

LA ESCALA ADBB Y SUS POTENCIALIDADES.

(ADBB: alerta de retraimiento en el Bebé)

Experiencia de aplicación en el Centro Educativo de Primera Infancia del Hospital Pereira Rossell.

AUTORES: Psic. N. Bonifacino; Psicomot. N. Fostell; Psic. K. Hakenbruck; Dra. D. Musetti; Psic. M. Pereira; Dra. M. Schelotto.

PALABRAS CLAVE: primera infancia, retraimiento relacional, detección precoz, prevención, promoción de salud.

RESUMEN: La escala Alarme Détresse Bébé (A. Guedeney, 2001) propone una forma sistematizada de observación de bebés entre 2 y 24 meses de vida, con el objetivo de detectar tempranamente señales de retraimiento. Es un instrumento aplicable en distintas situaciones clínicas -por ejemplo la consulta de control pediátrico- es accesible para el personal de la salud, y fácil de implementar.

Esta escala se basa en una concepción del desarrollo como fenómeno interactivo, es decir que el desarrollo del niño va a depender de sus potencialidades y también de su disposición y de su curiosidad para relacionarse con el entorno. Un bebé saludable está lleno de vida, tiende espontáneamente a relacionarse, a buscar la mirada de alguien, sonríe, y suele atraer por sus iniciativas, a la vez que va a enriquecerse con los estímulos que su entorno le pueda brindar. Un bebé retraído, en cambio, no va a tender hacia esta búsqueda.

En este contexto, el retraimiento puede comprometer en mayor o menor medida el desarrollo motor, cognitivo, afectivo y social del niño pequeño. El retraimiento es una importante señal de alarma en la primera infancia, es de difícil detección por su naturaleza progresiva, y puede llegar a constituir el paso previo a una depresión.

La observación del niño pequeño a través de 8 ítems propuestos por la escala ADBB, permite detectar señales de retraimiento que pueden pasar inadvertidas a simple vista. Un segundo paso sería indagar acerca de las causas del mismo, las que podrán ser de orden orgánico y/o relacional.

En esta presentación se comunica la experiencia de aplicación de esta escala, que fuera realizada por un equipo interdisciplinario en el Centro Educativo de Primera Infancia del Hospital Pereira Rossell.

1) FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

Cada vez se da mayor importancia al conocimiento del desarrollo saludable para poder entender mejor la patología. El mismo depende de la conjunción armoniosa de dos factores: la disposición genética y la experiencia del individuo en su medio ambiente relacional.

El conocimiento de la Salud permite detectar precozmente las situaciones que se

alejan de ella e instituir rápidamente acciones que permitan recuperar el estado anterior de funcionamiento saludable.

Desde hace algunas decenas de años se ha jerarquizado el estudio y la atención de los primeros años de la vida, pues se sabe que son vitales para el futuro desarrollo de los individuos.

La investigación ha permitido acumular una gran cantidad de conocimientos sobre lo que favorece los estados de salud y lo que los perjudica. La prevención y la educación en Salud son acciones de enorme importancia en todos los programas de Salud Pública. Ha sido un desafío para los profesionales de la salud hacer operativos todos estos avances creando herramientas útiles para ser aplicadas ya sea en la detección como en la atención de los problemas de salud.

Otro aspecto a destacar es la importancia del trabajo interdisciplinario entre los distintos profesionales que atienden la salud del niño.

Todos estos argumentos fundamentan la experiencia que hoy presentamos, y la importancia del uso de escalas como ADBB que permiten una mirada sistematizada para ver aquello que no resulta tan evidente a la simple observación.

2) PRIMEROS CONTACTOS CON LA ESCALA ADBB.

La escala ADBB brinda la posibilidad de realizar una mirada organizada y sistematizada de cada bebé en particular, con el objetivo de detectar tempranamente señales de retraimiento, que a primera vista podrían pasar desapercibidas para el observador.(3)

Esta técnica incluye en su propuesta la participación del observador, quién tendrá en cuenta como elementos diagnósticos, ciertas particularidades del vínculo que se establece o no entre éste y el bebé. Esta condición le confiere a la escala una característica particular, alejándola de una aplicación automática de un testeado.

