



Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Programa de Doctorado 3153 en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil

### **TESIS DOCTORAL**

**Programa de formación a profesionales de la salud en  
detección de retraimiento infantil y promoción de la interacción temprana  
durante la visita pediátrica  
para la reducción de riesgo en el desarrollo**

#### **Presentada por**

Nahir Bonifacino

#### **Dirigida por**

Dra. Sandra Simó (Universidad de Valencia, España)

Dr. Antoine Guedeney (Universidad Denis Diderot, Francia)

Dr. Marina Altmann (Instituto Universitario de Psicoanálisis, Uruguay)

Valencia, octubre de 2019

## **Agradecimientos**

Esta tesis cuenta con generosas contribuciones que quiero agradecer.

Un especial agradecimiento al Prof. Antoine Guedeney por su apoyo sostenido y su confianza en este proyecto, y a la Dra. Sandra Simó por sus valiosas aportaciones para que este documento adquiriera su forma definitiva.

Al Dr. Pascual Palau, por sus comentarios y su estímulo para la realización de esta tesis.

A la Dra. Marina Altmann, por sus contribuciones y su respaldo desde los primeros pasos de este proyecto, y al Dr. Ricardo Bernardi por su interés y su disponibilidad para realizar aportaciones que enriquecieron este trabajo.

Mi agradecimiento a los Prof. Dres. Bob Emde y Peter Fonagy, mentores de las primeras etapas de este proyecto en el Research Training Program de Londres, en 2009, de quienes recibí provechosos lineamientos para seguir adelante.

A María Florencia Rodrigo Giménez, por su asesoramiento metodológico.

También agradezco a la Asociación Psicoanalítica Internacional por los aportes económicos, recibidos en 2010 y 2012 para la realización de los estudios precursores de esta tesis, y por reconocer este trabajo con el 2º Premio de Psicoanálisis en la Comunidad en el Área Salud, en 2019.

Mi sentido agradecimiento a los profesionales que con su compromiso y participación hicieron posible este estudio. A la pediatra María Nauar, asesora del Área Niñez de la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado, por su dedicación y sus gestiones para la realización de este trabajo, y a los pediatras Germán Lezama, Lorena Moreno y Diana Castelucci, la médica de familia Natalia Llaguno, la nutricionista Silvia Leder y la enfermera Mariela Ramos. Todos ellos conformaron, en el Centro de Salud Dr. Ruben Misurraco, un equipo de trabajo excepcional que tuve el honor de coordinar. Agradezco también al Dr. Julio Braidá, director del Centro de Salud Dr. Ruben Misurraco, por su confianza en este proyecto, y a las pediatras del Centro de Salud de la Costa, Andrea Plevak, Karla Larroca y Virginia Flores, que realizaron la evaluación de todos los bebés de este estudio en tiempo y forma.

Mi agradecimiento, además, a la Dra. Mónica Oliver por su generosidad al invitarme a realizar la formación en la escala ADBB en Buenos Aires, en el año 2005, junto con su equipo del Hospital Alemán. También a la Dra. Dora Musetti y la pediatra

Andrea Plevak, por compartir las primeras experiencias con ADBB en Uruguay, que resultaron trabajos inspiradores de esta tesis.

Agradezco también a mis colegas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay que se han interesado en este proyecto y a mis colegas del Comité de Confidencialidad de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Andrew Brook, John Churcher y Allannah Furlong, quienes me aportaron conceptos que tomo en este trabajo.

Un agradecimiento a los bebés participantes de este estudio y a sus padres, que me permitieron adquirir nuevos conocimientos.

En la esfera más íntima, quiero agradecer a mis hermanos y a mis amigas y amigos el interés de compartir la evolución de este trabajo.

Mi más profundo agradecimiento a mi esposo y mis hijos por la ayuda y la compañía en la realización de este proyecto.

## Contenido

Resumen.....	7
1. Introducción.....	11
2. Fundamentación teórica.....	13
2.1. Los primeros años de vida: Etapa clave para el desarrollo del sujeto.....	13
2.1.1. Interacciones tempranas, condiciones ambientales y desarrollo.....	13
2.1.2. Sincronía, regulación emocional e intersubjetividad.....	15
2.2. Fallos en la sincronía de la díada madre-bebé.....	17
2.2.1. Retraimiento sostenido: Un signo de riesgo en el desarrollo temprano.....	18
2.3. La visita pediátrica como oportunidad para la detección de retraimiento infantil.....	20
2.4. El bebé, su madre y el médico en la visita pediátrica.....	21
2.4.1. El estado emocional materno.....	22
2.4.2. Aspectos transferenciales maternos.....	23
2.4.3. La conducta del bebé como fuente de información clínica.....	24
2.4.4. Capacitación del personal de salud para el trabajo preventivo en beneficio del bebé y sus padres.....	25
3. Antecedentes.....	27
3.1. Programas de intervención temprana.....	27
3.2. Estudios previos realizados con ADBB.....	29
3.3. Estudios del desarrollo temprano en el contexto socioeconómico desfavorecido.....	31
4. Objetivos.....	33
4.1. Objetivo general.....	33
4.2. Objetivos específicos.....	33
5. Método.....	35
5.1. Participantes.....	35
5.1.1. Contexto social.....	35
5.1.2. Bebés y familias participantes.....	36
5.1.3. Profesionales participantes.....	37
5.2. Procedimiento.....	38
5.3. Instrumentos.....	41
5.3.1. Instrumentos utilizados con los bebés y sus familias.....	41
5.3.2. Instrumentos utilizados con los profesionales.....	43
5.4. Consideraciones éticas.....	45

5.5. Análisis realizados.....	45
6. Resultados .....	47
6.1. Análisis descriptivo del retraimiento (ADBB) detectado en los bebés .....	47
6.1.1. Nivel de retraimiento detectado en los bebés del grupo control .....	47
6.1.2. Nivel de retraimiento detectado en los bebés del grupo de seguimiento.....	48
6.1.3. Evolución del retraimiento en el grupo de seguimiento entre T1 y T2.....	48
6.1.4. Comparación del retraimiento entre el grupo control y el grupo de seguimiento en T2 .....	49
6.1.4.1. <i>Comparación del grupo control y de seguimiento, en relación con la variable de riesgo psicosocial</i> .....	50
6.1.4.2. <i>Comparación del grupo control y de seguimiento, según cada una de las categorías componentes de la variable de riesgo psicosocial</i> .....	50
6.1.4.3. <i>Nivel de retraimiento del grupo de seguimiento y del grupo control, en función de la variable asistencia al taller padres-bebé</i> .....	51
6.1.4.4. <i>Comparación de ambas muestras en relación con el retraimiento de los bebés</i> ....	53
6.2. Análisis de la experiencia de formación de los profesionales de la salud .....	53
6.2.1. Análisis de los recursos profesionales para la detección de riesgo en salud mental en la primera infancia .....	54
6.2.2. Análisis de la satisfacción con la formación recibida .....	55
6.2.3. Análisis de la experiencia de los profesionales de la salud en la implementación del programa de formación, a través del método de grupo focal.....	56
7. Discusión.....	61
7.1. Efecto de la implementación del <i>Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB</i> en la reducción de retraimiento infantil.....	61
7.2. Efecto del <i>Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB</i> en la práctica clínica del profesional.....	66
7.3. Hipótesis explicativa sobre la reducción de retraimiento en los bebés atendidos por los profesionales formados .....	67
7.4. Fortalezas y limitaciones del estudio .....	71
8. Conclusiones.....	73
Referencias bibliográficas .....	77
Anexo A: Descripción de los diecinueve bebés del grupo de seguimiento que no concurrieron a la segunda filmación.....	89
Anexo B: Entrevista de información sociofamiliar.....	91
Anexo C: Escala ADBB .....	93

Anexo D: Escala ADBB (sin descripción de los ítems).....	95
Anexo E: Guía de grupo focal con profesionales participantes .....	97
Anexo F: Hoja de información y consentimiento informado .....	99

## **Tablas**

Tabla 1 <i>Descripción de las características sociodemográficas de la muestra de seguimiento y de control</i> .....	37
Tabla 2 <i>Descripción de los profesionales integrantes del equipo</i> .....	38
Tabla 3 <i>Fases del Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB y acciones principales</i> .....	40
Tabla 4 <i>Distribución de los bebés con retraimiento en T1 y T2 en el grupo de seguimiento y en el grupo control</i> .....	48
Tabla 5 <i>Comparación del grupo de seguimiento y del grupo control, según la variable de riesgo psicosocial y cada uno de sus componentes</i> .....	51
Tabla 6 <i>Resultados de las pruebas ANOVA en el grupo de seguimiento y en el grupo control: Variable dependiente retraimiento infantil y variable independiente asistencia a taller</i> .....	52
Tabla 7 <i>Percepción de los profesionales sobre los recursos para detección del riesgo en salud mental infantil</i> .....	55
Tabla 8 <i>Valoración del Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB realizada por los profesionales de la salud antes de la implementación del mismo</i> .....	56
Tabla 9 <i>Experiencia de los profesionales de la salud en relación con el programa de formación y su implementación en la práctica. Selección de citas ilustrativas de la metodología de grupo focal por categorías</i> .....	58

## **Figuras**

Figura 1 <i>Media de retraimiento de los bebés de 8-11 meses del grupo de seguimiento y del grupo control, en función de su asistencia al taller</i> .....	52
Figura 2 <i>Elementos determinantes en la reducción de retraimiento de los bebés atendidos por los profesionales formados</i> .....	71



## Resumen

El objetivo de esta tesis es evaluar la efectividad de un programa de formación en desarrollo emocional temprano y en un instrumento para la detección de un signo de riesgo en los primeros años de vida (ADBB; Guedeney y Fermanian, 2001), dirigido a profesionales de la salud del primer nivel de atención y para ser implementado en la práctica clínica de la visita pediátrica. Asimismo, se pretende analizar el impacto de esta formación en los propios profesionales y en el beneficio de la práctica clínica.

Este trabajo se llevó a cabo durante 2016-2017 en un centro de Salud Pública de una zona de Montevideo de alto riesgo psicosocial –Centro de Salud Dr. Ruben Misurraco, Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Barrio Marconi–, en el cual se creó un equipo interdisciplinario integrado por profesionales que participaron del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB*.

Participaron 119 bebés: 47.9% ( $n = 57$ ) niñas y 52.1% ( $n = 62$ ) niños, y sus familias. De este total, 43 acudieron a la visita pediátrica antes de la formación de los profesionales e integraron un grupo control, con una única valoración de retraimiento entre los 8 y 11 meses de edad ( $M = 9.25$ ,  $DE = 3.56$ ). Los restantes 76 bebés fueron atendidos en la visita pediátrica del primer año de vida por pediatras y una médica de familia que habían realizado el programa de formación, e integraron un grupo de seguimiento que fue evaluado con escala ADBB entre los 2 y 5 meses (T1,  $M = 2.51$ ,  $DE = 3.19$ ), y entre los 8 y 11 meses (T2,  $M = 10.32$ ,  $DE = 7.94$ ). Los profesionales participantes fueron: cuatro pediatras, una médica de familia, una nutricionista infantil y una enfermera –85.7% mujeres, con una edad media de 45.3 años ( $DE = 10.89$ ) y con más de cinco años de experiencia en la profesión–. Estos profesionales conformaron un equipo interdisciplinario coordinado por la investigadora, quien voluntariamente impartió el programa de formación y supervisó la implementación del mismo. El equipo mantuvo durante dos años reuniones quincenales para la observación de los bebés del grupo de seguimiento a través del material filmado durante la visita pediátrica, con aplicación de escala ADBB para la detección de retraimiento. Cada bebé de este grupo fue evaluado en dos momentos, entre los 2 y 5 meses, y entre los 8 y 11 meses, con el objetivo de conocer la evolución del retraimiento.

Se trata de un estudio con diseño mixto de triangulación metodológica que combina métodos cuantitativos y cualitativos, prospectivo-longitudinal y observacional analítico de investigación-acción, con diseño de grupo control no equivalente solo

postest y muestra por conveniencia. Se hizo un registro filmado de los primeros diez minutos del control pediátrico de todos los bebés participantes. Las filmaciones de los bebés de 2 a 5 meses del grupo de seguimiento se utilizaron en reuniones quincenales del equipo, realizadas en el propio centro de salud hasta el final del estudio, en las que cada profesional hacía su propia evaluación de cada uno de los bebés con escala ADBB. En caso de detectar retraimiento, se discutían posibles intervenciones en beneficio del bebé y sus padres. Los profesionales que atendieron a este grupo de bebés aplicaban los conocimientos adquiridos en las visitas mensuales de control en salud.

Los instrumentos utilizados con los bebés y sus familias fueron: la historia clínica del bebé, una entrevista de información sociofamiliar y la escala ADBB. Con los profesionales se utilizaron cuestionarios y la técnica cualitativa de grupo focal para conocer su valoración del programa de formación y de la implementación del mismo en beneficio de la práctica clínica. Todos los bebés fueron evaluados con escala ADBB por jueces independientes en método doble ciego. La confiabilidad de la escala ADBB en este estudio fue satisfactoria, con un buen nivel de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0.74). El grupo control presentó 51.2% de bebés con retraimiento leve y 2.3% con retraimiento severo, mientras que el 46.5% de los bebés no presentaron retraimiento. En el grupo de seguimiento se detectó: en T1, 22.4% de retraimiento leve y 1.3% de retraimiento severo, con 76.3% de los bebés sin retraimiento; en T2, 11.8% de bebés con retraimiento leve y 88,2% sin retraimiento, sin bebés que presentaran retraimiento severo.

Se realizó un análisis estadístico con variables categóricas y continuas de forma tabulada en tablas de frecuencias. Para el estudio de asociación entre variables, se utilizó test de  $\chi^2$ . Se efectuó una prueba *t* de Student para muestras emparejadas en la búsqueda de diferencia estadísticamente significativa de retraimiento entre T1 y T2 del grupo de seguimiento, y para muestras independientes en la búsqueda de diferencia estadísticamente significativa de retraimiento entre el grupo control y el grupo de seguimiento a igual edad (T2). En todos los casos, el umbral de significación estadística correspondió a un  $\alpha = 0.05$ . Se hizo un análisis univariado de varianza (ANOVA) para la realización de pruebas de efectos intersujetos. Se hicieron análisis descriptivos y cualitativos de los datos obtenidos en las encuestas a los profesionales antes y después del programa de formación, y en el procedimiento de grupo focal.

Los resultados cuantitativos muestran diferencias significativas de retraimiento entre el grupo de seguimiento ( $M = 2.76$ ,  $DE = 1.98$ ) y el grupo control ( $M = 4.44$ ,  $DE = 2.78$ ),  $t(117) = 3.83$ ,  $p = .000$ , que comprueban la hipótesis de que la

implementación del programa de formación por parte de los profesionales genera un impacto en los bebés, reduciendo el nivel de retraimiento. Los resultados cualitativos muestran que todos los participantes reconocen la importancia del programa de formación para la valoración de riesgo en el desarrollo infantil y para generar un cambio en beneficio de la práctica profesional, así como del bebé y sus padres.

El estudio permite concluir que la implementación, en la visita pediátrica, del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* por parte de los profesionales de la salud que brindan atención al bebé y sus padres en una zona de alto riesgo psicosocial beneficia la práctica clínica del primer nivel de atención, generando una estrategia de intervención para la reducción de riesgo en el desarrollo, a partir de la detección precoz de retraimiento infantil y la promoción de la interacción temprana.

Este trabajo podría contribuir a la creación de programas para la protección de la salud mental infantil y del desarrollo del lactante en el marco de las políticas públicas de la población, y particularmente de poblaciones desfavorecidas, de acuerdo a los objetivos planteados por la Organización Mundial de la Salud (2015) para su estrategia 2016-2030.



## 1. Introducción

En la actualidad, distintas disciplinas reconocen la dependencia del recién nacido en relación con el contexto, y el desarrollo humano es concebido como un fenómeno interactivo, en el que confluyen factores genéticos y ambientales. Desde esta perspectiva, la interacción del bebé con sus cuidadores primarios es identificada como una dimensión relevante que impacta en aspectos estructurales y funcionales del desarrollo (Fox, Levitt y Nelson, 2010; Vanderwert, Marshall, Nelson, Zeanah y Fox, 2010; Benjamin y Atlas, 2015; Worthman, Tomlinson y Rotheram-Borus, 2016). Los intercambios sensoriales, motores y afectivos involucrados en esta interacción promueven en el bebé procesos psíquicos, emocionales, cognitivos y sociales, generando repercusiones en la educación, la salud mental y la vida en sociedad (Shore, 2001; Insel y Young, 2001; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Fonagy y Target, 2007; Feldman, 2007).

Estos conocimientos destacan la importancia del cuidado de la interacción temprana para la protección del desarrollo del lactante en sus distintas áreas. En su *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) alerta que un tercio de los niños no logra realizar plenamente su potencial debido a factores de riesgo para el desarrollo en la primera infancia (0-3 años). Sobre la base de esta realidad, señala la necesidad de programas integrados de salud y desarrollo para esta etapa de la vida, especialmente en la atención de poblaciones de alto riesgo psicosocial.

Esta tesis considera la visita pediátrica regular de control en salud como una instancia universal para el cuidado de las capacidades de desarrollo de todos los recién nacidos, a la vez que reconoce en el pediatra y el médico de familia a los profesionales más próximos al bebé y sus padres, y, por lo tanto, con mayores oportunidades para la detección de riesgo en el desarrollo infantil. Además, el estado emocional de la madre durante la perinatalidad y la modalidad transferencial –que en consecuencia ella establece con el profesional del área de la salud– son factores que convierten la visita pediátrica en un terreno potencial para la promoción de la capacidad materna de interacción y cuidado del lactante (Stern, 1997).

Desde una línea de investigación-acción (Lewin, 1946), se propone a pediatras, médicos de familia y otros profesionales del primer nivel de atención una formación sobre la importancia de las interacciones para el desarrollo emocional temprano, junto con una herramienta para la detección precoz de un signo clave de riesgo en los

primeros dos años de vida, como lo es el retraimiento infantil –Alarma de Desamparo/Retraimiento en el Bebé (ADBB, por las siglas en francés de *Alarme Détresse Bébé*; Guedeney y Fermanian, 2001).

La detección de señales de retraimiento en el bebé durante la visita pediátrica configura un eje central de esta tesis. El retraimiento ha sido estudiado como una defensa primaria ante vivencias relacionales adversas que se presenta como una disminución de la capacidad comunicacional del bebé, generando dificultades en la interacción y en las experiencias intersubjetivas precoces (Guedeney, 1997, 2007; Guedeney y Vermillard, 2004). La amplia gama de condiciones que pueden causar retraimiento infantil hacen de este elemento una ventana de oportunidad para indagar e intervenir sobre sus causas, y prevenir sus consecuencias.

El presente estudio pretende ubicarse en una línea de prevención primaria (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011) que fortalezca los recursos profesionales del primer nivel de atención para generar acciones de detección precoz y promoción de la interacción temprana, con alcance a todos los bebés, desde las visitas pediátricas del recién nacido y sin necesidad de insumos ni tiempo extra.

## 2. Fundamentación teórica

### 2.1. Los primeros años de vida: Etapa clave para el desarrollo del sujeto

*La palabra clave es dependencia. La criatura humana no puede empezar a ser, salvo en ciertas condiciones, y según las condiciones sean favorables o desfavorables.*

D. Winnicott, 1960

La importancia de las experiencias de los primeros años de vida para el futuro del individuo es un tema ampliamente estudiado desde hace varias décadas (Winnicott, 1960/1981; Bowlby, 1969; Brazelton, Tronick, Adamson, Als y Wise, 1975; Emde, Gaensbauer y Harmon, 1976; Stern, 1985; Guedeney, 1997; Fonagy *et al.*, 2002; Lejarraga, 2008). A partir de la Segunda Guerra Mundial, algunos psicoanalistas estudiaron los efectos que genera en el bebé la separación de su familia. Las observaciones de Dorothy Burlingham y Anna Freud (1942, 1944) en el refugio de Hamstead, las de Spitz (1945) con bebés hospitalizados y separados de sus madres, los estudios de Winnicott (1939-1947/1984) con niños evacuados y los de Bowlby (1952) sobre el apego dieron a conocer el impacto negativo que adquiere, en el desarrollo físico y emocional, la separación y la carencia afectiva durante los primeros años de vida.

Desde entonces, el bebé es objeto de estudio de diversas disciplinas. Psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, pediatras, antropólogos, sociólogos, nutricionistas y, más recientemente, neurocientíficos buscan identificar factores que inciden positiva o negativamente en el desarrollo temprano. Todos estos abordajes coinciden en señalar los primeros años de vida como un período clave para el futuro del sujeto. En consecuencia, la investigación en la primera infancia se ubica en un lugar prioritario para la prevención y la promoción de la salud infantil, así como para el desarrollo de las capacidades del individuo y de la sociedad en su conjunto (Heckman, 2015; OMS, 2015).

#### 2.1.1. Interacciones tempranas, condiciones ambientales y desarrollo

Desde una perspectiva actual, el desarrollo humano no se concibe ligado únicamente a influencias genéticas o al concepto de maduración, sino como un fenómeno interactivo en el que confluyen factores genéticos y epigenéticos, internos y

ambientales (Shore, 2001; Black *et al.*, 2013). Estudios recientes confirman la dependencia del recién nacido en relación con el contexto, identificando dos dimensiones relevantes que impactan en elementos estructurales y funcionales del desarrollo temprano. Tales dimensiones son: el vínculo del lactante con sus cuidadores primarios y las condiciones socioeconómicas y culturales de crianza (Petrosini *et al.*, 2009; Shonkoff, Boyce y McEwen, 2009; Vanderwert *et al.*, 2010; Fox *et al.*, 2010; Worthman, Plotsky, Schechter y Cummings, 2010; Flink *et al.*, 2012; Fatori, Bordin, Curto y Paula de, 2013).

En relación con el primero de estos aspectos, la neurociencia del desarrollo (Hofer, 1995; Hrdy, 1999; Insel y Young, 2001) destaca que los intercambios sensoriales, motores y afectivos que tienen lugar en la interacción de la díada resultan fundamentales para promover en el bebé procesos cognitivos. Por otra parte, una perspectiva psicoanalítica ha hecho hincapié en los aspectos emocionales que se ponen en juego en las manifestaciones afectivas –verbales y no verbales– de la madre y el bebé (Winnicott, 1960/1981; Emde *et al.*, 1976; Tronick, Als, Adamson, Wise y Brazelton, 1978; Stern, 1985; Lebovici, 1988; Cramer, 1989; Fonagy *et al.*, 2002; Benjamin y Atlas, 2015). Se destaca, en este sentido, el lugar relevante que adquiere en la interacción temprana la vida psíquica y emocional de la madre, en su dimensión consciente e inconsciente (Lebovici, 1988; Cramer, 1989; Kreisler, Fain y Soulé, 1997; Laplanche, 1989/2001). Estos estudios identifican cómo las angustias y fantasías maternas inciden en la representación que la madre tiene del bebé e interfieren en la interacción, pudiendo generar en el bebé trastornos psicofuncionales del sueño, la alimentación, la respiración, digestivos o alérgicos (Kreisler *et al.*, 1997).

El segundo aspecto que incide en elementos estructurales y funcionales del desarrollo temprano se identifica en las condiciones socioeconómicas y culturales de crianza, que tienen incidencia en la vida emocional de la madre y, por ende, en la interacción de la díada. La consideración de esta dimensión ha llevado a plantear que la dinámica de la interacción temprana requiere ser comprendida sobre la base de un modelo multidimensional, en el que entran en juego las disposiciones del bebé, la personalidad y psicopatología de los padres, y la naturaleza del contexto social en el que están inmersos (Belsky, 1984; Bronfenbrenner y Ceci, 1994; Feldman, Greenbaum, Mayes y Erlich, 1997). Se ha identificado que el estrés causado por condiciones ambientales desfavorables aumenta la vulnerabilidad materna, disminuyendo la calidad de la interacción y generando consecuencias negativas en el desarrollo cognitivo, en las funciones ejecutivas, en el lenguaje (Hackman y Farah, 2009; Hackman, Farah y Meaney, 2010; Vanderwert, 2010; Hackman *et al.*, 2014) y en la

regulación emocional del lactante (Rothbart, Sheese, Rueda y Posner, 2011; Bellis de y Zisk, 2014). La inadecuada alimentación (Lozoff *et al.*, 2006; Lukowsky *et al.*, 2010), la maternidad y paternidad adolescente, y la ingesta de sustancias psicoactivas de las figuras parentales (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg e Ijzendoorn, 2010) también fueron identificadas como factores de riesgo psicosociales. Estudios longitudinales mostraron que la combinación de algunas de estas condicionantes ambientales aumenta la dificultad en la interacción madre-bebé y representa en sí misma un factor importante de psicopatología (Sameroff, Seifer, Zax y Barocas, 1987; Sameroff, Bartko, A. Baldwin, C. Baldwin y Seifer, 1999; Cyr *et al.*, 2010).

