

USANDO EL CARE INDEX PARA SCREENING(selección, detección, identificación) , INTERVENCION E INVESTIGACION

Patricia Mc. Kinsey Critenden

Hace años, cuando mi hija Becky era una niña, estábamos en un shopping, se me acercó y me susurró al oído “Mami, creo que esa mama que esta allí necesita que la ayudes”. Una niña de 6 años estaba buscando el factor de riesgo en la relación madre-infante? En que se basaba? Pueden creer que ella pudiese hacer eso?

Esto fue hace casi 30 años, en los 70’s cuando trabajaba con madres abusadoras y abandonicas. Becky había estado en mis encuentros de grupo con madres y sus hijos, y me había observado mientras estudiaba las cintas de video que contenían sus interacciones, y luego las reveía con atención, intentando comprender los vericuetos de las comunicaciones –o incomunicaciones- entre madres e hijos. Lo que aprendí en los años siguientes está encapsulado en el CARE INDEX (Crittenden, 1979-2004).

El Care Index es una herramienta utilizada para screening que pretende facilitar al profesional la emisión de un juicio como el que hizo mi hija, pero para hacerlo con seguridad, validez y en casos en que no es obvio para el ojo no entrenado.

El Care Index puede servir como guía para planificar una intervención, y una herramienta para el proceso de intervención. De forma inesperada, también se transformó en una herramienta para explorar nuevos aspectos de la interacción, de tal forma que tras décadas de uso el Care Index, ha sido revisto varias veces para reflejar nuevos entendimientos de las díadas problemáticas.

Este capitulo se refiere cada uno de los usos del Care Index junto con un apéndice que enumera algunas de las investigaciones publicadas que usan esta herramienta.

QUE ES EL CARE INDEX?

El Care Index es una es un método de evaluación de la calidad de la interacción adulto-infante. Aunque por lo general el adulto es la madre, este procedimiento puede ser usado por padres, parientes, trabajadores de la salud, cuidadores, y personal de intervención infantil. Se basa en 3 minutos de interacción lúdica video grabada en condiciones no amenazadoras.

Dado que el procedimiento se basa mucho en el contexto físico, la filmación se puede realizar en casa, en la clínica, o en un laboratorio. No es necesario que las filmaciones sean de una duración determinada, aunque deben ser de más de 2 minutos de duración, y no exceder el tiempo natural de interacción del niño. Este procedimiento es recomendable desde el nacimiento hasta los 15 meses, y en su versión de toddler (gateador) hasta los 2 años y medio.

QUE EVALUA EL CARE INDEX?

El Care Index es un procedimiento diádico, que evalúa la sensibilidad del adulto en un contexto de díada. Específicamente, “la sensibilidad adulta durante el juego es cualquier patrón de comportamiento que acreciente la atención y la contención del infante, y a su vez reduzca la falta de atención y malestar” (Crittenden, 1979-2004).

Es crucial comprender que la sensibilidad tal como la entiende el Care Index, no es una característica individual; es característica de una relación específica. Por tanto, el mismo adulto puede demostrar distintos grados de sensibilidad con distintos niños. El procedimiento de codificación se centra en la atención del observador a siete aspectos del comportamiento del adulto e infante. Alguno de estos aspectos evalúan el afecto (expresiones faciales, vocales, posición y contacto físico, expresión afectiva) y otros se centran en los aspectos cognitivos, como por ejemplo el orden temporal, contingencia interpersonal (el ritmo de turnos, control de actividad, y propiedad desarrolladora de la actividad). Cada aspecto del comportamiento se evalúa por separado, para el adulto y el infante, y luego se otorgan puntos que se suman para general siete valores de escalas. Para el adulto estas son sensibilidad, control y falta de respuesta. Para los infantes (desde el nacimiento a los 15 meses) estas escalas son cooperación, compulsión, dificultad, y pasividad. Para niños (15 a 30 meses de edad), estas son cooperación, compulsión, coercitividad amenazante, y coercitividad desarmante.

La puntuación de estas escalas va de 0 a 14, con sensibilidad 0 siendo peligrosamente insensible, 7 sensibilidad normal, y 14 extremadamente sensible. En los adultos la escala de sensibilidad 5-6 sugiere la necesidad de educación parental, 3-4 sugiere la necesidad de intervención parental, 0-2 sugiere la necesidad de psicoterapia para el progenitor.

