

## 3 ARTÍCULOS

- **Nahir Bonifacino, Andrea Plevak y Dora Musetti:** “Retraimiento Sostenido. Un Indicador de riesgo en el desarrollo temprano”.
- **Carmen de la Torre:** “Reflexiones psicoanalíticas sobre la violencia filioparental”.
- **Javier Frère:** “Angustia y tiempo”.
- **Francisca Carrasco:** “El síntoma en la actualidad”.
- **Ana María Sigal:** “Todavía el psicoanálisis en el campo de la sexuación!”.
- **Juan José Rueda:** “La metáfora edípica. El Edipo freudiano como mediador de la entrada en la Cultura”.

### **3.1 RETRAIMIENTO SOSTENIDO. UN INDICADOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO TEMPRANO\*. POR NAHIR BONIFACINO, ANDREA PLEVAK Y DORA MUSETTI\*\***

---

#### **Resumen.**

Este estudio muestra los aportes de una herramienta para la vigilancia del desarrollo psico-emocional temprano, que puede ser incorporada a la práctica del pediatra en el Primer Nivel, favoreciendo una concepción integral del control de salud. Se realizó la detección precoz de indicadores de retraimiento durante la consulta pediátrica con la escala ADBB (Guedeney, 2001/2007) a 67 bebés entre 2 y 14 meses, filmados en cuatro visitas pediátricas durante el año 2010, en dos centros de salud pública. Se trabajó en dos líneas paralelas. Un pediatra con formación en ADBB desde el inicio del estudio realizó la consulta de 30 bebés, y en caso de detectar retraimiento realizó intervenciones orientadas a promover en los padres nuevos recursos en la relación temprana. Otros

37 bebés fueron atendidos en sus controles habituales por nueve pediatras, quienes fueron formados en ADBB y en la implementación de intervenciones, después de la segunda consulta video-filmada. Resultados: de los 37 bebés, 40% presentaban retraimiento en la primera evaluación, 57% en la segunda y después de la capacitación (tercera evaluación), el retraimiento bajó a 13%. En el grupo de 30

bebés, los porcentajes de retraimiento fueron: 7% en la primera evaluación, 13% en la segunda, 10% en la tercera, y 3% en la cuarta. Conclusión: una perspectiva interdisciplinaria que incluye el desarrollo emocional temprano y el uso de la escala ADBB en la consulta de control en salud, brinda mayores herramientas para realizar detecciones precoces e intervenciones oportunas desde la atención primaria, ganando en calidad de atención.

**Palabras clave:** *desarrollo emocional temprano, retraimiento, detección precoz, intervención, estudios interdisciplinarios.*

#### **Introducción**

Desde diversas disciplinas se ha venido investigando el impacto de las experiencias tempranas en el desarrollo del individuo (1-13), estudios recientes otorgan gran importancia a la incidencia de los factores epigenéticos en el despliegue de las capacidades potenciales. (14).

Observaciones video-filmadas de interacciones de díadas madres-bebés(1) y estudios de situaciones experimentales(9) han confirmado que desde muy temprano los bebés demuestran una importante sensibilidad en la interacción con sus figuras significativas, y que cuentan

con un repertorio limitado de reacciones antes situaciones que le resultan perturbadoras(1,12). Reacciones más activas que giran en torno a la protesta, cobran el sentido de un llamado hacia el adulto (llantos, gritos, despliegue motor); pero existe también una modalidad de reacción de menor actividad, que se manifiesta en una actitud de inhibición o retraimiento (12). Dentro del marco de las interacciones tempranas, el retraimiento ha sido considerado como un mecanismo natural de defensa que el bebé pone en juego precozmente para regular el nivel de estimulación que recibe de su entorno (1). Ante reiteradas experiencias perturbadoras, este mecanismo puede tornarse permanente en la modalidad relacional del bebé, configurándose en un retraimiento sostenido. En tales casos se generan interferencias en la capacidad de interacción del bebé o, en casos extremos, ésta llega a resultar inhibida. Estas situaciones comprometen siempre, en mayor o menor medida, el desarrollo emocional, motor, cognitivo y social del niño (12), y configuran un importante indicador de riesgo para el desarrollo.

