

Retraimiento social en la primera infancia

Implicaciones en el desarrollo del psiquismo



ANTOINE GUEDENEY¹ & CARLA PÉREZ MARTÍNEZ²

Los bebés nacen con conocimientos básicos (*core knowledge*) que les permiten representar los objetos, las acciones, los números y el espacio. Sin embargo, son los cuidadores quienes los proveen de los fundamentos para los logros cognitivos exclusivamente humanos, tales como la adquisición del lenguaje y otros sistemas de símbolos basados en estos conocimientos preexistentes del bebé (Spelke y Kinzler, 2007). Por tanto, el psiquismo del recién nacido cuenta con sistemas básicos preexistentes que posibilitan su estructura a través de la interacción del bebé con el entorno.

La literatura reciente acerca de las capacidades del bebé y el desarrollo ha modificado considerablemente la representación sobre el inicio de la vida psíquica. Actualmente se sabe que los recién nacidos cuentan con capacidades sociales y cognitivas que les permiten participar en las interacciones con los demás desde el principio (Stern, 1985; Trevarthen, 1979; Trevarthen y Aitken, 2001; Zeedyk, 2006). De esta manera, se puede observar que los bebés son capaces de responder a la interacción social con un adulto (Fox, 2004), a pesar de que existen diferencias individuales —como el temperamento— en el estilo y el grado de las respuestas que dan ante los estímulos.

1 Hospital Bichat-Claude Bernard APHP. Universidad Denis Diderot Paris 7, Policlínico Ney, Blvd. Ney 124, 75018, París, Francia. antoine.guedeney@bch.aphp.fr

2 Estudiante de Doctorado en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil. Universidad de Valencia, Valencia, España. carpema4@alumni.uv.es

En un recién nacido se puede observar la capacidad de iniciar y mantener el contacto visual, vocalizar y utilizar e imitar expresiones faciales, así como realizar movimientos corporales y de la cabeza para iniciar y mantener la interacción o provocar una reacción en el entorno (Emde, 1983; Nagy, 2006; Trevarthen y Aitken, 2001). Asimismo, el bebé es capaz de establecer lazos emocionales cercanos con sus cuidadores (Bowlby, 1969).

Estas habilidades para la relación con los demás se desarrollan dentro de la continua interacción del recién nacido con sus padres o cuidadores. De manera similar, el bebé es capaz de ajustar su comportamiento a su entorno (Ronnqvist y von Hofsten, 1994). Por tanto, un elemento clave en el desarrollo temprano es, sin duda, la capacidad de sincronización de la interacción padres-bebé, sobre todo durante los primeros dieciocho meses de vida (Feldman, 2007; Mäntymaa, 2006). La sincronización se refiere a la corregulación que se experimenta en la interacción bebé-cuidador y que fomenta las capacidades para la cercanía social, el uso de símbolos, la empatía y la habilidad para leer la intención de otros a lo largo de la vida (Feldman, 2007).

Algunos autores, como Brazelton et al. (1979), Stern (1985) y Trevarthen y Aitken (2001), han observado que el bebé es particularmente sensible a los ritmos y a la contingencia de la interacción con los demás, de modo que cuando la transgresión de aquello que el bebé espera de la interacción es suficientemente molesta para él, el bebé es expulsado, de algún modo, del presente. Ante este hecho, el bebé no puede refugiarse en el pasado, porque aún es muy pronto para hacer uso de su capacidad de evocación. Igualmente, el bebé no puede proyectarse en el futuro de manera duradera. Por ende, la opción que le queda, si la situación de transgresión persiste, es el comportamiento de retraimiento, es decir, situarse en un tiempo suspendido (Guedeney, 2005).

