

El capítulo traducido a continuación se encuentra en este texto, publicado en Brasil en 2012



Sección II: "DESARROLLO, FORMACIÓN DEL PSIQUISMO Y RIESGO PARA LOS TRASTORNOS MENTALES"

CAPÍTULO 07 **"LOS INFANTES DE 1 A 3 AÑOS"**

INVESTIGACIÓN MULTICÉNTRICA DE INDICADORES CLÍNICOS DE RIESGO PARA EL DESARROLLO INFANTIL¹

ALFREDO NESTOR JERUSALINSKY²

Al final del capítulo usted dispondrá de criterios para:

1 - utilizar recursos conceptuales y el instrumento de registro (en anexo) que le permitirá aplicar el protocolo IRDI con la finalidad de detectar riesgos psíquicos para el desarrollo en niños de cero a 18 meses de edad.³

2 – detectar riesgo psíquico en niños de tres años de edad a través de la presencia de los signos que denominamos *síntomas conclusivos*, precisamente porque estos son la expresión de condiciones psíquicas patogénicas.

INTRODUCCIÓN

El IRDI⁴ es un instrumento que fue construido con el objetivo de facilitar la detección, especialmente en la consulta pediátrica de acompañamiento del niño durante los primeros 18 meses de vida, de riesgo para su desarrollo psíquico, y sus resultados permitieron verificar que un conjunto determinado de 14 síntomas psíquicos, cuando se presentan durante el tercer y cuarto año de vida⁵, - independientemente de que se presenten en conjunto o individualmente - permiten concluir que ese niño se encuentra en riesgo psíquico estructural (por tal razón es que los denominamos *síntomas conclusivos*). (1)

La investigación que permitió su validación se desdobló en centros hospitalarios y de atención a la población urbana de las más diversas regiones del Brasil, de manera que esta moldeado (modelado ¿) de acuerdo con las características propias de las personas que acuden habitualmente a los hospitales públicos y a los puestos de salud. Su aplicación es rápida y totalmente compatible con la consulta pediátrica habitual, no requiriendo instrumental específico, sino solamente las hojas de registro que, incorporadas a la historia del paciente, permitirán, en las sucesivas consultas de seguimiento de la salud del niño, registrar la repetición de la ausencia de los indicadores de condiciones favorables para su desarrollo. La repetición de dos ausencias de indicadores durante los 18 meses en que el acompañamiento habitualmente ocurre, ausencias sucesivas correspondientes a los intervalos de edades en que se dividen cronológicamente los indicadores (o sea, no coincidentes en el mismo intervalo, pero sí en intervalos sucesivos) justifica la presunción de riesgo y la consecuente derivación (el consecuente direccionamiento) para orientación, estimulación y/o terapia en el área psicológica.

En el anexo de este Capítulo adjuntamos las planillas de registro en el campo epidemiológico, de los indicadores de riesgo, y una hoja general de registro de los niños que reciban la aplicación de este protocolo, de manera de facilitar el relevamiento de la proporción de la población infantil acompañada de este modo.

A continuación se ofrecen los fundamentos teóricos y conceptuales de este instrumento, y el desarrollo, descripción del campo de aplicación y los resultados de la investigación realizada durante nueve años, y también, en anexo, las tablas de registro para su aplicación en la práctica clínica habitual de la consulta pediátrica y/o de evaluación del desarrollo.

Consideraciones sobre Investigación y Psicoanálisis.

Si en un comienzo, la ciencia moderna apostó a una supuesta identidad entre lo visible y lo verdadero, hoy, la mayor parte de los conocimientos científicos que apoyan las tecnologías más avanzadas de nuestro tiempo, giran en torno de objetos no visibles, meramente deducibles. El hecho de que el psicoanálisis trabaje con objetos no visibles, estando más preocupado con la “falla de cálculo” que con los aciertos, no puede justificar la acusación de ser “no científico”. Si el psicoanálisis es una práctica fundamentada en una lógica, si define su objetivo (aun cuando lo haga por la negativa) y si articula operaciones de transformación y/o de cálculo (no numérico) del grado de indeterminación (recordemos que los matemáticos trabajan en el desarrollo de la lógica de las transformaciones de lo aleatorio), de hecho, el psicoanálisis está cumpliendo todas las condiciones fundamentales de lo que se llama ciencia. (2)

Por eso es legítimo que el Psicoanálisis, aun cuando se oriente por una metodología singular, diferente al común de las ciencias modernas, pueda también valerse de los instrumentos de prueba, control, verificación y cálculo que la ciencia contemporánea utiliza. Los descubrimientos ocurridos en las últimas décadas relativos a la neurotransmisión y la neuroplasticidad cerebral otorgaron un fundamento indiscutible a las tesis psicoanalíticas sobre el valor estructurante de las experiencias infantiles de los primeros tiempos de la vida.