El retraimiento sostenido se encuentra en la clínica de las grandes categorías psicopatológicas de la primera infancia: dificultades interactivas precoces, síndromes postraumáticos, depresión, ansiedad, cuadros del espectro autista, dificultades del apego, retraso del desarrollo, maltrato, abuso, dificultades sensoriales, etcétera (15). Se ha observado como consecuencia de factores orgánicos como enfermedad, malnutrición, dolor crónico o agudo y dificultades auditivas o visuales (12). También aparecen como indicadores de dificultades en la relación diádica (12) perturbaciones en el cuidado parental como maltrato, abuso o dificultades del apego (15), y como influencia de la depresión materna en la vida emocional infantil (12). Investigaciones más recientes asocian el retraimiento del bebé con la salud mental de los padres (16,17).

Recientes estudios aportan datos adicionales sobre las consecuencias del retraimiento sostenido en el desarrollo. En una población de 50 bebés australianos, se ha observado que aquellos que presentaban indicadores de retraimiento a los 6 meses de edad, y a quienes se les realizó un seguimiento sin ninguna intervención, dos años más tarde presentaban problemas sociales y cognitivos, así como dificultades en la adquisición del lenguaje (16).

El retraimiento aparece como una parte importante del repertorio comportamental del niño pequeño, y se trata de una señal de alarma que importa percibir tempranamente y no banalizar (12). Su instalación progresiva en la modalidad relacional del bebé hace que sus primeras expresiones sean de difícil detección y que pasen fácilmente desapercibidas en la clínica, si no se cuenta con un instrumento específico para esta finalidad, como lo es la escala ADBB (Alarme Détresse Bébé, Guedeney, 2001) (19,20).

En un estudio piloto realizado en Uruguay (2006 a 2009) aplicando la escala ADBB en 73 bebés entre 2 y 24 meses (Centro de Salud de la Costa y Jardín Maternal del Hospital Pereira Rossell), se encontró un importante número de bebés con diferente grado de retraimiento. Ante esta realidad se elaboraron intervenciones a ser realizadas en la propia consulta de control en salud, para mejorar la condición de los bebés. Luego de las intervenciones se realizó una nueva evaluación con ADBB y se constató que de 25% de bebés con indicadores de retraimiento sostenido en la 1ª evaluación, solamente 6% continuaron presentando algunas señales de retraimiento en la 2ª (21-23).

El presente estudio fue diseñado para evaluar en profundidad los beneficios de un abordaje interdisciplinario en atención primaria, que ofrezca a los pediatras capacitación en el desarrollo emocional infantil y en el uso de la escala ADBB, seguida por intervenciones apropiadas.

## Objetivos

### Objetivo general

Realizar la detección precoz de retraimiento en bebés entre 2 y 14 meses a través de la aplicación de la escala ADBB e implementar intervenciones en el primer nivel de atención.

### Objetivos específicos

1. Capacitar pediatras en la escala ADBB y en la implementación de intervenciones orientadas a generar en los padres nuevos recursos en el vínculo con el bebé.
2. Comparar la evaluación del bebé realizada por el pediatra, antes y después de la capacitación en ADBB.
3. Comparar la evolución del bebé cuando el pediatra tiene, y cuando no tiene formación en ADBB.
4. Investigar la evolución del bebé cuando es atendido desde los primeros momentos por un pediatra experto en ADBB.

## Material y método

### Participantes.

Este trabajo contó con la aprobación de la Comisión de Ética de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, y de las respectivas direcciones de los dos Centros de Salud Pública donde fue llevado a cabo (Centro de Salud de la Costa y Centro Coordinado del Cerro). Fueron evaluados, desde mayo de 2010 a abril de 2011 con ADBB, en cuatro tiempos, 95 bebés que recibían sus consultas pediátricas en dos Centros de Salud Pública del Área Metropolitana, Uruguay.

Se incluyó en el estudio a todos los bebés nacidos a término y sin patología perinatal, que acudieron a la consulta de control en salud con los pediatras implicados en el proyecto, y que tenían entre 2 y 6

meses durante los dos primeros meses del mismo. Se completó una ficha con datos personales y familiares de cada bebé.