Por más que esta afirmación no debe ser aplicada con rigidez, o sin evaluación adicional, hace que se tengan en cuenta dos puntos: (1) las relaciones poco adecuadas pueden no ser ayudables, o pueden incluso ser dañadas – por la educación parental y (2) algunas relaciones muy complicadas no podrán ser ayudadas mediante intervenciones. Otras escalas (por ejemplo control, falta de respuesta, compulsión, dificultad, y pasividad) sugieren la naturaleza específica de la desviación desde la sensibilidad y la cooperación.

COMO SE COMPARA EL CARE INDEX CON OTRAS HERRAMIENTAS DE SCREEING, Y OTRAS FORMAS DE EVALUACION DE INTERACCION Y APEGO?

Como herramienta de screening Care Index es única, ya que evalúa el riesgo de las relaciones en si, en vez de hacerlo desde un punto demográfico, medico o nutricional (ver Svanberg & Jennings, 2002).

Difiere de otros sistemas de medición de interacción en que es una evaluación diádica, significando esto que evalúa el encastre infante-adulto. Comparado con otras

herramientas enfatiza la sincronía afectiva madre-hijo, y no apunta tanto a la educación de los padres. Por otro lado el Care Index identifica dos formas de insensibilidad: sobre y sub interacción con el infante. Desde el punto de vista metodológico está menos ligado a la cantidad particular de comportamientos y enfatiza la cualidad interpersonal. A diferencia de otras herramientas, presume que ciertos comportamientos no significan lo que aparentan, como por ejemplo las sonrisas no necesariamente expresan placer o afecto. En efecto, el afecto falso positivo (que esconde hostilidad maternal e incomodidad del infante) tipifica algunas de las díadas de más alto riesgo. El infante con patrones compulsivos (que usan afecto falso positivo con inhibición del verdadero afecto) no se encuentran en otros métodos de evaluación. Por ende, el Care Index identifica las díadas riesgosas que se diagnostican erróneamente como sensibles/cooperativas con otras herramientas. Finalmente, el Care Index ha sido usado en un rango de culturas muy variadas (ver apéndice). Esto ha arrojado como resultado demostraciones/enseñanzas derivadas de las interacciones de cada cultura, que se desvían de la sensibilidad de forma diferente y ha arrojado luz en las diferencias culturales. Aparentemente, cada cultura se desvía de la sensibilidad de forma distinta, y esto se refleja en la historia de las amenazas de cada cultura (Crittenden & Claussen, 2000a).

La evaluación de apegos requiere la introducción de condiciones estresoras que disparan en el individuo estrategias defensivas. Dado que estas condiciones no están dadas en el Care Index, el procedimiento no puede reflejar directamente los patrones de apego. Sin embargo, evalúa las características de la díada que se asocian con el apego. El resultado es con seguridad engañoso cuando los adultos pueden manejar situaciones de estrés bajo, pero no estrés intenso o alto.

Por ejemplo, una madre deprimida puede ser consciente de las necesidades de su bebé, y jugar con cierta sensibilidad, pero es incapaz de cubrir las necesidades del niño cuando ella misma no puede lidiar con sus propios sentimientos. En tal caso, la interacción del juego puede ser sensible (en particular en la dimensión cognitiva), pero el apego es muy ansioso.

COMO PUEDE USARSE CARE INDEX PARA SCREENING?

El cometido de la herramienta de screening es identificar el riesgo que el profesional puede pasar por alto. Por tanto, son valiosas para identificar factores de riesgo no obvios. En el caso de la infancia estos riesgos son (1) agresividad solapada en el adulto y compulsividad en el niño (2) bondad pasiva de la madre o irritabilidad en el niño. En la época de gateo se manifiesta (1) un rango mas grande de compulsión y (2) despliegue emocional exagerado por parte de niños coercitivos.

También hay otro tipo de riesgos, pero estos son más obvios.

Una ventaja del Care Index es que puede ser utilizado por paraprofesionales y ser llevado a cabo en casi cualquier contexto. Otra ventaja es que es corto, ya que requiere de tan solo 3 minutos de video y 10 minutos de tiempo completo con la díada. Por otra parte el profesional que codifica la interacción precisa entrenamiento extensivo; una vez entrenado una interacción lleva aproximadamente 15 minutos para codificar.

La ventaja más grande de Care Index es que identifica las díadas en situación de riesgo que por lo general son pasadas por alto en observaciones in situ (Jennings, 2004).

Por supuesto que ninguna herramienta puede discriminar las díadas de alto riesgo de aquellas que presentan bajo riesgo. Care Index bordea la sobreidentificación en pos de no perder algunos diagnósticos en díadas riesgosas.