Estos conocimientos provenientes de distintas disciplinas y perspectivas destacan la necesidad de abordajes que apunten al cuidado de la interacción padres-bebé para la protección del desarrollo del lactante y de la salud mental infantil, haciendo especial énfasis en las poblaciones desfavorecidas con alto riesgo psicosocial.

### **2.1.2. Sincronía, regulación emocional e intersubjetividad**

La observación microanalítica de interacciones de díadas madre-bebé con material videofilmado que se inicia en la década de 1970 ha dejado atrás la concepción del bebé como objeto pasivo bajo la influencia del entorno y reconoce, en cambio, la iniciativa del recién nacido en la interacción. El bebé se comunica muy pronto con la madre y con todos los que se interesan en él, expresando sus satisfacciones y necesidades a través de movimientos, gestos, llantos, respuestas visuales y expresiones faciales que forman parte de un complejo lenguaje de la conducta infantil (Emde *et al.*, 1976; Tronick *et al.*, 1978; Brazelton, 1978; Stern, 1985; Guedeney, 1997). A partir de estas observaciones, la interacción temprana es concebida como un proceso recíproco en el que madre y bebé envían y reciben mensajes, y se influyen mutuamente. Lejos de una secuencia de acción y reacción, los intercambios de la díada son identificados como una danza en la que ambos protagonistas se adaptan dinámicamente de forma activa y continua a la respuesta del otro (Stern, 1985).

Desde el segundo mes de vida del bebé, con la habituación a los estímulos sensoriales y con el establecimiento de los macrorritmos de la alimentación y el sueño, se identifica un cambio cualitativo relevante en la dinámica de las interacciones (Brazelton *et al.*, 1975). La regulación de ritmos biológicos genera en el lactante una alternancia de fases de atención y retracción parcial o total, que lleva a una clara estructura temporal en los intercambios de la díada, con ciclos rítmicos y repetitivos

que involucran mirada, tacto, movimientos y expresiones afectivas de ambos protagonistas (Brazelton *et al.*, 1975; Beebe, 1982; Tronick y Cohn, 1989). En este sentido, Stern (1985) describe las secuencias de apertura y cierre de la atención visual del lactante como una de las conductas reguladoras de la interacción. Agrega que, al respetar los ritmos biológicos de atención y retracción del bebé, la madre desempeña un papel fundamental, evitando que este quede sometido a excitaciones permanentes que le generarían un efecto desestabilizador.

La concordancia rítmica y temporal que alcanza la díada en el intercambio de conductas y manifestaciones afectivas ha sido definida como sincronización o sincronía (Brazelton *et al.*, 1975). Es este un elemento central en la dinámica madre-bebé y en el desarrollo emocional temprano. Como experiencia de regulación mutua, la sincronía de la díada adquiere un efecto organizador de la interacción, y es a partir de la misma que la madre puede ir ampliando la capacidad de atención del bebé hacia estímulos sociales y no sociales (Brazelton *et al.*, 1975; Stern, 1985). La observación ha permitido identificar que la experiencia de sincronía comprende un interjuego entre momentos de sintonía afectiva y otros de fallos de la misma, configurando estos últimos gran parte de los intercambios (Tronick, 2007; Feldman, 2007). Se ha estudiado que la capacidad de autocorrección y autorregulación de la madre y el bebé resulta un aspecto relevante para restablecer la sincronía (Tronick, 2007). A partir de estas observaciones, Feldman (2007) propone que la sincronización entre el bebé y sus figuras paternas constituye una tarea fundamental durante el primer año de vida.

La sintonía afectiva de la díada en el marco de los intercambios sincrónicos ha sido identificada como un elemento central para generar una experiencia de intersubjetividad que posibilita en el bebé la regulación emocional y el proceso de subjetivación (Winnicott, 1960/1981; Stern, 1985; Fonagy *et al.*, 2002). Este proceso, que implica la posibilidad de percibirse sujeto de las experiencias con la representación de un cuerpo propio y con la capacidad de utilizar el lenguaje enunciado en la primera persona del *yo* (Bleichmar, 1984), es una adquisición relevante del psiquismo temprano en el camino a la salud mental infantil. Además, la capacidad social, la internalización precoz de la prohibición y el interés del bebé por la exploración del mundo han sido asociados a la experiencia temprana de estados emocionales compartidos en intercambios sincrónicos entre la madre y el bebé (Emde, 1998). La gestualidad, así como las acciones y vocalizaciones rítmicas y moduladas de ambos protagonistas en el marco de sintonía afectiva, han sido consideradas por investigadores de los inicios de la lengua como formas protolingüísticas de

comunicación, precursoras de la comunicación verbal y esenciales para el desarrollo social y el lenguaje (Brown, 1973; Dore, 1975; Bruner, 1986; Bloom, 1993).

La acumulación de estos conocimientos ha llevado a considerar la experiencia de la sincronía en la interacción temprana durante los primeros años de vida como un período sensible del desarrollo que deja efectos duraderos en la historia del sujeto (Bornstein, 1989). Existen investigaciones que asocian la sincronía en la interacción del bebé con la madre o el padre a los 5 meses, con la posibilidad de secuencias de juego simbólico a los 3 años de edad (Feldman, 2007). También se ha planteado que la sincronía madre-bebé en el primer año de vida genera las bases para el desarrollo de la atención, la cognición y las funciones ejecutivas en la infancia y la niñez (Landry, 1995). Otros estudios relacionan esta experiencia con el desarrollo de habilidades autorregulatorias en la infancia y con el nivel de empatía en la adolescencia, y plantean que la sincronía en el primer año del bebé proporciona una experiencia social crítica para la adquisición de la resonancia emocional que subyace a las relaciones humanas a lo largo de la vida (Feldman, 2007).

## 2.2. Fallos en la sincronía de la díada madre-bebé

*Se puede describir la psicopatología precoz desde el punto de vista de las distorsiones de la sincronización mutua y bajo aquellos errores interactivos reiterados e insuficientemente reparados.*

A. Guedeney, 2016

Observaciones microanalíticas de díadas en interacción cara a cara permitieron identificar que el recién nacido cuenta con un mecanismo propio que le permite controlar el ritmo de la interacción. Se ha detectado que, ante la sobrestimulación materna, el bebé desvía la mirada, generando transitoriamente una interrupción del contacto. Esta reacción, definida como *microrretraimiento*, ha sido estudiada como un mecanismo fisiológico que posibilita al bebé, desde muy tempranamente, regular el nivel de estimulación (Brazelton, Koslowski y Main, 1974; Brazelton, Yogman, Als y Tronick, 1979).

Situaciones experimentales han permitido estudiar la extrema dependencia del bebé en relación con los ritmos y las señales de la interacción. El procedimiento experimental *still face* de Tronick *et al.* (1978) muestra de forma paradigmática que el bebé tiene capacidades para iniciar la interacción y para ejercer una influencia activa

en la misma, hasta que, enfrentado al rostro materno sin expresividad facial, su gama de respuestas se reduce rápidamente. Las reacciones más activas giran en torno a la protesta (llantos, gritos, movimientos) y cobran el sentido de una llamada de atención hacia el adulto para mantener la interacción. Si la ausencia de expresividad materna persiste, se desencadena en el bebé, en cambio, un corte transitorio en su búsqueda y capacidad de contacto, dando lugar a una conducta de retirada de la interacción, o retraimiento (Tronick *et al.*, 1978; Guedeney y Vermillard, 2004).

Estudios posteriores señalan que esta reacción de retraimiento es ocasionada no tanto por la falta de expresividad materna, sino porque esta implica para el bebé una respuesta no previsible, que ocasiona un desajuste en los intercambios sincrónicos y una violación de sus expectativas en la interacción (Murray, Kempton, Woolgar y Hooper, 1993; Murray y Cooper, 1997). En este sentido, se ha identificado que en el bebé de 2 meses la desincronización de la interacción alcanza en pocos minutos efectos perturbadores que lo conducen a un retraimiento transitorio. En cambio, en un bebé de más edad con una historia de intercambios sincrónicos, la desorganización no se produce tan rápidamente (Feldman, 2007). Estas observaciones permitieron concluir que la experiencia de sincronía temprana de la díada ejerce en el bebé un efecto protector, al permitirle adquirir una capacidad creciente para tolerar los fallos en la interacción y mayores recursos para hacer frente a la desorganización. Esta experiencia, sin embargo, no resulta suficiente cuando el bebé está expuesto posteriormente a niveles de desincronización elevados y perdurables, que manifiestan una distorsión mayor en la sintonía afectiva de la díada (Feldman, 2007).

Los fallos perdurables en la sincronización de la díada generan en el bebé una forma sostenida de retraimiento que tiene efectos negativos en la experiencia de intersubjetividad y en el desarrollo emocional y cognitivo, a la vez que constituye un elemento central en la psicopatología de la primera infancia (Guedeney, 1997; Guedeney y Vermillard, 2004; Guedeney, Matthey y Puura, 2013).

### **2.2.1. Retraimiento sostenido: Un signo de riesgo en el desarrollo temprano**

El retraimiento infantil ha sido estudiado por distintos autores como un elemento clínico de la psicopatología precoz. Spitz (1965) lo identificó como un aspecto central de la depresión anaclítica en bebés con deprivación afectiva. Fraiberg (1982) lo describió en el marco de un mecanismo defensivo de “congelamiento” en bebés expuestos a interacciones violentas. Guedeney (1997) identifica el retraimiento del bebé como un

preámbulo de la depresión infantil y como un elemento clínico central de las grandes categorías psicopatológicas de la primera infancia, tales como los síndromes depresivos y los trastornos de espectro autista (Guedeney y Vermillard, 2004). Feldman (2007) lo considera un índice de reacción defensiva del bebé frente a una violación sostenida de sus expectativas en la interacción, mientras que Benjamin (Benjamin y Atlas, 2015) identifica defensas primarias de retracción, desconexión o huida en el bebé expuesto a respuestas maternas desconcertantes o abrumadoras. También ha sido estudiado como una disminución crónica del apego que se va generalizando gradualmente en el bebé y se expresa en una baja reactividad hacia el entorno (Zeanah, Boris, Bakshi y Liberman, 2000).

Guedeney (1997, 2016) describe, como manifestaciones clínicas del retraimiento, la disminución de la expresividad y la capacidad comunicacional del bebé, con afectación en el intercambio visual, vocal y emocional. Señala, además, la importancia de la detección precoz de estos aspectos para investigar sus causas y poder intervenir en forma oportuna, evitando la instalación en el bebé de un retraimiento severo, que lleva a un mayor riesgo para el desarrollo de sus capacidades (Guedeney, 1997; Guedeney y Vermillard, 2004).

Existe una amplia gama de condiciones que pueden causar retraimiento infantil, ya sea vinculadas con el bebé o los padres, o relacionales. Por parte del bebé, se describen factores biológicos como la prematuridad y factores orgánicos relacionados con situaciones de malnutrición, enfermedad, dolor crónico o agudo y dificultades auditivas o visuales (Guedeney y Fermanian, 2001). Por parte de los padres, se señalan todas las condiciones que afectan la parentalidad, tales como la salud mental de ambos progenitores (Matthey, Guedeney, Starakis y Barnett, 2005; Mäntymaa *et al.*, 2008), la depresión postnatal materna (Braarud *et al.*, 2013), drogodependencia (Savonlahti *et al.*, 2005), situaciones de violencia doméstica (N. Guedeney, A. Guedeney y Rabouam, 2013), edad y educación de los mismos, y otros factores de riesgo sociales (Roberts, Bellinger y McCormick, 2007). También generan retraimiento en el bebé los trastornos del apego y las situaciones de abuso y maltrato (Zeanah *et al.* 2000), y es observado además en síndromes postraumáticos y retardos del crecimiento (Powell y Bettles, 1992).

### **2.3. La visita pediátrica como oportunidad para la detección de retraimiento infantil**

Los conocimientos actuales acerca de la importancia del Desarrollo Emocional Temprano para el futuro del individuo amplían la concepción de la salud infantil. Constituye un desafío trasladar estos conocimientos a un plano operativo para generar nuevos recursos de detección precoz y acciones de prevención y promoción de salud desde los primeros tiempos de vida.

Este estudio considera la visita pediátrica como la instancia natural para el cuidado de las capacidades potenciales del recién nacido, a la vez que reconoce en el pediatra y el médico de familia a los profesionales con el contacto más próximo y sostenido con el bebé y sus padres. A partir de estas condiciones, este trabajo busca promover un terreno de comunicación interdisciplinaria, ofreciendo a estos profesionales herramientas útiles para identificar signos de retraimiento en el bebé, así como elementos para la intervención precoz desde el primer nivel de atención.

La observación es un recurso metodológico reconocido y largamente utilizado para obtener información del bebé, especialmente cuando esta se realiza con un procedimiento estandarizado. Desde Winnicott (1941/1982b), Spitz (1945) y Esther Bick (1964), existe una larga tradición de psicoanalistas que han trabajado con una metodología de observación de lactantes. Lebovici (Lebovici y Weil Halpern, 1995) plantea que la observación de comportamientos espontáneos e interactivos del bebé se relaciona con el desarrollo, la motricidad, el cuerpo y la expresión somática, siendo estos elementos que dan cuenta del funcionamiento psíquico y emocional del lactante. Dentro de esta línea, Lézine (1974) jerarquiza el valor de la observación para obtener información de los recursos del bebé para relacionarse con los demás.

No obstante, Lebovici (Lebovici y Weil Halpern, 1995) alerta sobre una dificultad inherente a la observación del lactante debido a la rápida variación de sus estados de atención, razón por la cual recomienda que esta se realice en períodos de corta duración que no requieran excesivas preparaciones previas. De acuerdo con este criterio, Guedeney (Guedeney y Vermillard, 2004) identifica en la visita pediátrica una instancia con las condiciones necesarias para realizar una observación sistemática del bebé, teniendo en cuenta el tiempo limitado de la misma y una secuencia universal de los procedimientos que permite comparar distintos bebés o a un mismo bebé a lo largo del tiempo. Además, la exposición del lactante a la variación de estímulos propia de los procedimientos clínicos permite observar sus reacciones

emocionales y sus recursos para la regulación. Desde esta perspectiva, este autor ha desarrollado una guía observacional del bebé para su utilización durante la visita pediátrica, con el objetivo de detectar precozmente los signos de retraimiento.

La escala ADBB es una herramienta accesible para profesionales de diversas disciplinas luego de un breve proceso de entrenamiento. Incluye la observación de ocho ítems relacionados con el comportamiento social del bebé, que son: expresión facial, contacto visual, nivel general de actividad, gestos de autoestimulación, vocalizaciones, vivacidad en la respuesta al estímulo, capacidad del bebé de comprometerse en una relación y capacidad de generar iniciativas que atraen al observador. Cada ítem es codificado de 0 (sin signos de retraimiento) a 4 (retraimiento extremo), y la sumatoria de los mismos dará lugar a tres rangos: de 0 a 4, significa que el bebé no presenta signos de retraimiento; de 5 a 10, indica un retraimiento leve; una puntuación mayor a 10 corresponde a un retraimiento severo (Guedeney y Vermillard, 2004).

El alcance potencial del uso de esta herramienta en la visita pediátrica adquiere un lugar central en este estudio para generar acciones de prevención primaria y promoción de salud del lactante (OMS, 1998). Esta perspectiva es acorde a la propuesta de Ozonoff *et al.* (2010), de incorporar a la evaluación periódica del desarrollo medidas que permitan conocer el repertorio social del bebé para identificar niños en riesgo, a la vez que evita una clasificación diagnóstica temprana que, como alertan algunos autores (Kreislner, 1989/2006), puede llegar a ejercer un impacto nocivo en las figuras parentales y congelar los procesos naturales de desarrollo del lactante (Carel, 2000).

#### **2.4. El bebé, su madre y el médico en la visita pediátrica**

El presente apartado pretende dirigir la atención hacia mecanismos psíquicos y relacionales que se despliegan en la visita pediátrica entre sus tres protagonistas: el bebé, su madre y el médico. Se destacan aspectos vinculados con el estado emocional materno durante la perinatalidad, que generan un contexto favorable de intervención en promoción del desarrollo emocional temprano del bebé y de la salud mental infantil.

### 2.4.1. El estado emocional materno

Sobre la base de sus observaciones como pediatra en la consulta de bebés y su posterior formación psicoanalítica, Winnicott (1945/1982a) plantea que el recién nacido requiere necesariamente ser considerado en relación con una figura materna. Señala, además, que el nacimiento del bebé genera en la madre un aumento de su sensibilidad, lo cual le permite identificarse con el bebé para poder captar sus necesidades y adaptarse a las mismas. Esta concepción es reafirmada actualmente por la neurobiología. Estudios recientes identifican que durante la etapa perinatal se producen modificaciones en la estructura cerebral materna, que favorecen la sensibilidad y que se activan al inferir intenciones, pensamientos y necesidades del otro (Barba-Müller, 2015; Barba-Müller, Craddock, Carmona y Hoekzema, 2018).

Stern (1997) profundiza en el estudio de las vivencias de la madre ante el nacimiento del bebé, destacando que se produce en ella una importante reorganización de su psiquismo, por la cual ciertas fantasías, temores y deseos relacionados con la vida y el crecimiento del bebé quedan posicionados como eje central de su vida emocional. Este autor describe tres aspectos que la madre experimenta durante el primer año de vida del bebé, que en este estudio son considerados factores fundamentales de la dinámica relacional entre los tres protagonistas de la visita pediátrica:

**a) Las ansiedades sobre la capacidad para sostener la vida y el crecimiento del bebé.** De acuerdo con las contribuciones de Stern, estas vivencias generan en la madre una susceptibilidad exacerbada hacia los comentarios que el profesional realiza sobre el lactante, que pueden ser percibidos por ella como recriminaciones y cuestionamientos a su capacidad materna. Stern alerta a los clínicos sobre la necesidad de dimensionar la intensidad afectiva con la que la madre experimenta el temor de no brindar cuidados adecuados y la sensación de fracaso en su función.

**b) La necesidad y búsqueda de una red de apoyo.** Este aspecto hace referencia a la necesidad de la madre de procurarse figuras que le permitan sentirse “acompañada, valorada, apreciada, instruida y ayudada” (p. 217) en su función de mantener al bebé con vida y fomentar su desarrollo psíquico y afectivo. En este sentido, Stern destaca la importante influencia que adquieren para la madre los cuidados que ella recibió de niña, especialmente por parte de figuras maternas, y el modelo de otras mujeres, en la capacidad de brindar cuidados. No obstante, este estudio asume que cada integrante del equipo de salud es potencialmente parte

constitutiva de esta red, pudiendo generar una influencia positiva en la vivencia de la madre acerca de sus capacidades maternas y reafirmandola en su función maternal.

**c) La reorganización de la identidad como hija y como madre.** En este aspecto de la reorganización psíquica materna descrita por Stern ante el nacimiento del bebé, confluyen dos vertientes. La primera de ellas corresponde a una identificación de la madre con figuras de referencia en la capacidad de brindar cuidados. En este sentido, la actitud del profesional de la salud hacia el bebé configura para la madre un modelo en el reconocimiento de las necesidades del lactante y en la forma de dar respuesta a las mismas. En cambio, la segunda de estas vertientes remite a una identificación de la madre con el bebé, lo cual le permite a ella experimentar con empatía los cuidados que el profesional brinda al lactante. En este contexto, la atención que el profesional brinda al bebé configura indirectamente para la madre un elemento potencial de cambio en su capacidad de dar cuidados, a través de su identificación con el profesional, y en su capacidad de recibirlos, mediante su identificación con el lactante.

Estas contribuciones resultan de particular interés en este estudio para comprender el alcance de las vivencias maternas frente a la atención y el cuidado brindado al bebé por parte del profesional durante la visita pediátrica.

#### **2.4.2. Aspectos transferenciales maternos**

De acuerdo con lo descrito por Stern (1997), el estado emocional propio de la perinatalidad genera en la madre el establecimiento de una transferencia anticipada con el profesional, que se manifiesta en un deseo de ser valorada, ayudada e instruida. Esta situación involucra al personal de la salud desde el nacimiento del bebé, en tanto predispone a la madre al encuentro con un profesional activo, involucrado emocionalmente, capaz de dar consejos y de reconocer las capacidades maternas para la atención y el cuidado al bebé. Según Stern, la falta de respuesta a estas expectativas es experimentada por la madre como una falta de apoyo y de reconocimiento a su funcionamiento maternal, o con un sentimiento de no ser tenida en cuenta, de soledad y de abandono.

Este autor destaca la importancia de que esta modalidad transferencial sea considerada en todo encuentro clínico con la madre en el contexto de la perinatalidad para que el profesional pueda constituirse como una “matriz de apoyo” (p. 216), promoviendo las capacidades maternas sobre la base de una transferencia positiva y una alianza terapéutica. Estas características de la relación entre el profesional y la

madre son identificadas por Stern como el elemento más sensible en cualquier intervención que se realice en esta etapa de la vida de la mujer. Agrega, además, que una vez establecida la alianza terapéutica, la influencia del profesional sigue actuando en el psiquismo de la madre de manera constructiva, aunque el médico no esté presente físicamente. Estas observaciones llevan al autor a plantear que la relación con el profesional constituye potencialmente para la madre una fuerza sostenida de ayuda y de respaldo a sus capacidades.

Si bien Stern realiza estas observaciones a partir de su experiencia en intervenciones terapéuticas con díadas, el propio autor sugiere la discusión de las mismas en otros contextos clínicos que involucren a la madre y al bebé. En este sentido, este estudio reconoce la importancia de estas contribuciones en el contexto de la visita pediátrica del bebé para conocer el efecto que la relación profesional con el médico puede adquirir en la vida emocional de la madre y en la reafirmación de su identidad como tal. Se desconoce hasta el momento la existencia de estudios empíricos que hayan investigado este aspecto.

#### **2.4.3. La conducta del bebé como fuente de información clínica**

Distintos enfoques terapéuticos padres-bebé tienen como objetivo directo o indirecto modificar las representaciones parentales que interfieren en la interacción, si bien existen diferencias en cuanto a la metodología y a la fuente de información clínica en la cual se centra cada abordaje. Tanto Fraiberg (Fraiberg, Adelson y Schapito, 1975) y Lieberman (Lieberman y Paul, 1993), como desde otra perspectiva Cramer y Palacio-Espasa (1993) apuntan a la interpretación de las representaciones patógenas de la madre para generar un cambio en la interacción temprana. Otras formas de intervención se centran en la conducta del bebé como “puerto de entrada” o “fuente de información clínica” (Stern, 1997) para dirigir la atención de los padres hacia capacidades del bebé que ellos desconocen o no pueden percibir por sí mismos. Esta perspectiva, que tiene a Brazelton (1978, 1994) como una de sus principales referencias, resulta de particular interés en este estudio.

El modelo de Brazelton se centra clínicamente en la conducta manifiesta del bebé, mostrando a los padres durante el examen pediátrico sus competencias, su interés por la relación y la necesidad de modular los estímulos para generar una interacción. Este enfoque lleva a los padres a modificar la percepción que ellos tienen del bebé, descubriendo en él nuevas capacidades. Se ha observado, además, que la reafirmación de las propias competencias parentales en la interacción genera en los

padres un efecto positivo en la percepción que ellos tienen de sí mismos (Domínguez, Cruz, Abelleira, Amado y Fernández, 2009). Stern (1997) destaca el importante impacto que pueden tener en la madre observaciones específicas y limitadas sobre el funcionamiento del bebé, y señala que este efecto es posible por el estado emocional que ella experimenta. De acuerdo con Stern: “el punto esencial es que las representaciones de la madre sobre su hijo pueden verse radicalmente alteradas si el centro de atención clínico se deposita, exclusivamente, en la conducta manifiesta del bebé” (p. 160). Keefer (Keefer, Johnson y Minear, 2009) hace referencia a la utilización de este recurso en revisiones pediátricas de rutina para facilitar el vínculo emocional entre padres e hijos.

Otros modelos clínicos que toman como “puerto de entrada” la conducta del bebé utilizan técnicas que van desde la verbalización por parte del profesional de las iniciativas y expresiones emocionales que percibe en el bebé, adjudicándoles a las mismas una intencionalidad o un sentido (Fonagy *et al.*, 2002), o la verbalización de estos aspectos en forma “teatralizada” (Stern, 1997), con un tono de voz agudo y una exagerada expresión facial del afecto (Fonagy *et al.*, 2002). También configura un recurso técnico la verbalización de vivencias del bebé, por parte del profesional, en primera persona, como si fuera el propio bebé quien habla. Esta modalidad se ha considerado útil para llamar la atención de los padres hacia los estados afectivos del bebé que ellos no logran percibir (Stern, 1997). En esta misma línea, Dolto (1971) incluye verbalizaciones dirigidas al bebé, cuya finalidad es que sean escuchadas por la madre.