Para Lacan, las experiencias infantiles se estructuran como inscripciones, ya que ellas tienen el valor de letras en un texto (el texto del romance familiar). He aquí la razón por la cual el inconsciente está estructurado como un lenguaje y, por que responde de modo tan sensible al campo de la palabra. (3)

El cerne de esta investigación registra si son cumplidos o no los intercambios entre la madre y el hijo, las transformaciones necesarias para la construcción de un sujeto capaz de desdoblar sus habilidades en relación con el mundo y sus semejantes. Ese es el trabajo. Ese es el trabajo que los

padres de un bebe realizan. Una investigación sobre indicadores de riesgo en el plano psíquico y en el desarrollo, precisa situar esos indicadores principalmente en el campo de la relación madre-hijo - campo en el que se opera la transmisión de las significaciones de los sujetos, de las personas y del mundo circundante, y en el cual el bebe precisará situarse como sujeto. (4)

El estudio

La Investigación Multicéntrica de Indicadores Clínicos de Riesgo para el Desarrollo Infantil, tratada aquí, se inició en 2000 con la constitución del Grupo Nacional de Pesquisa. Los 250 investigadores involucrados pretendían someter a la prueba de sensibilidad, un protocolo de Indicadores de Riesgo del Desarrollo Infantil, con la intención de enfatizar los aspectos psíquicos. Inicialmente fueron más de 40 indicadores, pero el protocolo experimental final fue compuesto por 31, que acompañan los primeros 18 meses de vida de un bebe. Dirigidos a cada momento del desarrollo del niño, fueron agrupados de acuerdo con las siguientes fajas de edad: de 0 a 4 meses, de 4 a 8 meses, de 8 a 12 meses y de 12 a 18 meses. Para garantizar la calidad de la investigación, los diferentes profesionales participantes recibieron entrenamientos específicos.

En términos de prevención es necesario anticipar que cualquier indicador relativo a la garantía de la salud mental y al desarrollo normal de un niño está sometido a las vicisitudes de la lógica de la imprevisibilidad de los acontecimientos histórico-sociales y familiares. Es importante hacer esta salvedad, porque se trata de una variable interviniente de fuerte incidencia en investigaciones como esta. La prevención es siempre una propuesta de realización futura, en que el nivel de eficacia está condicionado a una alta correlación causa-efecto relativa a los fenómenos, que se pretende evitar, anular o controlar. Por lo tanto, se espera que la operación sobre las causas haya provocado una segura y direccionada modificación de los efectos. (5)

La propuesta del estudio es que los Indicadores Clínicos de Riesgo para el Desarrollo Infantil (IRDI) – formulados a partir de la teoría psicoanalítica de orientación lacaniana⁶, winnicottiana⁷ y de la experiencia clínica – sean empleados por la pediatría, durante las consultas en los centros de salud, para detectar precozmente trastornos psíquicos del desarrollo infantil.

Presuposiciones para IRDIs

El desarrollo humano está siendo aquí concebido como el producto de una incidencia doble: de un lado, inciden los procesos madurativos de orden neurológico y genético, y de otro lado, los procesos de constitución del sujeto psíquico. Las investigaciones actuales tienden a privilegiar la dimensión neurológico-genética. En la investigación IRDI, se privilegió la articulación entre el desarrollo y el sujeto psíquico. (6)

Desde la perspectiva de referencia teórico- psicoanalítica aquí utilizada, el sujeto es una noción que no coincide con las nociones de yo o de personalidad. El sujeto es una instancia psíquica inconsciente que se construye desde el inicio de la vida de un niño, a partir de un campo social preexistente – la historia de un pueblo, de una familia, del deseo de los padres -, pero también a partir de los encuentros, de las interurrencias y de los acasos que incidan en la trayectoria singular del niño desde el campo de la cultura y del lenguaje, serán las llaves de significación en torno de las cuales el niño deberá construir para sí mismo un lugar único. De ese proceso, surgirá el sujeto psíquico, aquí concebido como un elemento organizador del desarrollo del niño en todas sus vertientes - física, psicomotora, cognitiva y psíquica. (Bernardino, 2007; Jerusalinsky, 1989; Kupfer, 2008). (7) (8)

La maduración, el crecimiento y especialmente el desarrollo dependen de procesos de formación de la vida psíquica o son extremadamente sensibles a ellos. Esos procesos de formación operan gobernados por los otros que rodean al niño y son los responsables de su cuidado y de su evolución.

Aunque único, el lugar de un sujeto depende de acciones generales que todo cuidador debe realizar en la primera infancia, y sin las cuales ese lugar corre el riesgo de no constituirse. Se parte de presuponer que tales acciones se dan en un campo general posible de ser definido o cercado en su grandes líneas. **(9)**

Los “problemas del desarrollo” son considerados aquí como de dos tipos. En el primero de ellos, los problemas del desarrollo señalan la presencia de dificultades subjetivas que afectan o inciden en el desarrollo del niño, pero no cuestionan la instalación del sujeto psíquico. Ejemplos de esos cuadros clínicos pueden ser: hiperactividad, problemas con reglas y leyes, enuresis, encopresis, inhibiciones psicomotoras, fabulaciones compulsivas, fobias, miedos nocturnos, etc.; el segundo tipo, también llamado: “problemas en la constitución del sujeto”, comprende las dificultades de desarrollo señaladoras de trabas en el proceso mismo de estructuración subjetiva. Indican síntomas más estructurales, señalando un riesgo de evolución en dirección a las psicopatologías graves de la infancia, tales como autismos, psicosis, psicopatología, cuadros de delirio, mutismos, agresión compulsiva, auto-agresiones, y, de un modo general, los actualmente denominados “disturbios globales del desarrollo”, cuya definición psiquiátrica se encuentra en el DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2005). **(10)**

El objetivo principal de la investigación IRDI fue verificar el poder de los indicadores para la detección precoz de problemas de desarrollo en la primera infancia. Además, la investigación objetivo: 1. Definir, seleccionar y validar indicadores para capacitar médicos de la red pública para identificación de los riesgos de problemas del desarrollo en la primera infancia; 2. Describir el perfil epidemiológico de los usuarios de la red pública de atención a la infancia, en relación a los indicadores clínicos de riesgo para problemas de desarrollo en la primera infancia; **(2) (3)**. Verificar la asociación de los indicadores clínicos de riesgo para problemas de desarrollo en la primera infancia con las características clínicas de niños atendidos en la red pública; y 4. Seleccionar indicadores de desarrollo psíquico para ser incluidos en la ficha de acompañamiento del desarrollo de los infantes de 0 a 5 años, propuesta por el “Ministério da Saúde”.

