

Consulta pediátrica en la primera infancia: una oportunidad para la detección de indicadores de riesgo en el desarrollo emocional.

Experiencia de tamizaje e intervención temprana

Andrea Plevak ¹, Magdalena Schelotto ¹, Nahir Bonifacino ², Dora Mussetti ³

Resumen

Este estudio considera al control pediátrico como una instancia potencial de promoción de la salud mental infantil.

Se evaluaron 73 bebés durante un control pediátrico con la escala ADBB (Alarme Détresse Bébé, alerta sobre el desamparo o retraimiento del bebé, Guedeney 2001), que consiste en una observación sistematizada del niño entre 2 y 24 meses y permite la detección temprana de indicadores de riesgo en el desarrollo emocional primario. En los niños que se detectó retraimiento, se brindó a los pediatras recursos para implementar intervenciones en la consulta pediátrica y cinco meses después se realizó la segunda evaluación.

Resultados: un 25% (18 niños) de los bebés presentaron indicadores de retraimiento en la primera evaluación (19% leves y 6% severos). En la segunda aplicación de la escala, posterior a la intervención, los lactantes con retraimiento se redujeron en un 71% (10 de 14 niños).

Conclusiones: la aplicación de la escala ADBB en la consulta pediátrica posibilita una perspectiva más global y sistematizada del desarrollo del bebé. Permite detectar en forma temprana lactantes que presentan retraimiento e implementar intervenciones oportunas dentro del ámbito habitual de la consulta, ganando así en calidad de atención.

Palabras clave: EMOCIONES
DESARROLLO INFANTIL
SALUD MENTAL
FACTORES DE RIESGO
ESTUDIOS INTERDISCIPLIARIOS

Summary

This study considers the regular pediatric consultation as the first step to promote infant mental health.

Seventy three babies were evaluated during the pediatric regular consultation with ADBB Scale (Alarm Distress Baby Scale, Guedeney 2001) which proposes a systematized observation of the infants between 2 and 24 months, and allows clinicians the prompt detection of risk indicators in the early emotional development. For those babies in whom withdrawal indicators were detected, we offered to pediatricians new resources to implement certain interventions in the pediatric consultation and a second evaluation with ADBB took place five month after the first one.

Results: 25% (18 babies) of the babies showed withdrawal indicators in the first evaluation (19% minor and 6% severe). In the second evaluation, infants with withdrawal were reduced to 71% (10 of 14 babies).

Conclusions: the application of ADBB Scale in the pediatric consultation enables a more global and systematized perspective of infant development, allowing the early detection of infants with withdrawal and the implementation of interventions within the pediatric regular consultation, increasing the quality of the clinical observation.

Key words: EMOTIONS
CHILD DEVELOPMENT
MENTAL HEALTH
RISK FACTORS
INTERDISCIPLINARY STUDIES

1. Pediatra. Centro Auxiliar de la Costa. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

2. Psicóloga, psicoanalista. Centro Auxiliar de la Costa. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

3. Psiquiatra infantil. Centro Auxiliar de la Costa. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Fecha ingreso: 29 de marzo de 2011.

Fecha aprobado: 2 de julio de 2012.

Introducción

Desde hace ya algunas décadas, se ha jerarquizado el estudio y la atención de los primeros años de vida. Investigaciones sobre diversos aspectos de la temprana infancia, han coincidido en considerar que es éste un período especialmente sensible y de gran incidencia en el futuro desarrollo del individuo ⁽¹⁻⁹⁾.

Constituye entonces un enorme desafío para los profesionales de la salud hacer operativos estos nuevos conocimientos, implementando herramientas útiles que permitan detectar tempranamente señales de riesgo en el desarrollo del niño, durante los primeros años de vida.

El **retraimiento** ha sido considerado un mecanismo natural de defensa que el bebé pone en juego tempranamente, para regular la interacción con su entorno ⁽¹⁾. En determinadas situaciones, este puede tomarse permanente en el modo relacional del bebé, y en tales casos la capacidad de interacción queda inhibida. Esta situación puede comprometer en mayor o menor medida el desarrollo motor, cognitivo, afectivo y social del niño, dado que el despliegue de sus potencialidades, en términos de D. Winnicott, requiere entre otras condiciones, de su propia participación activa.

