

Primera Infancia y Psicoanálisis II

Investigación - Clínica - Prevención

Clara Raznoszczyk Schejtman

COMPILADORA

Juan Pablo Barreyro	Delfina Miller
Emilce Dio Bleichmar	Marie Rose Moro
Sandra Casabianca	Clara Raznoszczyk Schejtman
Constanza Duhalde	Rosa Silver
Marisa Factorovich	Mark Solms
Bernard Golse	Inés Vardy
Vanina Huerin	María Pía Vernengo
Miri Keren	Graciela Woloski
Juan Augusto Laplacette	Nora Woscoboinik
Rogério Lerner	Alejandra Beatriz Zucchi
Marianne Leuzinger-Bohleber	

Librería **AKADIA** *Editorial*

ISBN: 978-987-570-465-7

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, archivada o terminada en forma total ni parcial, sea por medios electrónicos, mecánicos, fotocopiado o grabado, sin el permiso previo de los editores que deberá solicitarse por escrito.

© by Librería Akadia Editorial, 2022

Paraguay 2078 (1121) - Buenos Aires, Argentina

Tel. (54-11) 4961-8614 / 4964-2230

E-mails: editorialakadia@gmail.com /

ventas@editorialakadia.com www.editorialakadia.com.ar

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina. Printed in Argentina

Instrumentalizando una política pública de atención a la primera infancia: una oportunidad para el Psicoanálisis

Rogério Lerner⁴⁵

Los bebés nacen con habilidades que los llevan a relacionarse con las personas que los cuidan. Se desarrollan a partir de las interacciones que viven con sus cuidadores, transformando estas capacidades iniciales y también construyendo otras nuevas.

Investigaciones han demostrado que el desarrollo neurológico del embrión se ve afectado por varias características de la madre, incluido el nivel de estrés al que está expuesta durante el embarazo (Buss, Entringer & Wadhwa, 2013). Luego del nacimiento su desarrollo es influenciado por el clima emocional familiar. Los hijos de mujeres con un episodio de depresión tienen una mayor probabilidad de trastornos ansiosos y conductas disruptivas, en comparación con los hijos de madres sin esta afección (Pilowsky et al., 2006). Las condiciones familiares, sumadas a las características cognitivas, afectivas y de salud que se presentan en la infancia, tienen un profundo impacto en las disparidades de salud de las personas durante toda la vida, con evidencia consistente de su manifestación a la edad de 30 años (Conti & Heckman, 2010).

Las cifras sobre la prevalencia de los trastornos del desarrollo y los trastornos mentales infantiles en los países en desarrollo y emergentes son preocupantes. Si bien hasta el 20% de esta población sufre de uno o más problemas mentales, la atención prestada es insuficiente tanto en términos de diagnóstico como de tratamiento (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2001). En Brasil, por ejemplo, se estima que los trastornos psiquiátricos representan el 20,3% del total de los trastornos y enfermedades de la población (OMS, 2008).

La detección temprana y la intervención en los primeros signos de problemas de desarrollo psíquico es un factor relevante en la calidad e intensidad de las respuestas a las terapias (Charman & Baird, 2002; Dawson et al., 2010). Esto se explica por la plasticidad de la estructura anatomofisiológica del cerebro en los primeros años, así como por el papel fundamental de las experiencias de vida de un bebé para el funcionamiento de las conexiones neuronales. Por lo tanto, los primeros tres años de vida de los niños son un momento sensible y privilegiado para las intervenciones.

⁴⁵ El autor agradece al CNPq, FAPESP, CAPES, FMCSV e IPA por los financiamientos que posibilitaron las investigaciones que dieron origen a este trabajo.

Sin embargo, los estudios han dejado en claro que la capacitación de profesionales centrados en la primera infancia no es suficiente para garantizar que la identificación de estos signos y la intervención correspondiente se realicen a tiempo para que sus efectos sean más efectivos (Oliveira, Muniz, Maia Pinto, Da Silva & Jorge, 2010): los niños con trastornos graves del desarrollo llegan a una edad tardía para recibir tratamiento (Mandell, Novak & Zubritsky, 2005).

El gasto gubernamental en salud mental en Brasil, por ejemplo, es el 2,38% del presupuesto total de salud, mientras que el gasto hospitalario es el 32,29% del presupuesto total de salud mental (World Health Organization, 2011). De estos datos, surge la necesidad de aumentar y calificar la atención a la primera infancia, ya que es fundamental para mejorar las condiciones de desarrollo de la población. Esto se debe a que el retorno de la inversión social es mucho mayor cuando se enfoca en la primera infancia, disminuyendo a lo largo del ciclo de vida de las personas (Heckman, 2006).

Psicoanálisis e investigación en escala grupal

La especificidad del psicoanálisis reside en su abordaje de procesos psíquicos inconscientes que se refieren a la manera singular como cada uno experimenta la conexión y sus interrupciones, consigo mismo y con otras personas. El método clínico lleva a descubrimientos e intervenciones en estos procesos. Las discusiones sobre los casos son importantes, pues producen nuevos hallazgos a la luz del conocimiento psicoanalítico acumulado. En otras palabras, tradicionalmente en psicoanálisis se producen evidencias por medio del método del estudio del caso, que es un método reconocido de producción de conocimiento. La generalización del conocimiento construido sobre la base del método del estudio del caso no es la misma que surge del conocimiento construido sobre la base de métodos de escala grupal.

¿Cuál sería la producción de conocimiento en psicoanálisis en escala grupal, que permita la generalización de sus aportes?

