

Escala ADBB: alerta de retraimiento emocional

Autor(es): Ricardo Gorodisch.
Volumen 5, enero 2024.

La idea de la escala ADBB es observar la manera de interactuar de la/el bebé con otra persona y poder precisar cómo es ese diálogo no verbal. La escala original propone ocho variables: la expresión facial, el contacto visual, el nivel general de actividad, los gestos de autoestimulación, las vocalizaciones, la vivacidad de la reacción a la estimulación, la capacidad de entablar una relación, y la capacidad de atracción de la/el bebé.

El campo de la Salud Mental Infantil ha cobrado una relevancia muy importante en los últimos 25 años. Hoy sabemos que es muy importante ofrecer un contexto vincular que incluye a las familias y a toda la red de cuidado alrededor de cada niña y niño, para que su potencial, lo que entendemos como desarrollo infantil, pueda desplegarse. Los humanos nacemos en una trama vincular y nos desarrollamos en ella. Nuestras emociones y nuestros pensamientos se configuran en estas tramas, así como la capacidad de regular las emociones y la capacidad de pensar.

El desarrollo emocional se suma entonces a la importancia del desarrollo infantil integral. Sabemos lo importante que es trabajar en la promoción del bienestar del mismo, el trabajo interdisciplinario e intersectorial indispensable en el acompañamiento de las familias, cuidando de quien cuida a las niñas y los niños, la defensa de los espacios de cuidado infantil, y el armado de políticas públicas que garanticen los derechos de todas las infancias.

Y somos conscientes de que ante situaciones adversas o problemáticas de salud las infancias sufren. Y ese sufrimiento y malestar se expresa a través de un lenguaje no verbal, necesitando del otro para poder resonar y entenderlo. La manifestación de este malestar o sufrimiento puede darse de dos maneras. Una que entendemos como “ruidosa”, con manifestaciones claras como pataletas, llantos, quejidos, dificultades en el dormir o en la alimentación, situaciones que llevan en general a la preocupación de sus referentes de cuidado y a una posible consulta con profesionales. La otra manera es muy diferente y la llamamos “silenciosa”: la/el bebé se retrae, va dejando de buscar al otro, “se las arregla por su cuenta”, en una edad en la que aún no tiene los recursos necesarios. Son bebés a quienes se describe como santas/os, que no molestan, no reclaman atención. Y para estas alarmas silenciosas es que la escala ADBB fue creada.

Esta escala fue desarrollada por un equipo francés liderado por el Dr. Antoine Guedeney en el año 2001 y validada en muchos países, entre ellos la Argentina, donde fue puesta en práctica por el equipo del Hospital Alemán con la Dra. Mónica Oliver a la cabeza. Es un instrumento de muy fácil aplicación. Se necesita observar y/o filmar a un/a bebé de entre 0 y 24 meses en su interacción con otra persona, alguien que no sea de su trama vincular principal, ni su madre, ni su padre.

El primer ensayo se desarrolló en las consultas habituales de pediatría, donde se observaba la interacción de las/os bebés con su pediatra. Es interesante que a las/os pediatras esta escala les brindó la posibilidad de objetivar una



preocupación clínica que tenían, la impresión de que algo no andaba bien pero que era de difícil explicación, ya que los síntomas, como señalamos antes, eran silenciosos. Luego, la escala se extendió a otras/os profesionales y trabajadoras/es del campo de la salud y la educación.

Algunas palabras sobre la escala. La idea de la escala es observar la manera de interactuar de la/el bebé con otra persona y poder precisar cómo es ese diálogo no verbal. La escala original propone ocho variables: la expresión facial, el contacto visual, el nivel general de actividad, los gestos de autoestimulación, las vocalizaciones, la vivacidad de la reacción a la estimulación, la capacidad de entablar una relación, y la capacidad de atracción de la/el bebé. Como vemos, las primeras seis variables tienen que ver con lo observable en la interacción, y las últimas dos registran un aspecto subjetivo de la persona que observa: si cree que la/el bebé invita a la interacción.

Es interesante destacar que si se detectan gestos de autoestimulación, esto se correlaciona con la presencia de problemáticas importantes del desarrollo. Por otro lado, en la puesta en práctica de la escala esta suele ser la variable más compleja para entender. Es así que en una versión abreviada llamada M-ADBB que fue desarrollada y validada en Australia esta variable se sacó, junto con la de la vivacidad de la actividad y la de la capacidad de atracción.

Tanto el ADDBB como el M-ADBB sirven para detectar alarmas en el desarrollo emocional, pero no hacen diagnóstico, sino permiten objetivar una preocupación sobre el desarrollo de la/el bebé. Si el resultado da positivo corresponde recomendar la evaluación integral del desarrollo de la/el bebé para poder entender los motivos por los cuales presenta retraimiento emocional. Son muchas las condiciones que pueden llevar al retraimiento de un/a bebé, entre ellas enfermedades clínicas que presenten fiebre o dolor, hipoacusia, problemáticas vinculares, vulneración de derechos, trastornos del desarrollo emocional (como patologías del espectro autista), etc.

La formación profesional en estas escalas se realiza observando muchos videos y afinando la mirada propia sobre el desarrollo emocional y vincular. Formarse en esta escala permite comprender mejor aspectos del desarrollo de las/os bebés, así como ser sensible a las señales que muestran la emergencia de malestar psicológico en la primera infancia. También permite poder evaluar la eficacia de intervenciones terapéuticas o sociales que se pongan en acción. Además, para quienes entendemos que para trabajar en estas temáticas es fundamental el armado de una red, esta herramienta brinda una pieza importante para la construcción de los consensos necesarios para coordinar las evaluaciones, las decisiones y el acompañamiento de la familia.



Después de más de 20 años de utilizar esta herramienta, podemos concluir que su alcance es muy alto. Equipos interdisciplinarios formados en esta escala han podido contar con un recurso muy interesante para mejorar las evaluaciones de propuestas clínicas así como de investigación. Asimismo, profesionales que se han formado en la escala pero no la utilizan en su labor diaria, portan igualmente una lupa sobre estos aspectos que se pone a disposición en el diálogo con colegas, cuidadoras/es, madres, padres, familiares o figuras de cuidado complementarias.