La presencia del retraimiento en el bebé está dando cuenta de que ha habido, en la relación diádica, una alteración que de alguna manera lo perturba y a la que no ha encontrado solución ⁽¹⁰⁾. Éste síntoma puede tener diversas causas que es necesario investigar. Puede ser de origen orgánico o relacional, ya sea por parte de los padres, del propio bebé o de un fracaso en la sincronización entre el bebé y sus padres.

El retraimiento, como fenómeno clínico, es uno de los elementos esenciales de los grandes cuadros diagnósticos de la primera infancia: depresión, problemas de desarrollo, dificultades de apego, ansiedad, síndrome postraumático, problemas sensoriales, entre otros ⁽¹¹⁾. Constituye una importante señal de alarma para el desarrollo infantil, y dado que se instala progresivamente en la modalidad relacional del bebé, sus primeras manifestaciones pueden ser de difícil detección y pueden pasar desapercibidas a la observación clínica si no se cuenta con un instrumento específico para tal fin.

Todos estos aspectos fundamentan el uso de la escala ADBB (Alarme Détresse Bébé) del Prof. A. Guedeney, París, 2001 ⁽¹²⁾ que propone una mirada organizada y sistematizada del bebé, con el objetivo de detectar tempranamente señales de retraimiento, que de no ser tenidas en cuenta, podrían llegar a constituir los primeros indicadores de un cuadro patológico.

Objetivos

1) Detectar tempranamente indicadores de riesgo en bebés de 2 a 24 meses a través de la aplicación de la

escala ADBB (Alarme Détresse Bébé, Guedeney 2001), durante una consulta de control pediátrico.

2) Evaluar el grado de reversibilidad de estos indicadores de riesgo como resultado de las intervenciones realizadas a través del pediatra.

Metodología

Estudio descriptivo - analítico, de intervención, no probabilístico, basado en una muestra por conveniencia.

Participantes

Se evaluaron 73 bebés entre 2 y 24 meses con la escala ADBB entre marzo de 2006 y diciembre de 2008. Se incluyeron treinta y dos bebés que concurrían al Centro Educativo de Primera Infancia del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) entre marzo de 2006 y diciembre de 2007; y cuarenta y un bebés que realizaban su control pediátrico con uno de los pediatras de nuestro equipo, en una Policlínica de Atención Primaria del Centro Auxiliar Ciudad de la Costa (CACC) entre julio de 2007 y diciembre de 2008.

En ambas muestras fueron incluidos únicamente los bebés sanos, con la finalidad de reducir el número de variables a considerar en la muestra. Fueron excluidos bebés prematuros y enfermos.

Instrumento

La escala ADBB es un instrumento sencillo, económico en tiempo y recursos, y accesible para diferentes profesionales de la salud luego de un breve entrenamiento ⁽¹³⁾. Es de fácil aplicación en una situación de rutina, como es el control pediátrico. Constituye una guía para la observación del bebé integrada por 8 ítems específicos (expresión facial, contacto ocular, nivel general de actividad, gestos de autoestimulación, vocalizaciones, vivacidad en la respuesta a la estimulación, capacidad de compromiso con la relación, capacidad del bebé de generar atracción). Cada ítem puede ser codificado en un rango que va desde 0 (sin indicadores de retraimiento) a 4 (retraimiento severo). Un puntaje total hasta 4, se considera normal de 5 a 10, detección de signos de retraimiento leves y de 11 o más signos severos (anexo 1). Se utilizó la traducción al castellano por Tizón ⁽¹⁴⁾.

Su validación fue realizada en centros hospitalarios de países europeos (Francia, Portugal, Finlandia, etcétera), y también en centros asistenciales de Latinoamérica (Argentina y Brasil). Presenta una sensibilidad de 82% y una especificidad de 78% ⁽¹²⁾. Tiene una buena coherencia interna (Cronbach 0.83), e incluye la experiencia contratransferencial del profesional comprometido en la situación, lo cual provee a la escala de un perfil dinámico y clínico, que enriquece la información que ésta brinda. ⁽¹³⁻¹⁷⁾. Esta carac-

terística, y sus vastas posibilidades para la prevención y educación en el campo de la salud durante la primera infancia, ha generado en nuestro equipo un gran interés en este instrumento. Ésta es la primera experiencia de aplicación de dicha escala en nuestro país.