Dado que el psicoanálisis es conocido por sus contribuciones tanto terapéuticas como culturales, a menudo se convoca a los psicoanalistas a colaborar en campos como la economía, la literatura, la educación, la política y la salud pública. Tales contribuciones están fuertemente influenciadas por la experiencia clínica de la cual se origina el conocimiento psicoanalítico, pero nunca son su aplicación directa.

El conocimiento psicoanalítico es válido dentro de su contexto específico de trabajo y las contribuciones psicoanalíticas dirigidas a otros contextos tienen que pasar por un proceso de articulación con circunstancias teóricas y metodológicas que son ajenas al psicoanálisis.

Este trabajo afirma y desarrolla la idea de que cuando se lo convoca a contribuir con iniciativas en políticas públicas, se puede esperar que el psicoanálisis ayude a las personas en una escala grupal en lugar de una escala individual.

No es lo mismo tomar un fenómeno considerando que se da en un grupo como tal, que considerándolo como algo que ocurre en una perspectiva individual, aunque sea con muchos individuos, simultáneamente o no. En otras palabras, no es lo mismo preguntar

“¿Cómo entiendo el trabajo con esta persona en particular?” que preguntar “¿Cómo entiendo el trabajo con este grupo particular de personas?”

Esta noción hace posible la articulación entre ideas psicoanalíticas y métodos epidemiológicos para alcanzar la deseada escala grupal y contribuir con políticas públicas de salud.

Las ideas psicoanalíticas empleadas en métodos epidemiológicos de investigación, con resultados estadísticamente significativos, pueden ser generalizadas a contextos de trabajo diferentes del contexto clínico originario donde el conocimiento psicoanalítico fue construido, y se desarrolla sin perder su especificidad. Además, generalizar ideas psicoanalíticas a escala grupal y contribuir con políticas públicas de salud produce al menos los siguientes beneficios:

1. Profesionales de Enfermería, Servicio/Asistencia Social, Medicina y público en general que nunca han oído hablar del psicoanálisis o entendido la naturaleza de esta disciplina, tienen la oportunidad de conocerlo y dar sentido a su utilidad.
2. Tener resultados estadísticamente significativos aumenta la respetabilidad de las ideas psicoanalíticas en contextos académicos, lo cual es importante para la supervivencia del psicoanálisis en las carreras universitarias de Psicología y Medicina.
3. La investigación y las intervenciones en salud pública son de relevancia social y, por lo tanto, las agencias estatales y de desarrollo proporcionan fondos para el trabajo de grupos de psicoanalistas orientados a este campo, que es una forma de empoderamiento del psicoanálisis.

Indicadores Clínicos de Referencia para el Desarrollo Infantil – IRDI

En una encuesta realizada en el período 1999-2008, con el apoyo del Ministerio de Salud de Brasil (MS), del Consejo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y de la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo (FAPESP), el Grupo Nacional de Investigación (GNI)⁴⁶ desarrolló, a partir de la articulación de la teoría psicoanalítica con la psicología del desarrollo, la pediatría, la fonología y nutrición, un instrumento que se denominó “Indicadores Clínicos de Referencia para el Desarrollo Infantil (IRDI)”: estos indicadores son obtenidos por observaciones en los primeros 18 meses de vida del niño. El IRDI fue utilizado inicialmente en consultas en unidades básicas y centros de salud por pediatras que se entrenaron utilizando un instructivo de capacitación formulado por GNI (Lerner & Kupfer, 2008).

En una investigación adicional (Morais, 2013; Tocchio, 2013), se capacitó a otros profesionales de atención primaria de salud (enfermeras y agentes comunitarios) utili-

⁴⁶ Grupo de expertos invitados por Cristina Kupfer para construir indicadores y realizar investigaciones en múltiples centros de salud: Leda Bernardino; Paula Rocha y Elizabeth Cavalcante; Domingos Infante, Lina de Oliveira y M. Cecilia Casagrande; Daniele Wanderley; Lea M. Sales; Regina Stellin; Flávia Dutra; Octavio Souza; Silvia Molina; bajo la coordinación técnica de M. Eugênia Pesaro, la coordinación científica del Alfredo Jerusalinsky y la coordinación nacional de Cristina Kupfer.

zando una versión adaptada del instructivo mencionado anteriormente. Una versión más breve de este material adaptado se presentará a continuación.

Los ítems del IRDI describen signos de desarrollo saludable. Cuando el bebé o los cuidadores (padres, parientes u otros) no presentan algún ítem, podemos tener razones de preocupación. Esto puede ser una señal temprana del problema en el desarrollo del bebé, o de sus cuidadores.

La construcción del instrumento resultó de la evidencia clínica y experimental de que el bebé nace con características que se expresan en el vínculo con sus padres, pero también sufre influencias de ellos que se expresan en este vínculo. El IRDI no especifica cuál sería la posible causa del problema cuya señal inicial se detectó.

El IRDI, que no tiene especificidad para diagnóstico, fue validado (Kupfer et al., 2009, 2010) con 31 ítems observados o respondidos por el cuidador del bebé, expresando condiciones saludables relacionadas con el vínculo con éste, de acuerdo con ideas psicoanalíticas. No todos los ítems se aplican en todos los momentos, ya que se dividen en cuatro etapas de edad en meses.

Si la díada cuidador/bebé no muestra lo que se espera que se produzca entre ellos en dos ítems del IRDI, hay una probabilidad mayor que al azar (por lo tanto, *estadísticamente significativa*) de que el niño tenga un problema de desarrollo a los 3 años. Por esto se considera que tener dos ítems del IRDI ausentes significa una dificultad en el desarrollo.