Desde esta perspectiva, la forma en que el profesional mira, escucha, habla y reacciona afectivamente ante el bebé genera en la madre la experiencia de participar de una situación que merece atención y reflexión, a la vez que ella misma, identificada con el bebé, experimenta una relación profesional con una alianza terapéutica positiva (Stern, 1997).

#### **2.4.4. Capacitación del personal de salud para el trabajo preventivo en beneficio del bebé y sus padres**

Un aspecto relevante en la visita pediátrica es la actitud del profesional que la realiza. En este sentido, Leblanc y Soulé (1995) plantean que ningún cuidado relacionado con las necesidades vitales del ser humano puede ser aislado de quien lo proporciona, comprometiendo la vocación de cuidado al profesional como persona, con sus propios aspectos psicoemocionales. Desde esta perspectiva, el compromiso emocional del

profesional en la relación con el bebé y sus padres es una condición fundamental para el reconocimiento de las necesidades emocionales de la díada. En cambio, existe el riesgo de que este compromiso emocional sea ignorado o negado por el personal de la salud en un desempeño defensivo y rígido de la práctica, que limite la percepción del bebé a su sola consideración como objeto de cuidado. Sostener en la práctica cotidiana la representación de un bebé con una vida psíquica y emocional es un desafío que beneficia al bebé, a sus padres y a los profesionales, constituyendo además, para estos últimos, un elemento potencial de enriquecimiento profesional y personal (Leblanc y Soulé, 1995).

Sobre la base de estas observaciones, Leblanc y Soulé (1995) destacan la importancia de la información y la capacitación del personal de la salud, así como la observación conjunta del bebé por parte del médico y del profesional de salud mental. De acuerdo a estos autores, estas instancias son útiles para realizar intercambios sobre aspectos del lactante que, por ser demasiado habituales o reiterados en la práctica cotidiana, pueden pasar desapercibidos para el médico actuando individualmente. Destacan además el efecto positivo que tienen estas experiencias para los profesionales, favoreciendo una mayor comprensión del bebé y el placer del descubrimiento.

Estas contribuciones resultan útiles en este estudio para dimensionar el marco del equipo interdisciplinario de salud, concibiendo el mismo como un importante dispositivo de aprendizaje e intercambio profesional, en el que confluyen distintas perspectivas que enriquecen la mirada del bebé y sus padres. Por otra parte, estudios de investigación-acción y de participación-acción destacan la importancia de un marco referencial compartido dentro de un equipo con un criterio de operatividad y con intención de generar un cambio en la *praxis*, como elementos que promueven un sentido de identidad y pertenencia, agregando un componente emocional y motivacional en la tarea (Pichon-Rivière, 1971). Reafirmando esta postura, experiencias que refieren al trabajo con grupos en educación para la salud en el primer nivel de atención concluyen en la necesidad de fomentar actividades en equipo con evaluación de las mismas para mejorar la motivación y la formación de los profesionales (Duro Martínez, 2003).

### **3. Antecedentes**

Se presentan a continuación antecedentes de este estudio a partir de tres vertientes. En primer lugar, se hace referencia a la existencia de programas de intervención temprana para la primera infancia, teniendo en cuenta las condiciones necesarias para su implementación y las dificultades que esta presenta, particularmente en contextos críticos, con poblaciones de alto riesgo psicosocial. En segundo lugar, se plantean investigaciones realizadas con ADBB en distintas regiones, destacándose los estudios previos realizados en Uruguay como un importante antecedente de este trabajo, y así también un ensayo francés actualmente en proceso, con la participación de pediatras que reciben formación en ADBB. Por último, considerando que el presente estudio se realizó con una población de un contexto de pobreza, se plantean investigaciones que analizan la incidencia del contexto socioeconómico desfavorecido en el desarrollo temprano, haciendo especial referencia a una investigación uruguaya realizada con una población de similares características a la de este estudio.

#### **3.1. Programas de intervención temprana**

En las últimas décadas, la implementación de programas dirigidos a la atención y la promoción del desarrollo en los primeros años de vida ha tenido un importante impacto en las políticas públicas (Vegas, Cerdán-Infantes, Dukelberg y Molina, 2006). Si bien se reconoce que no ha resultado sencillo transferir los conocimientos acumulados sobre el desarrollo temprano a programas de intervención que generen resultados efectivos, existen programas para la atención de poblaciones de riesgo psicosocial que han mostrado resultados significativos y duraderos (Strasser, 2006). En esta línea se encuentran los trabajos de Fraiberg (1980), Lieberman y Paul (1993), McDonough (1991) y McCallister y Thomas (2007), entre otros. Partiendo de diferentes enfoques teóricos y proponiendo distintos modelos de intervención, todos los programas tienen aspectos en común, cuya consideración resulta de interés para este estudio.

Por un lado, en todos ellos se destaca la importancia de la detección y evaluación de dificultades de bebés o niños pequeños en situaciones de riesgo como el primer paso para abordar el problema. Estas acciones implican en sí mismas la participación de un equipo de profesionales de distintas disciplinas que, en una serie de entrevistas, realizan una evaluación de la situación y proponen una intervención específica, sea en el hogar o en el centro de atención, que compromete también a la

familia. Además, estos programas funcionan en general con sesiones pautadas, protocolos de procedimientos, manuales de intervención y centros de orientación técnica para los profesionales de salud mental y de otras disciplinas, que reciben capacitación para llevar adelante la intervención (Shonkoff y Phillips, 2000).

Dadas estas condiciones, la implementación de programas de intervención suele implicar un alto coste, agudizándose el mismo en la atención de poblaciones críticas, que requieren de una intervención de mayor intensidad para intentar compensar las carencias del contexto (Strasser, 2006). Asimismo, tampoco las subvenciones estatales o municipales garantizan la implementación de los programas, dado que se han identificado dificultades en los usuarios de contextos desfavorecidos para sostener el compromiso de adherencia al tratamiento y la participación en la intervención (Gray y McCormick, 2005; Love, Banks, Raikes y Chazan-Cohen, 2006; Olds, Sadler y Kitzman, 2007).

En los últimos tiempos, los programas de intervención son evaluados a través de la valoración de determinadas variables que se consideran claves para obtener resultados favorables. Las más relevantes son: 1) que el programa pueda asegurar el involucramiento, la participación y la adherencia de los usuarios; 2) la calidad del servicio ofrecido; 3) la capacidad de los equipos; 4) la confianza de los profesionales en el modelo de intervención (Love *et al.*, 2006; Gray y McCormick, 2005; Olds *et al.*, 2007). Además, algunos autores alertan sobre programas que han tenido buenos resultados en situaciones experimentales, pero que, en cambio, los mismos fueron desestimulantes cuando se valoraron investigaciones desarrolladas en el contexto real (Olds *et al.*, 2007).

Resulta de particular interés para este estudio un programa de prevención desarrollado en el marco del *Early head start* (Mann, Boss y Randolph, 2007), en el cual se considera el escenario de las interacciones cotidianas entre el equipo, los bebés y sus cuidadores primarios como una poderosa oportunidad para estimular el desarrollo de relaciones interpersonales sensibles y empáticas, impactando a su vez en el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los bebés. La evaluación de este programa ha identificado cuatro elementos fundamentales para su implementación efectiva, que son compartidos por este estudio. Los mismos son: 1) el trabajo en equipo interdisciplinario, 2) una supervisión reflexiva, 3) la comprensión empática de las necesidades infantiles y los recursos parentales, y 4) una comprensión ecológica-dinámica de los bebés, las familias y las comunidades (McCallister y Thomas, 2007; Mann *et al.*, 2007; Beeber *et al.*, 2007). Otro elemento que es considerado de importancia en la evaluación de los abordajes de intervención temprana con madres y

bebés, y que también es considerado indirectamente por este estudio, es la eficacia para favorecer la sensibilidad de la madre hacia los intereses y las necesidades del bebé (Robert-Tissot *et al.*, 1996), y para la estimulación de la capacidad materna de mentalización (Juffer, Bakermans-Kranenburg e IJzendoorn, 2005).

### **3.2. Estudios previos realizados con ADBB**

A partir de la primera validación de ADBB en Francia, se han realizado estudios de validación e investigación en países de Europa y Latinoamérica, y en Australia. La incidencia de retraimiento varía de acuerdo a las características de la población evaluada, detectándose un 11% en el estudio francés, 4% en Finlandia, y en Australia se identificó un 27% de retraimiento en una población de riesgo psicosocial, lo que se aproxima al 25% detectado en el primer estudio uruguayo, también realizado con población de riesgo (Guedeney, Matthey y Puura, 2013; Bonifacino, Musetti, Plevak y Schelotto, 2011).

Las investigaciones con ADBB se han desarrollado en distintos contextos y con diferentes objetivos y metodologías. Al inicio, ADBB ha sido utilizada durante la consulta pediátrica, aunque su uso se ha ido ampliando a visitas domiciliarias (Dolberg, Feldman, Keren y Guedeney, 2006) y centros de atención diurna de bebés (Guedeney, Grasso y Strarakis, 2004), entre otros. Se han realizado investigaciones que asocian el retraimiento infantil con la depresión materna (Matthey *et al.*, 2005), con la exposición prenatal al alcohol (Molteno, Jacobson, Colin-Carter, Dodge y Jacobson, 2013/2014), con la salud mental de ambos padres (Mäntymaa *et al.*, 2008) y con dificultades orgánicas del bebé (Re, Dean, Menahem y Paul, 2010). Estudios longitudinales con ADBB identificaron que bebés con retraimiento a los 6 meses de edad presentaron problemas sociales, cognitivos y dificultades en la adquisición del lenguaje a los 3 años (Milne, Greenway, Guedeney y Larroque, 2009), y que el retraimiento al año de edad lleva a dificultades en la regulación emocional a los 3 años y a trastornos de comportamiento a los 5 años (Guedeney, Pingault, Thorr, Larroque y EDEN Mother-Child Cohort Study Group, 2014). Para facilitar el uso de ADBB como instrumento de *screening* se han realizado experiencias con una versión modificada de la escala (m-ADBB), creada en Australia, que toma solamente cinco ítems de la escala original (Matthey *et al.*, 2005).

Estudios previos realizados en Uruguay desde el año 2006 permitieron conocer el impacto favorable, en beneficio del bebé, de la formación de pediatras y otros

profesionales del primer nivel de atención en ADBB. Los resultados obtenidos muestran que, las manifestaciones de retraimiento en el bebé pasan desapercibidas en la visita pediátrica tradicional, lo que impide la intervención precoz, y, en cambio, son detectadas cuando los pediatras reciben formación en ADBB. También se observó que cuando no hay detección precoz, el retraimiento del bebé no desaparece por sí mismo, sino que, en cambio, al persistir las condiciones que lo generan, va en aumento, con mayor riesgo para el desarrollo infantil (de 37 bebés de una zona desfavorecida atendidos por pediatras sin ADBB, 40% presentó retraimiento entre los 2 y 6 meses, mientras que, dos meses después, este mismo grupo presentó 57% de retraimiento). Sin embargo, con la formación de los profesionales y el uso de los nuevos conocimientos para el seguimiento de los bebés en la visita pediátrica promoviendo la interacción, se observó a lo largo de tres meses un significativo descenso del retraimiento, que pasó del 57% a 13%. En estos trabajos se amplía el uso de ADBB, reconociendo la utilidad de este instrumento no solamente como herramienta de *screening*, sino también para generar un diálogo interdisciplinario basado en una visión compartida del bebé, orientada a la detección precoz y la promoción del vínculo temprano desde el primer nivel de atención (Bonifacino *et al.*, 2011; Bonifacino, Plevak, Musetti y Silveira, 2014). Estas experiencias han dado lugar a nuevos desarrollos en España y Chile, con la formación de pediatras y otros profesionales de la salud para la atención de los bebés, y constituyen los primeros pasos de esta tesis.

En la misma línea, desde 2014 se encuentra en curso en Francia un ensayo de importante alcance llamado *Mother-child interactions assessment training (Mocitraining)*, que propone la capacitación de un millar de pediatras franceses en el uso de ADBB para realizar la detección de retraimiento en la visita pediátrica junto con un trabajo de orientación relacional. Este estudio busca evaluar la reducción de retraimiento y la calidad de la interacción padres-bebé en bebés de 12 y 24 meses atendidos por pediatras que recibieron la capacitación, en comparación con bebés atendidos en la visita pediátrica tradicional (Jardri, 2014/inédito).

El presente trabajo cuenta también con un grupo control que permite comparar la incidencia de retraimiento entre un grupo de bebés atendidos en la visita pediátrica tradicional y bebés que acuden a la visita pediátrica de profesionales con formación en ADBB en el mismo centro de salud, y presenta a la vez dos elementos originales. El primero de ellos es la evaluación con ADBB de todos los bebés participantes a través del material videofilmado de la consulta pediátrica, por parte de un equipo de pediatras expertos en ADBB que actuaron como jueces independientes en método doble ciego,

lo cual reafirma la fiabilidad de los resultados obtenidos. El segundo elemento original busca aportar nuevos conocimientos en referencia a la valoración que realizan de la experiencia los profesionales formados, indagando la percepción de los mismos acerca de la utilidad de la formación en beneficio de la práctica profesional, así como del bebé y sus padres.

### **3.3. Estudios del desarrollo temprano en el contexto socioeconómico desfavorecido**

Disintos estudios han analizado el impacto del contexto socioeconómico desfavorecido en el desarrollo de las capacidades del individuo. Existe coincidencia en dimensionar los factores de riesgo de la pobreza como categorías complejas, que generan efectos no solamente en lo que hace a cada una individualmente, sino también en su interrelación y acumulación con las demás. Dentro de esta línea, el estudio de Cyr *et al.* (2010) identifica que la acumulación de cinco factores de riesgo socioeconómico – tales como: bajos ingresos, bajo nivel educativo, madre adolescente, madre sola, abuso de sustancias y población minoritaria– conduce a una clasificación desorganizada del apego al crear una situación angustiada para un cuidador que en otras condiciones podría brindar atención adecuada.

Un estudio uruguayo con una muestra de más de 1000 niños de un contexto de pobreza analizó la incidencia de esta condición en trastornos emocionales y del comportamiento entre los 2 y los 5 años. Los resultados obtenidos muestran déficits a nivel de la capacidad de simbolización, de las funciones cognitivas, de la interacción social y del lenguaje, que surgen asociados con mecanismos que operan a nivel intra e intersubjetivo en los miembros de la familia (Grupo de Estudios Psicosociales, 1996). También un estudio chileno identifica un retraso en el desarrollo psicomotor infantil en niños del contexto de pobreza a medida que avanza la edad, alcanzándose un incremento muy importante de las tasas de riesgo y retraso del desarrollo en el segundo año de vida (Lira y Rodríguez, 1979).

El estudio del Grupo de Estudios Psicosociales (1996) identifica la inhibición en la interacción social antes de los 2 años de edad como uno de los indicadores precoces del retraso en el desarrollo infantil. Este dato fundamenta la importancia de la detección precoz de dificultades en esta área para generar intervenciones oportunas antes de que se constituya un daño en el desarrollo, como es el propósito del presente estudio. De acuerdo a las investigaciones mencionadas, la persistencia de la

exposición del niño a las características del contexto de riesgo configura una importante dificultad para la reversibilidad del daño. Estas contribuciones ubican la posibilidad de cambio potencial del bebé en una intervención sobre la familia, generando acciones preventivas orientadas a mejorar la interacción.

Esta perspectiva se encuentra en consonancia con la propuesta de esta tesis, que identifica en la visita pediátrica del bebé una ventana universal de oportunidad para promover en los padres nuevos recursos en la interacción temprana. Además, el abordaje propuesto por el Grupo de Estudios Psicosociales (1996) que se aleja de la intención de imponer al niño o a la familia comportamientos funcionalmente útiles a través de un manual de pautas y de un abordaje puramente psicoeducativo, constituye también la perspectiva de este trabajo.

Teniendo en cuenta los antecedentes planteados, el presente estudio pretende ubicarse en una línea de prevención primaria (Vignolo *et al.*, 2011), fortaleciendo los recursos profesionales del primer nivel de atención para generar acciones de detección precoz y promoción de la interacción temprana, con alcance a todos los bebés, desde las visitas pediátricas del recién nacido.

## 4. Objetivos

### 4.1. Objetivo general

Evaluar la efectividad del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB a los profesionales de salud del primer nivel de atención*, implementado durante la visita pediátrica del primer año de vida para la reducción de retraimiento infantil, en una muestra de alto riesgo psicosocial.

Analizar el impacto del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* en los profesionales de la salud.

### 4.2. Objetivos específicos

Con objeto de evaluar la efectividad en la reducción del retraimiento infantil del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB a los profesionales de salud del primer nivel de atención*, se plantean los siguientes objetivos específicos:

a. Detectar la incidencia de retraimiento en un grupo de bebés de 8 a 11 meses que acuden a la visita pediátrica habitual en un centro de salud pública (grupo control; atendido por médicos sin la formación propuesta).

b. Analizar el impacto de la formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB en la reducción de retraimiento de bebés atendidos durante la visita pediátrica del primer año de vida por profesionales que recibieron esta formación (grupo de seguimiento).

c. Comparar el nivel de retraimiento de los bebés de 8 a 11 meses atendidos por profesionales no formados con los bebés de igual edad atendidos en la visita pediátrica por los profesionales formados.

Con objeto de analizar el impacto en los propios profesionales de salud del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* y la calidad de la experiencia, se plantean los siguientes objetivos específicos:

a. Conocer los recursos y las necesidades de los profesionales del primer nivel de atención para la detección de riesgo en el desarrollo emocional temprano.

b. Conocer la valoración que asignan los profesionales al programa de formación propuesto en este estudio.

c. Conocer la valoración que realizan los profesionales de la implementación del programa propuesto en beneficio del bebé y su familia, y de la práctica profesional del primer nivel de atención.

## 5. Método

### 5.1. Participantes

#### 5.1.1. Contexto social

El estudio fue realizado durante 2016-2017 en un centro de salud pública de una zona desfavorecida de Montevideo: Centro de Salud Dr. Ruben Misurraco, Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Barrio Marconi. Según la Unidad de Estadística de la Intendencia Municipal de Montevideo (2017), Municipio D, en los últimos años esta zona ha recibido grandes contingentes de población que conformaron asentamientos irregulares en espacios no calificados para uso residencial, sin acceso a servicios básicos. De acuerdo al Censo de 2011, al menos 40% de la población presenta una necesidad básica insatisfecha y 17.4% de los hogares son pobres: es una de las zonas con mayor concentración de pobreza de la capital del país. Cifras de 2016 muestran que 47.3% de los hogares tiene un promedio de menos de 9 años de educación (clima educativo del hogar), 22.4% de los jóvenes de 15 a 24 años no estudia ni trabaja, y 47.4% de los niños de 0 a 4 años son pobres. En 2015 la jurisdicción policial que abarca al barrio Marconi registró 31 homicidios, la tasa más alta del país, y se denunció un promedio de 5 rapiñas por día. El nivel de violencia es crónico y se verifican estos datos desde hace al menos diez años.

En la zona de influencia del centro de salud hay 33 asentamientos irregulares con viviendas precarias y 35.000 usuarios de Salud Pública (Unidad de Estadística de la Intendencia Municipal de Montevideo, 2017). Datos del propio centro de salud registran que se atienden en él 600 recién nacidos por año. En Uruguay todos los recién nacidos tienen acceso a la visita pediátrica de control de salud, contando con tres controles durante el primer mes de vida y un control mensual del 2º al 6º mes, a partir del cual las visitas son bimensuales. Las familias que participaron en el grupo de seguimiento de la presente investigación fueron invitadas a acudir mensualmente durante el primer año de vida del bebé a las sesiones de control de salud.

Los participantes en el estudio fueron, por un lado, un grupo de bebés y sus familias, que acudieron a las visitas pediátricas en el Centro de Salud Misurraco y su zona de influencia durante los años 2016 y 2017, y, por otro lado, los profesionales de la institución que aceptaron voluntariamente participar del estudio.

### 5.1.2. Bebés y familias participantes

En el presente estudio participaron inicialmente 138 bebés y sus familias, que acudieron al Centro de Salud Misurraco entre el mes de enero de 2016 y diciembre de 2017. De estos bebés, 43 tuvieron una única evaluación con escala ADBB entre los 8 y 11 meses, integrando el grupo control. Los 95 bebés restantes integraron el grupo de seguimiento y fueron evaluados dos veces. En un primer momento, entre los 2 y 5 meses, y en una segunda evaluación, entre los 8 y 11 meses. De estos 95 bebés, 76 completaron las dos evaluaciones propuestas, y son los considerados para este estudio.

Del total de los 119 bebés participantes, entre los 43 bebés del grupo control y los 76 bebés que participaron de los dos tiempos del grupo de seguimiento, 47.9% ( $n = 57$ ) son niñas y 52.1% ( $n = 62$ ) son niños. Una descripción y la valoración de retraimiento de los restantes 19 bebés que no completaron las dos evaluaciones se presentan en **Anexo A**.

Tanto el grupo de seguimiento como el grupo control tuvieron los mismos criterios de inclusión y exclusión, a excepción de la edad de los bebés. El criterio de inclusión consistió en: bebés sanos, nacidos a término y sin patología perinatal, cuyas madres podían mantener una conversación en idioma español con el pediatra o el médico de familia que realizaba la visita pediátrica. Además, el criterio de inclusión en el grupo de seguimiento fue acudir a las dos visitas pediátricas de evaluación con escala ADBB. El criterio de exclusión fue presentar alguna enfermedad en el momento de la visita pediátrica y bebés nacidos de embarazo múltiple.

**1) Descripción del grupo control.** El grupo control estuvo constituido por los primeros 43 bebés de 8 a 11 meses, que durante los cuatro meses previos a la formación asistieron a la visita pediátrica con alguno de los médicos inicialmente incluidos en el estudio, y cuyos padres aceptaron participar. De este grupo, 51.2% ( $n = 22$ ) son niñas y 48,8% ( $n = 21$ ) son niños. La edad promedio de los pacientes estudiados correspondió a 9,25 meses, con un mínimo y un máximo de 8 y 11 meses, respectivamente ( $DE = 3.56$ ).

**2) Descripción del grupo de seguimiento.** El grupo de seguimiento estuvo integrado por los primeros 76 bebés de 2 a 5 meses que entre junio de 2016 y julio de 2017 asistieron a la visita pediátrica con los profesionales ya formados, cuyos padres aceptaron participar en el estudio y acudieron a las dos sesiones de evaluación (T1 y T2). La edad promedio en la primera evaluación fue de 2.51 meses ( $DE = 3.19$ ) con un mínimo y un máximo de 2 y 5 meses, respectivamente. La segunda evaluación se

realizó al menos 6 meses después de la primera, con una edad promedio de 10.32 meses ( $DE = 7.94$ ), y un mínimo y un máximo de 8 y 19 meses, respectivamente. De los 76 bebés evaluados en T1 y T2, 46.1% ( $n = 35$ ) son niñas y 53.9% ( $n = 41$ ) son niños.

Como se observa en la **Tabla 1**, el grupo de seguimiento y el grupo control presentan en general características sociodemográficas muy similares.

**Tabla 1** Descripción de las características sociodemográficas de la muestra de seguimiento y de control.

	<b>Grupo de seguimiento <math>n = 76</math></b>	<b>Grupo control <math>n = 43</math></b>
	<b><math>n</math> (%) <math>M</math> (<math>DE</math>)</b>	<b><math>n</math> (%) <math>M</math> (<math>DE</math>)</b>
Edad (meses) en T2	10.32 (7.94)	9.25 (3.56)
Peso al nacer (gramos)	4625 (458)	3063 (529)
	mín. 1.970 - máx. 4.625	mín. 1.760 - máx. 4.600
Edad materna (años)	25.16 (6.58)	25.33 (6.62)
	mín 16 - máx. 42	mín 17 - máx. 42
Madre < 20 años	17 (22.37)	9 (20.93)
Edad paterna (años)	28.04 (7.89)	28.14 (7.47)
	mín. 16 - máx. 53	mín. 18 - máx. 47
Niña	35 (46.1)	22 (51.2)
Niño	41 (53.9)	21 (48.8)
Primer o segundo hijo	49 (64.47)	25 (58.14)
Tercer hijo	10 (13.16)	9 (20.93)
Madre con más de 3 hijos	17 (22.37)	9 (20.93)
Madre sin estudios secundarios	47 (61.84)	24 (55.81)
Padre sin estudios secundarios	54 (70.59)	27 (63.41)
Madre con actividad laboral	9 (11.84)	6 (14.63)
Padre sin actividad laboral	24 (31.43)	19 (43.90)
Ambos padres trabajan	7 (9.21)	2 (4.65)
Padres no conviven	13 (17.33)	7 (16.27)
No asiste a taller padres-bebé	59 (77.6)	23 (53.5)

### 5.1.3. Profesionales participantes

Se invitó a participar voluntariamente a todos los profesionales del Centro de Salud Misurraco que trabajaban con bebés, sin exclusión de disciplina, género, edad o años de experiencia en la profesión. Inicialmente, 22 profesionales manifestaron interés; participaron en la primera etapa del estudio cinco pediatras, siete médicos de familia, dos nutricionistas, un odontopediatra, cuatro enfermeras de pediatría, un psiquiatra

infantil, una psicóloga y una visitadora social. Sin embargo, graves incidentes de violencia social acontecidos en la zona ocasionaron el cierre transitorio del centro de salud y el abandono de sus funciones de la mayoría de los profesionales, lo que puso en peligro la continuidad asistencial de la institución. Estos acontecimientos, ajenos al estudio, generaron la interrupción del plan de formación durante algunas semanas, en las cuales se definían la permanencia del centro de salud y los profesionales dispuestos a retomar las tareas. Esta situación, ajena al control de la investigación pero sujeta a las condiciones de vida de los niños, las familias y los profesionales de la salud del área, funcionó como un criterio de exclusión involuntario y casual de los profesionales participantes. Al finalizar la situación de crisis, diez profesionales que volvieron al centro de salud recibieron el programa de formación. Tres de estos profesionales (psiquiatra infantil, psicóloga y nutricionista) fueron luego trasladados a otras dependencias de Salud Pública, por lo que el equipo quedó conformado finalmente por cuatro pediatras, una médica de familia, una nutricionista infantil y una enfermera. Los siete profesionales participantes en el estudio fueron en su mayoría mujeres (85.7%), con una edad media de 45.3 años ( $DE = 10.89$ ) y con más de 5 años de experiencia en la profesión (**Tabla 2**).