Procedimiento

Se evaluaron los bebés de 2 a 24 meses (n: 41 bebés) que concurrían regularmente al control de la pediatra de nuestro equipo en el CACC en el período julio de 2007 a diciembre de 2008 y 32 que asistían al Centro Educativo del CHPR entre marzo de 2006 y diciembre de 2007, por otra de nuestras pediatras. Esta evaluación se realizó durante la consulta pediátrica en presencia de al menos uno de sus padres (previa información y consentimiento por escrito) por el pediatra entrenado en la escala y a través de filmaciones. El material videofilmado fue evaluado posteriormente por el equipo, integrado por el mismo pediatra que participó en la consulta, psicólogo y psiquiatra infantil. En casos de discordancias, el puntaje definitivo resultó de la discusión de los puntajes individuales.

Las dos pediatras que participaron en el trabajo de evaluación de estos niños fueron previamente entrenadas en el uso de la escala ADBB y en la implementación de las intervenciones en casos de bebés con retraimiento.

Los bebés que presentaban indicadores de retraimiento (puntaje mayor a 4 en la escala), fueron evaluados 15 días después con la finalidad de confirmar el puntaje obtenido. Si los indicadores de retraimiento persistían, primeramente el pediatra intentaba detectar factores orgánicos que podrían ser causa de los mismos (dificultades sensoriales, enfermedad, dolor agudo, desnutrición). Si no había factores orgánicos, se consideró que el retraimiento podía estar causado por dificultades vinculares.

En este caso, fueron implementadas una serie de intervenciones dirigidas a mejorar la condición general del bebé. Estas intervenciones fueron planificadas previamente por el equipo multidisciplinario y llevadas a cabo por el pediatra, en el curso de las siguientes consultas regulares de control pediátrico. El propósito de las mismas fue sensibilizar a los padres y promover en ellos recursos que pudieran reforzar sus capacidades para facilitar el desarrollo saludable del bebé. Los bebés con un nivel de retraimiento severo (puntaje ≥ 11), fueron además derivados para una evaluación más especializada (psiquiatra infantil y/o neuropediatra) por considerarlos en una situación de alto riesgo para su desarrollo.

Las intervenciones realizadas consistieron en:

- Señalar las capacidades del bebé y direccionar la atención de los padres hacia los aspectos del desa-

rollo que pueden ser mejorados, ayudando en el proceso de adquisición de nuevas habilidades.

- Promover los intercambios verbales con el bebé.
- Observar el material videofilmado de la consulta pediátrica con los padres, dirigiendo su atención hacia las iniciativas del bebé y hacia los aspectos de su desarrollo que pueden ser más estimulados.
- Derivar a las madres aisladas o deprimidas a centros comunitarios del vecindario, para participar en talleres madre-bebé. Centro de Atención a la Infancia y Familia (CAIF) "Programa de Estimulación Temprana".
- Intervención institucional: en el caso de los bebés del Centro de Educación Inicial, nuestro equipo mantuvo reuniones interdisciplinarias con las educadoras, con la finalidad de generar intercambios acerca de cómo promover el desarrollo de los bebés.

En la muestra de niños del CACC estas intervenciones se realizaron en las consultas que corresponden a los controles estipulados por el Programa Niñez del Ministerio de Salud Pública, durante 5 meses. En el centro educativo del CHPR se realizó una instancia inicial con los padres de cada lactante individualmente y otra actividad con los cuidadores de dicho centro.

Los niños en los que se encontraron signos alarma de retraimiento fueron reevaluados luego de las intervenciones durante una nueva consulta pediátrica por el mismo pediatra y por el equipo a través de una videofilmación.

Procedimiento de análisis estadístico

Se compararon los puntajes en la escala ADBB de los niños del Centro Auxiliar de la Ciudad de la Costa y del Centro de educación inicial del CHPR utilizando el test exacto de Fisher.

Resultados

En total fueron evaluados 73 niños entre 2 y 24 meses de edad. Cuarenta y uno en el Centro Auxiliar Ciudad de la Costa y 32 en el Centro de educación Inicial del CHPR. Veinte fueron niñas y 21 varones en CACC y 15 niñas y 17 varones en el centro educación inicial del CHPR.

Los bebés del CACC no concurrían a centros de educación inicial, 9% concurría con su madre a los talleres de estimulación temprana de los centros CAIF (una hora a la semana).

Ambas muestras de bebés mostraron el mismo comportamiento en cuanto a los niveles de retraimiento, sin diferencias significativas por el análisis con el test exacto de Fisher ($p=0,781$) (tabla 1).