En un estudio estadístico más detallado, se encontraron también subgrupos de ítems, denominados *factores*, que cuando estaban ausentes tenían un riesgo relativo (más abajo se explica lo que esto quiere decir) significativo de problemas de desarrollo o psíquicos (considerados más graves que los anteriores), a la edad de tres años (Kupfer et al., 2010). Esto significa que se calculó cuántas veces era mayor la probabilidad de que las díadas en las que tales subgrupos de ítems estaban ausentes presentaran problemas de desarrollo o psíquicos, a los tres años, en comparación con las díadas en las que no estaban ausentes.

¿Cómo usar el IRDI (Lerner, Morais & Tocchio, 2016)?⁴⁷

El IRDI es un instrumento de uso gratuito que no presenta regulaciones o restricciones en su uso. Se administra en presencia del cuidador, madre, padre, pariente u otro, donde se observa la interacción entre el bebé y al menos un cuidador.

Cantidad de ítems a observar en cada rango de edad:

0 a 3 meses y 29 días: 5 ítems.

4 a 7 meses y 29 días: 8 ítems

8 a 12 meses y 29 días: 9 ítems

13 a 17 meses y 29 días: 9 ítems

47 Una versión en portugués de estas instrucciones se puede encontrar en Lerner, R; Morais, A; Tocchio, A.. "O que observar na anamnese e consultas regulares: sinais de risco". In: Vera Ferrari Rego Barros. (Org.). A Saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica. 1ed. São Paulo: Atheneu, 2016, p. 93-102.

Durante la aplicación del IRDI

Cuando sea necesario, se pueden usar juguetes u objetos disponibles o traídos por el cuidador: bolígrafo, sábana, cinta métrica, llaves, ropa para niños.

En algunos ítems, se debe mirar más de cerca al cuidador que al bebé y en otros, lo contrario. Hay elementos en los que se debe mirar a ambos al mismo tiempo. Cuando se necesita preguntar algo, no se empieza haciéndolo directamente, sino pidiéndole al cuidador que hable sobre situaciones relacionadas con el tema del ítem. Esto quedará claro en los ejemplos específicos de algunos elementos.

Cada vez que se use el IRDI, se debe escribir el resultado de la aplicación de la siguiente manera:

- Si ha observado lo que describe el ítem, se escribe P, por "presente".
- Si la situación de evaluación no permite saber si lo que describe el ítem sucede o no, se escribe NV por "no verificado" (por ejemplo, quien trajo al bebé no sabe si él duerme por la noche y permanece despierto durante el día). Si se observa que lo que describe el ítem no ocurre, se escribe A por "ausente".

En los casos de NV o A, se añade un breve comentario.

Período de 0 a 3 meses y 29 días:

1. Cuando el bebé llora o grita, ¿sabe la madre lo que quiere?

Cuando el bebé llora, balbucea u hace otros sonidos, puede suceder que la madre no haga nada (por lo que se pregunta si siempre se queda callada de esa manera cuando el bebé lo hace. Si la madre dice que siempre se queda callada, se marca "ausente"). Si la madre responde al bebé de alguna manera: "¿Qué pasa?, ¿qué es lo que quieres?, ¿tienes hambre?, ¿te molesta el pañal?, ¿caca?", ella se está preguntando qué necesita el bebé, y puede ofrecerle el pecho, el chupete, el trapo o incluso abrazar al bebé de manera diferente, etc. En este caso, se marca "presente".

2. ¿La madre le habla al bebé en un estilo que se adapta particularmente a él?

Por lo general, hablamos con los bebés de manera diferente a como hablamos con los adultos. Las madres, en particular, usan un tono de voz infantil. Usan frases cortas, repiten las sílabas, como: papá, bebé, mamá, nana, etc. y usan palabras en diminutivo con entonación exagerada: "¡Qué lindo es el bebito de mamá!". Hay que evaluar si la mamá le habla así al bebé. Si esto ocurre, se marca "presente". Para estimular este tipo de conversación, también se puede hablar con el bebé de esa manera, para disminuir el clima de formalidad que a veces se instala en la cita. Se puede preguntar cómo le habla la madre al bebé y pedirle que se lo muestre. Si el cuidador no habla en un estilo particularmente infantil, se marca "ausente".

3. ¿El bebé reacciona a la madre?

Cada vez que la madre habla con el bebé, se debe observar si el bebé reacciona a ella: si lo hace marcar "presente". Prestar atención a si el bebé estaba mirando a otro lado y

se volvió para mirar a la madre; observar los movimientos del cuerpo del bebé, sonrisas, intentos de respuesta y sonidos cuando la madre le habla de esta manera. Si el bebé no responde a la "mamá", se marca "ausente".

4. *¿Le propone la madre algo al bebé y espera su reacción?*

Se verifica si, después de responder a una solicitud del bebé, la madre "le da tiempo" para responder mostrando si está satisfecha o no. Se averigua si hay pausas entre las acciones del otro. Por ejemplo, después de algún movimiento, como llorar o vocalizar la madre cambia la posición en su regazo, le ofrece el chupete, el pecho, el biberón o un juguete, y espera su reacción. Si la madre no espera la reacción del bebé, se marca "ausente".

5. *¿Hay intercambios de miradas entre el bebé y la madre?*

Se observa si la madre y el bebé se miran. O, si durante momentos como en la alimentación, el cambio de pañales, el diálogo entre la madre y el bebé, uno busca los ojos del otro, intercambiando miradas. Se marca "presente" si hay intercambios y miradas, y "ausente" cuando no se producen.