**Tabla 2** Descripción de los profesionales integrantes del equipo.

Participante/profesión	Género	Edad	Años de experiencia
Pediatra 1	Mujer	59	> 10
Pediatra 2	Mujer	57	> 10
Pediatra 3	Hombre	52	> 10
Pediatra 4	Mujer	34	5-10
Médica de familia	Mujer	30	< 5
Nutricionista infantil	Mujer	36	< 5
Enfermera	Mujer	49	> 10

## 5.2. Procedimiento

Se trata de un estudio con diseño mixto de triangulación metodológica que combina métodos cuantitativos y cualitativos. Es prospectivo-longitudinal y observacional analítico de investigación-acción, con diseño de grupo control no equivalente solo postest y muestra por conveniencia.

El estudio contó con el aval y el interés de la Dirección de la RAP-ASSE y del Centro de Salud Dr. Ruben Misurraco, donde fue llevado a cabo. Desde la Dirección

del centro de salud se incluyó el *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* como programa de formación continua considerado dentro del horario laboral de los profesionales participantes.

Los profesionales que realizaban visita pediátrica (pediatras y médica de familia) fueron los encargados del reclutamiento de los bebés, informando a los padres y solicitando la firma del consentimiento informado. Se realizó un registro videofilmado de los primeros 43 bebés de 8 a 11 meses que asistieron al control pediátrico con los profesionales participantes durante los cuatro meses previos a la formación y cuyos padres aceptaron la participación en el estudio. La filmación incluye los primeros diez minutos de interacción médico-bebé, en la que el pediatra o la médica de familia realizan el examen pediátrico de rutina, valorando el desarrollo y estado de salud del bebé, en presencia de su madre o padre.

Una vez obtenidas las grabaciones de las visitas pediátricas de los bebés del grupo control, se realizó la formación a los profesionales en el centro de salud, en horario laboral. La misma constó de veinte horas repartidas en cuatro jornadas semanales, con las siguientes temáticas: 1) importancia de las interacciones tempranas para el desarrollo del individuo, 2) sincronía en la interacción de la díada madre-bebé, 3) consecuencias de dificultades sostenidas en la interacción temprana, 4) efectos de la deprivación afectiva en el desarrollo infantil y 5) retraimiento del bebé como signo de riesgo en el desarrollo temprano. Posteriormente se presentó la escala ADBB y se realizaron ejercicios de aplicación en bebés de 2 a 24 meses, a través de material videofilmado aportado por la investigadora. Al finalizar esta etapa, se evaluó la fiabilidad de los integrantes del equipo en el uso del instrumento, que llegó a más de un 80% de acuerdo interjueces, por lo cual todos los profesionales participantes quedaron habilitados para su utilización (**Tabla 3**).

Una vez finalizada la formación, se realizó la filmación de los primeros 10 minutos del control pediátrico de bebés de 2 a 5 meses atendidos por los 4 pediatras y la médica de familia del equipo, cuyos padres aceptaron su inclusión en el estudio, hasta llegar al número de 95. Este material videofilmado se utilizó en reuniones quincenales del equipo realizadas en el propio centro de salud hasta el final del estudio, en las que cada profesional hacía su propia evaluación de cada uno de los bebés con escala ADBB. En caso de detectar retraimiento, luego de descartar factores orgánicos, se discutían intervenciones a realizar en beneficio del bebé y sus padres, tomando como base los resultados obtenidos en escala ADBB y los contenidos del curso de formación.

La segunda filmación de este grupo de bebés se realizó al menos 6 meses después de la primera, con los bebés de entre 8 y 11 meses de edad (T2), y en iguales condiciones que la filmación anterior. Entre estas dos filmaciones los bebés asistían a una visita pediátrica mensual con los pediatras y la médica de familia, quienes aplicaban sus nuevos conocimientos, quedando a criterio de cada profesional la posibilidad de realizar nuevas citaciones a control pediátrico, acompañadas o no de registro videofilmado, para valorar la evolución del bebé y discutir nuevas intervenciones en las reuniones de equipo.

**Tabla 3** *Fases del Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB y acciones principales.*

<b>Fases</b>	<b>Acciones</b>
1. Cuestionario sobre recursos y necesidades de los profesionales de salud perinatal para detección de riesgo en salud mental infantil	Conocer los recursos profesionales para la detección de riesgo en salud mental en la primera infancia.
2. Formación en desarrollo emocional temprano	Ofrecer conocimientos sobre los siguientes ejes temáticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de las interacciones tempranas para el desarrollo del individuo.</li> <li>• Sincronía en la interacción de la díada madre-bebé.</li> <li>• Consecuencias de dificultades sostenidas en la interacción temprana.</li> <li>• Efectos de la deprivación afectiva en el desarrollo infantil.</li> <li>• Retraimiento infantil como signo de riesgo en el desarrollo.</li> </ul>
3. Presentación y formación en escala ADBB	<p>Detectar indicadores de retraimiento infantil en casos prácticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de videos prototípicos para la aplicación de la escala ADBB (5 videos).</li> <li>• Realización de ejercicios prácticos y entrenamiento en la aplicación de la escala ADBB en bebés de 2 a 24 meses (15 videos).</li> </ul>
4. Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de pruebas de codificación para acreditar la fiabilidad de los participantes en el curso (5 videos).</li> </ul>
5. Cuestionario de satisfacción del curso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la valoración que asignan los profesionales a la formación recibida.</li> </ul>
6. Seguimiento y supervisión de casos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniones de equipo quincenales para realización de evaluación con escala ADBB e intervenciones en los bebés del grupo de seguimiento.</li> </ul>
7. Aplicación de técnica de grupo focal	<p>Conocer la valoración que los profesionales realizan de la experiencia y de la aplicación del abordaje en beneficio del bebé y sus padres y de la práctica profesional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexionar sobre la aplicabilidad de la escala ADBB.</li> <li>• Reflexionar sobre la utilidad de la evaluación e intervención realizada.</li> </ul>

En forma paralela, en otro centro asistencial de Salud Pública (Centro de Salud Ciudad de la Costa, RAP-ASSE) se realizó una formación complementaria en escala ADBB a tres pediatras con formación previa en el uso del instrumento. Después de alcanzar un acuerdo interjueces de más de 80%, estas profesionales actuaron como jueces independientes en la valoración de retraimiento de todos los bebés participantes del estudio. Al finalizar el trabajo de campo, cada uno de los bebés fue codificado con escala ADBB al menos por dos expertos en forma independiente, a través del material videofilmado distribuido en sistema doble ciego, desconociendo los jueces a qué grupo correspondía cada bebé y los profesionales participantes. En caso de discordancia en la codificación de ambos jueces, el material era enviado a un tercer experto. La investigadora responsable del estudio fue la encargada de recibir los registros videofilmados de todos los bebés y de entregar cada uno de ellos a dos jueces en forma aleatoria. Los bebés del grupo de seguimiento tuvieron, además, una segunda unidad de evaluación con escala ADBB, efectuada por los profesionales participantes durante las reuniones quincenales de equipo.

### **5.3. Instrumentos**

#### **5.3.1. Instrumentos utilizados con los bebés y sus familias**

**1) La historia clínica del bebé** que se utiliza habitualmente en la consulta pediátrica aportó información sanitaria y del desarrollo del bebé. Además, se solicitó a los pediatras y médicos de familia que realizaron la visita pediátrica de los bebés del grupo control que dejaran registro en la historia clínica de los casos en que consideraran riesgo en el desarrollo.

**2) La entrevista de información sociofamiliar** fue elaborada por la propia investigadora para recoger datos personales y familiares de cada bebé, además de información sobre la situación socioeconómica y de salud de la familia. La misma aportó, entre otros aspectos, información sobre edad, nivel educativo y actividad laboral de los padres, número de hijos, convivencia o no de los padres y asistencia a taller padres-bebé en centros comunitarios de la zona (**Anexo B**).

**3) La escala ADBB** fue creada para la detección precoz de signos de retraimiento en bebés de 2 a 24 meses. Es una herramienta metodológicamente clara y conceptualmente accesible para profesionales de diversas disciplinas, que requiere un breve proceso de entrenamiento. Su aplicación es sencilla en una situación habitual para el bebé y sus padres como lo es el control pediátrico, sin demandar tiempo ni

recursos adicionales. Este instrumento incluye la observación de ocho ítems específicos relacionados con el comportamiento social del bebé. Existen ítems que remiten a aspectos temperamentales, como la expresión facial, el nivel general de actividad y las vocalizaciones; otros que valoran aspectos relacionales, como el contacto visual, la capacidad del bebé de comprometerse en una relación y la capacidad de generar iniciativas que atraen al observador; y los dos ítems restantes, que son identificados como gestos de autoestimulación y vivacidad en la respuesta al estímulo, corresponden a una categoría mixta (Guedeney, Matthey y Puura, 2013; Cambonie *et al.*, 2017; Guedeney *et al.*, 2016; Moe *et al.*, 2016). Cada ítem es codificado de 0 (sin signos de retraimiento) a 4 (retraimiento extremo), cuya sumatoria corresponde a la puntuación total, que dará lugar a tres rangos. De acuerdo al punto de corte que arrojan los estudios de validación, una puntuación total de 0 a 4 significa que el bebé no presenta signos de retraimiento; de 5 a 10, que el bebé presenta un retraimiento leve; y una puntuación de 11 y más corresponde a la presencia de un retraimiento severo. Estudios de validación realizados en países de Europa y Latinoamérica han mostrado que ADBB tiene buenas propiedades psicométricas y validez transcultural (Guedeney, Matthey y Puura, 2013; Cambonie *et al.*, 2017; Guedeney *et al.*, 2016; Moe *et al.*, 2016). Presenta buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0.83), una sensibilidad de 82% y un 78% de especificidad (Guedeney y Fermanian, 2001). La escala ADBB viene siendo utilizada en el ámbito de la clínica y la investigación en distintos países (Guedeney, Matthey y Puura, 2013; Cambonie *et al.*, 2017; Guedeney *et al.*, 2016; Moe *et al.*, 2016). En Latinoamérica, la primera validación se ha realizado en Brasil (Facuri Lopes, Ricas y Mancini, 2008) y posteriormente en Argentina (Oliver, Yulita y Guedeney, 2016), lo que permite su aplicación en la región rioplatense, donde se desarrolla este estudio (**Anexo C**).

La formación en la escala ADBB de los profesionales participantes de esta investigación fue realizada por la investigadora responsable de este estudio, quien cuenta con la autorización del Prof. Guedeney para realizar esta capacitación y pertenece al *Board* Internacional de Capacitadores Oficiales en escala ADBB, desde la creación del mismo. Existe una presentación de la escala ADBB sin la descripción de los ítems para ser utilizada por los profesionales una vez formados, facilitando su aplicación en la consulta pediátrica (**Anexo D**).

Con respecto a la fiabilidad, cada bebé fue evaluado con escala ADBB por al menos dos jueces independientes. Además, los bebés del grupo de seguimiento fueron evaluados en T1 y T2 por cada uno de los profesionales del equipo. En cuanto al porcentaje de fiabilidad de la puntuación de escala ADBB en las categorías de sin

retraining (score total de 0 a 4), retraining leve (score de 5 a 10) y retraining severo (score > 10) de los profesionales del equipo y de los jueces en relación con la investigadora, la misma fue de 100% y 96%, respectivamente. La confiabilidad de la escala ADBB en este estudio fue satisfactoria, con un buen nivel de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0.74).

### **5.3.2. Instrumentos utilizados con los profesionales**

**1) Cuestionario de necesidades y recursos de los profesionales de salud perinatal para la detección de riesgo.** Este cuestionario fue elaborado por la investigadora para conocer la importancia que los profesionales asignan en la práctica clínica a la detección precoz de riesgo en salud mental infantil y los recursos con que cuentan para la misma. El cuestionario plantea una serie de preguntas, cuyas respuestas fueron codificadas en cuatro categorías que van desde la asignación de “mucha importancia” al tema planteado, en la categoría 1, a “ninguna importancia”, en la categoría 4. Las categorías 2 y 3 se identifican como “bastante importante” y “algo importante”, respectivamente. El cuestionario incluye las siguientes dimensiones: a) recursos profesionales para la detección precoz de riesgo en el desarrollo de la primera infancia, b) importancia de tratar el tema de la detección precoz en salud mental infantil durante la visita pediátrica del primer nivel de atención, c) importancia que se le asigna en general a la salud mental y emocional de los bebés en la visita pediátrica, d) importancia asignada por el profesional a la salud mental y emocional de los bebés en la visita pediátrica y e) seguridad personal del profesional a la hora de valorar el estado emocional del bebé.

**2) Cuestionario de satisfacción del curso.** El objetivo de este cuestionario fue conocer la valoración que asignan los participantes a la formación recibida sobre desarrollo emocional temprano y escala ADBB. Al igual que en el cuestionario anterior, las respuestas fueron consideradas en forma cuantitativa a partir de cuatro categorías, de acuerdo a la asignación a la temática planteada de “muy/mucho” (1), “bastante” (2), “poco o algo” (3) y “nada o ninguna” (4) importancia. Las preguntas planteadas estaban dirigidas a indagar los siguientes aspectos: a) importancia otorgada a la formación recibida, b) utilidad de la misma y c) percepción de la formación recibida en términos de novedad, interés y accesibilidad.

**3) Grupo focal.** Se trata de una técnica cualitativa con importante expansión en los últimos años en el área social, psicológica y de la salud. Tiene como objetivo conocer y aprender de las experiencias y perspectivas de los participantes de una

investigación, permitiendo explorar aspectos y dimensiones de un problema a los que no se podría acceder con una metodología cuantitativa (García Calvente y Rodríguez, 2000). Consiste en proponer a los integrantes un intercambio acerca de una temática en común, que es planteada por un moderador que promueve y registra las intervenciones (Silveira Donaduzzi, Colomé Beck, Heck Weiller, Nunes da Silva Fernandes y Viero, 2015). De acuerdo con García Calvente y Rodríguez (2000), el grupo focal es un instrumento particularmente útil para conocer la percepción de los protagonistas en la evaluación de programas y servicios de salud, y en especial en la atención primaria. No obstante, se reconoce que los datos obtenidos a través de esta técnica no pueden ser generalizables ni tienen representatividad estadística.

Como técnica flexible y adaptable en función de distintos objetivos, en el presente estudio se utilizó como complemento de métodos cuantitativos, realizando un grupo focal por conveniencia con los profesionales que participaron del estudio de principio a fin, con la finalidad de conocer en profundidad la percepción y el sentido que asignaban a distintos aspectos de la experiencia.

La actividad contó con dos horas de duración y fue realizada al finalizar el trabajo de campo, en el propio centro de salud, con la participación de todos los profesionales del equipo. La coordinación estuvo a cargo de la investigadora, quien, de acuerdo a lo establecido en el uso de esta técnica, propuso una guía temática flexible y utilizó técnicas grupales para alentar la discusión y el intercambio, promoviendo la libre participación de cada uno de los integrantes, sin emitir juicios ni valoraciones personales. Los aspectos propuestos para ser abordados fueron: a) valoración de la experiencia en beneficio del profesional y utilidad de la misma en la visita pediátrica, b) valoración de la experiencia en beneficio del bebé y sus padres, c) valoración de la experiencia en beneficio de la práctica profesional del primer nivel de atención y d) propuestas de nuevas perspectivas del abordaje (**Anexo E**).

Dada la existencia de distintos métodos de interpretación de datos provenientes de esta técnica, se realizó en este caso un análisis de contenido, clasificando las intervenciones de los participantes en función de las categorías temáticas planteadas y teniendo en cuenta criterios de exhaustividad. Se presenta, además, una selección de citas textuales ilustrativas de la información recabada, organizadas a partir de las categorías propuestas, y finalmente se plantean las conclusiones.

#### 5.4. Consideraciones éticas

Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar; universidad estatal de Uruguay), de la Dirección de la RAP-ASSE y del Centro de Salud Dr. Ruben Misurraco, donde fue llevado a cabo. De acuerdo a estándares éticos, los padres de los bebés fueron informados de los procedimientos e invitados a participar y a tomar la decisión de manera libre y voluntaria, garantizando que la misma no interferiría en los controles pediátricos habituales. En caso de aceptación en la participación del estudio, se les solicitó la firma de un consentimiento informado y la autorización para realizar el registro videofilmado de los controles pediátricos preestablecidos, así como para la observación de este material en las reuniones de equipo y para su codificación por los expertos (**Anexo F**).

Todos los bebés que presentaran retraimiento, incluidos los del grupo control, se verían beneficiados por la formación de los médicos participantes y recibirían la atención correspondiente. Debido a recaudos éticos, no fue posible incluir un grupo control de bebés con valoración de retraimiento en dos tiempos como se hizo con el grupo de seguimiento, dado que la videofilmación de bebés de un grupo control entre los 2 y 5 meses hubiera requerido la evaluación de los mismos y la intervención oportuna antes de los 8 meses de edad en caso de presentar retraimiento. Considerando esta situación, se optó por realizar una comparación de muestras solamente posttest, garantizando a los bebés del grupo control las visitas pediátricas de rutina con las que cuentan todos los bebés.

#### 5.5. Análisis realizados

Se realizó un análisis estadístico con variables categóricas y continuas de forma tabulada en tablas de frecuencias. En el caso de variables continuas, se presentan además medidas de resumen, incluyendo medias, desviaciones típicas y mínimos y máximos. Para el estudio de asociación entre variables, se utilizó test de  $\chi^2$ . La búsqueda de diferencia estadísticamente significativa entre variables continuas se realizó mediante pruebas  $t$  de Student para muestras emparejadas y muestras independientes. En todos los casos, el umbral de significación estadística correspondió a un  $\alpha = 0.05$ . Se realizó un análisis univariado de varianza (ANOVA, por las sigloides

en inglés de *ANalysis Of VAriance*) para la realización de pruebas de efectos intersujetos.

Asimismo, se realizarán análisis descriptivos y cualitativos de los datos obtenidos en las encuestas realizadas a los profesionales antes y después del programa de formación, y en el procedimiento de grupo focal.

## 6. Resultados

En el siguiente apartado de resultados se analizará, en primer lugar, el efecto del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* impartido a los profesionales de la salud y aplicado por ellos en su práctica cotidiana con los bebés y sus padres. Se espera que los bebés que acuden a las consultas de los pediatras y la médica de familia formados presenten niveles de retraimiento menores que los bebés que acuden a consultas de profesionales no formados.

El segundo grupo de resultados tiene como objetivo analizar la percepción de los profesionales participantes sobre la utilidad del programa de formación para la detección precoz de riesgo en el desarrollo temprano y la promoción de la salud mental infantil durante la visita pediátrica. Se presentan resultados de las encuestas realizadas a los profesionales antes y después de la formación, y el análisis cualitativo de los datos obtenidos del grupo focal.

### 6.1. Análisis descriptivo del retraimiento (ADBB) detectado en los bebés

En el siguiente apartado se presenta el análisis descriptivo de retraimiento detectado en los dos grupos de bebés participantes en el estudio. El grupo control está compuesto por 43 bebés y sus familias, que fueron evaluados una única vez, entre el mes 8 y el 11 ( $M = 9.25$ ,  $DE = 3.56$ ), en una sola visita pediátrica (T2). El personal de salud que atendió a estos bebés no había realizado el *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB*. El grupo de seguimiento, formado por 76 bebés y sus familias, fue evaluado en dos momentos: entre los 2 y 5 meses (T1;  $M = 2.51$  y  $DE = 3.19$ ), y entre los 8 y 11 meses (T2;  $M = 10.32$ ,  $DE = 7.94$ ). Los profesionales que atendieron a este grupo de bebés estaban formados en desarrollo emocional temprano y en la escala ADBB, e implementaban estos conocimientos en las visitas mensuales de control en salud de estos bebés.

#### 6.1.1. Nivel de retraimiento detectado en los bebés del grupo control

De acuerdo a lo registrado en las historias clínicas, ninguno de estos 43 bebés del grupo control fue considerado por los pediatras y médicos de familia en situación de riesgo en el desarrollo ni con indicios de disfunción. Sin embargo, tal como se puede ver en la **Tabla 4**, los jueces expertos en escala ADBB registraron en este grupo

51.2% de bebés con retraimiento leve, esto es, con una puntuación entre 5 a 10 en la escala ADBB, y 2.3% con retraimiento severo, con una puntuación en la escala ADBB mayor de 10. El 46.5% de los bebés no presentaron retraimiento (puntuación ADBB de 0 a 4).

### 6.1.2. Nivel de retraimiento detectado en los bebés del grupo de seguimiento

En el grupo longitudinal de 76 bebés, atendidos desde las primeras visitas pediátricas por los profesionales capacitados y que completaron los dos tiempos del estudio, se detectó entre los 2 y 5 meses (T1) 22.4% de retraimiento leve y 1.3% de retraimiento severo, mientras que el 76.3% de los bebés no presentaban retraimiento. En la segunda evaluación (T2), realizada al menos 6 meses después de la primera, con los bebés entre 8 y 11 meses de edad, se detectó 11,8% de bebés con retraimiento leve y 88,2% sin retraimiento, no existiendo ningún bebé que presentara retraimiento severo.

La **Tabla 4** muestra la distribución de retraimiento en los bebés del grupo de seguimiento y control según los rangos de: sin retraimiento, retraimiento leve y retraimiento severo, utilizados de forma estandarizada.

**Tabla 4** Distribución de los bebés con retraimiento en T1 y T2 en el grupo de seguimiento y en el grupo control.

Puntuación en la escala ADBB	Grupo de seguimiento n = 76		Grupo control n = 43
	T1 n (%)	T2 n (%)	T2 n (%)
Sin retraimiento (0-4)	58 (76.3)	67 (88.2)	20 (46.5)
Retraimiento leve (5-10)	17 (22.4)	9 (11.8)	22 (51.2)
Retraimiento severo (> 10)	1 (1.3)	----	1 (2.3)

### 6.1.3. Evolución del retraimiento en el grupo de seguimiento entre T1 y T2

Con el objeto de analizar el efecto de la implementación del programa de formación por parte de los profesionales en el retraimiento infantil entre el T1 y el T2, se aplicó una prueba *t* para muestras dependientes. En este análisis se incluye la variable cuantitativa de ADBB. Este test mostró que la diferencia entre los niveles de retraimiento observados en T1 ( $M = 2.76$ ,  $DE = 2.74$ ) y en T2 ( $M = 2.76$ ,  $DE = 1.98$ ) en este grupo de niños no es estadísticamente significativa  $t(75) = 0.000$ ,  $p = 1.000$ . Es decir, que los bebés presentan en el T1 niveles de retraimiento similares a los que

presentan en el T2, sin existir diferencias estadísticamente significativas de retraimiento entre ambos tiempos.

En función de estos resultados, podría entenderse que la formación de los profesionales mantiene el retraimiento de los bebés en un mismo nivel, esto es, que el retraimiento se mantiene estable y los niños no empeoran con la edad, a pesar de que se desarrollan en contextos sociofamiliares de riesgo. De acuerdo a datos de un estudio previo con bebés de contexto crítico atendidos en la visita pediátrica tradicional, sería esperable que el retraimiento aumentara con la edad (Bonifacino *et al.*, 2014), por lo cual hubiera sido esperable encontrar un aumento del retraimiento en el T2. En la misma línea, también las investigaciones del desarrollo infantil en el contexto de pobreza concluyen que el impacto desfavorable del contexto en el desarrollo del bebé aumenta a medida que avanza la edad (Lira y Rodríguez, 1979; Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales, 1996).