Cuando una díada se identifica como en situación de riesgo según los parámetros del Care Index, estudios más profundos deben llevarse a cabo. Esto implica una visita más extensiva a la familia en la cual (1) se filma la interacción (2) se toma la historia de la familia (3) estudios de desarrollo se llevan a cabo (4) el uso (en el pasado y presente) de otros servicios es explorado.

COMO SE PUEDE UTILIZAR EL CARE INDEX PARA PLANIFICAR UNA INTERVENCION CON DIADAS RIESGOSAS?

El Care Index es una de las primeras series de desarrollo de evaluaciones para niños y adultos basada en the Dynamic-Maturational Mode de procesamiento de la información y organización autoprotectora (Crittenden, 1996; Crittenden, 2002; Crittenden & Claussen, 2000b).

Como tal puede guiar al terapeuta a determinar si las distorsiones son afectivas o de relación causal (por ejemplo “cognición”). Los terapeutas pueden observar si los padres o el niño exageran o minimizan sentimientos. Al conocer la naturaleza de la falta de afectividad adulta, o la falta de cooperación del infante, se puede focalizar aun más la intervención.

COMO PUEDO USAR *CARE-Index* EN EL PROCESO DE INTERVENCION?

Ver la propia interacción o aquellas de otras madres puede ser de gran ayuda para mujeres jóvenes que en la vida real deben responder de inmediato al reclamo de sus hijos.

Ver el video les da una oportunidad de observar sin tener que actuar; ofrece la posibilidad de análisis, reflexión y la gestación de nuevas ideas acerca de cómo responder.

Ver a otras madres puede incrementar el repertorio de madres y bebés, y darles chance a ambos de desarrollarse con material menos amenazante. Si las madres lo hacen en un entorno de grupo, el líder puede felicitarlas por aquello que cada una hace bien, dándole sensación de ser competente. Si a la madre se la felicita por (a) observar atentamente (b) verbalizar sus pensamientos y (c) probar nuevas habilidades con sus niños (por más que sea de forma rústica), la intervención puede generar nuevas habilidades para la adaptación, en vez de limitarse a determinar la relación madre-hijo en un momento dado.

La técnica para hacer esto con las madres ha sido evaluada con técnicas comunes, que resultaron inútiles (Ej.: reforzamiento general positivo, material escrito, panfletos) y hasta

contraproducentes (Ej.: demostraciones); algunas otras resultaron positivas, (Ej.: juegos de rol, o autoevaluación, Crittenden, 1991a).

En todos los casos, es esencial que el profesional interactúe con la madre, así como la madre debe interactuar con el infante: sin un programa y con disposición a adaptarse a las necesidades y deseos de la madre. No hay programa o manual que pueda enseñarle a las madres a responder de forma sensible en el momento a momento. Los manuales y la interacción interpersonal en tiempo real están en conflicto inherente (Crittenden, 1991b).

En vez, la madre necesita un repertorio de habilidades interpersonales, de observación y disposición a resolver los problemas, y la confianza de probar nuevas ideas-y fijarse en como reacciona el niño.

COMO SE PUEDE UTILIZAR CARE INDEX PARA LA INVESTIGACION?

La lista de estudios enumerada en el apéndice refleja la variedad de usos que posee el Care Index para investigar.

Una ventaja particular es que una evaluación no reactiva puede ser utilizada múltiples veces, haciéndola ideal para la evaluación de programas (Cramer, Robert-Tissot, Stern, & Serpa-Rusconi, 1990; Crittenden, 1988; Svanberg, under review).

Además Care Index funciona como pelar las capas de una cebolla, ya que una vez que el proceso interpersonal se hace visible, los demás procesos se hacen visibles por primera vez. Es un proceso siempre cambiante, que ojalá siga evolucionando.

COMO SE PUEDE APRENDER CARE INDEX?

La capacitación para el infante lleva aproximadamente 8 días, más la práctica y el test de apoyo.

El Care Index para gateadores lleva 5 días más, con su respectiva práctica y test. Esto tan solo prepara al futuro codificador para comenzar. El uso de Care Index es un patrón de habilidades de reconocimiento. Como tal, uno mejora a medida que gana experiencia, y tiene feedback acerca de las evaluaciones. La mayoría de la gente precisa entre 100 y 150 codificaciones en interacciones niño-adulto para sentirse seguros.

Como cualquier habilidad hay que practicarla, ya que se puede perder por falta de uso. Por ende, es esencial trabajar en forma independiente, pero siempre estar en contacto con otros evaluadores. Así y todo, nada garantiza que un par de codificadores vayan en una misma dirección.

Es importante trabajar periódicamente con las cintas originales (que constituyen las definiciones de los patrones). Por esta razón es importante mantenerse al día, inicialmente

por un año y ser puesta a punto con más trabajo y competencia. Hay que asistir periódicamente a los seminarios de Care Index con otros evaluadores experimentados.