Período de 4 a 7 meses y 29 días:

6. *¿Comienza el niño a diferenciar entre el día y la noche?*

Este ítem verifica si el bebé está comenzando a establecer ritmos en sus hábitos de sueño. Es importante saber si el bebé permanece despierto la mayor parte del día y duerme por la noche. Puede aparecer en el informe espontáneo de la madre o se le puede pedir. Ejemplos: ¿a qué hora duerme su bebé?, ¿duerme su bebé toda la noche?, ¿cómo duerme durante el día? Se marca "presente" si el bebé duerme la mayor parte de la noche y se queda despierto la mayor parte del día; si sucede lo contrario se marca "ausente".

7. *¿Utiliza el niño diferentes señales para expresar diferentes necesidades?*

Se observa si el bebé es capaz de diferenciar objetos, personas o situaciones, manifestándose de manera diferente para cada uno de ellos. En general, los bebés se expresan a través de varias sílabas o gestos. Ejemplo: cuando pide agua, el bebé dice "ga-ga" o señala el biberón, mientras que para preguntarle a la madre, dice "ma-ga" o intenta levantar su cuerpo, darse vuelta. Si el bebé no usa diferentes señales para expresar sus diferentes necesidades, se marca "ausente".

8. *¿Le solicita el niño a la madre o al cuidador y espera un instante para esperar su respuesta?*

Es importante tener en cuenta que al llamar a la madre, llorar, hacer sonidos o gesticular, el bebé le da tiempo para responder. Este intervalo en la llamada demuestra que está seguro de que la madre responderá. Si la solicitud del bebé incluye pausas o cambios en la intensidad, se marca "presente". Si es continuo, sin pausas, se marca "ausente".

9. ¿La madre o el cuidador le hablan al niño diciéndole frases cortas?

Se observa si la madre se dirige al niño hablando, preguntando, contando lo que está sucediendo, diciendo algo para calmarla o llamando su atención. Por ejemplo: "Estás demasiado ocupado, ¿verdad?" "¿Qué quiere el bebé?" "Vamos, Paulo. La consulta ya terminó". Si no se dirige al bebé usando oraciones cortas, se marca "ausente".

10. ¿El niño/a reacciona (mirando, prestando atención, sonriendo o balbuceando) cuando la madre o alguien más se dirige a él/ella?

Se presta atención a las reacciones del bebé cuando la madre u otras personas se dirigen a él. Por lo general, el bebé responde con miradas, vocalizaciones, sonrisas u otras manifestaciones. Si se producen estas reacciones, se marca "presente". De lo contrario, se marca "ausente".

11. ¿Busca activamente el niño la mirada de la madre o del cuidador?

Es importante prestar atención si el bebé busca los ojos de la madre en diferentes situaciones, como sonreír, vocalizar o explorar el entorno que la rodea. Esta búsqueda es el intento del bebé de asegurarse la presencia del cuidador. Si trata de mirar a su madre espontáneamente, se marca "presente"; de lo contrario, se marca "ausente".

12. ¿La madre o el cuidador apoyan las iniciativas del niño permitiéndole que se esfuerce?

Se asegura de que la madre preste atención a los intereses del bebé y que cuando se dé cuenta de su intención de hacer algo que no puede hacer solo, lo ayude sin hacerlo por él. Ejemplos: si el bebé está sentado y sacude su cuerpo para demostrar que quiere levantarse, la madre lo abraza y lo apoya para que se levante; si quiere poner algo a su alcance, ella lo acerca al objeto, pero deja que lo recoja por su cuenta. Si la madre ayuda al bebé, se marca "presente". Se marca "ausente" si la madre no lo ayuda o cuida, sin que él tenga que hacer un esfuerzo para obtener lo que quiere.

13. ¿Pide el niño ayuda a otra persona sin ser pasivo?

Se observa si el bebé está activo moviéndose y explorando dónde está, y si el bebé hace un esfuerzo más allá de la ayuda que recibe de su madre o de otra persona. Por ejemplo, el bebé quiere bajarse de su regazo y la madre lo apoya para ayudarlo a mantener el equilibrio y el cambio postural. En este caso, está logrando su objetivo y la madre, actuando como facilitadora. Si este ítem no aparece espontáneamente, la madre puede estimular el interés del bebé en un objeto en particular haciendo ruido con él o balanceando un bolígrafo y colocando dichos objetos al alcance de este, motivando una respuesta activa. Se marca "presente" si esto ocurre. Si el bebé se vuelve pasivo, solo esperando la reacción del cuidador, se marca "ausente".

Período de 8 a 11 meses y 29 días:

14. ¿Se da cuenta la madre (u otro cuidador) cuando el niño intenta llamar su atención?

A veces, el bebé llora, grita y muestra que quiere algo (chupete, comida, agua), pero en realidad lo que quiere es la atención y el afecto de su madre. Se observa si la madre puede ver eso. Ejemplo: ¿Sabe la madre que a veces el niño llora cuando ella deja de amamantar

porque quiere permanecer en su regazo, no sólo por hambre? Si es así, se marca "presente". Esto indica que el niño no hace solicitudes sólo para satisfacer sus necesidades físicas y que el cuidador lo sabe. Si la madre no relata situaciones en las cuales percibe que el niño quiere llamar su atención, se marca "ausente".

15. Durante el cambio de pañales, la alimentación, el baño y otros cuidados corporales, juega el niño con la madre (u otro cuidador) y muestra afecto por ella?

Se busca observar la actitud lúdica de la madre cuando viste o desviste a su bebé. ¿Cómo reacciona el niño en el baño? ¿Levanta los pies o busca que su madre lo bese? La madre dice que el niño huele dulce, ¿y a ella le gusta? Si hay demostraciones de afecto, se marca "presente". Si durante tales interacciones no existe tal experiencia de cuidado, se marca "ausente".

