

Retraimiento sostenido. Un indicador de riesgo en el desarrollo temprano.

Detección e intervención en el primer nivel con la escala ADBB
Experiencia en dos centros de salud pública del área metropolitana

Nahir Bonifacino¹, Andrea Plevak², Dora Musetti³, Anaulina Silveira⁴

Resumen

Este estudio muestra los aportes de una herramienta para la vigilancia del desarrollo psicoemocional 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 videofilmada.

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.

Summary

This study shows the contributions of a tool for the alertness of the psycho-emotional emotional development that could be integrated in the pediatrician practice in the First Level, in order to promote a more integrated approach of infant's health. Early detection of withdrawal indicators was done with ADBB scale (Guedeney, 2001/2007) during regular pediatric consultation to 67 babies between 2 and 14 months, who were video-taped in four pediatric visits during 2010 in two Public Health Centers. Two parallel ways were done. One pediatrician trained in ADBB since the beginning of the study assessed 30 babies and in the cases which she detected withdrawal, she did interventions oriented to promote in the parents new resources in the early relationship. The others 37 babies were assisted in their regular pediatric visits in the traditional way by nine pediatricians, who were trained in ADBB and in the implementation of interventions after the second video-taped consultation.

Results: in the group of 37 infants, 40% presented withdrawal in the 1st. assessment, 57% in the 2nd, and in the 3rd one, which was done after the training, the percentage of withdrawal decrease to 13%. In the parallel group of 30 infants the percentages were: 7% in the 1st. assessment, 13% in the 2nd, 10% in the 3rd, and 3% in the 4th one.

Conclusion: an interdisciplinary approach that includes the early emotional development and ADBB scale in the regular well-baby consultation offers new tools for early detection and for timely interventions from the first level of care, increasing the quality of the care.

Palabras clave: RETRAIMIENTO
DIAGNÓSTICO PRECOZ
ESCALA ADBB-utilización
DESARROLLO INFANTIL

Key words: WITHDRAWAL
EARLY DIAGNOSIS
ADBB SCALE-utilization
CHILD DEVELOPMENT

1. Psicóloga. Psicoanalista de niños. Asociación Psicoanalítica del Uruguay

2. Pediatra. Centro de Salud Ciudad de la Costa.

3. Pediatra. Psiquiatra Infantil.

4. Analista en Economía. Asistente de Métodos Cuantitativos. Facultad de Medicina Centro de Salud de la Costa y el Centro Coordinado del del Cerro.

Fecha recibido: 10 de abril de 2013

Fecha aprobado: 29 de abril de 2014

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 con la salud mental de los padres^(16,17).

Recientes estudios aportan datos sobre las consecuencias del retraimiento sostenido en el desarrollo. En 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 pro-

blemas sociales y cognitivos, así como dificultades en la adquisición del lenguaje⁽¹⁸⁾.

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 primera evaluación, solamente 6% continuaron presentando algunas señales de retraimiento en la segunda⁽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 con 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 Coordinador 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 al control en salud con los pediatras implicados en el proyecto en las instituciones mencionadas, y que tenían entre 2 y 6 meses en los dos primeros meses del estudio. 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 videofilmado de las cuatro consultas pediátricas preestablecidas, para la evaluación de los bebés por parte de los expertos y para la utilización del material con fines científicos (entrenamientos). Todos los bebés que presentaran indicadores de retraimiento recibirían intervención.

Tres psicólogas obtuvieron los registros videofilmdos 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 videofilmada 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 (Guedeney y Farmanian, 2001) es un instrumento sencillo, económico en tiempo y recursos, 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, con el objetivo de detección precoz de señales de retraimiento. Está integrada por 8 ítems específicos para ser observados por el pediatra durante la consulta (expresión facial, contacto ocular, nivel ge-

neral 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 un muestra por conveniencia, de dos centros de salud con atención pediátrica. Se realizó un registro videofilmado de 95 bebés, entre 2 y 14 meses de edad, en cuatro tiempos preestablecidos durante la consulta pediátrica de control en salud (aproximadamente diez minutos, tiempo requerido para la evaluación con la escala ADBB).

La primera filmación se realizó con bebés de 2 a 6 meses, la segunda filmación fue realizada dos meses después (bebés entre 4 y 8 meses), la tercera fue realizada tres meses después de la segunda (bebés entre 7 y 11 meses), luego de la formación propuesta a los pediatras, la cuarta filmación fue realizada tres meses después de la tercera, con los bebés entre 9 y 14 meses.

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. Con 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 temprano.