La escala propone la observación de 8 ítems, y trabaja con los aspectos contra-transferenciales del observador, lo cual le otorga un carácter dinámico y eminentemente clínico, que la enriquece.

Este característica, conjuntamente a la situación de rutina en la que se desarrolla la observación -consulta de control pediátrico- así como sus posibilidades para la promoción de salud en la temprana infancia, despertaron nuestro interés en este instrumento.

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a Mónica Oliver, por invitarnos a participar junto con su equipo de salud del Hospital Alemán de Buenos Aires en el entrenamiento de la escala que fue brindado por el Prof. Antoine Guedeney en octubre del 2005, y luego por Simone Lopes, de Minnas Gerais,(4) a quien también queremos manifestar nuestro agradecimiento por su receptividad y por su generosidad en la transmisión de su experiencia y de sus conocimientos.

3) EL CENTRO EDUCATIVO DE PRIMERA INFANCIA DEL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL.

Esta experiencia con la escala ADBB, ha tenido lugar en un Centro Educativo de Primera Infancia, que se encuentra dentro del predio del Hospital de Niños del Ministerio de Salud Pública, en Montevideo (Uruguay).

La población de este Centro Educativo está comprendida por niños entre 2 meses y 4 años, que son hijos o familiares directos de funcionarios o de personal técnico del Centro Hospitalario. Los niños permanecen allí aproximadamente 6 horas diarias -de lunes a viernes- lo cual comprende el horario de trabajo de sus progenitores.

Esta Institución funciona desde hace más de veinte años y cuenta en su gran mayoría con personal estable. Muchas de las personas que brindan cuidado a los niños llevan muchos años trabajando allí, y han ido adquiriendo su experiencia en servicio.

Este Centro Educativo está a cargo de una funcionaria administrativa, que se plantea la necesidad de trabajar con un equipo interdisciplinario para apoyar al personal educativo y mejorar la calidad del servicio.

Estas condiciones han constituido elementos propicios para que la propuesta de trabajo con ADBB fuera muy bien recibida en la Institución por parte de los padres y de los educadores. Estos últimos incluso nos solicitaron la observación específica de algunos niños mayores de 2 años, que les preocupaban.

4) LA APLICACIÓN DE LA ESCALA ADBB.

Con el propósito de familiarizarnos con el uso de la escala, se planteó realizar un relevamiento de los niños entre 2 y 24 meses que asisten al Centro Educativo. Se ofreció realizar un control pediátrico a cada uno de ellos, quienes asistirían al mismo en compañía de su madre y/o su padre. La consulta sería realizada en la Institución, y filmada por un integrante de nuestro equipo.

Se solicitó a los padres por escrito la aceptación de estas condiciones, así como la habilitación para el uso de las filmaciones con fines científicos. Se les propuso tener luego, una instancia de devolución en la que veríamos juntos la filmación de su hijo y realizaríamos intercambios sobre la misma.

Esta propuesta fue realizada a los padres en una reunión a la que fueron citados por el equipo con tal finalidad. En ésta se percibió, por parte de los mismos, un gran interés hacia el planteo y una importante valoración frente a la mirada que los técnicos pudieran brindarles acerca del desarrollo de sus hijos pequeños.

Podemos agregar que esta experiencia, cuya finalidad era familiarizarnos con el uso de la escala, trascendió su propio objetivo. De hecho, nuestro equipo fue asumiendo un compromiso cada vez mayor con la Institución y su gente, y la propuesta inicial pasó a transformarse en una intervención institucional en promoción de salud, en la que se plantearon incluso estrategias específicas de intercambio con padres y educadores.

5) LOS OCHO ÍTEMS QUE EVALÚA LA ESCALA ADBB.