Cuestiones epidemiológicas

El uso de indicadores clínicos en las investigaciones del área de la salud ya ha sido consagrado, pero no es usual en las investigaciones de orientación psicoanalítica. Que el psicoanálisis y la ciencia moderna hayan ocupado polos opuestos en los territorios de la lógica y de la razón es, en gran medida, responsable por esa diferencia en el campo de la metodología clínica. Con todo, las más recientes investigaciones en neurobiología, en psicolingüística y en etiología han abierto puertas de reconexión de ambos saberes y han tornado el dialogo interdisciplinario prácticamente obligatorio. **(11)**

En lo que se refiere a los indicadores clínicos aportados por el psicoanálisis, es, sobre todo en el campo de la salud mental infantil que su uso puede encontrar una aplicación significativa. Como ya existen evidencias suficientes que demuestran la existencia de una morbilidad significativa de los problemas llamados emocionales, comportamentales, atrasos en el desarrollo, de las psicosis, del retardo mental y de la epilepsia en esa población, y como el psicoanálisis ha contribuido reconocidamente a la comprensión de las estructuras y de la lógica de los funcionamientos de esas patologías, ofreciendo, al mismo tiempo, dispositivos técnicos y formas de intervención que han

mejorado significativamente su cuadro de atención y la calidad de vida de los pacientes, se justifica ampliamente la producción de instrumentos clínicos fundamentados en esa práctica y en su teoría. (12)

La incidencia y la prevalencia epidemiológica de los trastornos del desarrollo y de los problemas mentales en la infancia son desconocidas en la mayoría de los países en desarrollo. Varios estudios epidemiológicos indican tasas de entre 9% y 16%. En Inglaterra, un estudio reciente reportó una tasa de 10% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia, investigando 10.500 familias (Meltzer et alii, 2000).

Diversos estudios revelan que los trastornos mentales en la infancia no son irrelevantes, pero reciben poca atención de las políticas públicas, lo que deja un gran número de niños sin asistencia adecuada. Tenemos otro agravante en el caso del registro de detección precoz de esos trastornos: aun cuando exista un consenso de que es más eficaz el tratamiento cuanto más temprano se produzca el abordaje terapéutico, son raros los lugares donde la clínica preventiva de estos problemas cuenta con instrumentos y recursos humanos adecuados para una detección y una intervención terapéutica específica precoz. (13) Mientras los pediatras carecen de instrumentos facilitadores para la detección clínica, tampoco existen servicios de estimulación y orientación temprana en la estructura hospitalaria.

Por esas razones, la creación de instrumentos con indicadores capaces de detectar, aun en la primera infancia, trastornos mentales, no solamente debe ser llevada adelante, sino que constituye un punto de gran responsabilidad para aquellos que, como nosotros, trabajan en el campo de la salud mental. (12)

Metodología

Se utilizó un diseño de corte transversal seguido por el estudio longitudinal. La muestra estuvo compuesta por 727 niños en las bandas etarias de 0 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos y 12 a 18 meses, randomicamente seleccionados entre aquellos que solicitaron las consultas pediátricas de rutina en 11 servicios de salud de nueve ciudades brasileras (Belém do Pará, Brasilia, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador y São Paulo). Los pediatras que aplicaron el protocolo IRDI fueron entrenados para ese fin.

Durante los exámenes de rutina, fueron anotados los indicadores clínicos (IRDIs) presente, ausente y no verificado. En esta investigación, es la ausencia de indicadores la que sugiere un riesgo para el desarrollo del niño. Así, los IRDIs, cuando presentes, son indicadores de desarrollo, y cuando ausentes, son indicadores de riesgo para el desarrollo. Al final de los 18 meses, 287 niños presentaron dos o más indicadores ausentes (considerados casos) y 440 presentaron uno o ningún indicador ausente (niños control). Dentro de los casos, fueron sorteados 183 (64%); de ellos, 158 completaron el estudio (pérdida de 13,7%). Dentro de los niños control, 132 (30%) fueron sorteados; de ellos, 122 (pérdida de 7,5%) completaron el estudio.

Al completar 3 años de edad, a los niños de esa sub-muestra se les hizo un diagnóstico psiquiátrico y uno psicoanalítico, por medio de dos protocolos creados para ese fin: la ruta para la Evaluación Psicoanalítica – AP3 – (1) y la ruta para la Evaluación Psiquiátrica. En el presente trabajo serán abordados solo los resultados obtenidos por medio de la evaluación psicoanalítica, estando los de la evaluación psiquiátrica destinados a un artículo a ser publicado en el futuro.

A partir de los resultados de la evaluación psicoanalítica fue montada una tabla de síntomas clínicos. Se definió enseguida el desenlace clínico de la investigación: a) la presencia o ausencia de problemas de desarrollo para el niño o, b) presencia o ausencia de riesgos para constitución del sujeto.

Por tratarse de instrumentos nuevos, se exponen a continuación los fundamentos teóricos que justifican la selección de los indicadores, de los ejes conceptuales y de los instrumentos de evaluación de los desenlaces clínicos utilizados en la investigación IRDI.