RETRAIMIENTO SOCIAL NORMAL Y PATOLÓGICO

Así, en la interacción madre e hijo, y en otros intercambios sociales, es usual la aparición de breves momentos de retraimiento como una forma de regular el grado y la intensidad de la interacción (Brazelton, Koslowski y Main, 1974; Greenspan y Wieder, 1993; Puura et al., 2010; Weinberg y

Tronick, 1994). Se ha observado que episodios muy cortos de falta de respuesta por parte de la madre pueden dar lugar a reacciones de protesta seguidas por comportamiento de retraimiento en el niño (Adamson y Frick, 2003), tal como se comprobó en el procedimiento de *still face* (Field, 1984; Tronick, Als, Adamson, Wise y Brazelton, 1978). Sin embargo, el bebé será capaz de volver a entrar en relación tan pronto como recupere la atención de la madre y se recobre la sincronía en la interacción. Estas reacciones tienen lugar debido a que las modalidades defensivas del bebé al inicio de la vida son limitadas. A este respecto, la protesta tiene la ventaja de ser visible y ruidosa. El retraimiento, por su parte, tiene el inconveniente de ser silencioso y de alejar al observador.

Es preciso señalar que el retraimiento no es un constructo aislado ni una disposición temperamental, la cual es relativamente estable a través del tiempo. La diferencia entre el retraimiento social y el temperamento radica en que este último se refiere a la capacidad de respuesta del niño frente a una variedad de estímulos, no solamente a estímulos sociales, y en que un niño de temperamento tímido sigue siendo receptivo ante un adulto disponible (Matthey, Guedeney, Starakis y Barnett, 2005).

René Spitz (1946) fue uno de los primeros en utilizar el término *retraimiento relacional sostenido* en la descripción clínica de la depresión anaclítica en la infancia. De acuerdo con Dollberg, Feldman, Keren y Guedeney (2006), el retraimiento relacional sostenido puede entenderse como una disminución crónica del sistema de apego, que se generaliza gradualmente y se manifiesta con una baja reactividad con el entorno. Por tanto, el retraimiento social sostenido es un fenómeno esencialmente diádico vinculado a alteraciones duraderas en la interacción, y se considera un comportamiento defensivo ante la transgresión constante en la interacción.

Gerhold et al. (2002) observaron en un estudio longitudinal a lo largo de ocho años que el patrón de interacción disfuncional entre la madre y el niño cuando tenía tres meses de edad fue el precursor del retraimiento social en etapas posteriores. De manera similar, Dollberg et al. (2006) hallaron que las madres de niños con retraimiento eran más intrusivas, los niños estaban menos interesados en la relación y, en general, había baja reciprocidad en la relación madre-niño. En este sentido, la propuesta que se hace sobre el origen del retraimiento social sostenido es similar a la del

retraimiento normal, o microrretraimiento, del bebé, que ocurre como consecuencia de los errores de contingencia inevitables en la interacción; en el retraimiento sostenido, sin embargo, esta situación se presenta de forma continuada y repetitiva.

A este respecto, Feldman (2007) hace hincapié en la importancia del comportamiento de retraimiento social sostenido en el infante como signo de una falta de sincronía en la interacción padres-bebé. Cabe señalar que en el proceso de sincronización de las interacciones precoces intervienen tanto factores de los padres como del bebé. Por ejemplo, se ha observado que los bebés de madres con síntomas depresivos se han descrito más involucrados en comportamientos de regulación autodirigidos, con la mirada vacía y la pérdida del control postural, y con comportamientos orales autocalmantes (Tronick, 2007). Estas descripciones se acercan al concepto del comportamiento de retraimiento (Guedeney, 2007). La explicación podría encontrarse en la depresión materna en el período del postparto, que puede tener un efecto en la capacidad de la madre para relacionarse con su bebé (Field, 1984). Al respecto, Braarud et al. (2013) sugieren que las variables intervinientes entre estos dos constructos pueden ser conceptualizadas en términos de un bajo nivel de sensibilidad materna y una relación de apego poco óptima entre la madre y el niño.

De este modo, se ha observado que la presencia de retraimiento social sostenido es mayor en los niños con madres deprimidas (Matthey et al., 2005; Braaud et al., 2013) y, además, que este comportamiento puede ser generalizado en la interacción con otros adultos no deprimidos (Field, 1992). Resultados similares fueron hallados por Savonlahti et al. (2005) en niños de madres drogodependientes.