Cinco meses después del inicio del proyecto, y luego de la segunda consulta videofilmada de los bebés, estos profesionales recibieron formación en un abordaje psicoanalítico del desarrollo emocional temprano y en la escala ADBB. En forma complementaria, se les brindó recursos 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 fun-

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:

- Señalar las iniciativas y capacidades que el bebé despliega.
- Identificar los gestos del bebé que iban dirigidos hacia una búsqueda de contacto con sus padres.
- Señalar el interés y las respuestas del bebé hacia los intercambios verbales, en los casos en que las expresiones verbales estaban descendidas o eran inexistentes.
- Derivar a las madres deprimidas, aisladas y/o sin contención familiar a los Centros de Atención a la Infancia y Familia (CAIF) para participar de Talleres de Estimulación Temprana.

ción de los resultados obtenidos en la escala, y estaban orientadas a generar en los padres mayores recursos en el vínculo con el bebé (tabla 1).

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, a través de los registros videofilmados de las cuatro consultas de control en salud.

Recolección de datos

Se recolectaron en fichas predeterminadas datos de la población seleccionada. 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.
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 videofilmadas 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 encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que permitió realizar los análisis correspondientes (tabla 2).

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 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.

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 CAIF para participar de talleres madres-bebé. En los dos casos, los expertos en ADBB detectaron retraimiento severo. Luego de recibir formación en ADBB, los pediatras detectaron en esta misma población tres 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 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 tercera consulta. La cuarta 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 videofilmados, tanto los expertos en ADBB como los pediatras recién formados clasificaron de igual forma a los bebés en cuanto a las franjas sin retraimiento (score 0–4), retraimiento leve (score 5–10), o 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 primera eva-

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%	80,0%
Peso al nacer (gramos)	3228 ± 81 g	3208 ± 114 g
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	13,3% madres
	9,1% padres	13,3% padres
Secundaria completa	8,6% madres	16,7% madres
	9,1% padres	6,7% padres
Secundaria incompleta	60,0% madres	26,7% madres
	33,3% padres	10,0% padres
Primaria completa	17,0% madres	26,7% madres
	36,4% padres	10,0% padres
Primaria incompleta	5,7% madres	-----
	15,2% padres	6,7% padres
Actividad laboral	21,6% madres	13,3% madres
	81,1% padres	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%

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

luación, valor $p=0,417$ en la segunda, y valor $p=0,417$ en la tercera). 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 primera filmación, valor $p=0,485$ en la segunda y valor $p=0,677$ en la tercera).

En la primera filmación, 60% (22) de los 37 bebés no presentaba retraimiento, 32% (12) presentó retraimiento leve, y 8% (3) presentó retraimiento severo. En la segunda 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 tercera 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 cuatro filmaciones realizadas se ven en la tabla 4.

El pediatra experto en ADBB detectó 7% de retraimiento leve en la primera filmación, 13% en la segunda, 10% en la tercera y 3% en la cuarta. Se destaca la ausencia de retraimiento severo (figura 2).

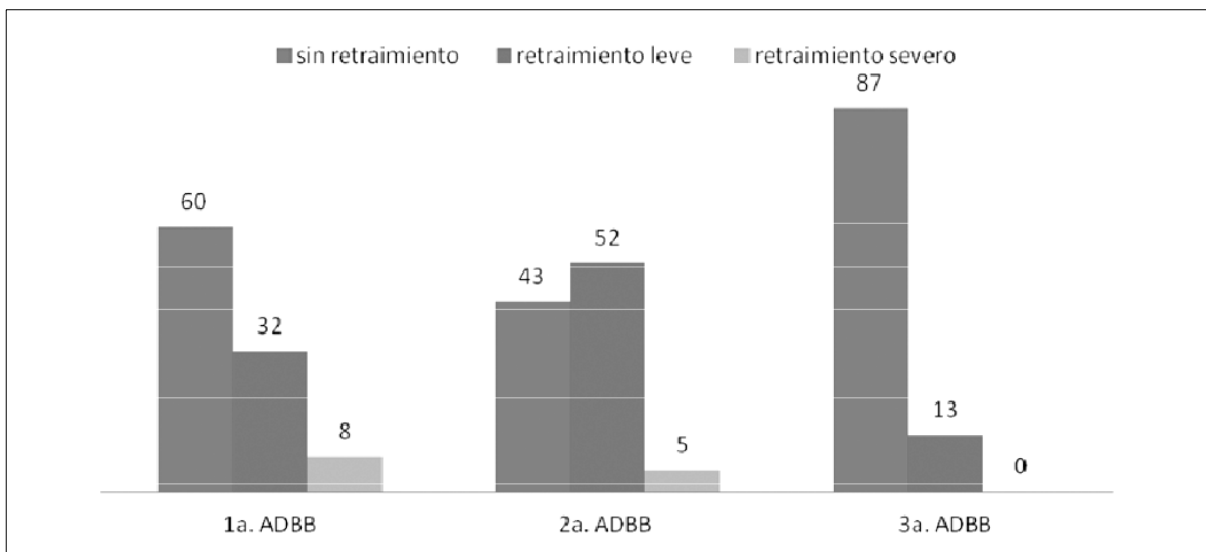
En la comparación del comportamiento de ambos grupos de bebés a lo largo de las diversas evaluaciones existe una diferencia estadísticamente significativa para los tres rangos de retraimiento en la primera filmación (valor $p=0,006$) y en la segunda (valor $p=0,001$). Sin embargo en la tercera evaluación, 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