- 1 Expresión facial
- 2 Contacto Visual
- 3 Nivel general de actividad
- 4 Gestos de auto estimulación

- 5 Vocalizaciones
- 6 Vivacidad de la respuesta a la estimulación
- 7 Capacidad de establecer una relación
- 8 Atractivo del niño-a

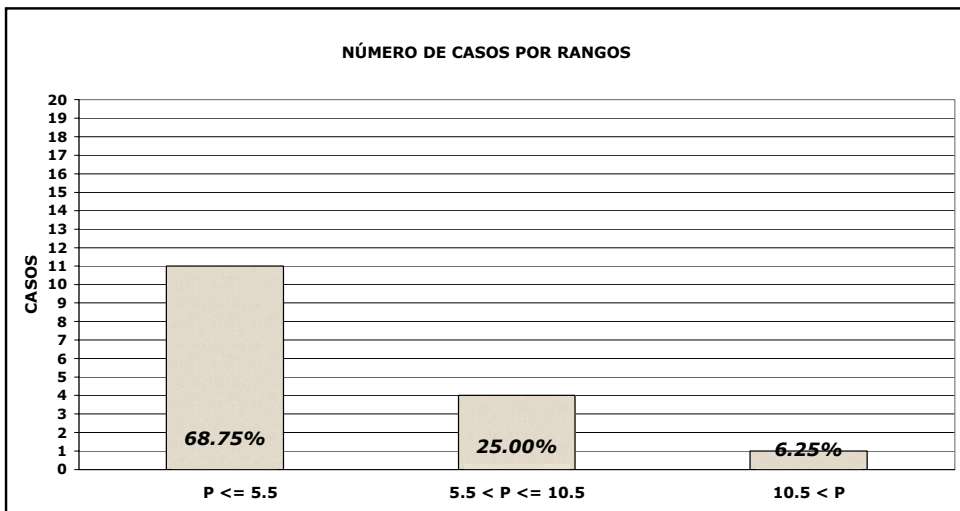
6) POBLACIÓN EVALUADA Y RESULTADOS OBTENIDOS.

La población evaluada con la escala ADBB comprende 19 niños (11 varones y 8 niñas) cuyas edades van en un rango de los 5 a los 24 meses.

El material video filmado de cada consulta pediátrica ha sido evaluado por cada uno de los integrantes del equipo en función de los ítems propuestos por la escala ADBB.

Organizamos los resultados obtenidos en una gráfica de tres barras, en función del índice de riesgo propuesto por la escala.

De acuerdo a lo ilustrado en la gráfica 1, se percibe en nuestros resultados, porcentajes de riesgo similares a los alcanzados en otras experiencias de aplicación de la escala en diferentes contextos culturales y sociales, por ejemplo, en relación a los estudios realizados en Francia (Guedeney -Fermanian, "Infant Mental Health Journal", 2001).



La primera barra corresponde al porcentaje de niños que de acuerdo a nuestros resultados no presentan señales de retraimiento: 68.5 %

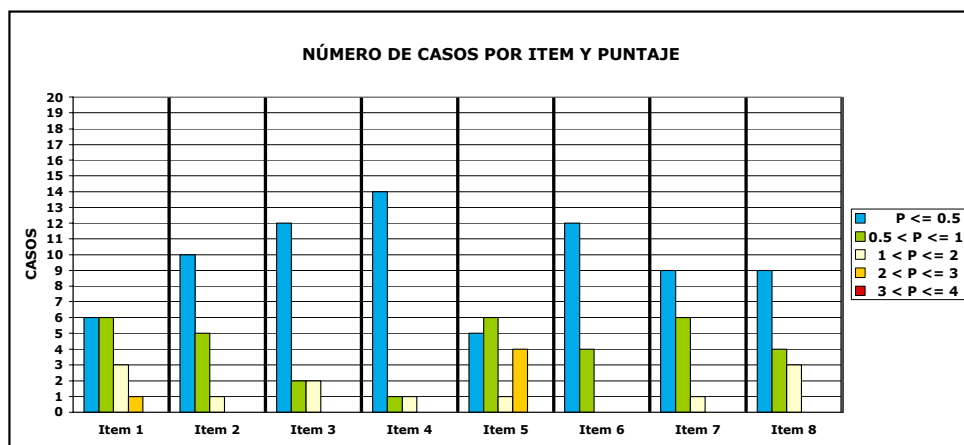
La segunda barra comprende el porcentaje de niños que alcanza un puntaje que va en un rango de 6 a 10 en los resultados totales de la escala, lo cual estaría implicando la detección de cierto riesgo de retraimiento en esta franja de la población evaluada, que corresponde a un 25 % del total.

Y por último, la tercera barra, significativamente menor en su dimensión, comprende el porcentaje de niños en los que se estarían detectando señales claras de retraimiento relacional: 6.25 %.