Para contar con mayores elementos de evaluación del efecto de la formación de los profesionales en la reducción del retraimiento de los bebés, resultará muy importante establecer la comparación entre los bebés del grupo de seguimiento a los 8-11 meses (T2) y los bebés del grupo control a igual edad, atendidos en la visita pediátrica por profesionales sin la formación en desarrollo emocional temprano y la escala ADBB.

#### **6.1.4. Comparación del retraimiento entre el grupo control y el grupo de seguimiento en T2**

A continuación, se presentan los resultados de la comparación de retraimiento entre el grupo de seguimiento a los 8-11 meses de edad (T2) y el grupo control. El objetivo de esta comparación es determinar la existencia de diferencias entre el grupo de seguimiento y el grupo control, en relación con la variable de retraimiento infantil. Se espera que los bebés atendidos en la visita pediátrica por los profesionales formados (grupo de seguimiento) presenten niveles de retraimiento menores que los bebés atendidos por profesionales no formados (grupo control).

Como paso previo, se realizará un análisis para comprobar si entre las muestras de seguimiento y de control existen diferencias sociodemográficas determinantes que pudieran impedir su comparación. Con objeto de valorar el riesgo psicosocial de las familias, se utilizó una variable acumulativa de riesgo o desventaja psicosocial creada en este estudio para analizar factores familiares y psicosociales de riesgo que pudieran incidir en el retraimiento de los bebés. Esta variable se formó a partir de la sumatoria de las siguientes seis categorías: 1) número de hijos

(considerando riesgo tener más de 3 hijos), 2) edad de la madre (considerando riesgo madre adolescente menor de 20 años), 3) nivel educativo de la madre (considerando riesgo el nivel educativo hasta primaria completa) y 4) nivel educativo del padre (considerando riesgo el nivel educativo hasta primaria completa), 5) trabajo del padre (considerando riesgo la no actividad laboral) y 6) convivencia de los padres (considerando riesgo la no convivencia de los padres, con los hijos a cargo solo de la madre). Además, se consideró adicionalmente como factor de protección la asistencia a talleres semanales padres-bebé en centros comunitarios de la zona (Centro de Atención a la Infancia y la Familia - CAIF), considerándose riesgo la no asistencia a taller. Estos talleres son una estrategia de intervención comunitaria de carácter bio-psico-socio-educativo, desarrollada por el Área de Primera Infancia del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y destinada a bebés entre 0 y 24 meses, y sus padres, que son invitados a participar para promover el crecimiento y el desarrollo integral del lactante (Uturbey, Ojeda y Tabora, 2017).

#### **6.1.4.1. Comparación del grupo control y de seguimiento, en relación con la variable de riesgo psicosocial**

Con objeto de comprobar la semejanza de ambas muestras, en relación con la variable acumulativa de riesgo o desventaja psicosocial, para poder comparar ambos grupos en los resultados de retraimiento, se aplicó una prueba  $t$  para muestras independientes. Tal como se observa en la **Tabla 5**, los resultados de la prueba indican la no existencia de diferencias significativas en riesgo psicosocial entre el grupo de seguimiento ( $M = 2.29$ ,  $DE = 1.24$ ) y el grupo control ( $M = 2.23$ ,  $DE = 1.15$ ),  $t(117) = .24$ ,  $p = .057$ .

#### **6.1.4.2. Comparación del grupo control y de seguimiento, según cada una de las categorías componentes de la variable de riesgo psicosocial**

En el siguiente apartado se busca analizar la existencia de diferencias entre el grupo control y de seguimiento, según cada uno de los seis factores componentes de la variable de riesgo psicosocial considerados en forma aislada –edad de la madre, número de hijos, nivel educativo de la madre, nivel educativo del padre, trabajo del padre y convivencia de los padres– para comprobar si alguno de ellos podía estar incidiendo por sí mismo en los resultados obtenidos. Se utilizó una prueba de  $\chi^2$  para variables dicotómicas. Además, se consideró la comparación entre las muestras sobre la base de la asistencia a taller padres-bebé, considerado como factor de protección, y significando riesgo la no asistencia.

Tal como se puede ver en la **Tabla 5**, no se observan diferencias significativas entre ambas muestras en ninguna de las seis categorías consideradas originalmente como de riesgo.

En cambio, se identifica una diferencia significativa en la variable asistencia al taller padres-bebé, considerada como factor de protección, siendo el 46.5% de los bebés del grupo control los que asisten al mismo, frente a 22.4% de los bebés del grupo de seguimiento,  $\chi^2 (1, n = 119) = 7.471, p < .01$ .

**Tabla 5** Comparación del grupo de seguimiento y del grupo control, según la variable de riesgo psicosocial y cada uno de sus componentes.

Categorías de la variable de riesgo psicosocial	Grupo de seguimiento <i>n</i> = 76 <i>n</i> (%)	Grupo control <i>n</i> = 43 <i>n</i> (%)	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>
Número de hijos (> 3)	17 (22.37)	9 (20.93)	.033	1	.524
Edad madre (< 20 años)	17 (22.37)	9 (20.93)	.001	1	.568
Madre sin estudios secundarios	47 (61.84)	24 (55.81)	.415	1	.326
Padre sin estudios secundarios	54 (70.59)	27 (63.41)	.604	1	.285
Padre sin ocupación laboral	24 (31.43)	19 (43.90)	1.745	1	.549
Padres no conviven	13 (17.33)	7 (16.27)	.022	1	.132
No asistencia a taller	59 (77.6)	23 (53.5)	7.471	1	.006

#### **6.1.4.3. Nivel de retraimiento del grupo de seguimiento y del grupo control, en función de la variable asistencia al taller padres-bebé**

Para conocer la influencia de la variable asistencia al taller padres-bebé como determinante en el grado de retraimiento de los bebés, se realizó un ANOVA, con el valor de retraimiento en cada uno de los grupos como variable dependiente y la asistencia al taller como variable independiente. Tal como se observa en la **Tabla 6**, los datos obtenidos muestran que dentro del grupo control existe una diferencia significativa de retraimiento entre los bebés que asisten a taller ( $M = 3.35, DE = 2.62$ ) y los que no asisten ( $M = 5.39, DE = 2.59$ ),  $F = 11.65, p = 0.001$ . Sin embargo, en el grupo de seguimiento no se observan diferencias significativas en el retraimiento de los bebés en función de su asistencia o no a taller, siendo la media de 2.88 ( $DE = 2.55$ ) en los bebés que asisten a taller y 2.73 ( $DE = 1.80$ ) en los que no asisten,  $F = 5.728, p = 0.018$ .

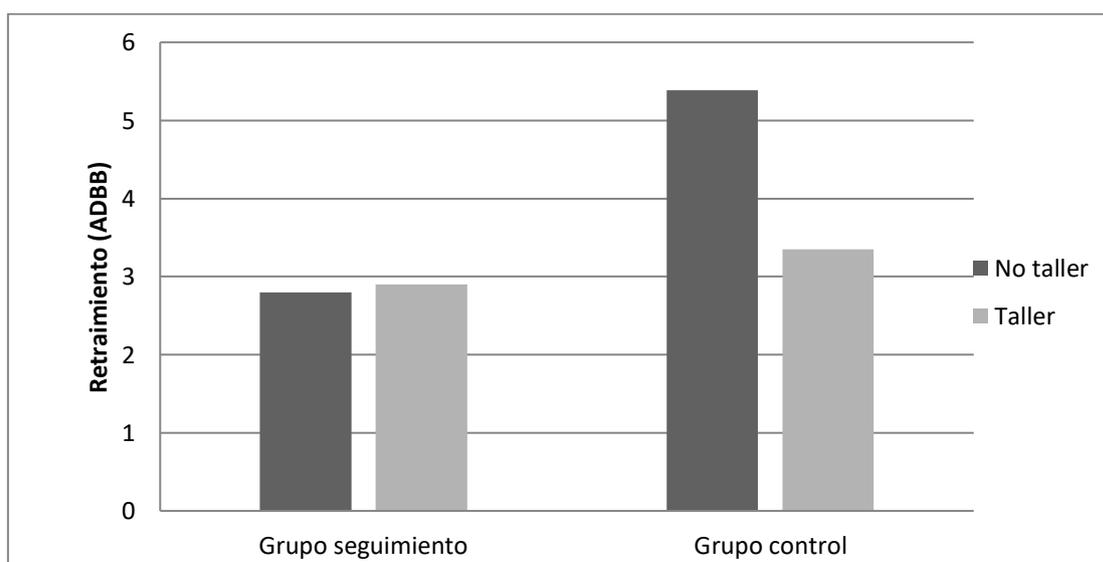
**Tabla 6** Resultados de las pruebas ANOVA en el grupo de seguimiento y en el grupo control: Variable dependiente retraimiento infantil y variable independiente asistencia a taller.

Categoría	Asistencia a taller		No asistencia a taller		F	p
	M	DE	M	DE		
Grupo de seguimiento	2.88	2.55	2.73	1.80	5.728	0.018
Grupo control	3.35	2.62	5.39	2.59	11.65	0.001

A partir de estos resultados, y tal como se presenta en la **Figura 1**, se puede concluir que existen diferencias en el nivel de retraimiento infantil entre el grupo control y de seguimiento, independientemente de la asistencia o no al taller padres-bebé. A pesar de que 46.5% de los bebés del grupo control asisten al taller, este grupo presenta un nivel de retraimiento significativamente más alto que el grupo de seguimiento, siendo  $M = 4.44$ ,  $DE = 2.77$  en el grupo control, frente a  $M = 2.76$ ,  $DE = 1.98$  en el grupo de seguimiento. No obstante, dentro del grupo control se observa que los bebés que asisten a taller presentan menos retraimiento que los que no asisten. Estos datos evidencian que la asistencia a taller favorece a los bebés atendidos en la visita pediátrica tradicional, aunque no constituye un elemento que alcance por sí mismo para la reducción del retraimiento infantil.

Además, el grupo de seguimiento presenta un nivel de retraimiento significativamente menor al detectado en el grupo control, a pesar de que solo 22,4% de los bebés de seguimiento son los que asisten a taller, no observándose diferencias en relación con el retraimiento entre los bebés que asisten o no asisten a taller.

**Figura 1** Media de retraimiento de los bebés de 8-11 meses del grupo de seguimiento y del grupo control, en función de su asistencia al taller



#### **6.1.4.4. Comparación de ambas muestras en relación con el retraimiento de los bebés**

Una vez comprobada la semejanza entre el grupo de seguimiento y el grupo control en relación con las condiciones socioambientales y sociofamiliares, se supone que las posibles diferencias que se encuentren entre ambos grupos, en relación con la variable retraimiento infantil, se puedan atribuir a la implementación por parte de los profesionales de la formación adquirida en desarrollo emocional temprano y escala ADBB en la atención de los bebés del grupo de seguimiento. Para comprobar la hipótesis de que la implementación del programa de formación por parte de los profesionales genera un impacto en los bebés reduciendo el nivel de retraimiento, se aplicó una prueba  $t$  para muestras independientes. Los resultados de esta prueba indican la existencia de diferencias significativas de retraimiento entre el grupo de seguimiento ( $M = 2.76$ ,  $DE = 1.98$ ) y el grupo control ( $M = 4.44$ ,  $DE = 2.78$ ),  $t(117) = 3.83$ ,  $p = .000$ .

## **6.2. Análisis de la experiencia de formación de los profesionales de la salud**

Con objeto de analizar la experiencia de formación de los profesionales de la salud en el *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB*, se realizó un análisis cuantitativo de los datos recabados en los cuestionarios previos y posteriores a la formación. En función de las respuestas recibidas en el cuestionario previo a la formación, se planteará la importancia que asignan los profesionales de salud perinatal a la detección de riesgo en el desarrollo temprano, así como la percepción de sus recursos y necesidades para el abordaje de este tema. En las respuestas obtenidas en el cuestionario posterior, planteado una vez finalizada la formación, se abordará la valoración que realizan los profesionales del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* en términos de importancia, accesibilidad y utilidad para la práctica del primer nivel de atención. Este cuestionario fue realizado antes de la implementación del programa por parte de los profesionales en la visita pediátrica de los bebés del grupo de seguimiento.

Por otra parte, se realizará un análisis cualitativo de los datos recogidos a partir de las discusiones y reflexiones de los profesionales de la salud en el intercambio realizado con metodología de grupo focal. A partir de estos datos, se abordará la valoración que los profesionales participantes realizan de la implementación del programa de formación en la visita pediátrica en beneficio del bebé y sus padres, y de

la práctica profesional del primer nivel de atención. Además, se plantearán nuevas perspectivas propuestas por los profesionales para la implementación de este programa en otros centros de salud, en beneficio de otros profesionales y de otros bebés y sus familias.

### **6.2.1. Análisis de los recursos profesionales para la detección de riesgo en salud mental en la primera infancia**

El cuestionario previo a la formación, en el que se preguntaba sobre la importancia que asignan los profesionales de salud perinatal a la detección de riesgo en el desarrollo temprano, así como la percepción de sus recursos y necesidades para el abordaje de este tema, fue realizado a veintidós profesionales que inicialmente mostraron interés en participar del estudio (cuatro pediatras, ocho médicos de familia, dos nutricionistas, una odontopediatra, cuatro enfermeras, una psiquiatra infantil, una psicóloga y una visitadora social). A continuación, se describen los resultados obtenidos en este cuestionario.

Tal como se puede ver en la **Tabla 7**, las respuestas obtenidas muestran que casi todos los profesionales (95%) reconocen la importancia de la detección precoz en salud mental infantil durante la visita pediátrica. Sin embargo, una amplia mayoría se reconoce con recursos insuficientes para abordar esta temática (77%), e incluso uno de los profesionales manifiesta su carencia absoluta de recursos para ello. La mayoría (77%) también considera que es una temática a la cual se le otorga en general poca o ninguna importancia a nivel profesional durante la visita pediátrica de control en salud, aunque, consultados por su experiencia personal, el 54% de los indagados manifiestan otorgar mucha importancia a la salud mental y emocional de los bebés durante la visita pediátrica, mientras que el 27% de los profesionales le asignan bastante importancia. Solamente 27% de los consultados se reconocen con suficientes recursos para evaluar el estado emocional del bebé, en tanto 54% manifiestan sentirse poco seguros y 14% se perciben con ausencia total de conocimientos para realizar dicha evaluación. De estos resultados se desprende que la detección precoz en salud mental infantil no es una temática que se considere importante desde el punto de vista profesional o institucional en la práctica de la visita pediátrica habitual. Sin embargo, todos los profesionales que manifestaron interés en participar de este estudio reconocen la importancia de la misma, junto con una carencia de recursos para su abordaje.

**Tabla 7** Percepción de los profesionales sobre los recursos para detección del riesgo en salud mental infantil.

Categorías	Mucho n (%)	Bastante n (%)	Algo n (%)	Nada n (%)	N/C n (%)
Importancia que otorga el profesional a la detección precoz en salud mental infantil en la consulta pediátrica	20 (91)	1 (4.5)			1 (4.5)
Recursos del profesional para la detección de riesgo en salud mental en la primera infancia	1 (4.5)	3 (13.7)	17 (77.3)	1 (4.5)	
Importancia que se le otorga a la salud mental y emocional del bebé en la visita pediátrica		3 (13.7)	16 (72.7)	1 (4.5)	2 (9.1)
Importancia asignada por el profesional en su práctica a la salud mental y emocional del bebé en la visita pediátrica	12 (54.5)	6 (27.3)	3 (13.7)		1 (4.5)
Seguridad del profesional para valorar el estado emocional del bebé		6 (27.3)	12 (54.5)	3 (13.7)	1 (4.5)

### 6.2.2. Análisis de la satisfacción con la formación recibida

El cuestionario de satisfacción del curso fue realizado a los diez profesionales que luego de los incidentes en el centro de salud retomaron sus funciones y completaron la formación, aunque luego tres de estos profesionales (psicóloga, psiquiatra infantil y nutricionista) fueron trasladados a cumplir funciones en otras dependencias de Salud Pública y no participaron de la integración final del equipo y de la implementación del programa de formación.

De acuerdo a las respuestas obtenidas, presentadas en la **Tabla 8**, todos los profesionales asignan mucha importancia a la formación recibida para la detección precoz de riesgo en el desarrollo infantil. Además, 80% la reconocen muy útil para la práctica profesional del primer nivel de atención, así como también el uso de instrumentos como la escala ADBB, mientras que el restante 20% de los profesionales reconocen que la formación es bastante importante para estos aspectos. También 90% de los consultados le asignan mucha utilidad para la valoración de riesgo en el desarrollo y para compartir la valoración del bebé en un abordaje interdisciplinar con escala ADBB, en tanto el profesional restante la considera bastante útil (10%). Por último, la totalidad de los profesionales valoró la formación como muy interesante y 80% la consideró muy novedosa, frente a dos de los profesionales (20%) que la valoraron como bastante novedosa. En términos de accesibilidad, la formación fue considerada por los participantes como bastante y muy accesible, en partes iguales.

**Tabla 8** Valoración del Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB realizada por los profesionales de la salud antes de la implementación del mismo.

Categorías	Subcategorías	Mucho n (%)	Bastante n (%)	Algo n (%)	Nada n (%)
Importancia otorgada a la formación	a) para detección precoz de riesgo en desarrollo infantil	10 (100)	0	0	0
	b) para tratar el tema de detección precoz en salud mental infantil en el primer nivel	8 (80)	2 (20)	0	0
	c) para el uso de instrumentos como escala ADBB	8 (80)	2 (20)	0	0
Utilidad otorgada a la formación	a) para la práctica profesional	8 (80)	2 (20)	0	0
	b) para valorar riesgo en el desarrollo infantil	9 (90)	1 (10)	0	0
	c) para compartir la valoración del bebé con escala ADBB en abordaje interdisciplinar	9 (90)	1 (10)	0	0
Percepción de la formación	a) en términos de novedad	8 (80)	2 (20)	0	0
	b) en términos de interés	10 (100)			
	c) en términos de accesibilidad	5 (50)	5 (50)		

En función de las respuestas obtenidas en ambos cuestionarios, se observa que todos los profesionales consultados coinciden en la importancia de la detección precoz de riesgo en salud mental infantil desde el primer nivel de atención y reconocen que, sin embargo, no es esta un área abordada habitualmente en la visita pediátrica del bebé. Frente a la percepción de escasos recursos para hacer frente a esta temática, los participantes reconocen la importancia de la formación recibida y su utilidad para la valoración de riesgo en el desarrollo infantil y para la práctica profesional.

### **6.2.3. Análisis de la experiencia de los profesionales de la salud en la implementación del programa de formación, a través del método de grupo focal**

En el presente apartado se analiza la experiencia de los profesionales de la salud en la implementación del programa de formación durante las visitas pediátricas de los bebés del grupo de seguimiento. Los datos obtenidos provienen del grupo focal realizado al finalizar la segunda valoración de este grupo (T2), con bebés de entre 8 y 11 meses.

El grupo focal estuvo integrado por los siete profesionales que participaron en la totalidad del estudio, es decir, en: reclutamiento de bebés del grupo control, asistencia a las sesiones de formación, implementación del programa en su práctica

habitual y asistencia a las sesiones quincenales de reunión de equipo y supervisión. Las dimensiones planteadas fueron: 1) beneficio o no de la formación para la práctica clínica profesional, 2) utilidad o no del abordaje planteado (formación y supervisión) para los profesionales, 3) beneficio o no del abordaje para el bebé y sus padres y 4) propuesta de futuros pasos en beneficio de otros profesionales y de otros bebés y sus familias. El intercambio se realizó en un clima cordial y de respeto de los participantes, con una disposición favorable de todos ellos para una participación activa y reflexión en grupo. Las respuestas a las preguntas planteadas se sucedieron con fluidez y en forma colaborativa, aportando las distintas intervenciones nuevos elementos que enriquecían lo expresado previamente.

Al inicio de la actividad, y de manera espontánea, los participantes coincidieron en señalar la importancia que adquirió este trabajo no solamente para su práctica clínica habitual, sino también para el propio funcionamiento del centro de salud. Recordaron, en este sentido, el clima de violencia social desencadenado en la zona al inicio del estudio, que llevó a la mayoría de los profesionales al abandono de sus funciones y generó la suspensión transitoria de los servicios del centro de salud y el riesgo de su cierre definitivo. Los profesionales en su conjunto consideraron esta situación como de gravedad y que la clausura del centro de salud hubiera implicado la retirada de Salud Pública de una zona crítica de la ciudad. Otros participantes valoraron la capacidad del equipo de sostenerse en funcionamiento durante dos años con reuniones quincenales, a pesar de la adversidad del contexto y de las dificultades institucionales que se presentaron. Además, se hizo referencia a la desvinculación de algunos integrantes del equipo a lo largo del tiempo por traslados a otros centros de salud, lo cual es una dinámica usual en dependencias de los servicios de Salud Pública del Estado. Los profesionales coincidieron en que las reuniones de equipo generaban un clima motivador, de participación y colaboración entre ellos, en la búsqueda de recursos en beneficio del bebé; mencionaron, por ejemplo, la iniciativa de la enfermera de realizar visitas domiciliarias en situaciones de mayor riesgo. También los participantes otorgaron importancia a la observación en equipo del material videofilmado de las visitas pediátricas, reconociendo la expectativa que les generaba compartir en equipo sus preocupaciones acerca de los bebés, así como la satisfacción frente a la evolución favorable de los mismos. Destacaron, además, su percepción de que el clima motivador que generó este trabajo trascendió al equipo, promoviendo la colaboración voluntaria del personal adjunto de portería y de enfermería del centro de salud en la filmación de las consultas.

Se plantea a continuación un análisis de contenido, clasificando las intervenciones de los participantes en función de las categorías planteadas, con criterio de exhaustividad. La **Tabla 9** muestra una selección de citas textuales ilustrativas de la información recabada.

**Tabla 9** *Experiencia de los profesionales de la salud en relación con el programa de formación y su implementación en la práctica. Selección de citas ilustrativas de la metodología de grupo focal por categorías.*

Categorías	Selección de citas ilustrativas
1. Beneficio de la formación para la práctica profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Esta formación cambió nuestra mirada y la de los padres hacia el niño, y amplió nuestra concepción del bebé sano”.</li> <li>• “Sistematiza una forma de ver al bebé y lo podemos compartir en equipo”.</li> <li>• “Ahora lo que observamos tiene más sentido, y observamos más. Antes, algo me parecía raro y no sabía por qué, entonces enseguida derivaba porque no sabía qué pasaba con el bebé ni qué hacer”.</li> <li>• “Estamos más activos con el bebé en la consulta, interactuamos más, lo buscás más. Antes estaba más atento a otras cosas”.</li> <li>• “Siempre le hablé al bebé... Antes lo hacía por intuición... Ahora sé que eso está bien y que cuando la madre ve al bebé interactuando, descubre algo nuevo”.</li> </ul>
2. Utilidad del abordaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Este trabajo generó una mayor valoración del desarrollo del bebé”.</li> <li>• “El abordaje es útil no solo para detectar, sino también para fortalecer las capacidades del bebé saludable, mostrando a los padres la riqueza que tiene el bebé de 2 meses en la comunicación”.</li> <li>• “Promueve un mejor aprovechamiento de los recursos existentes”.</li> <li>• “Es útil también en la visita domiciliar para aportar recursos a la madre.”</li> </ul>
3. Beneficio del abordaje para el bebé y sus padres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Llevó a una mayor valoración del desarrollo del bebé por parte de los padres”.</li> <li>• “Resultó ser una herramienta que llegó a la madre. En forma indirecta, con la valoración del bebé, la madre se sintió más valorizada y estaba más involucrada en el desarrollo y la salud”.</li> <li>• “Las madres estaban pendientes de la siguiente consulta y promovían una mayor participación del padre”.</li> <li>• “Las madres prestaban más atención a aspectos vinculados al desarrollo emocional y la interacción, estimulando más al bebé”.</li> </ul>
4. Propuesta de próximos pasos en beneficio de otros profesionales y otros bebés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Invitar a otros profesionales del centro de salud a incorporarse al equipo y a esta modalidad de trabajo”.</li> <li>• “Continuar con el seguimiento de los bebés ya evaluados, realizando una nueva valoración con escala ADBB durante el segundo año de vida”.</li> <li>• “Buscar una coordinación de acciones con los centros comunitarios de la zona que ofrecen talleres madre- bebé, dando a conocer este abordaje”.</li> </ul>

**1. En relación con el beneficio de la formación para la práctica profesional,** todos los participantes destacan que la formación amplió sus conocimientos y generó “un cambio en la forma de mirar al bebé” y en la concepción del “bebé sano”, al integrar la perspectiva del desarrollo emocional temprano como

parte de la salud infantil. Valoran también contar con mayores herramientas para la observación del bebé y para dar sentido a lo observado, lo que los lleva a percibirse con mayor confianza en sus recursos para la comprensión y la atención del bebé y sus padres. Coinciden, además, en señalar un cambio en su propio posicionamiento clínico durante la visita pediátrica, percibiendo que luego de la formación dirigen más su atención hacia el bebé y realizan una búsqueda más activa de la interacción, en contraposición a una actitud anterior de estar “más atentos a otras cosas”. Los participantes reconocen “efectos indirectos” que la formación alcanza en los padres, promoviendo en ellos una mayor valoración del desarrollo del bebé y la percepción de capacidades del bebé, que antes desconocían o a las que no prestaban atención. En este sentido, un pediatra observa “ahora sé [que] [...] cuando la madre ve al bebé interactuando, descubre algo nuevo”. Por último, plantean el beneficio que tiene para la práctica la sistematización de la observación del bebé con escala ADBB, así como la realización de intercambios profesionales en equipo sobre la base de una perspectiva compartida del bebé y sus padres.