Tabla 4

	1ª filmación	2ª filmación	3ª filmación	4ª filmación
Media ± EE (meses)	3,2 ± 0,2	5,5 ± 0,2	7,7 ± 0,3	9,8 ± 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

**Figura 1.** Porcentaje de retraining a lo largo de las 3 intervenciones en el grupo de bebés atendidos por pediatras sin ADBB al inicio (N: 37)

con fines de investigación y detección, e intervención precoz^(14,17-27). Tiene una sensibilidad de 82% y una especificidad del 78%, con una buena coherencia interna (Cronbach es 0,83)⁽¹⁷⁾.

Existe una diferencia significativa en la habilidad de los pediatras para detectar retraining, en forma previa y posterior a la formación propuesta. Se observó que en la consulta tradicional el retraining puede ser detectado por el pediatra sólo si se presenta en forma evidente, lo cual estaría implicando ya un retraining severo (score > 10 en ADBB), con mayor riesgo para el desarrollo infantil. Sin embargo, las primeras manifestaciones de retraining (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 retraining tiende a aumentar. Dado que los bebés participantes del estudio se encontraban en buenas condiciones de desarrollo físico, es posible considerar que el retraining

tuviera su origen en causas relacionales y de orden emocional, que remiten a desencuentros o dificultades en las interacciones tempranas.

La tercera evaluación de estos bebés, 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 retraining, y b) el efecto positivo alcanza también a los bebés que tenían retraining severo, en los que se logró una mejora parcial, pasando éstos a presentar retraining 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.

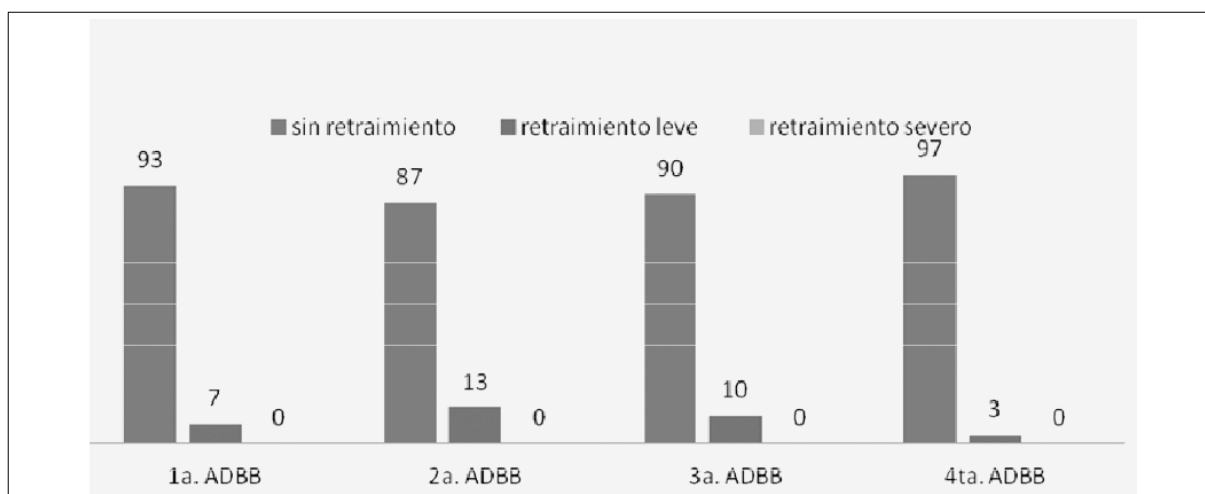


Figura 2. Porcentaje de retraining a lo largo de las cuatro evaluaciones de las bebés atendidos por un pediatra con ADBB desde el inicio (N: 30)