Hay cuatro ejes que balizan los procesos necesarios para la constitución de un sujeto. Esta investigación se sustenta en la hipótesis de que la ausencia de ellos apunta problemas en la estructuración de esa condición subjetiva:

- ***Suponer un sujeto (SS)***: Se caracteriza como una anticipación, realizada por la madre o por el cuidador, de la presencia de un sujeto psíquico en el bebé, pero que aún no se encuentra realmente constituida. Tal constitución depende justamente de que ese sujeto sea inicialmente sostenido y anticipado pela madre (o por el cuidador). Esa anticipación causa gran placer al bebe, ya que ella viene acompañada de una manifestación de júbilo de la madre bajo la forma de palabras cargadas de una musicalidad placentera - en portugués llamada de “mamanhês” (Laznik, 2000) y en inglés, *mamie chat* - lo que hará que el bebé intente responder con lo que se espera de él. Al realizar esa tentativa, reeditaré el efecto de placer vivido por él cuándo ocurrió la anticipación materna –la mueca refleja traducida por la madre como una sonrisa pasará a ser propiamente una sonrisa al ocurrir inconsciente o voluntariamente utilizada para agrandar al otro o manifestar para ese otro su propio agrado. E precisamente de ese modo que la condición de sujeto – que no es innata - puede efectivamente construir-se. **(14)**
- ***Establecer la demanda del niño (ED)***: Comprende las primeras reacciones involuntarias e reflejas que el bebé presenta al nacer, tales como el llanto, la agitación, la succión de la propia lengua, que necesitan ser interpretadas por la madre como un pedido que el niño dirige a ella. Se puede decir que, por ejemplo, cuando la madre interpreta que al chupar la propia lengua su bebé esta pidiéndole que le dé de mamar, en verdad es la madre misma quien quiere darle el pecho a su hijo; es ella quien demanda de su hijo que él desee y, por ello, invierta su propia demanda transformándola en demanda del hijo. Ese proceso, totalmente inconsciente, conduce a la madre a reconocer en cada gesto insignificante de su hijo un signo de demanda dirigida a ella. Ese reconocimiento permitirá la construcción de una demanda – siempre incluida en una trama ambivalente de amor- de ese sujeto a todos con quienes vaya a relacionarse. El modo en que esa matriz venga instalarse (o no instalarse) durante los primeros tiempos de la vida estará en la base de toda la actividad posterior de inserción de ese sujeto en el campo de la lenguaje y de la relación con sus semejantes. **(15)**
- ***Alternar presencia–ausencia (PA)***: Se refiere a las acciones mínimas en las cuales la presencia materna se va transformando - por substitución - en la presencia/ausencia de un objeto real. Así, la madre presente evoca el objeto ausente, como el objeto presente evoca la madre ausente. La discontinuidad de la

satisfacción tanto cuanto la discontinuidad de la presencia materna son fundamentales para el surgimiento de las representaciones simbólicas que abren camino para la instalación del pequeño sujeto en la lengua. La ausencia materna intermitente marcará toda ausencia humana como un acontecimiento existencial, especialmente significativo, obligando al niño a crear un dispositivo subjetivo para su simbolización. Entre la demanda del niño y la experiencia de satisfacción proporcionada por la madre, es necesario que haya un intervalo en el cual podrá surgir la respuesta del niño, base para las respuestas o demandas futuras. Aún más, la discontinuidad, marcada por esa presencia/ausencia, es el fundamento estructural de la lengua en la medida en que para que exista la palabra tiene que romperse el enlace entre el “objeto causa” y la satisfacción, la palabra tiene que adquirir el poder de evocar la satisfacción en ausencia del objeto. En el lenguaje propiamente dicho es necesaria una separación entre la palabra y la cosa. (16)

- ***Función paterna (alterización) (FP):*** Se trata del registro que el niño adquiere progresivamente de la presencia de un orden de cosas que no dependen de la madre aunque ese orden pueda ser transmitido por ella. Ese lugar tercero es fácilmente atribuible a los papás ya que ellos se hacen presentes bajo la apariencia de un “intruso” que se entromete en el tejido de la pasión madre-hijo. Ese “orden tercero” toma para el niño, y también para la madre, la forma de reglas y normas que introducen la negativa. Es reconocido consensualmente el papel estructurador del “NO” en la vida, en el pensamiento y en la organización pulsional de los pequeños.⁸ Se entiende que la función paterna ocupa, para la dupla madre-bebé, el lugar de tercera instancia, fuertemente orientada por la dimensión social. Una madre que esté articulada a la función paterna tiene en cuenta, en su relación con el bebé, los parámetros que la cultura le propone para orientar esa relación, una vez que la función paterna es la encargada de transmitir esos parámetros. El ejercicio de la función paterna sobre la pareja madre-hijo podrá tener como efecto una separación simbólica entre ellos e impedirá a la madre considerar su hijo como un ‘objeto’ destinado únicamente a su propia satisfacción. Por lo tanto, depende de esa función la separación del hijo como sujeto singular y su diferenciación en relación al cuerpo y la voz materna. (14)

LOS 31 INDICADORES QUE FUERON TESTEADOS DURANTE LA INVESTIGACION

Edad en meses	Indicadores	Eje
	1- Cuando el niño llora o grita, la madre sabe que es lo que quiere.	SS/ED
	2- La madre habla con el niño en un estilo particularmente dirigido a él (mamanhês).	SS