De acuerdo a estándares éticos, los padres fueron invitados a participar en el proyecto y se les solicitó una autorización firmada para realizar el registro video-filmado de las consultas pediátricas preestablecidas, y para la posible utilización del material con fines científicos (entrenamiento). Todos los bebés que presentaran indicadores de retraimiento recibirían intervención.

Tres psicólogas obtuvieron los registros video-filmados de las consultas pediátricas de todos los bebés. Participaron en el proyecto diez pediatras, de los cuales sólo uno tenía formación en ADBB desde el comienzo de la experiencia. Los otros nueve –cuya participación fue de carácter voluntario– recibieron la capacitación propuesta luego de realizar la segunda consulta video-filmada de los bebés.

El estudio fue dirigido por una psicoanalista de niños y una psiquiatra infantil; ambas profesionales fueron capacitadas por el Dr. Guedeney para el uso de la escala ADBB, y cuentan con su autorización para trabajar con este instrumento y para capacitar a otros profesionales (grupo experto en ADBB).

### Instrumento.

La escala ADBB es un instrumento sencillo, económico en tiempo y recursos, y accesible para diferentes profesionales de la salud luego de un breve entrenamiento. Es de fácil aplicación en una situación familiar para el bebé y sus padres, como lo es la consulta pediátrica. Constituye una guía para la observación del bebé, integrada por 8 ítems específicos para ser observados por el pediatra durante la consulta (expresión facial, contacto ocular, nivel general de actividad, gestos de auto-estimulación, vocalizaciones, vivacidad en la respuesta a la estimulación, capacidad de compromiso con la relación, capacidad del bebé de generar atracción). Cada ítem es codificado de 0 (sin señales de retraimiento) a 4 (retraimiento extremo), de cuya sumatoria se desprende el score

total, que dará lugar a tres rangos: 0 a 4 significa sin retraimiento; 5 a 10 retraimiento leve y más de 10 corresponde a un retraimiento severo (19).

### Procedimiento.

Se realizó un estudio de tipo longitudinal prospectivo, observacional y descriptivo, con una muestra por conveniencia de dos centros de salud con atención pediátrica, asegurándose la similitud de ambas poblaciones para estudiarlas en conjunto. Se realizó un registro video-filmado de 95 bebés, entre 2 y 14 meses de edad en cuatro tiempos preestablecidos durante los diez primeros minutos de la consulta pediátrica de control en salud, lo cual es el tiempo requerido para la evaluación con la escala ADBB.

La 1ª filmación se realizó con bebés de 2 y 6 meses, la 2ª filmación fue realizada dos meses después, cuando los bebés tenían entre 4 y 8 meses; la 3ª fue realizada tres meses después de la segunda y luego de la formación propuesta a los pediatras; y la 4ª filmación, fue realizada tres meses después de la tercera, con los bebés entre 9 y 14 meses de edad.

Se trabajó en dos caminos paralelos. Por un lado, el pediatra que tenía formación en ADBB desde el inicio del estudio, utilizaba este instrumento en sus consultas desde el comienzo de la experiencia. En los bebés en los que detectaba retraimiento – luego de descartados los factores orgánicos- realizaba intervenciones en función de los resultados obtenidos en la escala. Los otros nueve pediatras, que no contaban con formación en ADBB al inicio,

realizaron en las dos primeras consultas, sus procedimientos habituales de control en salud, y registraron en las historias clínicas los datos que consideraban relevantes acerca del estado de salud del bebé. Esta metodología tuvo la finalidad de obtener una línea de base en relación a los recursos con que contaba el pediatra en su formación tradicional, para la detección de retraimiento como factor de riesgo en el desarrollo emocional.

Cinco meses después del inicio del proyecto, y luego de la segunda consulta video-filmada de los bebés, estos profesionales recibieron formación en un abordaje psicoanalítico del desarrollo emocional temprano y en la escala ADBB. En forma complementaria, se brindó recursos a los pediatras para implementar intervenciones sencillas, a ser realizadas durante las siguientes consultas de los bebés en los que eran detectados indicadores de retraimiento, y una vez descartadas posibles causas orgánicas del mismo. Estas intervenciones eran realizadas en función de los resultados obtenidos en la escala, y estaban orientadas a generar en los padres mayores recursos en el vínculo con el bebé (cuadro 1). Luego de finalizada la capacitación, utilizaron este instrumento para la evaluación del bebé a través de los registros video-filmados de las cuatro consultas de control en salud. En cada centro de salud, se mantuvieron reuniones mensuales con los respectivos equipos de pediatras y con las psicólogas que llevaron a cabo las filmaciones. En estos encuentros los pediatras realizaban en forma personal sus propias evaluaciones de los bebés con ADBB, desde las primeras consultas video-filmadas