16. ¿El niño demuestra cuándo le gusta algo o no?

¿Es fácil ver cuándo a un niño le gusta algo y cuándo no le gusta? Se observa si es capaz de expresar placer (aceptación) y disgusto (rechazo) en sus situaciones cotidianas. El niño puede expresar sus gustos de varias maneras: llorando, con un berrinche, sonriendo, aplaudiendo, queriendo levantar un objeto. Si no se puede observar el ítem, se pregunta a la madre o al cuidador. Si el niño deja en claro cuándo le gusta o no algo, se marca "presente"; de lo contrario, se marca "ausente".

17. ¿Tienen la madre y el niño un lenguaje que es parte de su rutina e intimidad?

Durante este período, se espera que la madre y el niño se entiendan a través de un lenguaje construido en el cuidado diario. Se observa o se pregunta si la madre y el niño pueden comunicarse a su manera, si tienen palabras comunes, reaccionan al discurso y los gestos de los demás y se reconocen. Por ejemplo, el niño usa "media lengua" con su madre para hacerse entender, como "tatá" para papá. También es posible verificar esta forma de comunicación entre madre e hijo a través de gestos compartidos. La madre puede darle al niño una cuchara para esperar un rato mientras prepara la comida. El niño comprende este gesto y se calma, demostrando que hubo comunicación entre ellos. Si se produce este tipo de comprensión entre el niño y el cuidador, se marca "presente"; de lo contrario, se marca "ausente".

18. ¿El niño se desconcierta con personas que no conoce?

A lo largo de su desarrollo, el niño se vuelve más consciente de la diferencia entre las personas de su entorno diario y los extraños. Se trata de ver si el niño llora, gira la cabeza, se vuelve tímido, trata de esconderse cuando alguien que no conoce se acerca. Si no se puede observar estas reacciones, se pregunta a la madre o al cuidador cómo suele actuar el niño en presencia de extraños y entornos que no conoce. Si tiene alguna reacción de incomodidad frente a personas que no conoce, se marca "presente". Si el bebé responde de la misma manera a las personas que conoce y que no conoce, se marca "ausente".

19. ¿Tiene el niño objetos favoritos (trapo, oso de peluche)?

Se observa o se pregunta al cuidador si el niño generalmente lleva un juguete favorito; si tiene un oso de peluche, un "trapo" u otro objeto que le gusta sostener, especialmente

cuando se va a dormir o cuando está sin su madre. Se marca "presente" si el niño tiene un objeto favorito y "ausente" si no lo tiene.

20. ¿El niño se hace el gracioso (muecas, pucheros, parpadeo, palmaditas) para llamar la atención?

Se asegura de que el bebé se hace el gracioso (como arrugar la nariz, parpadear, hacer pucheros, dar palmaditas, etc.) al tratar de que lo miren y así llamar la atención de los demás. Cuando está presente, este ítem muestra que el niño está jugando, presumiendo e interactuando con sus cuidadores. Si esto no sucede espontáneamente, se puede intentar provocar al niño haciendo tales gestos para ver si los imita. Si aun estimulándolo, no reacciona, se marca "ausente".

21. ¿Busca el niño la mirada de aprobación del adulto?

Se observa si el niño busca la aprobación de su madre cuando se encuentra en una situación nueva, cuando quiere algo o quiere saber si puede o no realizar una acción. Ejemplo: en una evaluación, el niño se estira para tomar la cinta métrica que está sobre la mesa mientras mira a la madre y le pide confirmación. O en casa, el niño amenaza con meter la mano en el enchufe, pero antes de eso mira a la madre o al cuidador. Si el niño actúa de esta manera, se marca "presente". Si el niño actúa sin buscar el ojo de aprobación de los adultos, se marca "ausente".

22. ¿Acepta el niño alimentos picados o enteros (frutas, trozos de carne, papas y otros) y no solo líquidos y alimentos para bebés?

¿Cómo es la dieta del niño? ¿Ha aceptado bien o está aceptando la transición de la lactancia materna a la inclusión de alimentos variados? Se observa o se pregunta sobre la preparación de la comida y cómo se le da al niño. Se averigua si los alimentos se procesan en licuadora o no. Se pregunta qué tipo de comida se administra y si es líquida o en trozos. Si está comiendo frutas, trozos de carne, papas u otros alimentos, se marca "presente". Si solo toma leche, sopa o alimentos batidos, se marca "ausente".

Período de 12 a 17 meses y 29 días:

23. ¿Alterna la madre momentos de dedicación al niño con otros intereses?

En este rango, buscamos saber si la madre realiza otras actividades además de cuidar al bebé. Si puede organizarse para cuidar al bebé, cuidar la casa, prestar atención a su pareja, estudiar, trabajar, etc., se marca "presente". Si la madre solo cuida al niño, se marca "ausente".

24. ¿El niño maneja bien las breves ausencias de la madre y responde a las ausencias prolongadas?

Se pregunta a la madre a dónde va y por cuánto tiempo cuando se queda ausente rápidamente. Luego se pregunta cómo responde el niño: ¿llora o se queda tranquilo?

Si el niño está tranquilo en las ausencias cortas, pero le afectan las más prolongadas, se marca "presente". Si el niño no puede manejar ausencias cortas o es indiferente a las ausencias prolongadas se marca "ausente".

25. ¿Ofrece la madre juguetes como alternativas al interés del niño en el cuerpo de la madre?