Más allá de estos resultados generales, hemos detectado ciertas situaciones en los cuales, si bien la aplicación de la escala nos brindaba valores comprendidos dentro de la primer barra (puntaje de 0 a 5), es decir que correspondían a niños que no presentaban señales de retraimiento; sin embargo en la impresión clínica de estos pequeños surgían dificultades de otra índole, por ejemplo, trastornos de hiperactividad o retrasos en el desarrollo madurativo.

En cuanto a esta última situación, por ejemplo, se trataba de un niño de 18 meses que si bien daba puntajes adecuados en la escala, aún no había adquirido la marcha. En este sentido nos preguntamos acerca de nuestra modalidad en la puntuación de la escala, y nos surge la duda de si para darle una puntuación entre 0 y 5, se esperaría necesariamente que un niño de 18 meses pudiera desplazarse espontáneamente por el consultorio o si en cambio bastaría con otro tipo de despliegue motor que no implique necesariamente la marcha como adquisición. Frente a esta última opción, estaríamos hablando entonces del riesgo de pretender otorgar a la escala un valor diagnóstico, desconociendo su especificidad en cuanto a la detección de señales de retraimiento, como es explícitamente su propuesta.

Por otra parte, nos ha resultado interesante investigar acerca del puntaje de cada ítem en particular, considerando la puntuación global del total del número de niños evaluados. En este sentido, en la gráfica 2 se evidencia que en la mayoría de los ítems valorados, predominan comparativamente los puntajes de 0 y 1, sin embargo, hay uno de los ítems cuyo puntaje es sustancialmente distinto al resto. Nos referimos al ítem 5, que corresponde a las vocalizaciones de diversa índole que realiza el niño en la situación observada.



gráfica 2

En el ítem de vocalizaciones se observa que la barra que corresponde a puntajes superiores a 5, es decir que estarían siendo puntajes indicadores de cierto índice de

retraimiento en relación a este ítem en particular, comparativamente es mucho mayor que en todos los demás ítems.

Por un lado, este aspecto condice con la impresión clínica que hemos recibido en las observaciones en general, en cuanto a que se ha detectado que la dinámica de interacción de los niños con los padres tal como se apreció durante el control pediátrico, así como también otras instancias de observación espontánea de los niños con las educadoras, se caracterizaban por los escasos intercambios verbales, y por la poca o ninguna descripción de los estados afectivos del niño por parte del adulto, ni de la anticipación de los sucesos en los que éste estaba implicado.

Este ítem ha constituido un tema de importante intercambio en las instancias de devolución a padres y educadores.

Tenemos la expectativa de seguir profundizando en el análisis de los datos obtenidos en próximas instancias de trabajo del equipo, con el propósito de ampliar nuestros conocimientos acerca de esta población en particular y para poder realizar nuevos aportes que favorezcan el mejor desarrollo de estos niños.

7) LAS INSTANCIAS DE DEVOLUCIÓN A PADRES Y EDUCADORES.

La **devolución a los padres** se hizo aproximadamente seis meses después de la observación inicial del niño. En la misma, la propuesta fue ver juntos la filmación de la consulta pediátrica y realizar intercambios al respecto. Dos integrantes de nuestro equipo citaban a cada pareja de padres. En general a esta instancia de devolución ha concurrido solamente la madre, y en ciertas ocasiones acompañada de su hijo.

En cada una de estas devoluciones, primeramente solicitamos a los padres que nos brindaran su impresión acerca de lo observado, y luego íbamos transmitiendo aquellos aspectos que habían sido previamente discutidos en el equipo, y que desde nuestro punto de vista era importante transmitir y conversar con los padres.

Hemos constatado que en su mayoría, los padres captaban adecuadamente determinados características de su hijo que también llamaban nuestra atención: la tristeza de la mirada, la actitud de repliegue o de proximidad excesiva hacia uno de los padres, la necesidad imperiosa de estar prendido al pecho de la madre, o el uso continuo de un chupete a una edad que ya podía estar dejándolo.

En general los padres y las personas del equipo quedamos satisfechos con estas instancias de comunicación e intercambio que hemos tenido acerca del niño, en las que los técnicos pudimos brindar a los padres ciertos elementos que les fueran útiles para conocer mejor a su hijo, y para ayudarlo a superar las etapas madurativas que estaban transcurriendo.