Respecto a la pareja parental, cuando ambos padres presentan problemas de salud mental, ya sean síntomas depresivos actuales o una pobre o moderada salud mental durante el último año, es más probable que el niño muestre comportamientos de retraimiento social (Mäntymaa et al., 2008). Esta asociación puede ser explicada desde el punto de vista del desarrollo de la regulación emocional en el lactante. Por tanto, la depresión u otros problemas de salud mental pueden restringir la capacidad del cuidador para ajustar adecuadamente su comportamiento a las necesidades del bebé para la regulación emocional (Reck et al., 2004). En consecuencia,

el comportamiento de retraimiento social sostenido constituye una señal de alarma para detectar situaciones problemáticas en la interacción que pueden incrementar el riesgo de un desarrollo inadecuado en el menor.

Por otro lado, el comportamiento de retraimiento social es un signo que se presenta a menudo en distintas condiciones patológicas de origen tanto orgánico como inorgánico (Guedeney y Fermanian, 2001). Algunas de las condiciones orgánicas en las que se encuentra presente el retraimiento son: fiebre, deshidratación, epilepsia, intoxicación, enfermedades del sistema nervioso central y déficits auditivos y visuales (Behrman, Vaughan y Nelson, 1983). Asimismo, el retraimiento sostenido es característico en diferentes trastornos psicológicos y de la relación en la infancia, entre los que se incluye el autismo, en el cual el retraimiento es constante y constituye un elemento clave en el diagnóstico (Guedeney y Fermanian, 2001).

De manera similar, este comportamiento de retraimiento social sostenido constituye un signo principal en la depresión infantil (Guedeney, 1997, 2000; Herzog y Rathbun, 1982; Spitz, 1951) y se observa en niños con trastorno de ansiedad y síndrome de estrés postraumático (Zeanah, 1999). También puede apreciarse este comportamiento de manera frecuente en los trastornos del apego (Zeanah, Boris, Bakshi y Lieberman, 2000), en el retraso del crecimiento no orgánico (Powell y Bettes, 1992) y en el cuadro de dolor intenso y duradero en el niño pequeño (Gauvain-Piquard, Rodary, Rezvani y Sebouti, 1999).

En esta misma línea, el retraimiento social sostenido se asocia a factores biológicos, como la prematuridad, así como a factores de riesgo sociales relacionados con la salud mental (Braw et al., 2008; Feldman, 2007; Guedeney, 2007) y la edad y la educación de los padres (Roberts, Bellinger y McCormick, 2007). Además, en un estudio con niños de catorce a dieciocho meses de edad, se encontró (Guedeney, Foucault, Bougen, Larroque y Mentré, 2008) que algunos de los factores de riesgo para el retraimiento social en el niño pequeño son: ser varón, vivir en un lugar de acogida temporal o en custodia parental compartida, ser adoptado o ser hermano gemelo. El retraimiento relacional es, pues, un elemento importante del repertorio semiológico precoz y es un signo de alarma de sufrimiento infantil, sin importar la causa (Guedeney et al., 2008).

DETECCIÓN TEMPRANA: ESCALA ADBB

La detección del retraimiento relacional en la primera infancia puede ser difícil para los profesionales debido a la falta de conocimientos acerca de la salud mental infantil. Por tanto, el uso de un instrumento de detección como la escala ADBB (por las siglas en inglés de *Alarm Distress Baby Scale*, «Alerta de Retraimiento en el Bebé») (Guedeney y Fermanian, 2001) puede facilitar una observación más estructurada de la conducta social infantil.

La escala ADBB fue creada para su uso en la práctica clínica a través de la evaluación del niño en el contexto de un examen físico de rutina. El retraimiento social se identifica mediante la reacción del niño ante la estimulación, y la consulta pediátrica presenta diversos estímulos en un período breve de tiempo y con una secuencia suficientemente idéntica. Dicha valoración se lleva a cabo al finalizar el examen pediátrico por un clínico entrenado en la escala, quien tratará de implicar al niño en la interacción a través de las palabras, el tacto, etc.