Este indicador explora si la madre pone límites cuando el niño quiere tocar su cuerpo (colocando su mano dentro de su camisa, atrapando su cabello una y otra vez). Si la madre está disgustada y propone una alternativa, como ofrecer objetos de interés para el niño (sus aretes, collar, pulsera, reloj), se marca "presente". Si la madre deja que el niño tome partes del cuerpo de ella (madre) sin establecer límites, se marca "ausente".

26. ¿La madre ya no se siente obligada a satisfacer todo lo que el niño pide?

Se observa si la madre percibe y comprende las solicitudes del niño sin sentirse obligada a cumplir todos sus deseos. Cuando la madre impone límites al niño, puede tener reacciones de confrontación, como manipular los objetos de otras personas, objetos peligrosos o romper objetos fácilmente. Si la madre puede apoyar la prohibición diciendo: "no lo hagas", "esto no se puede", "eso no es tuyo", se marca "presente". Si la madre siente que necesita hacer todo lo que el niño le pide, se marca "ausente".

27. ¿Mira el niño con curiosidad lo que le importa a la madre?

Si el niño está al tanto de situaciones y objetos de interés para la madre -acompañándola cuando está hablando con alguien, cuando toma su cartera, cuando muestra que quiere participar- entonces se marca "presente". Si parece indiferente a los intereses de su madre, se marca "ausente".

28. ¿Al niño le gusta jugar con los objetos utilizados por la madre y el padre?

Si esto no se observa o no aparece espontáneamente, se pregunta a la madre si el niño se interesa por objetos domésticos como llaves, ropa, zapatos, teléfono, sartenes, etc. Si el niño no se satisface solamente con juguetes, porque ya reconoce cuáles son los objetos que despiertan el interés de los adultos y quiere esos objetos y los busca, se marca "presente". Si no le importan los objetos de sus padres, se marca "ausente".

29. ¿Comienza la madre a pedirle al niño que nombre lo que quiere, y no se contenta solo con sus gestos?

Se observa si cuando el niño quiere algo, llora, señala, grita o usa el habla, se acompaña o no con gestos. Si la madre lo alienta a decir lo que quiere, se marca "presente". Si la madre pronto adivina lo que quiere, o si ofrece objetos sin pedirle al niño que hable, se marca "ausente". Si esto no aparece espontáneamente se les pregunta a los adultos si lo mismo sucede en la casa.

30. ¿Los padres establecen pequeñas reglas de comportamiento para el niño?

En esta etapa, se espera que aparezcan órdenes simples y prohibiciones dirigidas al niño. Si los padres comienzan a decirle cómo debe comportarse en algunas situaciones,

se marca "presente". Si el niño puede hacer lo que quiera y los padres lo permiten, se marca "ausente".

31. ¿El niño diferencia objetos maternos, paternos y propios?

Si el niño se ha interesado en el objeto de otra persona, se le puede preguntar: "¿De quién es?" Y observar la respuesta. Este indicador también se puede obtener en una conversación con los padres. Si el niño entrega los objetos a sus dueños (madre, padre, profesional de la salud) o dice quiénes son, señalando o mirando a la persona (papá, mamá, bebé), se marca "presente". Si no sabe de quién son los objetos, se marca "ausente".

¿Qué hacer cuando se considera que un bebé tiene señales tempranas de problemas de desarrollo?

Hable con los padres sobre los indicadores que llevaron a considerar la existencia de señales de problemas de desarrollo. Si es posible, aclare con los padres cuál puede ser su ansiedad. Vuelva a consultar con la familia y vea si la situación se mantiene o no. Si cree que es necesario, busque un profesional de la salud con experiencia en el tema del desarrollo relacionado con fenómenos vinculares y discuta el caso. Quizás puedan trabajar juntos en torno a la cuestión que ha surgido.

Otros estudios hechos con IRDI

En un estudio de seguimiento (follow-up) (Paolo et al., 2015) hecho con una sub-muestra de la población del estudio anterior, se investigó la asociación entre los resultados del IRDI aplicado hasta los 18 meses y los resultados de calidad de vida a los 6 años, cuando utilizamos el Cuestionario de Salud Infantil - CHQ-50 (Langraf, Abetz & Ware, 1999), que tiene dos sub-rangos, uno con respecto a condiciones psicosociales y otro, a aspectos físicos. El estudio ha sido a ciegas, lo que quiere decir que la persona que evaluó a los niños a la edad de 6 años no conocía los resultados obtenidos en el período de 0 a 18 meses.

Los resultados mostraron que los niños, que entre 0 a 18 meses presentaron dos o más indicadores ausentes, han tenido una mayor probabilidad, estadísticamente significativa (valor de $p = 0,049$), de presentar calidad de vida empobrecida desde la perspectiva psicosocial a los 6 años.

El psicoanálisis trabaja con la idea de que la calidad del vínculo que se establece entre el bebé y sus cuidadores tiene fuerte impacto en la vida mental a posteriori. Esta noción se ha mantenido siempre en el ámbito clínico, con los adultos al principio y con niños y bebés luego.

Los resultados de los dos estudios mencionados son ejemplos de generalización y expansión a escala grupal de ideas psicoanalíticas acerca de los efectos de la calidad del vínculo que se establece entre los bebés y sus cuidadores.

