

ALARMA: BEBÉ EN APUROS

Hay una escala de evaluación para la detección de situaciones de riesgo de evolución hacia el retraimiento relacional y emocional de carácter inespecífico y precoz en el desarrollo del bebé que ha sido elaborada por Antoine Guedeney, psiquiatra y psicoanalista infantil francés, {Guedeney, A. 2005}, (Guedeney, A.; Charron, J.; Delour, M.; Fermanian, J. 2001), (Guedeney, A.; Mintz, A.S.; Dugravier, R. 2007).

El retraimiento relacional del bebé puede deberse a problemas auditivos o visuales no diagnosticados, a trastornos del espectro autista, a un trastorno de ansiedad o alguna alteración del estado anímico. Es una escala de evaluación muy útil para la consulta pediátrica ya que detecta los primeros signos de alarma que hacen necesaria una exploración más profunda y detallada del bebé para precisar el diagnóstico e instaurar el correspondiente y adecuado tratamiento. La escala se llama "Escala de evaluación del retraimiento relacional en niños de 0 a 2 años", (ADBB, "Alarm Distress Baby Scale"), traducida oficialmente al castellano como; "Alarma: Bebé en apuros".

La "ADBB" se nutre de toda la información que un pediatra puede obtener a través de la observación. El primer paso es mirar al bebé a la cara en busca de expresiones y gestos, buscando esa mirada típica e inquisitiva con la que los bebés suelen tratar de conocer a quien tienen delante. Luego llega el momento de "escucharlo" a través de sus sonidos o sus primeros intentos de reproducir sílabas, "copiadas" de padres, hermanos o abuelos.

En total, la escala mide 8 ítems: la expresión facial, el contacto visual, la actividad corporal, los gestos de autoestimulación (chuparse el pulgar, tocarse el cabello o mover los dedos y las manos), la vocalización (manifestaciones de agrado, desagrado, ansiedad o dolor), la vivacidad de las respuestas a la estimulación, la relación, con el pediatra y un tercero ajeno al cuidador de referencia, y el atractivo, es decir, el interés que genera en los otros para seguir en contacto con él, (ver ANEXO 1).

"Prestarle atención al bebé es el primer paso para resolver cualquier problema, aseguró Guedeney. Trabajo con los pediatras porque son los que mejor conocen a los chicos y, de hecho, pueden ayudar mucho a los padres y a los chiquitos para detectar los problemas de salud mental. En cada examen físico de rutina, ellos pueden ver qué les dice el bebé a través de sus reacciones y, si ocurre algo sospechoso, detectar si el problema está en el bebé, en los padres o en la relación entre ambos.

De ahí la importancia de la forma en que los padres interactúan con el bebé desde su primer minuto de vida fuera de la mamá. Bebés y adultos están configurados para estar juntos, pero el primer encuentro es fundamental.

Cuando ocurre de manera natural, el vínculo fluye fácilmente. Sin embargo, a menudo no es algo tan sencillo, ya que la mujer puede estar cansada o sentirse deprimida después del parto, tener dificultades con el esposo o, incluso, con el bebé. Pero cuando las cosas no marchan tan bien, y si no existe una enfermedad de por medio, lo más importante es saber que el bebé necesita, por encima de todo, estar en contacto, que se le mire y se le hable, que se juegue y se disfrute con él.

Durante las 2 o 3 primeras semanas de vida, explicó, el bebé pasa por una etapa de autorregulación, en la que duerme y come. Para ayudarlo en ese proceso, Guedeney recomendó dedicar tiempo a la interacción cara a cara y no subestimar el llanto del bebé. El vínculo que el bebé establece con sus cuidadores de referencia es el factor más importante que incide en su desarrollo"

El texto entrecomillado y en cursiva corresponde a las declaraciones que Guedeney realizó en Buenos Aires, {Guedeney, A. 2005} con ocasión de la presentación de su escala en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Alemán que dirige la psiquiatra y psicoanalista infantil Mónica Oliver con el objetivo de validarla también en Argentina. Esta escala ya había sido validada estadísticamente en Francia, Israel, Australia y Finlandia.

Las declaraciones entrecomilladas y en cursiva que transcribimos a continuación fueron realizadas por la Dra. Oliver y corresponden al mismo acto de presentación -por videoconferencia- de la escala "ADBB" en Buenos Aires.

"Los conocimientos sobre salud mental y desarrollo infantil han crecido exponencialmente, siendo numerosos los equipos de profesionales en el mundo que investigan y promueven conductas saludables en la crianza de los niños para prevenir problemas del desarrollo y psicopatología temprana.

El psiquismo se construye en relación con el ambiente que rodea al niño. Depende entonces de la interacción entre el niño y las personas que lo crían y la forma en que la familia se relaciona con él estableciendo un vínculo que brinde seguridad afectiva.

Esto permite desarrollar la posibilidad de pensarse a sí mismo y pensar su entorno adecuadamente, así como lograr una comunicación adecuada, adquirir lenguaje y vincularse afectivamente. La estimulación que reciba de las personas que lo rodean también influye en la organización cerebral. Esto nos lleva a tomar conciencia de que los dos primeros años de la vida son fundamentales para el desarrollo psicológico saludable del ser humano. Por este motivo es tan importante la difusión de los conocimientos sobre este campo"

Para más información, ver página Web del autor: <http://www.adbb.net/gb-intro.html>

{Guedeney, A. 2005} Jefe del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Claude Bernard de París y Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Facultad Xavier Bichat, Universidad Denis Diderot en París. Presidente de la "World Association for Infant Mental Health", (WAIMH), Asociación Mundial para la Salud Mental Infantil.

Guedeney, A.; Mintz, A.S.; Dugravier, R. (2007). "Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois" EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-p.195-A-20.