0 a 4 incompletos	3- El niño reacciona al “mamanhês”.	ED
	4- La madre propone algo al niño y aguarda su reacción.	PA
	5- Hay intercambio de miradas entre el niño y la madre.	SS/PA
4 a 8 incompletos	6- El niño comienza a diferenciar el día de la noche.	ED/PA
	7- El niño utiliza señales diferentes para expresar sus diferentes necesidades.	ED
	8- El niño requiere a la madre y hace un intervalo para aguardar su respuesta.	ED/PA
	9- La madre habla con el niño dirigiéndole pequeñas frases.	SS/PA
	10- El niño reacciona (sonríe, vocaliza) cuando la madre u otra persona se está dirigiendo a él.	ED
	11- El niño procura activamente la mirada de la madre.	ED/PA
	12- La madre da soporte a las iniciativas del niño sin ahorrarle el esfuerzo.	SS/ED/PA
	13- El niño pide ayuda de otra persona sin quedar pasivo.	ED/FP
8 a 12 incompletos	14- La madre percibe que algunos pedidos del niño pueden ser solamente una forma de llamar su atención.	ED/SS
	15- Durante los cuidados corporales, el niño busca activamente juegos e intercambios amorosos con la madre.	ED
	16- El niño manifiesta gustar o no de alguna cosa.	ED
	17- Madre y niño comparten un lenguaje particular.	SS/PA
	18- El niño reconoce como extrañas a personas desconocidas para él.	FP
	19- El niño diferencia objetos predilectos.	ED
	20- El niño hace “gracias”.	ED
	21- El niño busca la mirada de aprobación del adulto.	ED
12 a 18 incompletos	22- El niño acepta alimentación semi-sólida, sólida y variada.	ED
	23- La madre alterna momentos de dedicación al niño con otros intereses.	ED/FP
	24- El niño soporta bien las breves ausencias de la madre y reacciona a las ausencias prolongadas.	ED/FP
	25- La madre ofrece juguetes como alternativas para el interés del niño por el cuerpo materno.	ED/FP
	26- La madre ya no se siente mas obligada a satisfacer todo lo que el niño pide.	FP
	27- El niño mira con curiosidad aquello que interesa a la madre.	SS/FP
	28- Al niño le gusta jugar con objetos usados por la madre y por el padre.	FP

	29- La madre comienza a pedir al niño que nombre lo que desea, sin contentarse sólo con gestos.	FP
	30- Los padres plantean pequeñas reglas de comportamiento para el niño.	FP
	31- El niño diferencia objetos maternos, paternos y propios.	FP

Resultados clínicos

Para permitir la correlación necesaria para el estudio fue desarrollado un instrumento llamado AP3 (Evaluación Psicoanalítica a los 3 años de edad). A partir de los resultados obtenidos en su aplicación, se determinaron los dos tipos de desenlace clínico de la investigación:

- a) **Presencia o ausencia de problemas de desarrollo**, o sea, existencia de dificultades de orden psíquico que están interfiriendo en el desarrollo del niño;
- b) **Presencia de riesgo psíquico**, o sea, trabas en el proceso de constitución del sujeto, señalando riesgo de evolución en dirección a las psicopatologías graves de la infancia. Siendo los síntomas clínicos conclusivos relacionados con riesgo psíquico los siguientes:
 1. manipulación mecánica de los juguetes;
 2. actividades o movimientos repetitivos;
 3. ausencia del hacer-de-cuenta;
 4. recusa de alimentación sólida;
 5. imposibilidad de soportar la mirada del otro;
 6. autoagresión;
 7. recusa de la presencia del tercero;
 8. recusa del no;
 9. sumisión excesiva a la ley;
 10. ausencia de los pronombres personales;
 11. repetición ecolalica;
 12. lenguaje incomprensible sin búsqueda de la interlocución;
 13. uso de la tercera persona para referirse a sí mismo;
 14. no formula frases

En la medida en que estos síntomas aparecieron invariablemente asociados a configuraciones psíquicas que evidenciaban importantes dificultades del niño en su relación con su entorno, cada uno de ellos, *per se*, se tornó indicativo de riesgo psíquico grave. **(17) (18)**

Resultados estadísticos

Con base en los resultados obtenidos en la AP3, se procedió el análisis de evaluación del IRDI para predicción del riesgo de problemas de desarrollo, estableciendo los respectivos riesgos relativos, con cálculo de intervalos de confianza del 95%. Este análisis de validación fue hecho de dos formas: una, considerando el instrumento como un todo y la otra, tomando cada uno de los 31 indicadores aisladamente.

Fueron extraídos conjuntos de indicadores (Factores) en cada período, por medio de un Análisis de Componentes Principales (ACP)⁹ y, posteriormente fueron estudiados según su capacidad predictiva de riesgo psíquico y de problemas del desarrollo. Para ser considerado caso, el niño debería tener por lo menos un indicador ausente entre aquellos que forman parte del factor o bien dos indicadores ausentes.

Las matrices de correlación conteniendo las respuestas a las cuestiones de cada período de evaluación, fueron utilizadas para la ACP. Para la determinación del número de factores de la ACP fue utilizado el criterio de mantener los factores correspondientes a los “eigenvalues” de la matriz mayores que la unidad. Después de encontradas las matrices de cargas factoriales, fue utilizado el método de rotación Varimax. La matriz de cargas factoriales rodadas fue utilizada para la interpretación de los factores, y fueron consideradas solamente las que tuvieron valores arriba de 0,40.

El análisis estadístico apuntó que el IRDI, como un todo, tiene una capacidad mayor de predecir problemas de desarrollo que de predecir el riesgo psíquico. Mas allá de eso, señaló algunos indicadores, aisladamente o en grupos, con capacidad de predicción de riesgo psíquico o de problemas de desarrollo, presentados en la tabla que sigue abajo.