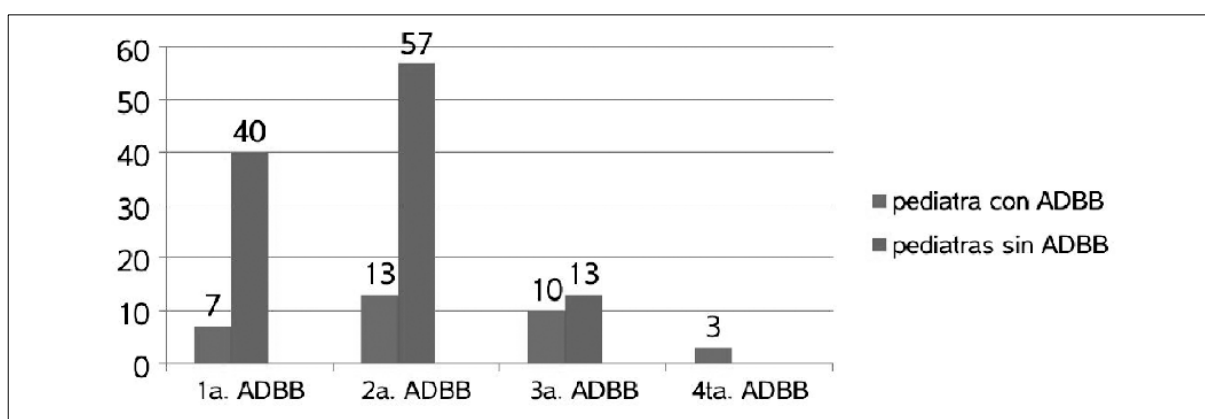


Figura 3. Porcentaje comparativo de retraining en diferente grado entre los grupos de bebés atendidos por pediatras con y sin ADBB desde el inicio.

En el grupo paralelo de bebés atendidos por el pediatra experto en ADBB desde el inicio, el porcentaje de los bebés con retraining es reducido y corresponden todos a un retraining 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 retraining, 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 retraining severo.

En la comparación del comportamiento de ambos grupos de bebés, se encuentran diferencias significati-

vas en el porcentaje de retraining 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 tercera evaluación ambas poblaciones de bebés se emparejan y alcanzan similares porcentajes de retraining. Al no contar con la cuarta 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 y/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 de 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 bibliograficas

1. **Brazelton TB, Tronick E, Adamson L, Als H, Wise S.** Early mother-infant reciprocity. In: Ciba Foundation Symposium, 33: Parent-Infant Interaction. Amsterdam: Elsevier; 1975: 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):664-78.
4. **Emde RN, Gaensbauer TJ, Harmon RJ.** Emotional expression in infancy: a biobehavioral study. Psychol Issues 1976; 10(1):1-200.
5. **Fonagy P, Target M.** Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. Int J Psychoanal 2007; 88(Pt 4):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: 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 international world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books, 1985.
9. **Tronick E.** 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. Barcelona: Laia, 1960.
11. **Lejarraga H.** Desarrollo del niño en contexto. Buenos Aires: Paidós, 2008.
12. **Guédénay A, Vermillard M.** L'échelle ADBB; intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Méd Enfance. 2004; 20(11):364-71.
13. **Guédénay A, Bedock P, Dugravier R, Horreard AS, Isnard P.** Le développement psychologique normal et ses troubles dans l'enfance et l'adolescence. service de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescent. Paris: Hospital Bichat- Cluaude 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 behaviour in infants aged 14-18 months. Eur Psychiatry 2008; 23(2):150-5.
16. **Figueredo B, Costa R.** Estudo de validação da Versão portuguesa de Alarm Distress Baby Scale. 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 Pediatr 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):559-75.
 20. Alarm Distress Baby Scale: the ADBB scale. Disponible en: <http://www.adbb.net/gb-intro.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; 16:41-8.
 22. **Bonifacino N, Musetti D, Plevak A.** The pediatric consultation: a first step into infant mental health. *Devenir* 2011; 23(2):117-27.
 23. **Plevak A, Schelotto M, Bonifacino N, Musetti D.** 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. *Arch Pediatr Urug* 2012; 83(2):25-30.
 24. **Tizón J, Izquierdo A, Nadal D.** Traducción y retraducción al castellano de la escala ADBB. Barcelona: Unitat de Salut Mental de Sant Martí Nord. Institut Català de la Salut, 2002.
 25. **Oliver M.** Diagnóstico precoz en salud mental pediátrica: retracción relacional en los primeros años de vida. *Rev UAI* 2010. Disponible en: http://issuu.com/vaneduc/docs/revista_uai_noviembre_2010_oliver. [Consulta: 30 junio 2011].
 26. **Facuri Lopes SC, 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):153-73.
 27. **Puura K, Guedeney A, Mäntymaa M, Tamminen T.** Detecting infants in need: are complicated measures really necessary? *Infant Ment Health J* 2007; 28(4):409-21.
 28. **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; 21(4):185-91.
 29. **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.