**2. En cuanto a la utilidad del abordaje**, los profesionales reconocen que el mismo generó en ellos una mayor valoración del desarrollo del bebé y un mejor aprovechamiento de los recursos existentes para el cuidado de la salud infantil. Señalan, además, como aspecto favorable, la ductilidad del abordaje, que, de acuerdo a sus planteamientos, lo hace útil no solamente para la detección precoz, sino también para “fortalecer las capacidades del bebé saludable”, mostrando a los padres las capacidades del bebé en la comunicación desde los primeros tiempos de vida. Siguiendo esta línea, todos los profesionales manifiestan su acuerdo con la enfermera en cuanto a la utilidad del abordaje también para aportar recursos a los padres en situaciones de visitas domiciliarias al bebé.

**3. Al considerar el beneficio del abordaje para el bebé y sus padres**, los profesionales reconocen una ganancia en la calidad de la atención que prestan, con mejor aprovechamiento del tiempo de la consulta y acciones de detección precoz y promoción de la interacción. Señalan también efectos positivos en madres y padres, notando que las madres estaban más pendientes de las consultas y más atentas a aspectos de la interacción del bebé, que comentaban espontáneamente con el médico, a la vez que promovían una mayor participación del padre. También los participantes coinciden en la percepción de que las madres mostraban una mayor valoración de sí mismas en su función de cuidado y atención del bebé. En relación con este aspecto, un médico manifiesta: “Resultó ser una herramienta que llegó a la

madre. En forma indirecta, con la valoración del bebé, la madre se sintió más valorizada y estaba más involucrada en el desarrollo y la salud”.

**4. Con respecto a la propuesta de próximos pasos**, todos los participantes manifiestan la expectativa de continuar con este abordaje, incluyendo los aspectos emocionales e interaccionales del bebé como un elemento esencial de su salud y desarrollo. Con este propósito, plantean constituirse como Equipo ADBB del Centro de Salud Misurraco, sosteniendo reuniones mensuales de coordinación e intercambio profesional sobre los bebés que asisten a sus consultas para fortalecer la seguridad en sus actuaciones. A la vez, reconocen la necesidad del trabajo interdisciplinario en la atención de las necesidades del bebé y sus padres. Además, con la intención de continuar con el uso de escala ADBB en forma activa, plantean ampliar su espectro de acción con la evaluación de retraimiento de los bebés del grupo de seguimiento en el segundo año de vida, y expandir este abordaje a otros bebés. Manifiestan también el interés de fortalecer el equipo integrando a otros profesionales de la institución que trabajan con bebés y de coordinar acciones en beneficio del bebé, con profesionales de los talleres padres-bebé de centros comunitarios de la zona, a los que asisten bebés que se atienden en el centro de salud. Valorando la formación recibida, los participantes señalan la necesidad de que la misma pueda llegar a los profesionales de estas instituciones comunitarias, con la finalidad de tener una visión en común acerca de los signos de riesgo en el bebé y un modelo de trabajo compartido que facilite el intercambio y la coordinación de acciones.

Como conclusión del análisis de contenido del grupo focal, las manifestaciones de los profesionales permitieron comprender que consideraron la formación e implementación del abordaje propuesto como un recurso válido para la transformación de la práctica profesional en beneficio de sí mismos y del bebé y sus padres.

## 7. Discusión

El objetivo de esta tesis es analizar el efecto del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y en escala ADBB a los profesionales de salud del primer nivel de atención* para la detección precoz de riesgo en el desarrollo infantil y la promoción de la interacción temprana, en beneficio del bebé y sus padres, y de la práctica profesional.

En función de la metodología planteada, se obtuvieron resultados cuantitativos que valoran el retraimiento en los bebés participantes de este estudio como signo de riesgo en el desarrollo temprano, y resultados cualitativos del impacto del programa de formación en la práctica clínica de la visita pediátrica. Se presenta a continuación la discusión de ambos aspectos.

### **7.1. Efecto de la implementación del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* en la reducción de retraimiento infantil**

La escala ADBB es un instrumento observacional, estandarizado y validado en distintos países, que cuenta con un buen nivel de fiabilidad y consistencia interna para detectar precozmente signos de retraimiento en el bebé ( $\alpha$  de Cronbach = 0.83), con una sensibilidad de 82% y 78% de especificidad (Guedeney y Fermanian, 2001). La validación de este instrumento en la región rioplatense (Oliver *et al.*, 2016) habilita su uso en Uruguay, donde se realizó este estudio. Todos los bebés participantes fueron evaluados con escala ADBB por al menos dos jueces expertos, en sistema doble ciego.

Al realizarse este estudio en el contexto real de la práctica clínica, el mismo debió ir adaptándose a circunstancias de crisis que se presentaron en el entorno social del centro de salud, así como a cambios de las familias participantes y a cambios laborales de los profesionales implicados. Si bien estas circunstancias plantean, por un lado, problemas metodológicos, ofrecen, por otra parte, un contexto privilegiado para reconocer dificultades y aspectos relevantes de la implementación del abordaje propuesto en la práctica clínica cotidiana y con una población de alto riesgo psicosocial.

En función de estas condiciones, el grupo control de este estudio estuvo conformado por los primeros 43 bebés de 8 a 11 meses que acudieron a la visita

pediátrica con los profesionales que participaron del estudio en su etapa inicial y cuyos padres aceptaron participar. Acontecimientos de violencia social que se generaron en la zona motivaron la desvinculación del centro de salud de gran parte de estos profesionales, por lo que el grupo control quedó integrando por bebés que asistieron a la visita pediátrica con los profesionales que luego finalizaron la formación propuesta y llevaron a cabo la implementación del abordaje, y con otros que, por razones ajenas a este estudio, no llegaron a recorrer este camino. El grupo de seguimiento fue conformado por los primeros 76 bebés que acudieron a la visita pediátrica con los profesionales una vez formados y que completaron los dos tiempos de evaluación.

De acuerdo a los resultados obtenidos, los bebés atendidos en la visita pediátrica por profesionales con la formación propuesta presentaron durante el primer año de vida menos retraimiento que los que asistieron a la visita pediátrica tradicional, siendo la formación de los profesionales el elemento determinante en esta diferencia. Tanto la distribución de retraimiento en los bebés del grupo de seguimiento como la comparación con el grupo control presentan interés para esta discusión.

De los 76 bebés que asistieron a la visita pediátrica de los profesionales formados, 23.7% presentaron retraimiento entre los 2 y 5 meses de vida, y 11.8% en la segunda valoración, realizada entre los 8 y 11 meses. Aunque esta diferencia no alcanza una significación estadística, se identifican aspectos en favor del impacto positivo que adquiere en los bebés la formación de los profesionales y la implementación del abordaje propuesto, lo que conlleva una importante significación clínica:

a) Según se pudo observar en un estudio previo realizado por la propia investigadora (Bonifacino *et al.*, 2014), un grupo de bebés de contexto crítico de 2 a 6 meses de edad que acudían a la visita pediátrica con profesionales sin formación propuesta en desarrollo emocional temprano y escala ADBB presentó un 40% de retraimiento. En función de este dato, el nivel de retraimiento detectado en los bebés del grupo de seguimiento entre los 2 y 5 meses de edad (23.7%) puede ser considerado como mediatizado por un efecto favorable en los bebés del abordaje de los profesionales formados, aun desde las visitas pediátricas previas a esta primera evaluación con escala ADBB.

b) Por otra parte, la comparación de retraimiento entre los dos tiempos de evaluación de los bebés del grupo de seguimiento (T1 y T2) pone de manifiesto un beneficio clínico, siendo 18 (23.7%) los bebés con retraimiento en la primera evaluación, entre los 2 y 5 meses, y solamente 11 (11.8%) en la segunda, con los

bebés entre 8 y 11 meses de edad. Además, se observa que en la segunda evaluación ningún bebé presenta retraimiento severo ( $A_{DBB} > 10$ ), a diferencia de la primera, en la que uno de los bebés se encontraba en esta situación, con mayor riesgo para el desarrollo.

c) Un tercer impacto favorable se observa en que, si bien el retraimiento del grupo de seguimiento no disminuye en forma estadísticamente significativa entre la primera y la segunda evaluación de los bebés, sin embargo, este tampoco aumenta, siendo el aumento de retraimiento lo esperable en estas poblaciones de riesgo psicosocial, debido a la persistencia de la influencia negativa del contexto de pobreza, que sigue actuando en el desarrollo del bebé y sus familias (Lira y Rodríguez, 1979; Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales, 1996). Resultados de distintos estudios permiten observar un mayor índice de retraimiento en los grupos con mayor riesgo psicosocial que en los de menor riesgo. Un estudio longitudinal previo (Bonifacino *et al.*, 2014) de un grupo de bebés de un contexto de riesgo psicosocial atendidos en la visita pediátrica tradicional detectó 40% de retraimiento entre los 2 y 6 meses y 57% dos meses después, con los bebés de entre 4 y 8 meses. Otro estudio, realizado en Australia, detectó en una población de riesgo psicosocial un 27% de retraimiento en bebés de 6 meses (Milne *et al.*, 2009). Este porcentaje se encuentra próximo al detectado en el primer estudio realizado por la investigadora, que arrojó un 25% de retraimiento en bebés de población de riesgo (Bonifacino *et al.*, 2011). Los resultados precedentes muestran una diferencia significativa en relación con el retraimiento detectado en investigaciones de Francia (11%) e Israel (11.6%), realizadas con bebés de menor riesgo psicosocial (Guedeney, Matthey y Puura, 2013). Por el contrario, el retraimiento detectado en la segunda evaluación de los bebés del grupo de seguimiento (11.8%) de este estudio se equipara con los resultados obtenidos en estas investigaciones con poblaciones de menor riesgo.

Para realizar la comparación del grupo de seguimiento con el grupo control, si bien todos los bebés de este estudio pertenecen a un contexto crítico, ambas muestras fueron comparadas en relación con una variable de riesgo psicosocial creada por la investigadora a partir de seis categorías de riesgo para considerar aspectos diferenciales que podrían afectar a los bebés y sus familias, determinando retraimiento en el bebé.

Esta variable de riesgo psicosocial incluye las siguientes seis categorías tomadas en conjunto: 1) número de hijos (considerando riesgo tener más de 3 hijos), 2) edad de la madre (considerando riesgo madre adolescente menor de 20 años), 3) nivel educativo de la madre (considerando riesgo nivel educativo hasta primaria

completa) y 4) nivel educativo del padre (con igual criterio que en la categoría anterior), 5) trabajo del padre (considerando riesgo la no actividad laboral) y 6) convivencia de padres (considerando riesgo la no convivencia de los padres, con los hijos a cargo solo de la madre).

En forma adicional, se consideró como factor de protección la asistencia al taller padres-bebé, siendo esta una estrategia de intervención que se ofrece en centros comunitarios de la zona. No se observan diferencias psicosociales determinantes entre el grupo de seguimiento y el grupo control a partir de esta variable integrada por las seis categorías mencionadas, pero surge, en cambio, una diferencia significativa en cuanto al retraimiento que presentan los bebés. Mientras que en el grupo de seguimiento se detecta un 11.8% de retraimiento, el grupo control presenta un 53.5%, ubicándose dentro de un rango de retraimiento similar al observado en el estudio previo anteriormente mencionado, realizado con población crítica (Bonifacino *et al.*, 2014).

Estos datos reafirman una realidad alarmante de un alto porcentaje de bebés de contexto de pobreza que presentan riesgo en el desarrollo de sus capacidades y que son llevados regularmente a la visita pediátrica de rutina. Como lo muestran distintas investigaciones, las condiciones socioeconómicas de crianza en el contexto desfavorecido impactan en el vínculo del lactante con sus cuidadores primarios (Petrosini *et al.*, 2009; Shonkoff *et al.*, 2009; Vanderwert *et al.*, 2010; Fox *et al.*, 2010; Worthman *et al.*, 2010), al generar en los padres una situación de estrés y vulnerabilidad que afecta la sensibilidad parental y, por ende, la calidad de la interacción temprana, poniendo en riesgo el desarrollo y la salud del lactante.

Ninguna de las seis categorías que conforman la variable de riesgo psicosocial presenta una diferencia significativa entre el grupo de seguimiento y el grupo control. Sin embargo, la categoría adicional de asistencia a taller sí presenta una diferencia significativa entre ambos grupos: el 46.5% de los bebés del grupo control acuden a taller, frente a 22.4% del grupo de seguimiento. Por otra parte, la distribución de retraimiento dentro del grupo control, en función de la asistencia o no al taller, muestra una diferencia significativa de retraimiento entre los bebés que asisten y los que no, ya que los bebés que asisten a taller presentan menores índices de retraimiento que los que no lo hacen. Estos datos permiten identificar el taller padres-bebé como un recurso importante para los bebés atendidos en la visita pediátrica tradicional.

Sin embargo, la asistencia al taller no tiene el mismo efecto en los bebés del grupo de seguimiento: no se observan en este grupo diferencias significativas de

retraimiento entre los bebés que asisten y los que no. En el caso del grupo de seguimiento, se presenta una leve diferencia no significativa de mayor retraimiento en los bebés que asisten al taller. Esta situación podría responder al interés de los profesionales formados de promover la asistencia al taller de los bebés y las familias, que les generan mayor preocupación, reconociendo la estrategia de intervención del taller como una ayuda adicional que favorece la acción interdisciplinar para las familias de mayor riesgo.

Por otra parte, si bien en el grupo control se demuestra que la asistencia al taller beneficia claramente a los bebés y casi la mitad de estos bebés asisten al taller, este grupo presenta un 53.5% de retraimiento, frente a 11.8% de retraimiento en los bebés del grupo de seguimiento (a pesar de que 77.6% de estos bebés no asisten al taller). Esto significa que los talleres son beneficiosos pero no suficientes, porque aunque asistan al taller, los bebés del grupo control presentan puntuaciones más altas en ADBB que los del grupo de seguimiento. Es decir que, si bien la aproximación psicoeducativa del taller padres-bebé resulta favorable, el abordaje propuesto en este estudio para el beneficio del desarrollo infantil desde la detección precoz de riesgo y la promoción de la interacción temprana en la visita pediátrica podría añadir un valor complementario al aporte que realiza el taller. Los datos obtenidos permiten observar que la asistencia del bebé al taller no compensa el efecto de la asistencia a la visita pediátrica con los profesionales formados en lo que respecta a la reducción del retraimiento del bebé.

Por último, un nuevo elemento a favor del programa de formación es el alcance universal del mismo, en tanto su implementación se realiza en la visita pediátrica de rutina, con cobertura a todos los bebés desde recién nacidos. En cambio, la asistencia al taller, que es un recurso beneficioso para el bebé y sus padres, constituye una estrategia de intervención que depende de una mayor voluntad y compromiso de la familia para asistir a las sesiones pautadas. Esta situación es identificada en la evaluación de programas de intervención temprana como una importante dificultad dentro del contexto crítico, en el cual predomina una escasa participación y adherencia de la población a las sesiones establecidas (Love *et al.*, 2006, Gray y McCormick, 2005; Olds *et al.*, 2007). Debido a las dificultades mencionadas, estos programas pueden no resultar en la práctica tan efectivos porque no se logra sostener la participación y el compromiso de la población más necesitada de intervención.

Sobre la base de estas condiciones, esta tesis plantea la necesidad de generar en los servicios de salud que realizan la atención de los bebés y su familias una cultura de prevención primaria del vínculo temprano, con un abordaje de preocupación

compartida en la comunidad profesional (Glaser, 2002), de forma que quienes están en contacto directo con el bebé y sus padres en los distintos niveles de atención puedan contar con recursos para la detección precoz y la promoción de la interacción padres-bebé, desde las visitas pediátricas del recién nacido.

## **7.2. Efecto del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* en la práctica clínica del profesional**

Todos los profesionales que participaron de este estudio destacaron la importancia de la detección precoz de riesgo en salud mental infantil, desde el primer nivel de atención. No obstante, en general los profesionales reconocen que cuentan con insuficientes recursos frente a la misma y que no es un área abordada habitualmente en la visita pediátrica del bebé. Tanto en las respuestas a los cuestionarios como en el intercambio del grupo focal, se observa que los participantes valoran positivamente la formación recibida, coincidiendo en que estos nuevos conocimientos amplían la concepción de la salud infantil y dimensionan el impacto de las interacciones precoces en el desarrollo y la salud del lactante (Fox *et al.*, 2010).

De acuerdo a la percepción de los profesionales, con la incorporación de esta nueva perspectiva se genera en ellos, espontáneamente, un cambio en la actitud hacia el bebé y la madre durante la visita pediátrica. Observan en sí mismos una mayor iniciativa y disponibilidad para la interacción con el bebé y más recursos para la comprensión de las necesidades emocionales de la díada. Estos aspectos –que toman en cuenta el reconocimiento de la vida emocional del bebé y la madre– son planteados por Leblanc y Soulé (1995) como un elemento fundamental para un trabajo preventivo en materia de higiene en salud mental infantil; según los autores, sostener esta percepción de la díada constituye un importante desafío para la práctica de los profesionales de la salud, en beneficio de la atención brindada al bebé y sus padres, y de la propia experiencia del profesional en su práctica.

Por otra parte, los participantes señalan que el abordaje propuesto tuvo alcance en las madres, despertando en ellas un mayor interés por el desarrollo del bebé y de aspectos de la interacción. Si bien este no ha sido un tema investigado en este estudio, esta percepción de la que dan cuenta espontáneamente los profesionales acerca del impacto del abordaje en las madres podría relacionarse con las observaciones de Stern (1997). Este autor indica que la forma en la que el

profesional mira, escucha, habla y reacciona afectivamente ante el bebé trasmite a la madre una valorización de la interacción.

En la misma línea, Brazelton (1978, 1994) destaca que las interacciones del profesional con el bebé en presencia de la madre le permiten a esta descubrir nuevas capacidades del lactante y actuar en consecuencia.

Tanto en las contribuciones de Stern como en las de Brazelton, la sensibilidad del profesional en la relación y la interacción con el bebé es considerada como una vía para promover nuevas capacidades de interacción en la madre. Otros autores señalan la importancia que adquieren estas experiencias para reafirmar las competencias maternas y la valoración que la madre realiza de sí misma en el desempeño de su función (Domínguez *et al.*, 2009), como ha sido observado por los profesionales participantes de este estudio durante la situación clínica de la visita pediátrica.

Los profesionales participantes también perciben que la formación permite un mejor aprovechamiento de la visita pediátrica, en beneficio de la salud y el desarrollo del bebé, lo cual es un aspecto confirmado por los resultados cuantitativos en la reducción de retraimiento de los bebés atendidos con este abordaje.

Por último, otro elemento a destacar de las apreciaciones de los profesionales es la valoración del equipo, ya que reconocen en el aprendizaje grupal y en el diálogo interdisciplinario un elemento motivador que generó un sentimiento de identidad y pertenencia institucional.

Esta percepción coincide con lo observado en funcionamientos grupales que se realizan en el marco de la investigación-acción con un criterio de operatividad y de un cambio en la *praxis* (Pichon-Rivière, 1971). Además, de acuerdo a lo planteado por los profesionales, el funcionamiento en equipo ofrecía seguridad a la hora de abordar los casos de riesgo y de mayor complejidad.

### **7.3. Hipótesis explicativa sobre la reducción de retraimiento en los bebés atendidos por los profesionales formados**

La reducción de retraimiento en los bebés atendidos por los profesionales formados requiere plantear una hipótesis acerca de los mecanismos de la visita pediátrica que pudieron generar una influencia positiva en el desarrollo del lactante, contrarrestando el efecto de los factores de riesgo psicosocial del contexto.

En primer lugar, esta tesis asume que los procesos de desarrollo del bebé se generan bajo una influencia biopsicosocial, dentro de la cual el funcionamiento de la díada ocupa un lugar relevante, resultando para el lactante un factor de riesgo o un factor de protección, según la sincronía que alcancen las interacciones y la capacidad de ambos protagonistas para reparar los fallos en la misma (Feldman, 2007; Guedeney, 2016). Desde esta perspectiva, este estudio comparte la necesidad de actuar sobre las interacciones tempranas (Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales, 1996), reconociendo en la visita pediátrica del bebé un contexto potencial de intervención, al incorporar el profesional en su formación la dimensión emocional de la díada.

Para comprender la influencia que puede tener en la interacción madre-bebé la visita pediátrica, se hace necesario considerar la dinámica transferencial que se despliega entre los tres protagonistas como un elemento clave para posibilitar un cambio en las capacidades maternas (Stern, 1997). El estado emocional de la madre durante la perinatalidad constituye la matriz de ese contexto, al promover una transferencia positiva hacia el profesional que brinda atención y cuidado al bebé en un clima de empatía, y predisponer así el terreno para una alianza terapéutica. De acuerdo a lo planteado por Stern, la actitud del personal de la salud nunca es inocua para la madre en esta etapa de la vida; la misma puede ser experimentada como un cuestionamiento a su capacidad materna, promoviendo en ella sentimientos de inoperancia o, por el contrario, generar una influencia positiva, que la reafirme en sus capacidades de cuidado y en su rol maternal.

En este contexto transferencial, la adquisición de recursos por parte del profesional para una mayor comprensión de las necesidades emocionales de la díada genera un cambio favorable en su disposición para la interacción con el bebé, que, a la vez, promueve en la madre cambios profundos tanto a nivel intrapsíquico como interpersonal. En estos procesos complejos intervienen distintos elementos que se ponen en juego en la visita pediátrica.

Por un lado, Stern (1997) plantea que las representaciones que la madre tiene del lactante pueden cambiar radicalmente si el profesional centra su atención exclusivamente en la conducta manifiesta del bebé. El profesional formado, al realizar una búsqueda más activa y comprometida de interacción con el bebé, promueve indirectamente que los comportamientos del lactante relativos a la interacción queden jerarquizados y ubicados como centro de atención de la visita pediátrica, generando en la madre una valorización de los mismos y un cambio en la representación del bebé.

En este sentido, la actuación del profesional se encuentra próxima al modelo propuesto por Brazelton (1978, 1994) de mostrar a la madre comportamientos y capacidades del bebé que ella desconoce o desatiende, para promover las capacidades maternas de interacción. Este modelo también es compartido por Keefer (Keefer *et al.*, 2009), quien lo considera útil para facilitar el vínculo emocional entre padres e hijos durante las revisiones pediátricas de rutina.

Otra vía posible en la que el profesional formado influye en la madre se refiere a que este incorpora la representación de un bebé con una vida emocional, lo que promueve que se dirija directamente al lactante hablándole o haciéndole preguntas, en una especie de diálogo. Expresiones dirigidas al bebé, al modo de: “¿Qué te pasa...?”, “¿Te enojaste?”, “¿Cómo te gusta esto...!”, “Ahora sí que estás más tranquilo...”, etc., surgen espontáneamente por parte del profesional en la interacción con el bebé, y al ser escuchadas por la madre en el contexto transferencial de la visita pediátrica, estimulan su capacidad de mentalización y la captación de un bebé con una vida emocional (Fonagy *et al.*, 2002).

Un tercer elemento clínico de peso en el marco de la dinámica transferencial de la visita pediátrica se refiere a la identificación de la madre con el profesional en lo que respecta a la capacidad de brindar cuidados, mientras que, al mismo tiempo, identificada con el bebé, ella experimenta con empatía la atención y los cuidados brindados al lactante (Stern, 1997). Según Stern, debido al estado emocional materno de la perinatalidad, estas experiencias configuran elementos potenciales de cambio en la actitud de la madre, tanto en relación con su capacidad de cuidado del bebé como en su apertura y receptividad hacia figuras de referencia que la apoyen y la reafirmen en su función.

Por último, un aspecto no menos importante al plantear una hipótesis sobre la reducción de retraimiento en los bebés es la observación clínica de Stern (1997) de que, una vez establecida la alianza terapéutica, la influencia del profesional sigue actuando interiormente en el psiquismo materno de manera constructiva, aun sin su presencia física.