La escala ADBB está conformada por ocho ítems que se puntúan de 0 a 4, dependiendo de la severidad del comportamiento de retraimiento, y es posible una puntuación total de 0 a 32, con una nota de corte de 5. La puntuación para cada ítem representa la percepción general del clínico sobre el desempeño del niño en cada una de las dimensiones. Los ítems evalúan: expresión facial, contacto visual, nivel de actividad corporal, gestos de autoestimulación, vocalizaciones, vivacidad de la respuesta ante la estimulación, relación con el observador y la atracción que siente el observador ante al bebé.

Los ítems se dividen de acuerdo con dos factores. El primero mide la dimensión interpersonal, y el segundo, las dimensiones no interpersonales. El factor 1 comprende los ítems: contacto visual, actividad corporal, la capacidad de relación con el observador y la atracción. El factor 2 evalúa la respuesta ante la estimulación, las vocalizaciones y la expresión facial. Dicho instrumento cuenta con un alfa de Cronbach de 0,83 para la escala global (Guedeney y Fermanian, 2001).

IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO

Las implicaciones del retraimiento social infantil afectan a una variedad de áreas del desarrollo, tales como el lenguaje, la capacidad de representación simbólica o la resolución de problemas, así como a la regulación emocional (Milne, Greenway, Guedeny y Larroque, 2009). En un estudio longitudinal, se halló una asociación entre el retraimiento relacional a los seis meses de vida y un bajo nivel de desarrollo cognitivo y de lenguaje a los dos años de edad. Además, se observó una relación entre el retraimiento infantil y un comportamiento social y comunicativo menor (Milne et al., 2009). Un análisis más exhaustivo reveló que el factor 2 de la escala ADBB, que evalúa la expresión facial, las vocalizaciones y la respuesta ante la estimulación, fue el predictor más significativo para las puntuaciones en las escalas cognitivas y de lenguaje en la escala Bayley-III (Bayley, 2005), así como las dimensiones de comunicación y habilidades sociales de la escala BASC-II (por las siglas en inglés de *Behavior Assessment System for Children Second Edition*, «Sistema de Evaluación de Comportamiento para Niños y Adolescentes») (Reynolds y Kamphaus, 2004). Esto puede deberse a que la expresión facial y las vocalizaciones son esfuerzos preverbales que el niño realiza para comunicarse, y la habilidad para responder ante los estímulos que ofrecen los otros es una parte esencial de la comunicación no verbal precoz (Milne et al., 2009).

De manera similar, estos autores hallaron una relación entre el retraimiento relacional a los seis meses y comportamientos atípicos y problemas de atención a los treinta meses. Estos resultados sugieren que los niños que mostraron signos de retraimiento a los seis meses presentan en general mayor dificultad con los aspectos interpersonales y de adaptación social en etapas posteriores del desarrollo.

Por otro lado, Guedeny, Pingault, Thorr y Larroque (2013) observaron que el comportamiento de retraimiento social a la edad de un año se asocia con problemas de la interacción a los tres años y con desórdenes del comportamiento a los cinco años. Este efecto es relativamente independiente de los aspectos temperamentales del niño. De esta manera, la detección del comportamiento de retraimiento social en edades tempranas puede ayudar a identificar a niños con riesgo de desarrollar dificultades del comportamiento en edades posteriores.

CONCLUSIONES

El psiquismo del bebé y el niño pequeño se estructura a través de la interacción con el cuidador y el entorno, por lo que resulta importante que exista una relación armoniosa y contingente entre el bebé y su cuidador, así como una buena capacidad de modulación y de armonización de los afectos. Esta sincronía de la relación depende tanto de factores del bebé como del cuidador.