En un estudio posterior realizado en colaboración entre la Universidad de San Pablo y las Universidades de Pisa y de París 6 (Lerner, 2011), se aplicaron ítems de IRDI a

ciegas, es decir, sin saber a qué grupo pertenecía cada sujeto, y se incluyeron en una base de datos que contiene los videos caseros de bebés de hasta 18 meses de vida, divididos en 3 grupos de acuerdo con el diagnóstico recibido a los 4 años: autismo, retraso mental y de desarrollo típico. Los videos caseros de bebés de hasta 18 meses de vida eran obtenidos por los investigadores italianos cuando las familias recurrían a los servicios de atención a la edad promedio de 4 años. Las investigaciones en niños con autismo utilizan dos grupos de control: uno con niños con retraso mental sin autismo y otro con niños con desarrollo típico. Esto ocurre porque a menudo los niños con autismo tienen también retraso mental y es importante diferenciar las características que se deben al autismo de las que se deben al retraso mental. Las características presentes **solo** en el grupo de niños con autismo y no en los otros dos grupos pueden entonces ser atribuidas al autismo propiamente dicho.

Algunos ítems del IRDI han tenido capacidad significativa para diferenciar a los bebés con autismo de los otros, con retraso mental y con desarrollo típico.

Otro estudio (Campana, Lerner, & David, 2015) evaluó a otro grupo de bebés con un instrumento con especificidad para detectar señales asociadas con el autismo, Modified Checklist for Autism in Toddlers - MCHAT. Se formaron dos subgrupos: uno con los bebés con señales asociadas con el autismo y otros sin tales señales. Los bebés de ambos subgrupos fueron entonces evaluados a ciegas con el IRDI, sin conocimiento previo por parte del investigador del subgrupo al que pertenecía cada bebé.

Los resultados evidenciaron que:

1. Todos los bebés con hasta 2 ítems "ausente" del IRDI fueron considerados libres de señales asociadas con autismo según el MCHAT.
2. Todos los bebés que tuvieron ocho o más ítems del IRDI "ausente" tenían señales asociadas con el autismo según el MCHAT.
3. Los bebés que tuvieron mayores cantidades de señales asociadas con el autismo según el MCHAT fueron los que tuvieron mayor número de ítems "ausente" del IRDI.

La interpretación de estos resultados puede ser la siguiente: cuanto mayor es la probabilidad de que un bebé progrese hacia un desarrollo autista, más posibilidad que presente sufrimiento psíquico en términos psicoanalíticos.

Además de los resultados de la investigaciones realizadas con videos caseros presentados anteriormente, existen evidencias de que el psicoanálisis, como un conocimiento dedicado al fenómeno psíquico, contribuye también a la comprensión de fenómenos del autismo y su ocurrencia en los bebés en escala grupal, sobre todo antes de la instalación plena del cuadro, lo que permite que las detecciones producidas por instrumentos aplicados a la población general posibiliten intervenciones que puedan deducir el avance hacia presentaciones más severas del autismo en el desarrollo.

Estudios basados en intervenciones utilizando el IRDI han sido conducidos en escala grupal. El estudio "Vulnerabilidad de padres y de bebés hermanos de niños con Trastorno del Espectro del Autismo: caracterización del vínculo y evaluación de un modelo piloto de intervención" ha sido financiado por la Fundación de Amparo a la Investigación de San Pablo - FAPESP y por la Asociación Psicoanalítica Internacional. Se sabe que

los hermanos de niños con autismo son más propensos a tener el mismo diagnóstico u otro trastorno del desarrollo en comparación con la población general. Por su parte, las madres de niños con autismo tienen una mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés que los padres de niños que no tienen autismo.

Esta investigación tuvo dos objetivos principales:

- a) evaluar las condiciones de salud mental de madres de niños con autismo, así como la calidad del vínculo con su bebé (de 2 hasta 26 meses) y el desarrollo de éste. Los resultados han sido comparados con los de díadas de familias en las cuales los niños mayores no tenían autismo (Durand et al., 2019).
- b) evaluar un modelo piloto de intervención orientado por ideas psicoanalíticas para mejorar el desarrollo de los hermanos de niños con autismo en el vínculo con sus padres. Madres y bebés han sido evaluados antes y después de la intervención, realizada por investigadores en los servicios donde se atiende a niños con autismo.

Se encontraron los siguientes resultados estadísticamente significativos en las díadas estudiadas: los bebés de hasta 12 meses cuyos hermanos mayores fueron diagnosticados con autismo, presentaron medias mayores (mean rank) en comportamientos de retraimiento (valor de $p = 0,003$) y mayor prevalencia de señales tempranas de dificultades de desarrollo (valor de $p = 0,025$) cuando se los comparó con los bebés hermanos de niños sin autismo; las madres de familias con niños con autismo presentaron medias mayores (mean rank) de humor depresivo (valor de $p = 0,008$) cuando se las comparó con las madres de niños sin autismo; las díadas de familias de niños con autismo presentaron medias mayores (mean rank) de constricción en las interacciones (valor de $p = 0,024$) cuando se las comparó con las díadas de niños sin autismo. Las madres de niños con autismo de entre 12 y 26 meses de edad presentaron medias mayores (mean rank) de intrusividad cuando se las comparó con las de niños sin autismo (valor de $p = 0,030$).

Consideraciones finales

Nuestro grupo de investigación utiliza el IRDI para entrenar la sensibilidad de profesionales dedicados a la primera infancia como enfermeros, profesionales de guardería y de jardines de infancia (Lerner et al., 2013). Hemos logrado que aumente el interés de la gente por los complejos procesos psíquicos que ocurren en el vínculo, enriqueciendo su conocimiento y su práctica profesional. Muchos de estos profesionales utilizan el IRDI para evaluar las díadas bebés/cuidadores. Otros lo utilizan también como un conjunto de directrices de intervenciones que se empiezan a hacer, dado que el instrumento invita a indagar con categorías que toman en cuenta el discurso de los adultos que relatan acerca del niño y su desarrollo.

