tolerados.	Presencia de trastornos psiquiátricos.

que aspira al reposo absoluto (26), establece en el sujeto la oscilación entre homicidio y suicidio.

El modelo de intervención tanto en abuso como en maltrato es la creación de un equipo interdisciplinario formado para poder asistir desde el comienzo a un cuadro en el que el secreto, el exceso, la falta de demanda, la confusión, la complicidad, generan una situación de urgencia a la que se le deberá garantizar además de la terapéutica, una alternativa judicial muchas veces resolutive y una puerta de entrada hospitalaria como indicación complementaria al dispositivo terapéutico.

## Conclusiones: el desafío de la formación

Es urgente la formación del campo pediátrico, psicoterapéutico y educativo a cargo de profesionales de la salud mental. La detección precoz de los signos de alarma y de los cuadros psicopatológicos antes mencionados permite la intervención inmediata. Es una práctica que requiere escuchar el detalle y la singularidad, que no responde a un protocolo preestablecido, a veces forzando “el olvidar lo que se sabe” teniendo en cuenta las contratransferencias, siendo creativos, inventivos y disponibles a la hora de articular saberes. ■

## Referencias bibliográficas

- Gorodisch R. Entrevista a Salvador Celia, *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2003, XIV,54: 299-304.
- Machain JE. Infancia, adolescencia y cambio Social. En Actas del V Congreso Mundial por los derechos de la infancia y la adolescencia. San Juan, Argentina; 2012.
- Aries Ph. El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Buenos Aires: Taurus, 1992.
- Fernandez AM. Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos, multiplicidades. Buenos Aires: Biblos, 2007.
- Untoiglich G. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires: Noveduc, 2015.
- Lacan J. Seminario X La Angustia. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Soler C. Lo que queda de la infancia. Buenos Aires: Letra Viva, 2015.
- Brazelton T. La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós, 1993.
- Lacan J. Seminario XI: Los 4 conceptos fundamentales del psicoanálisis. La pulsión y sus circuitos, Capítulo XIV. Buenos Aires: Paidós, 1964.
- Lacan J. Escritos 1. El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002, 99-107.
- Le Gaufey G. *El Lazo especular. Un estudio travesero de la unidad imaginaria.* Buenos Aires: Edelp, 1998.
- Lamour M. *Souffrances des bébés exposés à des défaillances parentales graves: stratégies adaptatives précoces.* Manuel de Psychopathologie du bébé et de sa famille. Paris: La pensée sauvage, 2010, 245-270.
- Crespin G. *L'épopée symbolique du nouveau né. De la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce.* Paris: Eres, 2016.
- Guedenay A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'Echelle d'Alarme Detresse Bébé (ADBB). *La Psychiatrie de l'Enfant*, VXLIV, 1, 2001. p 201-231
- Armus M, Oliver M, Duhalde C, Woscoboinik N. Desarrollo emocional, clave para la primera infancia, de 0 a 3 [Internet]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF. Fundación Kaleidos). 2012. [Internet]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo\\_emocional\\_www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo\\_emocional\\_0a3\\_simples.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf).
- Armus M, Factorovich M, Woscoboinik N. “Mirar Y Prevenir. Manual para la Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes”. Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria, Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires: Ed. Fundasap, 2010.
- Laznik MC. Les effets de la parole sur le regard des parents, fondateur du corps de l'enfant. Actes du colloque «Les parents, le pédiatre et le psychanalyste». Paris: PAU 1995 256-265.
- Fraiberg S. Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance, *Devenir*, 1993, 5; 1: 7-29.
- Stagnaro JC, Reportaje “Relatos de la clínica”, [Internet] Disponible en: <http://www.psicomundo.com/relatos/reportajes/stagnaro.html>. Buenos Aires, 2001.
- Agamben G. For a Philosophy of Infancy. *Public*, 21, 2001, Public Access Collective, Toronto, pp. 120-122.
- Informe sobre salud en el mundo: *Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Organización Mundial de la Salud. 2001. [Internet] Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- Intebi I. Abuso sexual infantil: en las mejores familias. Buenos Aires: Granica, 1988.
- Rozanski C. “Abuso sexual infantil: ¿denunciar o silenciar?”. Buenos Aires: Ed. Vergara, 2007.
- Armus M, Morici S. Una aproximación a los fenómenos intersubjetivos en juego en el Síndrome de Münchhausen por poder, Coloquio Medicina y Psicoanálisis, Universidad Paris VII, 2002.
- Shapiro R, Farst K, Chervenak C. Child abuse. In: Rakel RE, Rakel DP, eds. *Textbook of Family Medicine.* 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016:chap 24.(Medline Plus)
- Freud S. Más allá del principio del Placer. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XVIII, 200.