**Tabla 1 Jornada de formación en la escala ADBB:**

**Capacitación en:**

- 1) - Desarrollo emocional temprano.
- 2) - Deprivación afectiva y sus consecuencias.
- 3) - Retraimiento como síntoma indicador de riesgo en el desarrollo emocional.
- 4) - Detección de indicadores de retraimiento en bebés de 2 a 24 meses, mediante el uso de la Escala ADBB

**Intervenciones realizadas:**

- 1)- Señalar las capacidades que el bebé despliega.
- 2) - Dirigir la atención de los padres hacia las iniciativas del bebé.
- 3)- Identificar y transmitir a los padres los gestos del bebé que iban dirigidos hacia una búsqueda de contacto con ellos.
- 4)- Promover los intercambios verbales con el bebé, en los casos en que las expresiones verbales estaban descendidas o eran inexistentes.
- 5)- Derivar a las madres deprimidas, solas y/o sin contención familiar a los Centros Comunitarios de Atención a la Infancia y Familia (CAIF) para participar de los Talleres Semanales madre-bebé de Estimulación Oportuna.

**Recolección de datos.**

Se realizó un estudio de las características de la población a partir de los datos personales y familiares de cada bebé, que fueran registrados en las fichas. Cuando fue posible los 95 bebés que participaron de la experiencia fueron evaluados con ADBB en cuatro tiempos, con dos unidades de evaluación: 1) la efectuada por los propios pediatras, y 2) la realizada por el grupo experto en ADBB (psicoanalista de niños y una psiquiatra infantil).

Se realizó un análisis estadístico con variables cualitativas y continuas de forma tabulada en tablas de frecuencias. En el caso de variables continuas se presentan además medidas de resumen. Para el estudio de asociación entre variables se utilizó test de Chi Cuadrado o exacto de Fisher en los casos que fuese necesario. Para el estudio

de diferencias entre los distintos tiempos de filmación en relación a la escala en uso, se utilizó test de Wilcoxon. La búsqueda de diferencia estadísticamente significativa entre variables continuas se realizó mediante test de t de Student para muestras dependientes. En todos los casos el umbral de significación estadística correspondió a un  $\alpha = 0.05$ .

**Resultados**

De la población inicial de 95 bebés que comenzaron el estudio, 67 completaron al menos tres consultas video-filmadas y fueron incluidos en el estudio estadístico. Estos bebés fueron divididos en dos grupos: A) Grupo de bebés asistido por los pediatras sin capacitación en ADBB al inicio y B) Grupo de bebés que eran atendidos por el pediatra experto en ADBB desde el inicio.

En el estudio de las características de las poblaciones, no se encontró diferencias estadísticamente significativas, lo que permitió realizar los análisis correspondientes (tabla 2)

**Tabla 2. Descripción de las características de los 67 bebés que completaron el estudio en el Centro Coordinador del Cerro y Centro de Salud Ciudad de la Costa (mayo 2010-abril 2011).**

	Pediatras sin capacitación	Pediatra con capacitación
Primer o segundo hijo	72.9%	80%
Peso al nacer (gramos)	3228 ± 81g	3208 ± 114g
Edad gestacional (semanas)	39.3 ± 0.2	38.7 ± 0.3
Edad materna (años)	26.4 ± 1.2	26.5 ± 1.3
Edad paterna (años)	30.2 ± 1.5	31.4 ± 1.6
Estudios terciarios incompletos	-----	3.3% madres
Estudios técnicos	8.6% madres 9.1% padres	16.7% madres 6.7% padres
Secundaria incompleta	60.0% madres 33.3% padres	26.7% madres 10.0% padres
Primaria completa	17% madres 36.4% padres	26.7% madres 10.0% padres
Primaria incompleta	5.7% madres 15.2% padres	----- 6.7% padres
Actividad laboral	21.6% madres 81.1% padres	13.35 madres 96.7% padres
Viven con padres biológicos	81.1%	83.3%
Madre soltera	8.6%	-----
Padres separados	5.7%	16.7%
Concurre a guardería	17.6%	3.3%