Los psicoanalistas poco a poco empiezan a articular sus ideas con métodos epidemiológicos que confirman la posibilidad de generalización para grupos de personas, más que para individuos, destacando la fecunda contribución del Psicoanálisis para políticas públicas en escala poblacional.

Es una oportunidad para que psicoanalistas defiendan su trabajo contra la falsa idea de que el "Psicoanálisis no es basado en evidencia, mientras otros métodos psicológicos

lo son”, como desarrollamos en otra parte (Lerner, 2018). Además, es una forma de diseminación de la importancia del Psicoanálisis, de manera que gane respetabilidad en ámbitos académicos donde la ha perdido, como en escuelas de Medicina, y órganos gubernamentales.

Referencias

- Buss C., Entringer S., Wadhwa PD. (2013). Fetal programming of brain development: intrauterine stress and susceptibility to psychopathology. *Sci. Signal.* 5(245):pt.7.
- Campana, N., Lerner, R. & David, V. (2015). CDRI as an instrument to evaluate infants with development problems associated with autism. *Paidéia*, V. 25, pp. 85-93.
- Charman T., Baird G. (2002). Practitioner review: diagnosis of autism spectrum disorders in 2- and 3-year-old children. *J. Child Psychol. Psychiatry*; 43:289-305.
- Conti G., Heckman J. (2010). Understanding the early origins of the education-health gradient: a framework that can also be applied to analyze gene – environment interactions. *Perspectives on Psychological Science*, Sep.; 5(5):585-605.
- Dawson G., Rogers S., Munson J., Smith M., Winter J., Greenson J., Donaldson A., Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the early start Denver model. *Pediatrics*; 125(1): e 17-23.
- World Health Organization - Mental Health Atlas (2011). Department of Mental Health and Substance Abuse. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/bra_mh_profile.pdf?ua=1. Accedido en 05/01/2020.
- Durand, J., Batista, S., Paschoal, L., Canguero, L., Mamede, D., De Brito, T., Marques, M., David, V., Lerner, R. Case-contrast study about parent-infant interaction in a Brazilian sample of siblings of children with autism spectrum disorders. *Infant Mental Health Journal*, V. 01, p. 1-11, 2019.
- Heckman, J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*; V. 312 (5782):1900-2.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D. B., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M. M., Stellin, R. M. R., Pesaro, M. E., Lerner, R. (2009). Predictive value of risk signals for the child development: a psychoanalytical study. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*; V.6:48-68.
- Kupfer, M. C. M. , Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D. B., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M. M., Stellin, R. M. R., Pesaro, M. E., Lerner, R. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*;13(1):31-52.
- Landgraf, J. M., Abetz, L., Ware, J. E. (1999). Child health questionnaire (CHQ): a user's manual. Boston: Health Act.
- Lerner, R. (2011). Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia, San Pablo, Brasil, Universidade de São Paulo.
- Lerner, R. (2018). Trabajo de investigación com Psicoanálisis em escala grupal: basamento em evidencias y consecuencias políticas. En Fernando Martín Gómez; Jean Marc Tauszik (Org.).

- Psicoanálisis Latinoamericano Contemporáneo*. 1ed. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, V. 1, p. 45-.
- Lerner, R., Di Paolo, A. F., Campana, N., Morais, A. S., Tocchio, A., Resegue, R. (2013). Uma contribuição da Psicanálise para a Saúde Coletiva: Protocolo de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. *Revista Latino-americana de Psicoanálisis*, V. 1, p. 226-237.
- Lerner, R., Kupfer, M.C.M. (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: FAPESP/ Escuta.
- Lerner, R; Morais, A; Tocchio, A. (2016). O que observar na anamnese e consultas regulares: sinais de risco. In: Vera Ferrari Rego Barros (Org.). *A Saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica*. 1ed. São Paulo: Atheneu, p. 93-102.
- Mandell, D. S., Novak, M. M., Zubritsky, C. D. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 116(6):1480-6.
- Morais, A. S. (2013). Usos e apropriações de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil por agentes comunitários de saúde: uma experiência de formação. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Doi:10.11606/D.47.2013.tde-30072013-122005. Recuperado em 2020-01-05, de www.teses.usp.br
- Oliveira, J.A.A., Muniz Neto, F.J., Maia Pinto, F.J., Da Silva, M.G.C., Jorge, M.S.B. (2010). A transversalidade do conhecimento da saúde coletiva no currículo de medicina de uma escola médica pública: relevância das disciplinas na formação dos alunos. *Rev Bras Edu Méd*; 34(2):278-83.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial da saúde (2001). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponible en http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Accedido el 05/01/2020.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial da saúde (2008). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponible en http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf. Accedido el 05/01/2020.
- Paolo, A., Lerner, R., Escobar A.M.U., Kupfer, C., Rocha, P., Santos, L. (2015). Associação entre sinais de sofrimento psíquico até dezoito meses e rebaixamento da qualidade de vida aos seis anos de idade. *Psicologia USP*, V. 26, n. 3. Doi: 10.1590/0103-656420130043.
- Pilowsky, D.J., Wickramaratne, P.J., Rush, A.J., Hughes, C.W., Garber, J., Malloy, E., King, C.A., Cerda, G., Sood, A.B., Alpert, J.E., Wisniewski, S.R., Trivedi, M.H., Talati, A., Carlson, M.M., Liu, H.H., Fava, M., Weissman, M.M. (2006). Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study. *J Clin Psychiatry*, 67(1):126-36.
- Tocchio, A. B. (2013). Educação permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde a partir de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Doi:10.11606/D.47.2013.tde-30072013-120530. Recuperado em 2020-01-05, de www.teses.usp.br