Análisis predictivo de los casos identificados en IRDI (de los indicadores ausentes hasta 18 meses) que pueden indicar riesgo psíquico o problemas de desarrollo a los 3 años de edad.

Proporción de positivos IRDI corte ½ indicadores actuales			
Evaluación	Casos	Controles	Total
clínica			
psicoanalítica			

Riesgo Psíquico	19%	11,5 %	16,1%
Problemas de desarrollo	70,3%	57,4%	64,6%
Total	158	122	280

La tabla siguiente presenta los cuatro indicadores que tuvieron capacidad de predicción de riesgo psíquico, estadísticamente significativa. Presenta, aun, dos indicadores que muestran capacidad de predicción de riesgo psíquico y también de problemas de desarrollo.

LOS 4 INDICADORES CUYA AUSÈNCIA, UNO A UNO INDICA *RIESGO*

Indicador	Riesgo relativo	Intervalo de confianza 95%
Riesgo psíquico		
7. El niño utiliza señales diferentes para expresar sus diferentes necesidades	3,46	1,19 – 10,07
18. El niño manifiesta extrañamiento ante personas desconocidas para el	2,93	1,049 – 5,73
22. El niño acepta alimentación semi-sólida, sólida y variada	3,75	1,37 – 10,28
30. Los padres plantean pequeñas reglas de comportamiento para el niño	4,19	1,74 – 10,06
Problemas de desarrollo y problemas psíquicos		
24. El niño soporta bien las breves ausencias de la	2,83	1,26 – 6,35

madre y reacciona a las prolongadas		
26. La madre ya no se siente mas obligada a satisfacer todo que el niño le pide	3,01	1,11 – 8,14

Los siguientes conjuntos de indicadores, después del análisis estadístico factorial, tuvieron correlación significativa para predecir riesgo psíquico:

- en la banda de edad de 0 a 4 meses; los cinco indicadores forman un solo factor, que es significativo para predecir riesgos psíquicos;
- en la banda de 4 a 8 meses: hay un factor formado por los indicadores 6, 7, 8 y 9 que es significativo para predecir riesgo psíquico;
- en la banda de 8 a 12 meses: hay un factor formado por los indicadores 16 y 22 que es significativo para predecir riesgo psíquico;
- en la banda de 12 a 18 meses; hay un factor formado por los indicadores 23, 24, 26 y 30 que es significativo para predecir riesgo psíquico y también para predecir riesgo para el desarrollo.

La investigación IRDI tuvo también los objetivos de describir el perfil epidemiológico de los usuarios de la red pública de atención al niño, en relación a los IRDIs, y verificar la posible asociación con las características clínicas de niños atendidos en esa red. Los resultados mostraron que no hay asociación entre características clínicas específicas de los niños atendidos en la red pública y riesgo psíquico.

A partir de esos resultados fue construido un nuevo IRDI, en el cual figuran los 15 indicadores de poder predictivo para riesgo psíquico.

NUEVO IRDI CON LOS 15 INDICADORES VALIDADOS

Edad en meses	Indicadores
0 a 4 incompletos	1- Cuando el niño llora o grita, la madre sabe lo que quiere.
	2- La madre habla con el niño en un estilo particularmente dirigido a el (“mamanhês”).
	3- El niño reacciona al mamanhês.
	4- La madre propone algo al niño y aguarda su reacción.

	5- Hay cambio de miradas entre el niño y la madre.
4 a 8 incompletos	6- El niño comienza a diferenciar el día de la noche.
	7- El niño utiliza señales diferentes para expresar sus diferentes necesidades.
	8- El niño demanda a la madre y hace un intervalo para aguardar su respuesta.
8 a 12 incompletos	9- El niño demuestra gustar o no de alguna cosa.
	10- El niño manifiesta extrañamiento frente a personas desconocidas para él.
	11- El niño acepta alimentación semi-sólida, sólida y variada.
12 a 18 incompletos	12- La madre alterna momentos de dedicación al niño con otros intereses.
	13- El niño soporta bien las breves ausencias de la madre y reacciona a las ausencias prolongadas.
	14- La madre ya no se siente mas obligada a satisfacer todo lo que el niño le pide.
	15- Los padres plantean pequeñas reglas de comportamiento para el niño.

Consideraciones finales

A reiterada verificação clinica e os desdoblamientos teóricos especialmente ocurridos durante os últimos 100 anos demuestran que, em el ser humano, el equipamento constitucional biológico no es suficiente para garantizar un adecuado desarrollo y una estructuración psíquica normal. Se requiere, para eso, una intervención activa de los padres o cuidadores de los niños direccionada a determinar posiciones, significações, llenar lugares originariamente vacíos de conductas adaptativas, configurar normas... Em suma, construir una matriz de funcionamiento y diferenciación de objetos y personas, de un interior y un exterior, de una objetividad y una subjetividad, imprescindibles para la organização de la vida de cada individuo. **(19)** Esa estrutura, que el psicoanálisis ha nombrado, de modo preciso, como ‘sujeito’, no viene previamente establecida, sino que es el producto de una laboriosa construção psicológica y una compleja transmisión psíquica. El psicoanálisis ha descubierto gran parte de los fundamentos lógicos de esas operaciones de transmissão. **(20)** Por eso, se há constituido en una herramienta sensible para detectar si esas operaciones se estan llevando a cabo o no, y si estan configurándose de la manera necesaria para la estructuración de ese sujeito.