A). En el grupo de bebés asistido por los pediatras sin capacitación en ADBB al inicio, 37 bebés fueron evaluados en tres tiempo durante un año, 49% (18) provenían del Centro de Salud del Cerro, y el restante 51% (19) del Centro de Salud de la Costa. 73% (27) fueron de sexo masculino, existiendo una razón de 2.7 varones

por niña. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable sexo según el centro de procedencia, valor  $p = 0.151$ . La información en relación a la edad de los niños en meses y el número de niños estudiados prospectivamente, a la fecha de cada filmación se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3**

	N	Media ± EE	Mín.	Máx.
1ª filmación	37	3.7 ± 0.2	1.2	5.2
2ª filmación	37	5.9 ± 0.2	3.3	8.1
3ª filmación	37	9.7 ± 0.4	5.3	14.0

Antes de la formación en ADBB y de acuerdo a lo registrado en las historias clínicas, sólo dos de los 37 bebés, fueron considerados por los pediatras en una situación de riesgo. Ambos bebés fueron derivados a los centros comunales de atención a la infancia y la familia (CAIF) para participar de talleres madres – bebés. En los dos casos, los expertos en ADBB detectaron retraimiento severo. Luego de recibir formación en ADBB, los pediatras detectaron en esta misma población, 3 niños con retraimiento severo y 12 con retraimiento leve, a través de la observación del registro filmado de las consultas. Los restantes 22 niños no presentaban indicadores de retraimiento, ni para los pediatras recién capacitados, ni para los expertos. Puede establecerse una diferencia estadísticamente significativa entre el hecho de recibir formación en la escala y la detección de retraimiento (valor  $p = 0.001$ ).

El estudio longitudinal de este grupo de bebés fue realizado hasta la 3ª consulta. La 4ª y última evaluación propuesta, sólo pudo ser realizada a 20 de los 37 bebés, por lo cual no fue incluida en el estudio estadístico. En los tres registros video-filmados, tanto los expertos en ADBB como los pediatras recién formados clasificaron de igual forma a los bebés en cuanto a las franjas de: sin retraimiento (score 0 – 4), retraimiento leve (score 5 – 10), ó retraimiento severo (score > 10); no existiendo diferencias

estadísticamente significativas entre el pediatra luego de recibir formación en la escala y el experto en ADBB (valor  $p = 0.260$  en la 1ª evaluación, valor  $p = 0.417$  en la 2ª, y valor  $p = 0.417$  en la 3ª). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según centro de salud en relación al número de bebés en cada categoría de diagnóstico (valor  $p = 0.505$  en la 1ª filmación, valor  $p = 0.485$  en la 2ª y valor  $p = 0.677$  en la 3ª).

En la 1ª filmación, 60% (22) de los 37 bebés no presentaba retraimiento, 32% (12) presentó retraimiento leve, y 8% (3) presentó retraimiento severo. En la 2ª filmación, los bebés sin retraimiento bajaron a 43% (16), y en cambio se incrementó a 52% (19) el número de bebés con retraimiento leve. El restante 5% (2) de los bebés, presentó retraimiento severo. Sin embargo, en la 3ª filmación – luego de la capacitación y de las intervenciones - del total de 37 bebés, 87% (32) no presentaron retraimiento, y el otro 13% (5) presentó retraimiento leve (figura 1).

B) En el grupo de bebés que eran atendidos por el pediatra experto en ADBB desde el inicio, fueron evaluados 30 bebés en cuatro tiempos durante un año, todos provenientes del Centro de Salud de la Costa.

Las edades de los bebés en las 4 filmaciones realizadas se ven en la tabla 4.

**Tabla 4**

	1ª. filmación	2ª. filmación	3ª. filmación	4ª. Filmación
Media $\pm$ EE (meses)	3.2 $\pm$ 0.2	5.5 $\pm$ 0.2	7.7 $\pm$ 0.3	9.8 $\pm$ 0.3
Mínima edad en meses	2,00	4,00	5,2	7,2
Máxima edad en meses	5,3	8,1	11,0	12,2

El pediatra experto en ADBB detectó 7% de retraimiento leve en la 1ª filmación, 13% en la 2ª; 10% en la 3ª, y 3% en la 4ª. Se destaca la ausencia de retraimiento severo (figura 2).