El 25% de los bebés (18 de los 73) presentaron indicadores de retraimiento en la primera evaluación. En un

Tabla 1. Comparación de los puntajes ADBB entre muestras de población de niños del Centro Salud Ciudad de la Costa y Centro de Educación inicial CHPR.

Puntaje ADBB	Centro Auxiliar Ciudad de la Costa	Centro de Educación inicial CHPR	Total
0-4	30	25	55
5-10	9	5	14
≥ 11	2	2	4
	41	32	73

Test exacto de Fisher global para ambos centros = 0,781

19% (14 de los bebés) fueron detectadas señales leves de retraimiento (puntaje de 5 a 10), y un 6% (4 de los bebés) presentaban indicadores de retraimiento severos (puntaje ≥ 11) (figura 1).

Se realizó el seguimiento de 14 de los 18 bebés que habían presentado indicadores de retraimiento. Tres bebés con retraimiento leve (puntaje de 5 a 10) y de 1 con retraimiento severo (puntaje ≥ 11), fueron perdidos durante la investigación porque cambiaron de domicilio o comenzaron a ser asistidos en centros de salud privados por el inicio del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En la segunda aplicación de la escala, luego de realizadas las intervenciones, observamos que de los 14 bebés que presentaban inicialmente retraimiento, 10 (71%) pasaron a no tenerlo (puntaje ≥ 4), 3 mantuvieron un retraimiento leve (puntaje 5 a 10) y solo un bebé mantuvo un retraimiento de grado severo (puntaje ≥ 11) (tabla 2).

Discusión

En la muestra evaluada el porcentaje de bebés con indicadores de retraimiento fue de 25%. Estudios llevados a cabo en otros países encontraron valores diversos, Francia (11%), Israel (11,6%) y Finlandia (4%), Argentina (37%)^(12,16-20).

La mejoría en los puntajes obtenidos por los niños en la segunda evaluación sugiere que los indicadores de retraimiento son reversibles y que los niños recuperarían sus capacidades de desarrollo. La mejoría de estos bebés parece ser el resultado de la intervención y el seguimiento del pediatra integrado en un equipo con profesionales de salud mental, en el primer nivel de salud.

Un 71% de los niños con retraimiento en la evaluación inicial mejoraron su situación luego de las intervenciones realizadas. No es aplicable el uso del test de Fisher para la

Tabla 2. Comparación de los puntajes ABDD en la primera y segunda evaluación postintervención.

Puntaje escala ADBB	Primera evaluación	Segunda evaluación a los pacientes que presentaron retraimiento en la primera (puntaje ≥ 5) *
0 a 4. Normal	55	10
5 a 10. Retraimiento leve	14	3
≥ 11. Retraimiento severo	4	1
Total	73	14

* De los 18 bebés en los que se detectaron signos de retraimiento en la evaluación inicial, en cuatro (tres con retraimiento leve y uno con retraimiento severo) no se pudo realizar el seguimiento.

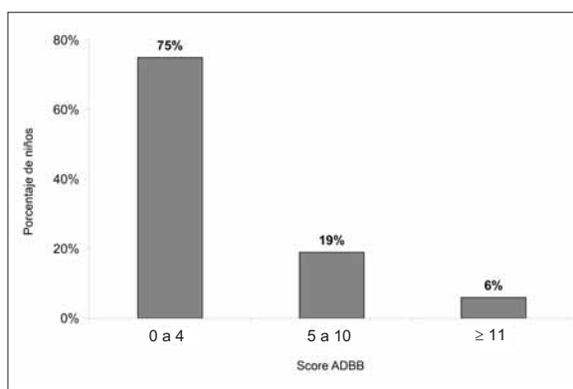


Figura 1. Primera evaluación con la escala ADBB de los 73 bebés de 2 a 24 meses. (Centro Asistencial Ciudad de la Costa y Centro educativo del CHPR)

comparación de los puntajes pre y postintervención en los casos de retraimiento, ya que sería incongruente realizar la prueba cuando es tan bajo el número.

Sugerimos entonces que una vez detectadas las dificultades en el bebé y señaladas éstas a quienes le brindan cuidado (padres u otros cuidadores), se promueve en ellos la puesta en juego de nuevos recursos para tratar de mejorar la condición del bebé.