Si bien las contribuciones de Stern son realizadas a partir de su experiencia en intervenciones psicoterapéuticas madre-bebé, este autor sugiere abrir la discusión de las mismas a otras situaciones clínicas en las que participa la díada. Dado el posicionamiento del pediatra y del médico de familia que realizan la visita pediátrica regular del bebé como figuras de referencia para la madre en el cuidado y la atención del recién nacido, este estudio reconoce en estas contribuciones un importante marco

conceptual que aporta sentido a los resultados cuantitativos alcanzados en la reducción de retraimiento de los bebés.

La hipótesis planteada hasta el momento considera distintas vertientes que implican que el efecto de la formación del profesional en la disminución de retraimiento del bebé es mediatizado por la madre. Sin embargo, también cabe reconocer que, al promover activamente la interacción con el lactante en la visita pediátrica, el médico genera en el bebé un impacto directo que tiene influencia en la madre, al permitirle percibir capacidades del lactante que promueven en ella nuevos recursos de interacción. En consecuencia, podría ser apropiado plantear que, al igual que en el propio funcionamiento de la díada, en cuanto al efecto de la formación del profesional existe entre la madre y el bebé una influencia mutua.

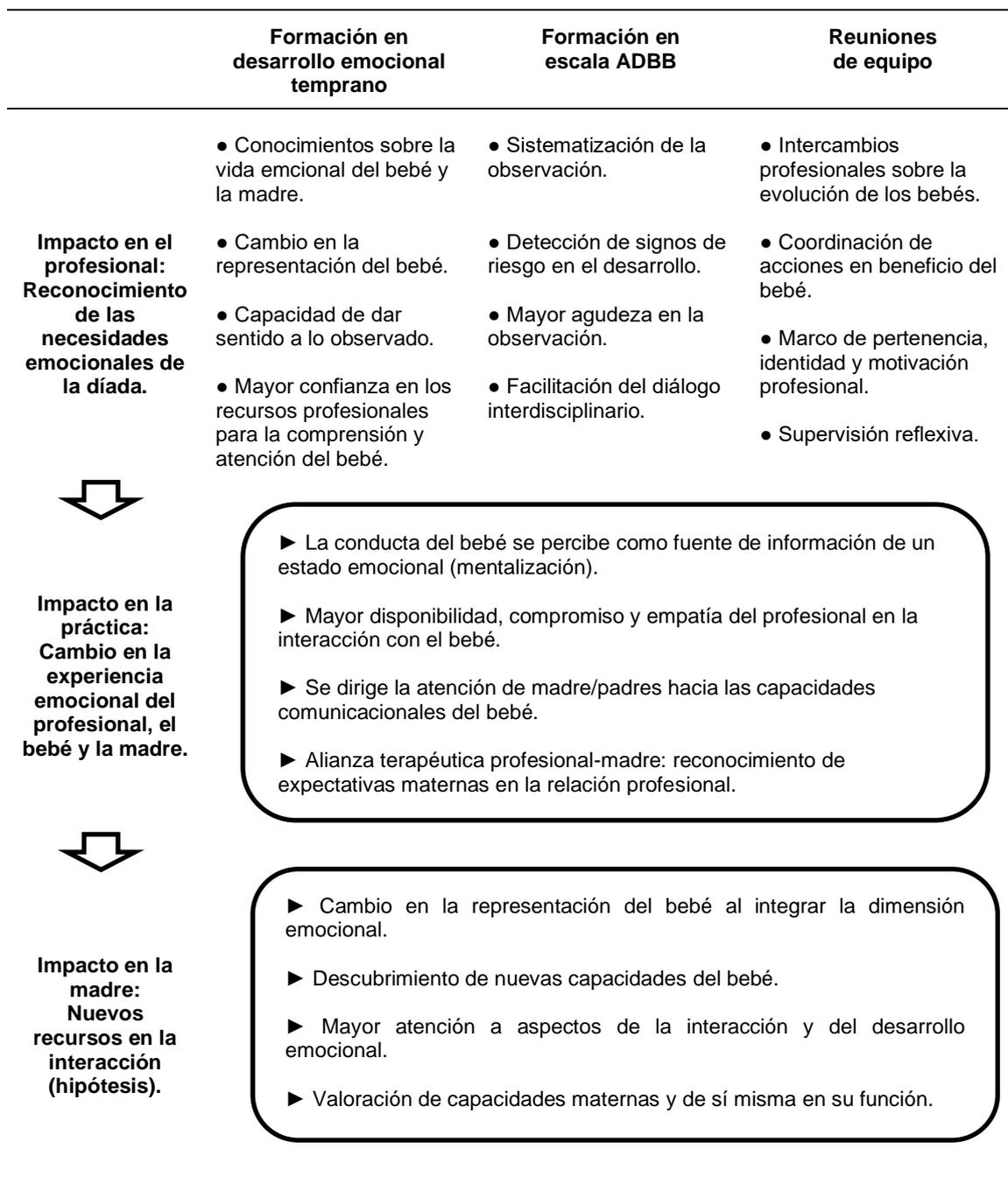
A partir de lo anteriormente mencionado, podrían plantearse en este estudio tres elementos, que en su interrelación serían determinantes para generar un cambio en el profesional y en la práctica de la visita pediátrica, en beneficio del bebé y del funcionamiento de la díada (**Figura 2**).

Estos elementos son: 1) el aporte a los profesionales de conocimientos de una dimensión interdisciplinaria del desarrollo temprano que permiten una comprensión de las necesidades emocionales de la díada, 2) la formación en escala ADBB como herramienta que promueve la sistematización de la observación y el diálogo interdisciplinario para la detección precoz de signos de retraimiento infantil, 3) el funcionamiento y la cohesión del equipo como marco compartido para la formación y el intercambio profesional, promoviendo motivación y compromiso sostenido en el trabajo interdisciplinar (Pichon-Rivière, 1971; Duro Martínez, 2003).

En este último punto, cabría incluir dos aspectos que han tenido lugar en este estudio y que contribuyeron al funcionamiento grupal. El primero de ellos se refiere a la evaluación del bebé en el marco del equipo, lo cual agrega un elemento motivador al compartir la evolución favorable de los bebés. El segundo aspecto corresponde a la permanencia de un espacio de supervisión reflexiva de la tarea, que apunte a sostener la dimensión emocional del propio profesional en la atención del bebé y sus padres (Leblanc y Soulé, 1995).

Se desconoce, hasta el momento, la existencia de estudios empíricos que hayan investigado la influencia que tiene en la madre del bebé la relación con la figura del profesional que realiza la visita pediátrica de rutina en forma sostenida en el tiempo.

**Figura 2** Elementos determinantes en la reducción de retraimiento de los bebés atendidos por los profesionales formados.



#### 7.4. Fortalezas y limitaciones del estudio

a) **Se destaca como fortaleza de este estudio** la existencia de un grupo control que se presentaba como una carencia en estudios anteriores (Bonifacino, Musetti, Plevak y Schelotto, 2011; Bonifacino, Plevak, Musetti y Silveira, 2014) y que permite la comparación de retraimiento entre bebés atendidos por profesionales formados y no

formados. También constituye una fortaleza la amplia participación de jueces independientes expertos en ADBB, que permitieron tener al menos dos codificaciones de cada bebé en sistema doble ciego. Esta circunstancia aporta al estudio una alta fiabilidad en la aplicación del instrumento escala ADBB. Se destaca, además, el haber incluido una metodología cualitativa como el grupo focal y el uso de cuestionarios para obtener información directa de la experiencia de los profesionales participantes, como complemento de los resultados cuantitativos. Por último, la evaluación de resultados de una investigación desarrollada en el contexto real constituye también una fortaleza de este estudio (Olds *et al.*, 2007).

**b) Se identifican limitaciones** en la dificultad para la realización de la segunda filmación de los bebés del grupo de seguimiento en el tiempo establecido, debido a la inasistencia de los bebés a la consulta pautada o ausencia de personal para realizar el registro videofilmado. Esta situación generó en este grupo una mayor dispersión de edad, que se valoró como un factor de mayor riesgo al aumentar el tiempo de exposición del bebé al contexto crítico. Otra limitación de este estudio es que la influencia positiva que tiene en la madre la mayor sensibilidad del profesional en la visita pediátrica es un aspecto que queda planteado a un nivel hipotético, a indagar en futuras investigaciones, junto con variables tales como la depresión y la percepción de competencias maternas y otras características familiares de los bebés. Por otra parte, este estudio no puede dar respuesta sobre los efectos de este abordaje en otros contextos, como tampoco puede asegurar la permanencia de la reducción de retraimiento en los bebés atendidos por los profesionales formados. Dadas las condiciones desfavorables del contexto y la realidad cambiante de las familias, se considera necesario un trabajo interdisciplinar, integrando una estrategia psicosocial que trascienda el alcance de la visita pediátrica.

## 8. Conclusiones

Este estudio permite concluir que la implementación, en la visita pediátrica, del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* por parte de los profesionales de la salud que brindan atención al bebé y sus padres en una zona de alto riesgo psicosocial beneficia la práctica clínica del primer nivel de atención, generando una estrategia de intervención para la reducción de riesgo en el desarrollo, a partir de la detección precoz de retraimiento infantil y la promoción de la interacción temprana.

Se trata de una intervención no protocolizada, que surge espontáneamente en la interacción del pediatra y del médico de familia con el bebé y sus padres cuando el profesional cuenta con una formación que le permite dimensionar las necesidades emocionales de la díada y reconocer la conducta del bebé como fuente de información clínica de un estado emocional.

Esta conclusión se fundamenta en resultados cuantitativos y cualitativos.

1) Los resultados cuantitativos del retraimiento de los bebés, obtenidos a través de la aplicación por parte de jueces independientes de la escala ADBB, permitieron conocer la efectividad del programa de formación en la reducción de retraimiento infantil como signo de riesgo en el desarrollo, siendo que 43 bebés de 8 a 11 meses del grupo control atendidos por profesionales que no participaron del programa de formación presentaron un nivel de retraimiento significativamente mayor (53.5%) que los 76 bebés del grupo de seguimiento a igual edad (11.8%), atendidos en la visita pediátrica desde recién nacidos por los pediatras y la médica de familia que implementaron el programa de formación, con participación en las reuniones quincenales de equipo.

2) Los resultados cualitativos mostraron que los profesionales participantes realizaron una valoración positiva del programa de formación y de la implementación del mismo, destacando la adquisición de conocimientos sobre la vida emocional del lactante y de la díada, que promovieron en ellos un cambio en su posicionamiento clínico hacia el bebé y sus padres, y la incorporación de una herramienta para la sistematización de la observación del bebé, que facilitó el diálogo interdisciplinario y permitió un mejor aprovechamiento de la visita pediátrica para la detección precoz de riesgo en el desarrollo emocional y la promoción de la interacción temprana.

Es de destacar que la implementación del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* se realizó en el contexto real de la práctica clínica

y en el marco de un recurso existente en el primer nivel de atención y accesible a todos los bebés, como lo es la visita pediátrica desde el recién nacido, sin necesidad de insumos ni tiempo extra. Esta condición marca el alcance universal de este programa, a diferencia de otros programas de intervención que requieren de recursos adicionales y que han mostrado una dificultad para la adherencia de los usuarios a evaluaciones y sesiones pautadas, principalmente en poblaciones de alto riesgo psicosocial, como es la población participante de este estudio (Gray y McCormick, 2005; Love *et al.*, 2006; Olds *et al.*, 2007).

Dadas estas condiciones, este trabajo podría contribuir a la creación de programas para la protección de la salud mental infantil y del desarrollo del lactante en el marco de las políticas públicas de la población, y particularmente de poblaciones desfavorecidas, de acuerdo a los objetivos planteados por la OMS (2015) para su estrategia 2016-2030.

A partir de este estudio, surgieron nuevas líneas de acción e investigación.

En el Centro de Salud Dr. Ruben Misuraco se sostiene la implementación del *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* por parte del equipo, continuando con el seguimiento de los bebés con evaluación de retraimiento en el segundo año de vida para conocer la permanencia del efecto de la intervención. Además, el programa de formación se ha extendido a nuevos profesionales, expandiéndose la implementación del mismo a un mayor número de bebés y sus familias.

También es de interés de los profesionales participantes continuar su formación en escala ADBB para constituirse como un equipo de capacitadores en este instrumento y posicionar este centro de salud como centro de referencia para la formación de otros profesionales del primer nivel de atención en el programa propuesto, con el objetivo de extender la implementación del mismo a otros centros de Salud Pública.

Asimismo, con el apoyo del director del centro de salud, se propone incorporar el *Programa de formación en desarrollo emocional temprano y escala ADBB* como formación optativa para estudiantes de Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Fuera de Uruguay se han generado dos líneas de investigación que se encuentran en curso. Una de ellas, en España, con la formación de profesionales para la detección de retraimiento infantil y su correlación con la variable de depresión

materna; la otra, en Chile, con la implementación de un programa de formación a profesionales para la atención de bebés prematuros.

Por último, sería interesante extender este programa de formación a profesionales y educadores de centros comunitarios de la zona del Centro de Salud Misurraco que realizan talleres padres-bebé, con el objetivo de promover una visión compartida del bebé, que facilite la coordinación de acciones en beneficio de bebé y su familia.

Otra línea de interés sería comprobar el funcionamiento y los resultados de la implementación del programa propuesto en servicios de salud ubicados en contextos de diferentes características socioculturales.



## Referencias bibliográficas

- Barba-Müller, E. (2015). *Morphologic brain changes induced by pregnancy: A longitudinal magnetic resonance imaging study* [tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona. Programa de Doctorado en psiquiatría y neurociencia cognitiva. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
- Barba-Müller, E., Craddock, S., Carmona, S. y Hoekzema, E. (2018). Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: Links to maternal caregiving and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 289-299.
- Beebe, B. (1982). Micro-timing in mother-infant communication. En M. Key, *Nonverbal communication today: Current research* (pp. 169-195). Nueva York: Mouton.
- Beeber, L., Chazan-Cohen, R., Squires, J., Jones, B., Bories, N., Heller, S. y Malik, N. (2007). The Early Promotion and Intervention Research Consortium (E-PIRC): Five approaches to improving infant/toddler mental health in early head start. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 130-150.
- Bellis de, M. D. y Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185-222.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Benjamin, J. y Atlas, G. (2015). Lo demasiado de la excitación: La sexualidad a la luz de los excesos, el apego y la regulación afectiva. *International Journal of Psychoanalysis en español*, 1, 45-74.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.
- Black, R., Victora, C., Walker, S., Bhutta, Z., Christian, P. y Onis de, M. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 382, 427-451.
- Bleichmar, S. (1984). *En los orígenes del sujeto psíquico: del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bloom, L. (1993). *The transition from infancy to language: Acquiring the power of expression*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bonifacino, N., Musetti, D., Plevak, A. y Schelotto, M. (2011). La consultation en pédiatrie: La première approche à la santé mentale des enfants. *Devenir*, 23(2), 117.
- Bonifacino, N., Plevak, A., Musetti, D. y Silveira, A. (2014). 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. *Archivos Pediatría de Uruguay*, 85(1), 30-38.
- Bornstein, M. (1989). Sensitive periods in development: Structural characteristics and causal interpretations. *Psychological Bulletin*, 105, 179-197.
- Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health: A report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations program for the welfare of homeless children*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Nueva York: Basic Books.
- Braarud, H., Slinning, K., Moe, V., Smith, L., Vanned, U., Guedeney, A. y Heimann, M. (2013). Relation between social withdrawal symptoms in full-term and premature infants and depressive symptoms in mother: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 532–541.
- Brazelton, T. (1978). The Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 5-6, 1-13.
- Brazelton, T. (1994). Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta paediatrica, suppl.*, 394, 35-39.
- Brazelton, T., Koslowski, B. y Main, M. (1974). Origins of reciprocity. En M. Lewis y L. Rosenblum, *Mother infant interaction* (pp. 57-70). Nueva York: Wiley.
- Brazelton, T., Tronick, E., Adamson, L., Als, H. y Wise, S. (1975). Early mother-infant reciprocity. *Ciba Foundation Symposium: Parent-Infant Interaction* (vol. 33, pp. 137-54). Amsterdam: Elsevier.
- Brazelton, T., Yogman, M., Als, H. y Tronick, E. (1979). Joint regulation of neonate-parent behavior. En E. Tronick, *Social interchange in infancy* (pp. 7–22). Baltimore: University Park Press.
- Bronfenbrenner, U. y Ceci, S. (1994). Nature–nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Brown, R. (1973). *A first language: The early stages*. Londres: George Allen & Unwin Ltda.
- Bruner, J. (1986). *El habla del niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Burlingham, D. y Freud, A. (1942). *Young children in wartime*. Londres: Allen and Unwin.
- Burlingham, D. y Freud, A. (1944). *Infants without families*. Londres: Allen and Unwin.
- Cambonie, G., Muller, J.-B., Ehlinger, V., Roy, J., Guedeney, A., Lebeaux, C. *et al.* (2017). Mother-infant interaction assessment at discharge and at 6 months in a French cohort of infants born very preterm: The OLIMPE study. *PLoS ONE*, 12(12).
- Carel, A. (2000). L'évitement relationnel du nourrisson et les dysharmonies interactives. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 48, 375–87.

- Cramer, B. (1989). *De profesión bebé*. Barcelona: Urano.
- Cramer, B. y Palacio Espasa, F. (1993). *La pratique des psychoterapies meres-bébés: Étude clinique et technique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M. e Ijzendoorn van, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108.
- Dolberg, D., Feldman, R., Keren, M. y Guedeney, A. (2006). Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 292-309.
- Dolto, F. (1971). *Psychanalyse et pédiatrie*. Paris: Editions du Seuil.
- Domínguez, M., Cruz, V., Abelleira, M., Amado, A. y Fernández, M. (2009). *Desarrollo evolutivo del neonato: Utilidad clínica de la Escala Brazelton*. Actas do 10 Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho.
- Dore, J. (1975). Holophrases, speech acts and language universals. *Journal of Child Language*, 2, 20-40.
- Duro Martínez, J. C. (2003). El discurso de los profesionales de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: Sobre técnicas y técnicos. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 615-27.
- Emde, R. (1998). Yendo hacia adelante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el psicoanálisis. *Psicoanálisis APdeBA*, 20(3), 473-516.
- Emde, R., Gaensbauer, T. y Harmon, R. (1976). Emotional expression in infancy: A biobehavioral study. *Psychological Issues*, 10(1), 1-200.
- Engel, G. (1997). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- Facuri Lopes, S., Ricas, J. y Mancini, M. (2008). Evaluations of the psychometrics properties of the Alarm Distress Baby Scale among 122 Brazilian children. *Infant Mental Health Journal*, 29(2), 153-73.
- Fatori, D., Bordin, I. A., Curto, B. M. y Paula de, C. S. (2013). Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 13, 31.
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 329-354.
- Feldman, R., Greenbaum, C., Mayes, L., Erlich, H. (1997). Change in mother-infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior and Development*, 20, 153-165.

- Flink, I. J., Jansen, P. W., Beirens, T. M., Tiemeier, H., IJzendoorn van, M. H., Jaddoe, V. W. y Raat, H. (2012). Differences in problem behaviour among ethnic minority and majority preschoolers in the Netherlands and the role of family functioning and parenting factors as mediators: The Generation R Study. *BMC Public Health*, 12, 1092.
- Fonagy, P. y Target, M. (2007). Playing with reality IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 917-937.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Nueva York: Other Press
- Fox, S., Levitt, P. y Nelson, C. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, 81(1), 28-40.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defences in infancy. *Psychoanalytical Quarterly*, 51, 612-635.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Schapito, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (3), 387-421.
- García Calvente, M. y Mateo Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: Diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186.
- Glaser, J. W. (2002). The community of concern: An ethical discernment process should include and empower all people relevant to the decision. *Health Program*, 83(2), 1720.
- Gray, R. y McCormick, M. (2005). Early childhood intervention programs in the US: Recent advances and future recommendations. *The Journal of Primary Prevention*, 26(3), 259-275.
- Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (1996). *Cuidando el potencial el futuro: El desarrollo de niños preescolares en familias pobres en Uruguay* (L. Schwartzmann, ed.). Montevideo: Universidad de la República.
- Guedeney, A. (1997). From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal*, 18(4), 339-349.
- Guedeney, A. (2000). Infant depression and withdrawal: Clinical assessment. En J. D. Osofsky y H. E. Fitzgerald, *WAIMH Handbook of infant mental health* (vol. 4, pp. 455-484). Nueva York: Wiley.
- Guedeney, A. (2007). Withdrawal behavior and depression in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 393-408.
- Guedeney, A. (2016). *Le comportement de retrait relationnel du jeune enfant: Du concept à l'outil de dépistage: Résultats et perspectives de recherche* (Tesis de doctorado).

Sorbonne Paris Cité, Ecole doctorale Cognition, comportements conduits humaines (Boulogne-Bilancourt), en partenariat avec Université Paris Descartes, Paris.

Guedeney, A. y Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.

Guedeney, A. y Pérez, C. (2015). Retrait social en la primera infancia: Implicaciones en el desarrollo del psiquismo. *Revista uruguayana de Psicoanálisis*, 120, 120-132.

Guedeney, A. y Vermillard, M. (2004). L'échelle ADBB; intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine Enfance*, 20(11), 364-371.

Guedeney, A., Forhan, A., Larroque, B., Agostini de, M., Pingault, J.-B., Heude, B. *et al.* (2016) Social withdrawal behaviour at one year of age is associated with delays in reaching language milestones in the eden mother-child cohort study. *PLoS ONE*, 11(7).

Guedeney, A., Grasso, F. y Strarakis, N. (2004). Le séjour en crèche des jeunes enfants: Sécurité de l'attachement, tempérament, retrait relationnel et fréquence des maladies. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 47(1), 259-312.

Guedeney, A., Matthey, S. y Puura, K. (2013). Social withdrawal behavior in infancy: A history of the concept and a review of published controlled studies using the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 1-16.

Guedeney, A., Pingault, J. B., Thorr, A. y Larroque, B. y EDEN Mother-Child Cohort Study Group (2014). Social withdrawal at one year is associated with emotional and behavioural problems at 3 and 5 years: The Eden mother-child cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12.1181-1188.

Guedeney, N., Guedeney, A. y Rabouam, C. (2013). Violences conjugales et attachement des jeunes enfants: Une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, 52(3), 222-230.

Hackman, D. A. y Farah, M. J. (2009). Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(2), 65-73.

Hackman, D. A., Betancourt, L. M., Gallop, R., Romer, D., Brodsky, N. L., Hurt, H. y Farah, M. J. (2014). Mapping the trajectory of socioeconomic disparity in working memory: Parental and neighborhood factors. *Child Development*, 85(4), 1433-1445.

Hackman, D. A., Farah, M. J. y Meaney, M. J. (2010). Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research. *Nature Reviews Neuroscience*, 11, 651-659.