En la comparación del comportamiento de ambos grupos de bebés a lo largo de las diversas evaluaciones, existe una diferencia estadísticamente significativa para los tres rangos

de retraimiento en la 1ª filmación (valor  $p=0.006$ ) y en la 2ª (valor  $p=0.001$ ). Sin embargo, en la 3ª evaluación, que fue realizada en forma posterior a la capacitación de los pediatras y luego de las intervenciones de los mismos durante las siguientes consultas de control en salud, ambos grupos de bebés alcanzan un comportamiento similar y no se observan diferencias estadísticas entre ellos (valor  $p=0.480$ ) (figura 3).

### Discusión.

La escala ADBB ha sido primeramente validada en Francia, en el año 2001 (19) y luego en diversos países europeos y sudamericanos, en los que se está utilizando con fines de investigación y detección e intervención precoz (14, 17-21). Tiene una sensibilidad de 82% y una especificidad de 78%, con una buena coherencia interna (Cronbach es 0.83) (17).

Existe una diferencia significativa en la habilidad de los pediatras para detectar retraimiento, en forma previa y posterior a la formación propuesta. Se observó que en la consulta tradicional, el retraimiento puede ser detectado por el pediatra sólo si se presenta en forma evidente, lo cual estaría implicando ya un retraimiento severo (score  $> 10$  en ADBB), con mayor riesgo para la salud infantil. Sin embargo, las primeras manifestaciones de retraimiento (score 5–10 en ADBB) suelen pasar desapercibidas en la consulta pediátrica tradicional, lo cual no permite intervenir precozmente. Además, las dos primeras evaluaciones de los 37 bebés atendidos por los pediatras sin ADBB al inicio, muestran que cuando no hay posibilidad de detección precoz, el porcentaje de bebés con retraimiento tiende a aumentar. Dado que los bebés participantes del estudio se encontraban en buenas condiciones de desarrollo físico, es posible considerar que el retraimiento tuviera su origen en causas relacionales y de orden emocional, que remiten a desencuentros o dificultades en las interacciones tempranas.

La 3ª evaluación de estos bebés, realizada tres meses después de la segunda, muestra el impacto de la capacitación del pediatra en la condición de salud de los mismos: a) se evidencia un descenso muy significativo de porcentaje de retraimiento, y b) el efecto positivo alcanza también a los bebés que tenían retraimiento severo, en los que se logró una mejora parcial, pasando éstos a presentar retraimiento leve. Se observa que cuando el pediatra tiene herramientas para la detección precoz de dificultades en el desarrollo temprano y para la intervención oportuna en la propia consulta de control en salud, puede generar acciones tendientes a revertir la situación, antes de que ésta configure un cuadro patológico. Entendemos que dadas las condiciones de plasticidad y permeabilidad hacia la influencia de factores epigenéticos y relacionales del primer año de vida, las intervenciones que apuntaban a generar nuevos intercambios en el vínculo padres-bebé, pudieron promover cambios positivos en la condición de salud del mismo.

En el grupo paralelo de bebés atendidos por el pediatra experto en ADBB desde el inicio, el porcentaje de los bebés con retraimiento es reducido y corresponden todos a un retraimiento leve. Este dato puede ser interpretado por la aleatoriedad en la elección de la muestra o debido a la formación del pediatra, quien desde la primera consulta contaba con la capacitación necesaria para detectar retraimiento, e intervenir en función del mismo. Si bien estadísticamente no puede realizarse una diferenciación entre ambas posibilidades, tendemos a considerar que la formación en ADBB habilitaba a este profesional para trabajar con el bebé y sus padres en promoción de salud, incluso desde las consultas previas al estudio. De acuerdo con esta hipótesis, un dato importante de este grupo de bebés, es la ausencia de retraimiento severo.