En continuidad con la orientación psicoanalítica de la investigación, los indicadores son enunciados de forma positiva, o sea, como registro de que las operaciones de construcción de un sujeito vienen siendo cumplidas y que es su ausencia

lo que introduce el riesgo para el niño (evítanse con eso algunos riesgos de crear falsas epidemias o provocar innecesaria medicalización). Lo que implica reconocer anticipadamente que, a pesar de que en el plano orgánico puedan estar constituidas las correspondientes condiciones de posibilidad, ello no conduce por sí solo a las formaciones necesarias para una vida independiente, organizada y adaptada al mundo circundante, en el caso de los seres humanos.

De hecho, los recientes descubrimientos sobre a neuroplasticidad confirman plenamente ese punto de vista, sustentado por el psicoanálisis desde 1895. En suma, es necesario leer os indicadores de nuestro protocolo de registro de riesgo, a ser utilizado durante la consulta de acompañamiento habitual del lactante, del siguiente modo: si el indicador está presente, no hay riesgo, porque eso indica que el desarrollo y la estructuración psíquica están caminando en la dirección cierta; si el indicador está ausente, eso indica riesgo porque significa que algunas de las operaciones necesarias para la estructuración psíquica y para la instalación de lo que denominamos “funciones imaginarias del yo” (funciones instrumentales propias del desarrollo) no están siendo realizadas. **(21)**

Ante todas estas consideraciones y resultados, el instrumento producido se presenta como un todo con valor predictivo para los problemas de desarrollo, pero no en la misma proporción para la predicción de riesgo psíquico. Ou seja, el protocolo IRDI tiene aptitud plena para indicar que un niño está en riesgo de presentar problemas de desarrollo, pero no apunta con la misma precisión una tendencia a configurar, a los 3 años, trastornos psíquicos graves. Recordamos para el lector nuevamente la diferencia entre ‘estructura psíquica’ y ‘desarrollo’, aunque el instrumento que aquí presentamos mide sí, con toda la precisión necesaria a una predicción de probabilidad razonable, de riesgo que perturbaciones psíquicas pueden causar al desarrollo. Es por eso que esta investigación focaliza la relación madre-hijo y las expresiones que, en el desarrollo, las variantes de esa relação vinieren a causar.

Ya fue dicho al inicio de este trabajo, que la definición de “problemas de desarrollo” utilizada en la presente investigación se refiere a aquellos cuadros clínicos que afectan al niño en la organización de sus funciones o de sus habilidades instrumentales, señalando – en este caso - la presencia de dificultades subjetivas. Desde esa perspectiva, el valor del instrumento IRDI reside en permitir la localización a tiempo de problemas que, una vez detectados y adecuadamente tratados, permitan al niño un proceso de desarrollo más rico y creativo, con mucho menos sufrimiento. **(22) (23)**

La investigación multicêntrica de indicadores clínicos de riesgo para el desarrollo está disponible en el site: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=MSC0000000072005000100007&lngnrm=abn

Mais resultados podem ser consultados nas seguintes publicações:

- Kupfer MCM. (coord.). Relatório científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto Temático FAPESP nº 2003/09687-7. São Paulo: FAPESP/Escuta, 2008.
-

Referencias bibliográficas

1. Jerusalinsky, A. Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Criança de três Anos (AP3). In: Lerner R, Kupfer MC. Psicanálise com crianças: clinica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008
2. Almeida Filho N. Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
3. Lacan, J. La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. In Lectura Estructuralista de Freud (em edições posteriores titulado “Escritos I”). México: Siglo XXI editores. 1971.
4. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: imago, 1975.
5. Pereira MEC. O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: encontros e desencontros. Em Quinet A. (org.). Psicanálise e psiquiatria – controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: rios Ambiciosos, 2001. p. 55-68.
6. Jerusalinsky A. Psicanálise e desenvolvimento infantil. Porto Alegre; Artes Medicas, 1989. Psicanálise e desenvolvimento infantil. 5ª Ed., corrigida e ampliada. Porto Alegre: editora Artes e Ofícios, 2007.
7. Freud S. Três ensaios para uma teoria sexual. O.C. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1948
8. Jerusalinsky J. Enquanto o futuro não vem. Salvador; Ágalma, 2002.
9. Bernardino A criança como mestre do gozo da família atual – desdobramento da Pesquisa Multicêntrica de indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil. Revista mal-estar e Subjetividade, Vol. VIII 3.
10. American Psychiatric Assotiation – DSM IV – Porto Alegre: Artmed, 1998.
11. Vieira MA. Dando nome aos bois: sobre o diagnóstico na psicanálise. In: Figueiredo AC. (org.). Psicanálise – pesquisa e clinica. Rio de Janeiro: Edições Ipub-cuca, 2001. p. 1719.
12. Soulé M. une ardente obligation: la prévention précoce. In: Dugnat M. (org.). Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Ramoville Sait-agne: Érès, 2004.
13. Simon R. psicologia clinica preventiva; movos fundamentos. São Paulo, Vetorr, 1983.
14. Jerusalinsky, A. Saber falar; como se adquire a língua. Porto Alegre: Editora Vozes, 2008.
15. Lacan, J.. O seminário; livro 4. a relação de objeto. Rio de janeiro: Jorge Zahar.
16. Jerusalinsky, A. Psicanálise do Autismo. Porto Alegre; Artes medicas, 1984.