Sin embargo, también hemos constatado que en aquellas situaciones en que fue necesario plantear derivaciones, éstas no se llegaron a concretar en lo inmediato, o bien algunas de ellas se realizaron un tiempo más tarde.

En este sentido nos planteamos la necesidad de profundizar sobre esta dificultad y de

generar desde el equipo nuevas alternativas para que las derivaciones puedan llegar a ser tramitadas por los padres con mayor fluidez.

En relación al personal educativo, en el marco de una actividad grupal, se realizó una devolución global del material obtenido. Esta instancia posibilitó un mayor acercamiento entre los técnicos del equipo y las educadoras, y dio lugar a un rico intercambio que resultó incluso, formativo para el personal del servicio.

En la medida que las educadoras han podido percibir que los resultados obtenidos a través de la escala, daban cuenta en general de un buen nivel relacional de los niños, esto ha resultado un gran alivio para ellas, a la vez que un aspecto motivador para seguir adelante con su tarea.

En este intercambio, se ha profundizado especialmente en el ítem de “vocalizaciones”, el cual, como ya ha sido planteado, surge descendido frente a los demás en los resultados generales de la escala. En relación al mismo, se trabajó con las educadoras, la posibilidad de generar diversas estrategias de intervención que apuntaran a promover un mayor contacto verbal con el niño, desde ese lugar privilegiado que ellas ocupan para él y sus padres : poner en palabras las sensaciones, las iniciativas, las necesidades y afectos que ellas pueden percibir en cada uno de los bebés, hablarles acerca de lo que irán haciendo mientras se ocupan de los cuidados cotidianos, de su alimentación, o de su higiene; o bien, cantarles canciones de cuna y propiciar diversos intercambios verbales que ayuden a que el mundo de los pequeños se vaya poblando de palabras. Estos son ciertas posibilidades que se han ido manejando como propuestas concretas y que tienden a enriquecer el vínculo entre el bebé y quien le brinda cuidado, pero que evidentemente no agotan nuevos caminos para seguir pensando en este aspecto.

8) EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA Y PROYECTO 2007.

Esta primera intervención institucional, con niños, padres y educadores, ha resultado muy enriquecedora para nuestro equipo, y esperamos que sea también un aporte que apunte a mejorar los recursos de la institución educativa.

Valoramos también muy positivamente la posibilidad de haber integrado una experiencia regional, de contacto permanente con los equipos que están trabajando con ADBB en Buenos Aires y en Brasil. En lo que tiene que ver con la inserción en nuestro medio en particular, en este segundo año de experiencia, notamos que el trabajo con ADBB se ha hecho más atractivo para los pediatras. Recientemente ha solicitado el ingreso a nuestro equipo una pediatra que trabaja en un Centro de Salud de un departamento contiguo a Montevideo (Canelones), y la propuesta de la escala será presentada próximamente en una jornada de pediatras jóvenes, quienes han demostrado el interés de contar con este instrumento para la detección temprana de señales de retraimiento. Este proyecto de trabajo fue presentado a la Dirección del Hospital con el objetivo de contar con el aval institucional.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Bowlby, J. "Attachment and Loss: retrospect and prospect". American Journal of Orthopsychiatry, 1982, Vol.52 No 4.
- 2) Nimchinsky,E.,Glissen,E.,Allman,J.,Perl,D., Erwin,J., Hof,P."A Neuronal morphologic type unique to humans and great apes". Proc.Natl.Acad.Sci.USA.Vol.96.pp.5268-5273, April1999.Neurobiology, Antropology.
- 3) Guedeney, A. y Fermanian, J., 2001."A validity and reliability study of assessment and screening for sustaines withdrawal reaction in infancy: the Alarm Baby Distrees Scale". Infant Mental Health Journal, 22,559-575.
- 4) Lopes, S. Ricas, J., Cota Mansini, M. 2004."Alarm Distress Baby Scale. Evaluations of the psychometrics properties among 122 Brazilian Children". www.org.congress2004
- 5) Tizón J. Izquierdo, A., Nadal, D. Traducción y re traducción al castellano de la escala ADBB. (Unitat de Salut Mental de Sant Martí Nord, 2002.)
- 6) www.adbb.net