En la comparación del comportamiento de ambos grupos de bebés, se encuentran diferencias significativas en el porcentaje de retraimiento detectado en las dos primeras evaluaciones. Sin embargo, es interesante observar que cuando los

pediatras reciben la formación, logran revertir esta situación; y en la 3ª evaluación ambas poblaciones de bebés se emparejan y alcanzan similares porcentajes de retraimiento. Al no contar con la 4ª evaluación de los 37 bebés de los pediatras sin formación al inicio, no estamos en condiciones de evaluar la permanencia de los efectos positivos de la intervención en este grupo. En cambio, sí es posible realizar esta observación en el grupo de bebés del pediatra experto, en los que se evidencia una importante tendencia hacia la salud.

Este trabajo cuenta con las siguientes limitaciones:

- 1) A medida que pasaban las intervenciones disminuía el número de niños, lo cual fue en desmedro del rigor estadístico. A pesar de los distintos recursos puestos en juego, y de la participación de un plan específico para captar a los bebés que no eran llevados a la consulta pediátrica (Plan Aduana), estas familias no pudieron ser localizadas para continuar en el estudio.
- 2) Licencias y huelgas en el sector de la salud, que implicaban a los pediatras o a funcionarios administrativos que asignaban las horas de consulta, interfirieron en la regularidad para realizar las filmaciones de acuerdo a lo previsto.

No conocemos la existencia de estudios similares, de capacitación a pediatras con ADBB, y de medición del impacto de esta formación en la salud infantil. Tampoco conocemos estudios longitudinales en que ADBB haya sido como en este caso, utilizada como herramienta de screening para la intervención en el primer nivel de atención. Estas situaciones no nos permiten realizar análisis comparativos con otras investigaciones en estos aspectos. (21-28)

## Conclusiones.

El estudio muestra que la perspectiva que proponemos con el uso de la escala ADBB en la consulta de control en salud, amplía la visión de los pediatras, y los beneficia para la detección de indicadores de retraimiento en el desarrollo temprano y para realizar intervenciones sencillas, tendientes a generar en los padres nuevos recursos en el vínculo con su bebé. Al mismo tiempo, este trabajo lleva a un reconocimiento de la importancia de la formación del pediatra en una perspectiva más integradora de la salud infantil, para trabajar en programas de detección e intervención precoz, y de promoción de salud en el Primer Nivel de Atención.

**Reconocimientos:** Agradecemos las contribuciones de los docentes y participantes en el 15th Research Training Program, que tuvo lugar en el University College London, en Agosto del 2009. Este estudio fue posible con el apoyo económico de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) y de la Asociación para la promoción del apego (APRA). Valoramos las ideas de la *Psicoanalista Marina Altmann* en la primera etapa del proyecto, la confianza del *Dr. Andrés Neves* y de la *Dra. Nelly Lugullo*, directores de los Centros de Salud en los que se llevó a cabo la experiencia, y el compromiso de los pediatras *Karla La Rocca, Giovanna Gonella, Virginia Flores, Claudia Caramori, Dinorah Nemetchek, Lilián Dorsi, Luis Pereira, Andrea Harreche, Miriam Antomil. María José Alcántara, Paula Miños y Lorena Valdéz* fueron las psicólogas que trabajaron en la filmación de las consultas pediátricas. Extendemos un especial agradecimiento a la participación de los bebés y a sus padres.