Guedeney, A.; Charron, J.; Delour, M. ; Fermanian, J. (2001). "L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'Échelle d'alarme détresse bébé". (ADBB). La psychiatrie de l'enfant, VXLIV, 1, p, 211-231

Alarma: bebé en apuros (ABBA)

(Traducción castellana escala Antoine Guedeney)

Cada ítem se puntúa de 0 a 4

0: Ningún comportamiento anómalo.

1: Se duda del carácter anómalo del comportamiento.

2: Comportamiento ligeramente anómalo.

3: Comportamiento moderadamente anómalo.

4: Comportamiento anómalo evidente o masivo.

La forma más correcta de cumplimentar la escala es que lo haga el propio observador inmediatamente después del examen del bebé. Se valora en primer lugar la conducta espontánea y en segundo lugar la reacción a la estimulación (sonrisa, voz, gesto, tacto, etc.) así como el desarrollo de las reacciones del bebé a lo largo de la exploración. Cada ítem se puntúa en función de la reacción más significativa del niño durante todo el tiempo que dura la exploración. Las indicaciones que siguen son a título orientativo, en caso de duda entre dos valores de la escala.

1. EXPRESION FACIAL. Valoración de la disminución de expresividad facial:

0: La cara tiene movimiento espontáneo, es expresiva y hay cambios de expresión frecuentes.

1: La cara tiene movimiento, es expresiva aunque con pocos cambios en la expresión.

2: Motilidad facial espontánea escasa. .

3: Cara inmóvil, triste.

4: Cara bloqueada, fría, ausente, con un aire de mayor edad prematura.

2. CONTACTO VISUAL. Valoración de la disminución de contacto visual:

0: Contacto visual espontáneo, fácil y prolongado.

1: Contacto visual espontáneo, aunque de corta duración.

2: Contacto visual posible, solo cuando se le provoca.

3: Contacto visual fugaz, vago, huidizo.

4: Total rechazo al contacto visual.

3. ACTIVIDAD CORPORAL. Evaluación de la disminución de movimiento de la cabeza, tronco y extremidades, prescindiendo de los movimientos de manos y dedos:

0: Movimientos frecuentes y espontáneos del tronco, de la cabeza y de las extremidades.

1: Actividad general espontánea ligeramente reducida; escasos movimientos de la cabeza y extremidades.

2: Actividad espontánea escasa o nula, pero hay actividad como respuesta a la estimulación.

3: La respuesta de actividad corporal a la estimulación es escasa.

4: Inmóvil y bloqueado, el niño no responde a ningún estímulo.

5. GESTOS DE AUTOESTIMULACIÓN. Evaluación de la frecuencia con la cual el niño manipula su cuerpo (dedos, manos, cabello, succión del pulgar, toques repetidos...) de forma automática, sin busca de placer, y comparándolo con la actividad motora general (un solo signo de autoestimulación es suficiente para puntuar 1 o más).

0: Autoestimulación ausente, la actividad de autoexploración está al mismo nivel que la actividad motora general.

1: Autoestimulación fugaz.

2: Autoestimulación presente pero con una frecuencia baja.

3: Autoestimulación frecuente.

4: Autoestimulación constante.

5. VOCALIZACIONES: Valoración de la reducción de vocalizaciones que son manifestaciones de placer (gorgojeos, risa, balbuceos, chillidos agudos de placer), o también de desagrado, ansiedad o dolor (gritos, gemidos y llanto):

0: Vocalizaciones positivas, espontáneas, frecuentes, alegres y moduladas; gritos o llanto breves, en respuesta a una sensación desagradable.

1: Vocalizaciones espontáneas breves, y/o gritos o llanto frecuentes (aunque sean consecutivos a una estimulación).

2: Llanto casi constante.

3: Gemidos, solo en respuesta a una estimulación.

4: Vocalización ausente.

6. VIVACIDAD DE LA RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN. Valoración de la disminución de la vivacidad de la respuesta a la estimulación, agradable o desagradable, durante la exploración (sonrisa, voz, contacto físico). Nota: No es la intensidad de la respuesta lo que se valora sino el tiempo en que el niño tarda en responder:

0: Reacción adaptada, vivaz y rápida.

1: Reacción ligeramente retrasada.

2: Reacción claramente retrasada.

3: Reacción claramente retrasada, incluso en el caso de respuesta a una estimulación desagradable.

4: Reacción muy retrasada o ausente.

7. RELACIÓN. Evaluación de la disminución de capacidad del niño para establecer una relación con el observador, el examinador o cualquier otra persona presente en la sala, exceptuando quien le cuida habitualmente. La relación se valora teniendo en cuenta la conducta, el contacto visual, las respuestas a las estimulaciones y la reacción del niño al final de la sesión.

0: La relación se establece pronto y de forma manifiesta (después de una eventual fase inicial de ansiedad).

1: Relación identificable, positiva o negativa, pero menos aparente que en "0".

2: Relación apenas manifiesta, positiva o negativa.

3: Relación dudosa.

4: Ausencia de relación identificable con otra persona.

8. ATRACTIVO. Valoración del esfuerzo necesario para permanecer en contacto con el niño y del sentimiento de placer que proporciona el contacto con el bebé:

0: El niño atrae por sus iniciativas e inspira un sentimiento de interés, de placer.

1: Uno se interesa por el niño, pero con un sentimiento menor de placer.

2: Sentimiento de indiferencia hacia el niño, con cierta dificultad para mantener la atención fija en él.

3: Sentimiento de malestar y de estar mantenido a distancia.

4: Contacto angustiante, sentimiento de estar ante un niño inaccesible.

Puntuación total:.....Apellidos:.....Nombre:.....

Edad:.....Nº de dossier:.....Fecha:.....Meses:.....

Días:.....Examinador:.....