Creemos que esta experiencia de aplicación de la escala ADBB y de intervención oportuna implica un importante aporte a la práctica clínica pediátrica y al sistema de salud permitiendo programar estrategias para abordar la salud mental en el primer nivel de atención durante los controles regulares de los niños menores de 2 años. Proponemos, con la difusión de la misma, proyectar un enfoque in-

terdisciplinario, promover una perspectiva más integrada de la salud infantil y sensibilizar a los pediatras acerca de la importancia de la vida emocional del bebé.

Debemos considerar varios aspectos metodológicos. En cuatro de los 18 niños con retraimiento no se pudo realizar el seguimiento por las razones ya comentadas previamente y que la significación estadística de estos resultados no pudo ser evaluada por el pequeño tamaño de la muestra. El estudio permite hacer ver la posibilidad del uso de la escala y no es el objetivo extrapolar resultados de esta pequeña muestra a todos los niños de 2 a 24 meses.

Conclusiones

La aplicación de la escala ADBB posibilita una visión más global y sistematizada del desarrollo del bebé permitiendo detectar tempranamente lactantes que presentan elementos de retraimiento e implementar intervenciones oportunas para revertir esta situación dentro del ámbito de la consulta pediátrica.

Agradecimientos

Al Dr. Martell y Dra. Anaulina Silveira por la ayuda brindada en el análisis de los datos.

La Asociación Psicoanalítica Internacional y la Federación Psicoanalítica de América latina seleccionaron este proyecto para su presentación en el 15º. Programa de Entrenamiento en Investigación que se llevó a cabo en University College of London, en agosto del 2009, y esta participación fue financiada por ambas instituciones. El Dr. P. Fonagy y el Dr. R. Emde fueron designados como tutores para un nuevo proyecto, que se inició en el 2010. Agradecemos sus contribuciones y las de todos los participantes del Programa para continuar con nuevos pasos en nuestro estudio.

Referencias bibliográficas

- Brazelton T.** Early mother-infant reciprocity. In: Porter R, O'Connor M, eds. Parent-infant interaction. New York: Elsevier Scientific Publishing, 1975: 137-54.
- Bowlby J.** Attachment and Loss. New York: Basic Books, 1969.
- Bowlby J.** Attachment and Lost: retrospect and prospect. Am J Orthopsychiatr 1982; 52(4): 664-78.
- Dollberg D, Keren M, Feldman R, Guedeney A.** Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and non-referred infants. Infant Ment Health J 2006; 27(3): 292-309.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M.** Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002.
- Guedeney A.** From early withdrawal reaction to infant depression: a baby alone does exist. Infant Ment Health J 1997; 18(4): 339-49.
- Stern D.** The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books, 1985.
- Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB.** The infant response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. J Am Acad Child Psychiatr 1978; 17(1): 1-13.
- Lejarraga H.** Desarrollo del niño en contexto. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Guedeney A, Vermillard M.** L' échelle ADBB; intérêt en Recherché et en Clinique de l' evaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Med Enfance 2004; 20 (11): 364-71
- Guedeney A, Foucault C, Bougen E, Larroque B, Mentré F.** Screening for risk factors of relational withdrawal behavior in infants aged 14-18 months. J Europsy 2007; 23(2): 150-155.
- Guedeney A, Fermanian J.** A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy : the Alarm Baby Distress Scale. Infant Ment Health J 2001; 22(5): 559-75.
- Guedeney A.** L' échelle alarme détresse bebe. Paris: Unité Petite Enfance, 2004. Disponible en: <http://www.adbb.net/gb-introhtml> [consulta: febrero de 2006]
- Tizón J, Izquierdo A, Nadal D.** Traducción y re traducción al castellano de la escala ADBB. Barcelona: Institut Catalá de la Salut. Unitat de Salut Mental de San Martí Nord, 2002.
- Bonifacino N, Musetti D, Hackenbruk K, Schelotto M, Fostell M, Pereira MJ.** La escala ADBB y sus potencialidades. Rev APPIA 2007; 16: 41-8.
- Oliver M.** Diagnóstico precoz en salud mental pediátrica. Retraición relacional en los primeros años de vida. Rev UAI 2010. Disponible en: http://issuu.com/vaneduc/docs/revista_uai_noviembre_2010_oliver [consulta 30 jun 2011]
- Facuri-Lopes S, Ricas J, Mancini MC.** Evaluations of the psychometricsproperties of the Alarm Distress Baby Scale among 122 Brazilian Children. Infant Ment Health J 2008; 29(2): 153-173.
- Milne L, Greenway P, Guedeney A, Larroque B.** Long term developmental impact of social withdrawal in infants. Infant Behav Dev 2009;32(2): 159-66.
- Mantymaa M, Puura K, Luoma I, Kaukonen P, Salmelin RK, Tamminen T.** Infant's social withdrawal and parent's mental health. Infant Behav Dev 2008; 31(4): 606-13.
- Figueredo B, Costa R.** Estudo de validação da versão portuguesa de Alarm Distress Baby Sacale. Acta Pediatr Port 2008;39(5):183-9.