Heckman, J. (2015). Four big benefits of investing in early childhood development. *The Heckman Equation*. Disponible en: <http://heckmanequation.org/content/resource/4-big-benefits-investing-early-childhood-development>

- Hofer, M. (1995). Hidden regulators: Implication for a new understanding of attachment, separation, and loss. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr, *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 203–30). Hillsdale: The Analytic.
- Hrdy, S. (1999). *Mother nature*. Nueva York: Ballantine Books.
- Insel, T. y Young, L. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(2), 129-136.
- Unidad de Estadística de la Intendencia Municipal de Montevideo (2017). *Información física y sociodemográfica por municipio*. Disponible en:  
<http://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/informetipomunicipio2016.pdf>
- Jardri, R. (2014). *Mocitraining: Mother-child interactions assessment training for pediatricians. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. Protocol PHRC 2014-0501*. (Inédito).
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. e IJzendoorn van, M. (2005). Enriching children's socio-emotional development: A Review intervention studies. En D. M. Teti (ed.), *Handbook of research methods in development science*. (pp. 213-232). Oxford: Blackwell.
- Keefer, C., Johnson, L. y Minear, S. (2009). Relationship-based practice in the Newborn Nursery. En J. K. Nugent, B. Petrauskas y T. Brazelton, *The Infant as a person: Enabling healthy infant development worldwide*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Kemmis, S. y McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. En N. Denzin e Y. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 559-603). Thousand Oaks: Sage. (Trabajo original publicado en 1994).
- Kreisler, L. (2006). Semiología y clasificación en psiquiatría del bebé. En S. Lebovici y F. Weil-Halpern, *La psicopatología del bebé* (pp. 202-221). México: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1989).
- Kreisler, L. y Cramer, B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du rourrison. *La psychiatrie de l'enfant*, 24, 1-15.
- Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1997). *El niño y su cuerpo: Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Landry, S. (1995). The development of joint attention in premature low birth weight infants: Effects of early medical complications and maternal attention-directing behaviors. En C. Moore y P. J. Dunham, *Joint attention: Its origins and role in development*. Hillsdale: Erlbaum.
- Laplanche, J. (2001). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis: La seducción originaria*. Buenos Aires. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1989).
- Leblanc, N., Soulé, M. (1995). La información y capacitación del personal. En S. Lebovici y F. Weil Halpern, *La psicopatología del lactante*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interactions and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal*, 9, 10-19.
- Lebovici, S. y Weil Halpern, F. (1995). *La psicopatología del lactante*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lejarraga, H. (2008). *Desarrollo del niño en contexto*. Buenos Aires: Paidós.
- Levovici, S. (1988). *El Lactante, su madre y el psicoanalista: Las interacciones precoces*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34-46.
- Lewin, K. (1947). Group decisions and social change. En T. Newcomb y E. Hartley (ed.), *Readings in social psychology* (pp. 197-211). Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lézine, I. (1974). *Propós sur le jeune enfant*. Paris: Mame.
- Lieberman, A. y Paul, J. (1993). Infant-parent psychotherapy. En C. Zennah, *Handbook of infant mental health* (pp. 427-442). Nueva York, Boston: Guilford.
- Lira, M. I. y Rodríguez, S. (1979). Rendimiento psicomotor en niños de nivel socioeconómico bajo durante su segundo año de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 50(3), 35-41.
- Love, J., Banks, L., Raikes, H. y Chazan-Cohen, R. (2006). Head start: What do we know about its effectiveness? What do we need to know? En McCartney, K. y Phillips D., *Handbook of early childhood development* (pp. 550-575). Oxford, Blackwell Publishing.
- Lozoff, B., Beard, J., Connor, J., Felt, B., Georgieff, M. y Scharllert, T. (2006). Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. *Nutrition Reviews*, 64, 34-43.
- Lukowsky, A., Koss, M., Burden, M., Jonides, J., Nelson, C., Kacitori, N., Jiménez, E. y Lozoff, B. (2010). Iron deficiency in infancy and neurocognitive functioning at 19 years: Evidence of long-term deficits in executive function and recognition memory. *Nutritional Neuroscience*, 2, 54-70.
- Mann, T., Boss, J. y Randolph, S. (2007). Pathways to prevention: A Training and technical assistance initiative to increase program capacity to address infant mental health issues in early head start. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 106-129.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luomai, I., Kaukonen, P., Salmelin, R. y Tamminent, T. (2008). Infant's social withdrawal and parent's mental health. *Infant Behavior and Development*, 31, 606-613.
- Matthey, S., Guedeney, A., Starakis, N. y Barnett, B. (2005). Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship to mother's mood. *Infant Mental Health Journal*, 26, 442-458.
- McCallister, C. y Thomas, T. (2007). Infant mental health and family support: Contributions of early head start to an integrated model for community-based early childhood programs. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 192-215.

- McDonough, S. (1991). Interaction guidance: A technique for treating early relationship disturbances in parents and children. En J. Gomes-Pedro, *Bebe XXI*. Lisboa: Condor.
- Milne, L., Greenway, P., Guedeney, A. y Larroque, B. (2009). Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behavior and Development*, 32(2), 159-166.
- Moltano, C., Jacobson, J., Colin-Carter, R., Dodge, N. y Jacobson, S. (2014). Infant emotional withdrawal: A precursor of affective and cognitive disturbances in foetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(2): 479-488. (Trabajo original publicado en 2013).
- Moe, V., Braarud, H. C., Wentzel-Larsen, T., Slinning, K., Tranaas Vannebo, U., Guedeney, A. *et al.* (2016). Precursors of social emotional functioning among full-term and preterm infants at twelve months: Early infant withdrawal behavior and symptoms of maternal depression. *Infant Behavior & Development*, 44, 159-168.
- Murray, L. y Cooper, P. (1997). *Postpartum depression and child development*. Nueva York: The Guilford.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. y Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1083-1101.
- Olds, D., Sadler, L. y Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 355-391.
- Oliver, M., Yulita, H. y Guedeney, A. (2016). Estudio psicométrico de la Escala de alarma sobre el retraimiento del bebé de uso pediátrico en niños argentinos. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 62(2), 77-84.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030): Sobrevivir, prosperar, transformar*. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1)
- Ozonoff, S., Iosif, A., Baguio, F., Cook, I., Moore Hill, M., Hutman, T., Rogers, S., Rozga, A., Sangha, S., Marian, M., Steinfeld, M. y Young, G. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 256-266.
- Petrosini, L., Bartolo de, P., Foti, F., Gelfo, F., Cutuli, D. y Leggio, M. (2009). On whether the environmental enrichment may provide cognitive and brain reserves. *Brain Research Reviews*, 61, 221-239.

- Pichon-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Plevak, A., Schelotto, M., Bonifacino, N. y 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.
- Powell, G. y Bettis, B. (1992). Infantile depression, nonorganic failure to thrive and DSM-II-R: A different perspective. *Child Psychiatry & Human Development*, 22, 185-198.
- Re, J., Dean, S., Menahem, S. y Paul, C. (2010). Holding mothers in mind mothers holding babies in mind through medical and surgical treatment for children. *Infant Mental Health Journal*, 31(3), 104.
- Roberts, G., Bellinger, D. y McCormick, M. (2007). Accumulative risk factor model for early identification of academic difficulties in premature and low birth weight infants. *Maternal and Child Health Journal*, 11(2), 161-172.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D. S., Serpa, S. R., Bachmann, J. P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D., De Muralt, M., Bernay, C. y Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17, 97-114.
- Rothbart, M., Sheese, B., Rueda, M. y Posner, M. (2011). Developing mechanisms of self-regulation in early life. *Emotion Review*, 3, 207-213.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Zax, M. y Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 383-393.
- Sameroff, A., Bartko, W., Baldwin, A., Baldwin, C. y Seifer, R. (1999). Family and social influences on the development of child competence. En M. Lewis y C. Feiring, *Families, risk, and competence* (pp. 161-186). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Savonlahti, E., Pajulo, M., Ahlqvist, S., Helenius, H., Korvenranta, H., Tamminen, T. et al. (2005). Interactive skills of infants with their high-risk mothers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 139-147.
- Shonkoff, J. y Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington D. C.: National Academy.
- Shonkoff, J., Boyce, W. y McEwen, B. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 301, 2252-2259.
- Shore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.

- Silveira Donaduzzi, D., Colomé Beck, C., Heck Weiller, T., Nunes da Silva Fernandes, M. y Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 71-75.
- Spitz, R. (1945). Hospitalisme: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida: Un estudio psicoanalítico de desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional.
- Stern, D. (1985). *The interactional world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Nueva York: Basic Books.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Strasser, K. (2006). Evaluación de Programas de Intervención Temprana. *En Foco*, 78, 1-25.
- Tizón, J., Izquierdo, A. y Nadal, D. (trad.) (2002). *Escala ADBB*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. En M. Bullowa, *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 323-471). Londres: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1993). The selfborn in intersubjectivity: An infant communicating. En U. Neisser, *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121-173). Nueva York: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. y Aitken, K. (1999). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48.
- Tronick, E. Z. (2007). Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant. En E. Z. Tronick, *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. (pp. 155-163). Nueva York: Norton & Co.
- Tronick, E. Z. y Cohn, J. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miss coordination. *Child Development*, 60, 85-92.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S. y Brazelton, T. (1978). Infant response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 1-13.
- Urbey, N., Ojeda, R. y Taborda, C. (comp.) (2017). *Guía metodológica del Plan CAIF, Programa Experiencias Oportunas - INAU*. Disponible en: [https://medios.presidencia.gub.uy/tav\\_portal/2017/noticias/NO\\_Y468/Guia.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2017/noticias/NO_Y468/Guia.pdf)

- Vanderwert, R., Marshall, P., Nelson, C., Zeanah, C. y Fox, N. (2010). Timing of intervention affects brain electrical activity in children exposed to severe psychosocial neglect. *PLoS ONE*, 5(7). Disponible en:  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0011415>
- Vegas, E., Cerdán-Infantes, P., Dukelberg, E. y Molina, E. (2006). *Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina* (documento de trabajo 01/06 producido por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay). Disponible en:  
[https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS\\_DOCUMENTO/documento\\_documento\\_file/29\\_10-Evidencia%20políticas%20primera%20infancia%20-BM.pdf](https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/29_10-Evidencia%20políticas%20primera%20infancia%20-BM.pdf)
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Winnicott, D. (1981). La teoría de la relación paterno-filial. En D. Winnicott, *El proceso de maduración en el niño* (pp. 45-61). Barcelona: Laia. (Trabajo original publicado en 1960).
- Winnicott, D. (1982a). Desarrollo emocional primitivo. En D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 199-214). Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1945).
- Winnicott, D. (1982b). La observación de niños en una situación fija. En D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 128-141). Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1941).
- Winnicott, D. (1982c). La preocupación maternal primaria. En D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (397-404). Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1956).
- Winnicott, D. (1993). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En D. Winnicott, *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1967).
- Winnicott, D. (2011). Niños sometidos a tensión: La experiencia bélica. En C. Winnicott, R. Shepherd y M. Davis (comp.), *Deprivación y delincuencia* (pp. 17-97). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1939-1947).
- Worthman, C., Plotsky, P., Schechter, D. y Cummings, C. (2010). *Formative experiences: The interaction of caregiving, culture, and developmental psychobiology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Worthman, C., Tomlinson, M. y Rotheram-Borus, M. (2016). When can parents most influence their child's development? Expert knowledge and perceived local realities. *Social Science & Medicine*, 154, 62-69.
- Zeanah, C., Boris, N., Bakshi, S. y Lieberman, A. (2000). *Disorders of attachment*. Nueva York: Wiley.



**Anexo A:**  
**Descripción de los diecinueve bebés del grupo de seguimiento  
que no concurrieron a la segunda filmación**

En este grupo de bebés, hay 57.9% niñas y 42.1% niños, con un promedio de peso al nacer de 3.294 ( $DE = 440$  gramos) y una edad media de 3.5 meses ( $DE = 0.93$ ). La edad media de las madres es de 24 años ( $DE = 6.18$ ) y la de los padres es de 26.8 años ( $DE = 5.94$ ). En cuanto a la educación de las madres, 10.5% presenta primaria incompleta, 57.9% terminó primaria, 21.1% no completó secundaria y el restante 10.5% finalizó el ciclo básico.

En cuanto a los padres, 6.2% no completó primaria, mientras que 56.3% terminó primaria, 6.3% presenta estudios secundarios incompletos y 31.2% finalizó el ciclo básico liceal. Un 15.8% de las madres y 68.8% de los padres trabajan. El 68.4% de los bebés viven con ambos padres y 10.5% asisten a talleres semanales padres-bebé. En la primera valoración con escala ADBB, 18 de los 19 bebés no presentaban retraimiento, y solo un bebé presentaba retraimiento leve.



**Anexo B:**  
**Entrevista de información sociofamiliar**

FECHA ..... FICHA COMPLETADA POR .....

Nombre del bebé .....

CI .....

Fecha de nacimiento ..... Teléfono para citar .....

Peso al nacer .....

**DATOS FAMILIARES**

¿Con quién vive el bebé? .....

¿Quién lo cuida? .....

¿Asiste a taller o guardería? ..... Horario .....

Nº total de hermanos (convivan o no: especificar) .....

**Madre:** Edad ..... Nivel educativo .....

Actividad laboral ..... Horario .....

Adicciones ..... Patología psiquiátrica .....

Adicciones durante el embarazo .....

**Padre:** Edad ..... Nivel educativo .....

Actividad laboral ..... Horario .....

Adicciones ..... Patología psiquiátrica .....

**DATOS DEL BEBÉ**

Peso ..... Talla ..... PC .....

Trastornos de alimentación ..... Trastorno de sueño .....

Patologías crónicas: Asma / Epilepsia / Dermatitis atópica

Internaciones ..... Operaciones ..... Accidentes ..... Otros .....

Impresión clínica: Saludable ..... No saludable .....

**SITUACIONES DE STRESS FAMILIAR**

Mudanzas .....

Enfermedad severa / fallecimiento / accidente de alguien cercano .....

Separación / divorcio de los padres .....

Alguna otra situación que haya afectado la vida familiar .....



## **Anexo C: Escala ADBB<sup>1</sup>**

**Cada ítem se valora de 0 a 4**

**1) Expresión del rostro.** Disminución de la expresividad del rostro.

0. El rostro es espontáneamente móvil, expresivo, animado por frecuentes cambios de expresión.

1. Rostro móvil, expresivo, pero sin cambios frecuentes de expresión.
2. Poca movilidad facial espontánea.
3. Rostro inmóvil.
4. Rostro paralizado, frío, ausente.

**2) Contacto visual.** Reducción del contacto visual.

0. Contacto visual espontáneo, fácil y prolongado.

1. Contacto visual espontáneo pero breve.
2. Contacto visual posible, pero solamente cuando se lo busca.
3. Contacto visual fugaz, vago, huidizo.
4. Evitación total del contacto visual.

**3) Actividad corporal.** Reducción de la movilidad de la cabeza, del torso y de las extremidades, sin tomar en cuenta la actividad de las manos y de los dedos.

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

1. Actividad general espontánea ligeramente reducida, poca actividad de la cabeza y de las extremidades.
2. Poca o ninguna actividad espontánea, pero actividad presente en respuesta a la estimulación.
3. Débil actividad en respuesta a la estimulación.
4. Inmóvil, rígido, sea cual sea la estimulación.

**4) Gestos de autoestimulación.** El niño se centra en su cuerpo (dedos, manos, cabello, succión del pulgar, frotamientos repetitivos) de una manera automática, sin placer, y de manera aparentemente separada del resto de su actividad.

0. Ausencia de autoestimulación, la actividad de autoexploración está en relación armoniosa con el nivel de actividad general.

1. Autoestimulación esporádica.
2. Autoestimulación poco frecuente.
3. Autoestimulación frecuente.
4. Autoestimulación constante.

**5) Vocalizaciones.** Disminución de las vocalizaciones que traducen el placer (gorjeos, risa, lalismo, balbuceo, gritos agudos de placer), pero también de desagrado, de ansiedad o de dolor (gritos, gemidos y llantos).

---

<sup>1</sup> Traducción y retraducción al castellano de la escala ADBB por J.Tizón, A. Izquierdo y D. Nadal (2002).

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

1. Vocalizaciones espontáneas positivas breves.

2. Vocalizaciones espontáneas escasas y vocalizaciones negativas, o solamente vocalizaciones negativas.

3. Gemidos en respuesta a una estimulación.

4. Ninguna vocalización, *aun en caso de estimulación nociceptiva*.

**6) Vivacidad de la reacción a la estimulación.** Disminución de la vivacidad de la reacción a la estimulación en el transcurso del examen (sonrisa, voz, tacto). **Nota:** No es la amplitud de la respuesta lo que es evaluado aquí, sino el tiempo de respuesta. La ausencia de reacción no permite evaluar.

0. Reacción adaptada, viva y rápida.

1. Reacción ligeramente demorada.

2. Reacción netamente demorada.

3. Reacción netamente demorada, aun en respuesta a un estímulo desagradable.

4. Reacción muy demorada.

**7) Relación.** Disminución de la aptitud del niño para relacionarse con el observador, el examinador o cualquier persona presente en la sala, excepto la que se ocupa habitualmente de él. La relación es evaluada por el comportamiento, el contacto visual, la reacción a los estímulos.

0. La relación rápida y netamente establecida se mantiene después de un eventual período inicial de ansiedad.

1. Relación identificable, positiva o negativa, pero menos marcada o sostenida que en 0.

2. Relación poco marcada, positiva o negativa.

3. Relación apenas sostenida.

4. Ausencia de relación identificable con el otro.

**8) Atracción.** Esfuerzo de atención necesario para permanecer en contacto con el niño, sentimiento de placer o de inquietud que procura el contacto con el niño y *sentimiento subjetivo de la duración del examen*.

0. El niño llama la atención por sus iniciativas, sin ningún esfuerzo a lo largo del examen, e inspira un sentimiento de interés y de placer, sin ninguna preocupación.

1. Ninguna preocupación, pero sentimiento de atracción menos marcado y sostenido.

2. Falta de placer en el contacto, a veces con dificultad para mantener la atención centrada en el niño.

3. Sentimiento de malestar, de estar mantenido a distancia, preocupación neta.

4. Contacto penoso, sentimiento de un niño fuera de alcance, muy preocupante.

**Anexo D:**  
**Escala ADBB (sin descripción de los ítems)**

**ESCALA SOBRE EL RETRAIMIENTO RELACIONAL DEL BEBÉ (ADBB)\* - A. Guedeney, 2012 ©**

Cada ítem está puntuado de 0 a 4.

- 0: No hay comportamiento anormal de retraimiento**
- 1: Comportamiento discretamente anormal**
- 2: Comportamiento claramente anormal**
- 3: Comportamiento evidentemente anormal**
- 4: Comportamiento masivamente anormal**

La escala debe ser cumplimentada preferiblemente por el observador, justo después de la primera consulta, sobre la base de sus propias observaciones. Se evalúa primero el comportamiento espontáneo, luego la reacción a las estimulaciones (sonrisa, voz, gestos, tacto, etc.), siguiendo la evolución de las reacciones a lo largo del examen. El valor corresponde a la reacción más significativa de toda la observación. En caso de duda, se aplica el valor más bajo.

**1 EXPRESIONES DEL ROSTRO.** Disminución de la expresividad facial.

0:            1:            2:            3:            4:

**2 CONTACTO VISUAL.** Disminución del contacto visual.

0:            1:            2:            3:            4:

**3 ACTIVIDAD CORPORAL.** Disminución de la movilidad de la cabeza, el torso, las extremidades, sin tomar en cuenta la actividad de las manos y de los dedos.

0:            1:            2:            3:            4:

**4 GESTOS DE AUTOESTIMULACIÓN.** El niño/a se centra en su cuerpo (dedos, manos, cabello, succión del pulgar, frotamientos repetitivos...) de una manera automática, sin placer, y de un modo aparentemente separado del resto de su actividad.

0:            1:            2:            3:            4:

**5 VOCALIZACIONES.** Disminución de las vocalizaciones que traduzcan el placer (balbuceos, risa, parloteo, emisiones vocálicas, gritos agudos de placer), pero también el disgusto, la ansiedad o el dolor (gritos, gimoteos y llantos).

0:            1:            2:            3:            4:

**6 VIVACIDAD DE LA REACCIÓN A LA ESTIMULACIÓN.** Disminución de la vivacidad de la reacción a la estimulación a lo largo de la exploración (sonrisa, voz, tacto). **Nota:** No es la amplitud de la respuesta lo que es evaluado aquí, sino el tiempo de respuesta. La ausencia de reacción no permite puntuar.

0:            1:            2:            3:            4:

**7 RELACIÓN.** Disminución de la aptitud del niño/a para establecer una relación con el observador, el examinador o cualquier otra persona presente en la sala, exceptuando a aquella que se ocupa habitualmente del niño/a. La relación es evaluada a través del comportamiento, el contacto visual, la reacción a las estimulaciones.

0:            1:            2:            3:            4:

**8 ATRACTIVIDAD O GRADO DE ATRACCIÓN DEL NIÑO.** Esfuerzo de atención necesaria para permanecer en contacto con el niño/a y sentimiento de placer o de inquietud que procura el contacto con el niño/a. Sentimiento subjetivo de duración del examen.

0:            1:            2:            3:            4:

**Nombre/Nº:                                  Edad:                                  Examinador/a:                                  Total:**

---

\* Traducción y retraducción francés-castellano-francés por Pascual Palau Subiela y Ana Lozano Tornadijo (2013).



**Anexo E:**  
**Guía de grupo focal con profesionales participantes**

**CONSIGNA**

Nos interesa saber cómo fue la experiencia con la formación que han adquirido y qué opinión tienen de la misma. Sus comentarios van ser muy útiles para pensar en nuevas etapas de este trabajo.

1. ¿Consideran la formación adquirida como un aporte para sus profesiones? ¿Por qué?
2. ¿Les parece un recurso útil para el cuidado de la salud infantil? ¿En qué medida?
3. ¿Les parece que podría aportar al trabajo del equipo del primer nivel de atención? ¿De qué manera?
4. ¿Consideran que sería interesante seguir trabajando con ADBB y con este abordaje? Expliciten.
5. ¿Recomendarían extender esta formación y este abordaje a otros centros de atención primaria? Si fuera así, ¿de qué manera?
6. ¿Consideran que esta recomendación podría beneficiar a los profesionales?
7. ¿Consideran que esta recomendación podría beneficiar al bebé? ¿Y a sus padres? ¿Por qué?
8. ¿Incorporarían ADBB a la ficha pediátrica? Si fuera así, ¿de qué manera?
9. ¿Recomendarían la formación y el uso de ADBB en otros ámbitos? ¿Cuáles?
10. ¿Qué consideran que debería investigarse sobre el uso de ADBB en un próximo paso?



**Anexo F:**  
**Hoja de información y**  
**consentimiento informado**

**HOJA DE INFORMACIÓN**

Estimado padre/madre:

La Red de Atención Metropolitana (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) está trabajando en un proyecto para promover el desarrollo saludable de los niños menores de 2 años.

El título del mismo es:

**“Detección precoz de retraimiento en la consulta pediátrica del Primer Nivel para la reducción de riesgo en el desarrollo temprano”.**

Este proyecto se aplica con la intención de mejorar la calidad en la atención de nuestros niños y la formación profesional de los equipos de salud.

Los primeros años de vida son muy importantes para el desarrollo del niño, e importa detectar ciertas señales que, de no ser atendidas a tiempo, pueden dar lugar a dificultades.

Para seguir adelante con este proyecto, lo invitamos a participar del mismo.

La participación incluye la recolección de datos personales y familiares de su bebé, y su autorización para que un integrante del equipo de salud del Centro de Primer Nivel de Atención Dr. Ruben Misurraco, donde su bebé recibe asistencia, realice la filmación de los controles pediátricos en los meses de mayo y noviembre de 2016.

Si su hijo tiene entre 8 y 11 meses en febrero-marzo de 2016, será esta la única filmación solicitada.

Las filmaciones serán utilizadas para capacitar a los profesionales del centro de salud que trabajan con niños pequeños (pediatras, médicos de familia, enfermeras pediátricas, psicólogos, nutricionistas, etc.), como una forma de observar al bebé para detectar señales de

posibles dificultades y para realizar acciones que promuevan un adecuado desarrollo desde los primeros meses de vida.

La capacitación se realizará en reuniones dentro del centro de salud, en las que participarán todos los profesionales involucrados en el estudio y en las que las filmaciones serán el material de trabajo a través del cual observar a su bebé.

Una copia del material videofilmado estará a su disposición.

En los casos en los que se detecte algún signo de riesgo en el desarrollo del bebé, los padres serán informados, se profundizará en la indagación de las causas de esta situación y se ofrecerán posibilidades de intervención o derivación correspondientes.

El estudio no interfiere en los controles pediátricos habituales ni tiene ningún riesgo para el bebé ni para usted.

En cambio, se espera que la capacitación que se ofrece a los profesionales genere importantes beneficios en la protección de la salud de los bebés participantes y brinde a los padres mayores posibilidades de interacción con el bebé para promover un desarrollo saludable. Si se validan los beneficios de esta forma de trabajo, la misma será aplicada en otros centros de la Red de Atención Primaria.

El acceso a los datos y al material filmado será restrictivo a los profesionales implicados en el estudio, y una vez finalizado el mismo quedarán, archivados en poder de la RAP Metropolitana - ASSE y del investigador responsable, por al menos cinco años previos a su destrucción (decreto 379/008).

El procesamiento de los datos se realizará en forma anónima, garantizando la confidencialidad de acuerdo a la ley 18.331.

La participación en este proyecto es libre y voluntaria. Usted tiene derecho a retirar su consentimiento para participar en cualquier momento, sin dar explicaciones.

La no aceptación de participación no generará daños ni perjuicios, y usted seguirá contando con los servicios de salud correspondientes.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, puede comunicarse con una de las profesionales responsables de la misma (incluye nombre y teléfono) o, directamente, con la Dirección del centro de salud.

Si autoriza la participación de su hijo, le solicitamos que complete el formulario de la página siguiente.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído el procedimiento descrito.

El/la médico/a tratante de mi hijo/a, Dr./Dra. ...., me ha explicado el estudio y ha contestado a mis preguntas.

Voluntariamente, doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en el estudio de la Red de Primer Nivel de Atención Metropolitana de ASSE que se realiza bajo responsabilidad de la Psic. Nahir Bonifacino y de la Dra. María Nauar, cuyo título es: **“Detección precoz de retraimiento en la consulta pediátrica del Primer Nivel para la reducción de riesgo en el desarrollo temprano”**.

He recibido copia de este consentimiento.

Montevideo, .....

Firma de madre, padre o tutor .....

Aclaración ..... CI .....

Firma del integrante del equipo investigador .....

Aclaración .....