Por tanto, en situaciones en las cuales la falta de sincronía es constante y repetitiva, el niño con probabilidad presentará un comportamiento clínico de retraimiento social sostenido como una tentativa de adaptación ante una transgresión continua del presente. Como consecuencia, se hace indispensable considerar la bidireccionalidad de la interacción padres-bebé, por lo que si el bebé presenta un comportamiento de retraimiento social sostenido, la depresión y otros problemas de salud mental en los padres deben ser examinados. Asimismo, las familias en las que ambos padres muestran una baja salud mental deben ser identificadas y tratadas, y los niños tiene que ser valorados para prevenir mayores implicaciones en etapas posteriores del desarrollo, ya que la investigación ha puesto de relieve el papel del retraimiento sostenido en el inicio temprano de la psicopatología (Guedeney, 1997, 2007).

El retraimiento es una señal que proviene directamente del el bebé y que aparece en contraste con la enorme capacidad de relación que posee el bebé humano desde el inicio de la vida. Este comportamiento refleja el fracaso para reparar los errores de sincronización continuos que pueden tener su origen o bien en el propio bebé —como sucede ante la presencia de déficits sensoriales, dificultades en la comunicación y alteraciones en la regulación— o bien en las interacciones —por ejemplo, con padres deprimidos o imprevisibles—, o incluso en situaciones específicas, tales como prematuridad, labio y paladar hendido, y ciertos síndromes genéticos (síndrome de Prader Willi).

Se debe tener en cuenta que los signos y los síntomas del retraimiento social pueden variar con la edad del niño, por lo que un mismo signo o síntoma tiene distinto significado y diferentes implicaciones a los seis meses que a los dieciocho meses (Milne et al., 2009). También debe considerarse

que la presencia del retraimiento relacional sostenido entorpece el proceso de desarrollo de manera duradera, ya que el desarrollo es un proceso activo e interactivo, de ahí la importancia de la detección temprana y de considerar el retraimiento como una señal silenciosa de sufrimiento que debe ser atendida e interpretada, pues la atención proporcionada al bebé representa ya un primer tiempo de intervención. ♦

RESUMEN

El psiquismo del bebé está preestructurado por conocimientos básicos que proporcionan los fundamentos para la representación del otro y el entorno, pero se estructura a través de la interacción del bebé con sus cuidadores. El psiquismo se concibe desde una posición constructivista según la cual se considera que no existen preestructuras neuróticas, psicóticas o incluso autísticas, sino que las estructuras aparecen como adaptaciones a los flujos de interacción entre el bebé y los padres, y de acuerdo a las dificultades del proceso de sincronización en las interacciones precoces padres-bebé.

La importancia de detectar el retraimiento social de manera temprana radica en el hecho de que afecta la principal capacidad del bebé para la curiosidad y la búsqueda de contacto social. El retraimiento es concebido como un mecanismo de defensa frente a la falta de sincronía y ante las transgresiones repetidas y constantes en la interacción del bebé con sus cuidadores. Sin embargo, el retraimiento induce al bebé a una posición de espera que afectará al desarrollo de la capacidad de intersubjetividad.

Estudios longitudinales muestran el efecto del retraimiento social sostenido sobre el desarrollo del lenguaje, la regulación emocional y el comportamiento, producto de haber estado demasiado tiempo en la posición de retraimiento durante la primera infancia.

Descriptores: RETRAIMIENTO / DIAGNÓSTICO / RELACIÓN MADRE-BEBÉ / DESARROLLO TEMPRANO

Descriptor candidato: ESCALA

SUMMARY

The baby's psyche is prestructured by *core knowledge* that provides the foundation for the representation of the other and the environment, and it is structured through the interaction of the babies with their caregivers. The psyche is conceived of from a constructivist position that considers no neurotic, psychotic or autistic prestructures but the structures appear as adaptations to the flow of interaction between the baby and the parents, and according to the difficulties of process of synchronization in the early parent-child interactions.

The importance of the early detection of withdrawal behavior resides in the fact that it affects the heart of the baby's capacity for curiosity and the search for social contact. Withdrawal is considered as a defense mechanism against the lack of synchrony and at the repeated and constant transgressions in the interaction between the baby and his caregivers. However, withdrawal induces in the baby a position of expectation that affects the development of the capacity of intersubjectivity.