## Referencias bibliográficas

- 1) Brazelton T. Early mother-infant reciprocity in parent-infant interaction. *Infant Behavior and Development*. Elsevier Scientific Publishing. 1975; 33 : 137- 54.
- 2) Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1969.
- 3) Bowlby J. Attachment and Lost: retrospect and prospect. *Am. J. Orthopsychiatr* 1982; 52 (4): 664-678.
- 4) Emde RN, Gaensbauer TJ, Harmon RJ). Emotional expression in infancy; a biobehavioral study. *Psychol Issues*. 1976; 10(01):1-200.
- 5) Fonagy, P. Target, M. Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *Int J Psychoanal* 2007; 88:917-37
- 6) Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002: Cap 1 23-64
- 7) Guedeney A. From early withdrawal reaction to infant depression: a baby alone does exist. *Infant Ment Health J*. 1997; 18(4):339-49.
- 8) STERN D. THE INTERPERSONAL WORLD OF THE INFANT. : A VIEW FROM PSYCHOANALYSIS AND DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY. BASIC BOOKS. NUEVA YORK. 1985.
- 9) Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton T.B. The infant response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Acad Child Psychiatr*. 1978; 17(1) :1-13.
- 10) Winnicott, D. The theory of parent – infant relationship. The maturational processes and the facilitating environment. Ed. Laia. Barcelona.1960
- 11) Lejarraga H. Desarrollo del niño en contexto. Buenos Aires : Paidós, 2008.
- 12) Guedeney A, Vermillard M. L ´echelle ADBB; intérêt en Recherché et en Clinique de l evaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine et Enfance*. 2004; 20(11): 364-371.
- 13) Guédeney A, Bedock P, Dugravier R, Horreard AS, Isnard P. Le développement psychologique normal et seus troubles dans l`enfances et l`adolescence. ser vice de psychiatrie de l`enfance et de l`adolescent. Paris: Hospital Bichat-Cluade Bernard. Faculté de Médecine Xavier Bichat. 2007.
- 14) Barbeito L. Influencia del ambiente relacional y nutricional en el desarrollo. *Anf. de Psiquiatría CHPR* 7/5/13
- 15) Guedeney A, Foucault C, Bougen E, Larroque B, Mentré F. Screening for risk factors of relational withdrawal behavior in infants aged 14-18 months. *J Europsy* 2007; 23(2): 150-155.
- 16) Figueredo B, Costa R. Estudo de validação da Versão potuguesa de Alarm Distress Baby Sacale. *Acta Pediatr Port* 2008; 39(5):183-9.
- 17) Lanzi RG, Ramey SL, Bert SC. The parenting responsibility and emotional preparedness (PREP) screening tool: a 3-item screen that identifies teen mothers at high risk for non optimal parenting. *Arch Pe diatr Adolesc Med* 2012; 166(8):749-55.
- 18) Milne L, Greenway P, Guedeney A, Larroque B. Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behav Dev* 2009; 32(2): 159-66.
- 19) Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the Alarm Baby Distress Scale. *Infant Ment Health J*. 2001; 22(5): 559-575
- 20) Alarm Distress Baby Scale: the ADBB scale. Disponible en: <http://www.adbb.net/gb-int ro.html>. [Consulta: febrero 2006].
- 21) Bonifacino N, Musetti D, Hackenbruk K, Schelotto M, Fostell M, Pereira MJ. La escala ADBB y sus potencialidades. *Rev. APPIA* 2007; 16:41-48

- 22) Bonifacino, N., Musetti, D., Plevak, A. (2011). The pediatric consultation: a first step into infant mental health. *Devenir* 2011; 23 (2):117-127.
- 23) Plevak, A., Schelotto, M., Bonifacino, N., Musetti, D. (2012) Consulta pediátrica en la primera infancia: una oportunidad para la detección de indicadores de riesgo en el desarrollo emocional. Experiencia de tamizaje e intervención precoz. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 83(2): 25-30.
- 24) Tizón J, Izquierdo A, Nadal D. Traducción y re traducción al castellano de la escala ADBB. Unitat de Salut Mental de Sant Martí Nord. Institut Catalá de la Salut. Barcelona 2002.
- 25) Oliver M. Diagnóstico precoz en salud mental pediátrica. Retracción relacional en los primeros años de vida [en línea] *Rev UAI* 2010
- 26) [http://issuu.com/vaneduc/docs/revista\\_uai\\_noviembre\\_2010\\_oliver](http://issuu.com/vaneduc/docs/revista_uai_noviembre_2010_oliver) [consulta 30 jun 2011]
- 27) Facuri-Lopes S, Ricas J, Mancini MC. Evaluations of the psychometrics properties of the Alarm Distress Baby Scale among 122 Brazilian Children. *Infant Ment Health J* 2008; 29(2): 153-173.
- 28) Puura, K; Guedeney, A; Mäntymaa, M; Tamminen, T. Detecting infants in need: Are complicated measures really necessary? *Infant Mental Health Journal* 2007Agost; 28 (4): 409 – 421
- 29) Guedeney A, Marchand-Martin L, Cote SJ, Larroque B; EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Perinatal risk factors and social withdrawal behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Apr; 21(4):185-91.
- 30) Guedeney A, Matthey S, Puura K. Social withdrawal behavior in infancy: a history of the concept and a review of published studies using The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Ment Health J* 2013; 34(6):516-31.

**Figura 1**