COMO APRENDOP CARE INDEX?

De forma progresiva, práctica consulta, practica, consulta. Cuanto mas vea, mejor lo hará.

HACIA DONDE APUNTAMOS?

La investigación en el campo de la psicología arroja una comprensión cambiante de la experiencia humana. Con suerte, Care Index permanecerá relevante-y por definición continuará cambiando. Además se puede estudiar Care Index en patrones específicos aplicados a diagnósticos particulares y condiciones concretas (ver apéndice), junto con estrategias de intervención. De ahí nace la posibilidad de encajar mejor nuestro conocimiento con la necesidades de las familias y los infantes

Referencias

- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D. N., & Serpa-Rusconi, S. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300.
- Crittenden, P.M. (1979-2004). CARE-Index: Coding Manual. Unpublished manuscript, Miami, FL. available from the author.
- Crittenden, P.M. (1981). Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill- Palmer Quarterly*, 27, 1-18.
- Crittenden, P.M. (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *The clinical implications of attachment*, (pp. 136-174). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Crittenden, P. M. (1991a). Strategies for changing parental behavior. *APSAC Advisor*, Spring, 9.
- Crittenden, P.M. (1991b). Treatment of child abuse and neglect. *Human Systems*, 2, 161-179.
- Crittenden, P.M. (1996). Entwicklung, erfahrung und beziehungsmuster: Psychische gesundheit aus bindungstheoretischer sicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 147-155.
- Crittenden, P.M. (1999). Klinische Anwendung der Bindungstheorie bei Kindern mit Risiko für psychopathologische Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen.. In G. J. Suess & W. P. Pfeifer (Eds.), *Frühe Hilfen: Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung und Therapie* [Early help: The application of attachment and early childhood research in education, counseling, and therapy]. Gießen, Germany: Psychosozial-Verlag.
- Crittenden, P. M. (2002). Attachment theory, information processing, and psychiatric disorder. *World Journal of Psychiatry*, 1, 72-75.
- Crittenden, P. M. (2004). Frühe Förderung von Hochrisiko-Kindern: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung. In *It takes two to tango: Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie* (pp.36-57). Berlin.
- Crittenden, P. M., & Claussen, A. H. (2000a). Adaptation to varied environments. In P. M. Crittenden and A. H. Claussen (Eds). *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (pp. 234-250). New York: Cambridge University Press.
- Crittenden, P. M. & Claussen, A. H. (Eds). (2000b). *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (pp. 214-233). New York: Cambridge University Press.
- Crittenden, P.M. & DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 585-599.
- Jennings, T. (2004). Can maternal sensitivity be enhanced by health visitor intervention,

guided by clinical psychology consultation, using video feed back? Unpublished
Doctorate in

Clinical Psychology, University of Teeside, Middlesbrough.

Svanberg, P. O., & Jennings, T. (2002). The Sunderland Infant Program (U.K.):
Reflections

on the first year. *The Signal*, 9, 1-5.

Appendix: Studies Using the CARE-Index

Risk Studies

1. Adolescent mothers

Pacquette, D., Bigras, M., Zoccolillo, M., Tremblay, R., Labelle, M-È, and Azar, R.
(2001). Comparaison de la sensibilité parentale entre des mères adolescentes et des
mères adultes peu scolarisées. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, 30, 283-
298.

See also Leadbeater, et al. and Linares et al., below

2. Drug abusing mothers; drug exposed infants

Ciotti, F., Lambruschi, F., Pittino, B., & Crittenden, P. (1998). La valutazione della
relazione precoce madre-bambino in una popolazione di madri con una storia di
tossicodipendenza attraverso l'uso del CARE-Index. *Psicoterapia Cognitiva e*
Comportamentale, 4, 53-59.

See also Linares et al.

3. Maternal psychiatric disorder

Hughes, S. (1993). The relationship between maternal psychiatric disorder and
motherchild

responsivity. Dissertation presented to the Faculty of McGill University,
Montreal, Canada.

Kemppinen, K. (in preparation). Maternal sensitivity and depression around delivery: the
effects of recurrent and transient symptoms.

Leadbeater, B. J., Bishop, S. J., & Raver, C. C. (1996). Quality of mother-toddler
interaction, maternal depressive symptoms, and behavior problems of adolescent
mothers. *Developmental Psychology*, 32, 280-288.

Leventhal, A., Jacobsen, T., & Miller, L. J. (in press). Parenting attitudes and parenting
behavior among mothers with mental illness. *Psychiatric Services*.