Longitudinal studies show the effect of sustained withdrawal on language development, emotional regulation and behavior as a result of having spent too long in a position of withdrawal during early infancy.

Keywords: WITHDRAWAL / DIAGNOSIS / MOTHER-INFANT RELATIONSHIP / EARLY DEVELOPMENT

Candidate keyword: SCALE

BIBLIOGRAFÍA

- Adamson, L.B., & Frick, J.E. (2003). The still face: A history of a shared experimental paradigm. *Infancy*, 4(4), 451-473.
- Bayley, N. (2005). *Bayley scales of infant development* (3rd ed.). San Antonio, TX: PsychCorp, Harcourt Assessment Inc.
- Behrman, R.E., Vaughan, V., & Nelson, W. (1983). *Nelson textbook of pediatrics* (13th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Braarud, H., Slinning, K., Moe, V., Smith, L., Vanned, U., Guedeney, A., & Heimann, M. (2013). Relation between social withdrawal symptoms in full-term and premature infants and depressive symptoms in mother: a longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 532-541.

- Braw, Y., Malkesman, O., Merenlender, A., Bercovich, A., Dagan, M., Overstreet, D.H., & Weller, A. (2008). Withdrawal emotional-regulation in infant rats from genetic animal models of depression. *Behavioral Brain Research, 193*, 94–100.
- Brazelton, T. B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). Origins of reciprocity. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *Mother-infant interaction* (pp. 57–70). New York: Wiley.
- Brazelton, T. B., Yogman, M., Als, H., & Tronick, E. (1979). Joint regulation of neonate-parent behavior. In E. Tronick (Ed.), *Social interchange in infancy* (pp. 7–22). Baltimore: University Park Press.
- Dollberg, D., Feldman, R., Keren, M., & Guedeney, A. (2006). Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant Mental Health Journal, 27*(3), 292–309.
- Emde, R.N. (1983). *Renée A. Spitz: Dialogues from infancy. Selected papers*. New York: International Universities Press.
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(3–4), 329–354.
- Field, T. (1977). Effects of early separation, interactive deficits, and experimental manipulations on infant–mother face-to-face interaction. *Child Development, 48*(3), 763–771.
- (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 7*(4), 517–522.
- (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 4*, 49–66.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother–infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology, 26*(1), 7–14.
- Fox, N. A. (2004). Temperament and early experience form social behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1038*, 171–178.
- Gauvain-Piquard, A., Rodary, C., Rezvani, A., & Serbouti, S. (1999). The development of the DEGR: A scale to assess pain in young children with cancer. *European Journal of Pain, 3*, 165–176.
- Gerhold, M., Laucht, M., Texdorf, C., Schmidt, M. H., & Esser, G. (2002). Early mother-infant interaction as a precursor to childhood social withdrawal. *Child Psychiatry and Human Development, 32*, 277–293.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (1993). Regulatory disorders. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 280–290). New York: Guilford Press.
- Guedeney, A. (1997). From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal, 18*(4), 339–349.
- (2000). Infant depression and withdrawal: Clinical assessment. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health* (Vol. 4, pp. 455–484). New York: Wiley.
- Guedeney, A. (2005). La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence, 53*, 32–35.
- (2007). Withdrawal behavior and depression in infancy. *Infant Mental Health Journal, 28*(4), 393–408.
- (2013). Social withdrawal behavior in infancy: a history of the concept and a review of published studies using the Alarm Distress baby scale. *Infant Mental Health Journal, 34*(6), 1–16.
- Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal, 22*, 559–575.
- Guedeney, A., Foucault, C., Bougen, E., Larroque, B., & Mentré, F. (2008). Screening for risk factors of relational withdrawal behavior in infants aged 14–18 months. *European Psychiatry, 23*, 150–155.
- Guedeney, A., Moe, V., Puura, K., Mäntymaa, M., & Tamminen, T. (2010). Social withdrawal in infancy. In V. Moe, K. Slinning, & M. Bergum Hansen (Eds.), *Handbook of infant and toddlers mental health* (pp. 561–573). Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Guedeney, A., Pingault, J. B., Thor, A., & Larroque, B. (2013). Social withdrawal at 1 year is associated with emotional and behavioral problems at 3 and 5 years: the Eden mother-child cohort study.