Correspondencia: Dra. Andrea Plevak.
 anplelop@gmail.com
 Dra. Magdalena Schelotto. mgschelotto@gmail.com

Anexo

Traducción al español de la Escala ADBB (alerta del retraimiento del bebé). Prof. Psiq. Antoine Guedeney (2001)

Cada ítem se puntúa de 0 a 4

0: ningún comportamiento anómalo

1 se duda del carácter anómalo del comportamiento

2: comportamiento ligeramente anómalo

3: comportamiento moderadamente anómalo

4: comportamiento anómalo evidente o masivo

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

- 0: La cara tiene movimiento espontáneo, es expresiva y hay cambios de expresión frecuentes.
- 1: La cara tiene movimiento, es expresiva aunque con pocos cambios en la expresión.
- 2: Motilidad facial espontánea escasa. .
- 3: Cara inmóvil, triste.
- 4: Cara bloqueada, fría, ausente, con un aire de mayor edad prematura.

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

- 0: Contacto visual espontáneo, fácil y prolongado.
- 1: Contacto visual espontáneo, aunque de corta duración.
- 2: Contacto visual posible, solo cuando se le busca.
- 3: Contacto visual fugaz, vago, huidizo.
- 4: Total rechazo al contacto visual.

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

- 0: Movimientos frecuentes y espontáneos del tronco, de la cabeza y de las extremidades.
- 1: Actividad general espontánea ligeramente reducida; escasos movimientos de la cabeza y extremidades.
- 2: Actividad espontánea escasa o nula, pero hay actividad como respuesta a la estimulación.
- 3: La respuesta de actividad corporal a la estimulación es escasa.
- 4: Inmóvil y bloqueado, el niño no responde a ningún estímulo.

4. GESTOS DE AUTOESTIMULACIÓN. Evaluación de la frecuencia con la cual el niño manipula su cuerpo (dedos, manos, cabello, succión del pulgar, toques repetidos...) de forma automática, sin busca de placer y comparándolo con la actividad motora

general (un solo signo de autoestimulación es suficiente para puntuar 1 o más).

- 0: Autoestimulación ausente, la actividad de autoexploración está al mismo nivel que la actividad motora general.
- 1: Autoestimulación fugaz.
- 2: Autoestimulación presente pero con una frecuencia baja.
- 3: Autoestimulación frecuente.
- 4: Autoestimulación constante.

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

- 0: Vocalizaciones positivas, espontáneas, frecuentes, alegres y moduladas; gritos o llanto breves, en respuesta a una sensación desagradable.
- 1: Vocalizaciones espontáneas breves, y/o gritos o llanto frecuentes (aunque sean consecutivos a una estimulación).
- 2: Llanto casi constante.
- 3: Gemidos, solo en respuesta a una estimulación.
- 4: Vocalización ausente.

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

- 0: Reacción adaptada, vivaz y rápida.
- 1: Reacción ligeramente retrasada.
- 2: Reacción claramente retrasada.
- 3: Reacción claramente retrasada, incluso en el caso de respuesta a una estimulación desagradable.
- 4: Reacción muy retrasada o ausente.

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

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

- 1: Relación identificable, positiva o negativa, pero menos aparente que en "0".
- 2: Relación apenas manifiesta, positiva o negativa.
- 3: Relación dudosa.
- 4: Ausencia de relación identificable con otra persona.

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

- 0: El niño atrae por sus iniciativas e inspira un sentimiento de interés y placer.
- 1: Uno se interesa por el niño, pero con un sentimiento menor de placer.
- 2: Sentimiento de indiferencia hacia el niño, con cierta dificultad para mantener la atención fija en él.
- 3: Sentimiento de malestar y de estar mantenido a distancia.
- 4: Contacto angustiante, sentimiento de estar ante un niño inaccesible.