Mullick, M., Miller, L. J., Jacobsen, T. (2001). Insight into Mental Illness and Child
Maltreatment Risk in Mothers with Major Psychiatric Disorders. *Psychiatric Services*,
52, 488-492.

4. Handicapping conditions

Crittenden, P. M. & Bonvillian, J.D. (1984). The effect of maternal risk status on
maternal sensitivity to infant cues. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 250-
262.

Rauh, H., & Calvet-Kruppa, C. (2001). Bindungssicherheit und Verhaltensentwicklung
bei Kindern mit Down-Syndrom. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*.

5. Maltreated infants

Crittenden, P.M. (1992a). Children's strategies for coping with adverse home
environments. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 16, 329-343.

Crittenden, P. M. (1988). Distorted patterns of relationship in maltreating families: The
role of internal representational models. *Journal of Reproductive and Infant*

Psychology, 6, 183-199.

Crittenden, P. M. & DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 585-599.

Crittenden, P. M. (1987). Non-organic failure-to-thrive: Deprivation or distortion? *Infant Mental Health Journal*, 8, 56-64.

Crittenden, P. M. (1985). Social networks, quality of child-rearing, and child development. *Child Development*, 56, 1299-1313.

Crittenden, P. M. (1984). Sibling interaction: Evidence of a generational effect in maltreating families. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 8, 433-438.

Crittenden, P. M. (1981). Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly*, 27, 1-18.

Jacobsen, T., & Miller, L. J. (1998). Compulsive compliance in a young maltreated child. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(5), 462-463.

Leadbeater, B., & Bishop, S. J. (1994). Predictors of behavior problems in preschool children of inner city Afro-American and Puerto Rican mothers. *Child Development*, 65, 638-648.

Ward, M. J., Kessler, D. B., & Altman, S. C. (1993). Infant-mother attachment in children

with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 14, 208-220.

Normative Studies

Patino, F. L. (1993). Mothers' prenatal attachment history, attachment status, and social support satisfaction as predictors of postnatal maternal sensitivity. Dissertation Abstracts International, 53 (7-B): 3787.

Predictive Longitudinal Studies

Howieson, N., Crittenden, P. M., & Priddis, L. (under review). Change and continuity: The impact of migration on transgenerational patterns of attachment.

Kemppinen, K., Kumpulainen, K., Raita-Hasu, J., Toivonen-Falck, A., Irma Moilanen, I., & Ebeling, H. (in preparation). Low maternal sensitivity – Is it going to go on from infancy to toddler age?

Simó, S., Rauh, H., & Zeigenhain, U. (2000). Mutter-Kind-Interaktion im Verlaufe der ersten 18 Lebensmonate und Bindungssicherheit am Ende des 2. Lebensjahres.

Psychologie in Erziehung und Unterricht, 47, 118-141.

Ward, M.J., & Carlson E.A. (1995). The predictive validity of the Adult Attachment Interview for adolescent mothers. *Child Development*, 66, 69-79.

Intervention Studies

Bigras, M. & Pacquette, D. (2000). L'interdépendance entre les sous-systèmes conjugal et parental: Une analyse personne-processus-contexte. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 91-102.

Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D. N., & Serpa-Rusconi, S. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300.

Crittenden, P. M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.

Jennings, T. (2004). Can maternal sensitivity be enhanced by health visitor intervention,

guided by clinical psychology consultation, using video feed back? Unpublished Doctorate in Clinical Psychology, University of Teeside, Middlesbrough.

Linares, L. O. (in press). The effects of an early intervention program on polydrug infants and their families in foster care. In J. Silver (Ed.), *Serving the needs of young children involved in the child welfare system*. New Jersey.

Linares, L.O., Jones, B., Sheiber, F.J. & Rosenberg, F.B. (1999). Early intervention for drug-exposed infants in foster care. In J. Silver, B. J. Amster & Haecker (Eds.), *Young Children and Foster Care* (pp. 373-397). Baltimore: Brookes.

Pacquette, D., Zoccolillo, M., & Bigras, M.. (1999). L'efficacité des interventions en foyers de groupe pour mères en difficulté d'adaptation. *Défi Jeunesse*, VI, 30-35.

Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Serpa, S. et-al. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant-Mental-Health-Journal*, 17, 97-114.

Svanberg, P.O. (under review). Promoting attachment security in primary prevention using video feedback: The Sunderland Infant Programme.

Svanberg, P. O., & Jennings, T. (2002). The Sunderland Infant Program (U.K.): Reflections on the first year. *The Signal*, 9, 1-5.