- European Child & Adolescent psychiatry*, 23(1), 1181–1188.
- Herzog, D. B., & Rathbun, J. M. (1982). Childhood depression: Developmental considerations. *American Journal of Diseases of Childhood*, 13, 115–120.
- Mäntymaa, M. (2006). Early mother–infant interaction: Determinants and predictivity. Unpublished dissertation. Acta Universitatis Tamperensis 1144. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere. (Disponible en: Acta Electronica Universitatis Tamperensis 519, <http://acta.uta.fi>).
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Kaukonen, P., Raili, K., Salmelin, R. K., Tamminen, T. (2008). Infants' social withdrawal and parents' mental health. *Infant Behavior and Development*, 31, 606–613.
- Matthey, S., Guedeney, A., Starakis, N., & Barnett, B. (2005). Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship to mother's mood. *Infant Mental Health Journal*, 26, 442–458.
- Milne, L., Greenway, P., Guedeney, A., & Larroque, B. (2009). Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behavior and Development*, 32, 159–166.
- Nagy, E. (2006). From imitation to conversation: The first dialogues with human neonates. *Infant and Child Development*, 15(3), 223–232.
- Powell, G.F., & Bettes, B. (1992). Infantile depression, nonorganic failure to thrive and DSM-II-R: A different perspective. *Child Psychiatry & Human Development*, 22, 185–198.
- Puura, K., Mäntymaa, M., Luoma, I., Kaukonen, P., Guedeney, A., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2010). Infant's social withdrawal symptoms assessed with a direct method in primary health care. *Infant Behavior & Development*, 33, 579–588.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., et al. (2004). Integrative regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: An overview. *Psychopathology*, 37, 272–280.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R.W. (2004). *BASC-2: Behavior assessment system for children* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Roberts, G., Bellinger, D., & McCormick, M.C. (2007). A cumulative risk factor model for early identification of academic difficulties in premature and low birth weight infants. *Maternal and Child Health Journal*, 11(2), 161–172.
- Ronnqvist, L., & von Hofsten, C. (1994). Neonatal finger and arm movements as determined by a social and an object context. *Early Development and Parenting*, 3(2), 81–94.
- Salmelin, R. et al. (2010). Infants' social withdrawal symptoms assessed with a direct infant observation method in primary health care. *Infant Behavior & Development*, 33(4), 579–588.
- Savonlahti, E., Pajulo, M., Ahlqvist, S., Helenius, H., Korvenranta, H., Tamminen, T., et al. (2005). Interactive skills of infants with their high-risk mothers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 139–147.
- Spelke, E., & Kinzler, K. (2007). Core knowledge. *Developmental Science*, 10, 89–96.
- Spitz, R. A. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytical Study of the Child*, 2, 313–341.
- (1951). The psychogenetic diseases in infancy: An attempt at their etiologic classification. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 255–275.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Trevarthen, C. (1979). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication* (pp. 15–39). Cambridge: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3–48.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: Norton.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face-interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1–13.

Weinberg, M.K., & Tronick, E. Z. (1994). Beyond the face: An empirical study of infant affective configurations of facial, vocal, gestural and regulatory behaviours. *Child Development, 65*, 1503–1515.

Zeanah, C. (1999). *Handbook of infant mental health* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Zeanah, C., Boris, N., Bakshi, S., & Lieberman, A. (Eds.). (2000). *Disorders of attachment*. New York: Wiley.

Zeedyk, M.S. (2006). From intersubjectivity to subjectivity. *The transformative roles of emotional intimacy and imitation. Infant and Child Development, 15*(3), 321–344.