17. Pesaro ME, Degenszajn RD. O desenvolvimento psíquico da criança: a abordagem da psicanálise. In: Ana Maria EU, Sandra JFEG, Maria Helena V. (org.). A promoção da saúde na infância. Vol. 1. São Paulo: Editora Manole, 2007. p. 10-20.
18. Mazet P, Houzel D. Psychiatrie de l'enfant ET de l'adolescent. Paris: Molaine, 1996.
19. Lacan, J.. O seminário: livro 5. As formações do inconsciente. Rio de Janeiro; Jorge Zahar, 1999.
20. Lacan, J. _ . La signification Du phallus. Écrits. Paris: Éditions du Seuil, 1996.
21. Giannotti A., de Astis G. Nascimento e autismo: considerações sobre a relação psicótica precoce mãe – bebe. Revista Brasileira de psicanálise, 17: 201-20, 1983.
22. Garcia C. Saber e ciência: Psicanálise, saúde publica e saúde mental. Caderno Ipub, Vol. VIII:61-78, 2002.
23. Nikapota AD. Child psychiatry in developing countries. British Journal of Psychiatry, 158; 743-751, 1991.

BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA GENERAL.

- Bernardino LMF. O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição. São Paulo: Escuta, 2006.
- Bernardino, LMF, Vaz, Quadros. Análise da relação de educadoras com bebês em um centro de educação infantil a partir do protocolo IRDI. In: Lerner R, Kupfer MCM. Psicanálise com crianças: clinica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.
- Brunelle Y, Saucier A. Les indicateurs et le système de soins. Québec: Ministère de la Santé Et des Services Sociaux, 1999.
- Caderneta de saúde da criança. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.
- Carvalho AL, Silva LF, Grisi SJFE, Escobar AMU (2008).
- Costa-Rosa A. A escala diagnostica adaptativa operacionalizada (Edao): uma proposta de quantificação. Mudanças, Vol. 5, 7: 11-30, 1997.
- Dolfo F. a imagem inconsciente do corpo. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- Hanns L. Psicoterapias sob suspeita: a psicanálise di século XXI. In: Pacheco Filho RA, Coelho Junior N, Debieux Rosa M. (org.). Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000. p. 175-204.
- Kupfer MCM, Bernardino. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. [no prelo].
- Lacan J. - Nota sobre a criança. Outros Escritos. Rio de Janeiro; Jorge Zahar, 1969, 2003.
- Laznik MC. A voz da sereia; o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Ágalma, 2004.

- Mariotto RMM.. Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche no desenvolvimento e na subjetivção de bebes. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP, 2007.
- Meltzer, D., Exploración Del Autismo. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- Mezan R. interfaces da psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- Vários autores. Pesquisa Multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Revista Latino-Americana de Psicologia Fundamental, Vol. 6, 2: 7-25, 2003.
- Teperman D. clinica psicanalítica com bebes; uma intervenção a tempo. São Paulo; Casa do Psicólogo, 2005.
- Zero to Three. Diagnostic classification: 0-3. Washington: National Center for Infants, Todders and Families, 1994.

A CONTINUACIÓN SE INCLUYEN LOS GRADOS DE APLICACIÓN CON LOS 15 INDICADORES QUE RESULTARAN VALIDADOS POR LA INVESTIGACION Y QUE, ESTANDO AUSENTES DOS DE ESTOS EN CUALQUIER MOMENTO DE LOS PRIMEROS 18 MESES DE VIDA, DETECTAN RIESGO PARA EL DESARROLLO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSÍQUICO PARA ESE NIÑO.

PROYECTO INFANCIA - HOJA DE REGISTRO	Servicio :
---------------------------------------------	-------------------

Nombre completo del Niño:
(sin abreviación)

Fecha de Entrada:
____/____/____
(primera evaluación)

Número de Historia Clínica: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad : _____ meses

Sexo: _____
(1: masculino 2: femenino)

FECHA	Consulta	Principal Queja en la consulta

Edad gestacional : _____
semanas

Peso al nacer: _____ kg

Posición del niño en la familia :

Duración del amamantamiento :
_____ meses

Número de consultas pre - natal :

Edad materna : _____ años

APGAR: _____

Escolaridad Materna :

0 - analfabeta	7 - 7 años
1 - 1 año	8 - 8 años
2 - 2 años	9 - 9 años
3 - 3 años	10 - 10 años
4 - 4 años	11 - 11 años
5 - 5 años	12 - superior incompleto
6 - 6 años	13 - superior completo

PROYECTO INFANCIA: Indicadores clínicos de riesgo para el desarrollo infantil -
IRDI

**Nombre del
Profesional:** _____

Servicio: _____

Profesión: _____

HOJA DE APLICACIÓN O REGISTRO

Número de Historia Clínica :

Nombre del Niño:				Fecha de Nacimiento: / /	
Indicadores (0 a 4 meses incompletos)	Fecha de la Consulta _ / _ / _	Observaciones			
	Acompañante:	Acompañante:	Acompañante:	Acompañante:	
1- Cuando el niño llora o grita, la madre sabe lo que quiere.					
2- La madre habla con el niño en un estilo particularmente dirigido a ella (mamanés).					
3- El niño reacciona al mamamhês.					
4- La madre propone algo al niño y aguarda su reacción.					
5- Hay cambio de miradas entre el niño y la madre					

El profesional utilizará el siguiente código para registro en protocolo:

P = Indicador Presente

A = Indicador Ausente *En ese caso justificar la elección incluyendo nota en la columna “observaciones”.

NV = Indicador no verificado.

Indicadores (4 a 8 meses incompletos)	Fecha de la Consulta	Fecha de la Consulta	Fecha de la Consulta	Fecha de la Consulta	Observaciones
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
	Acompañante:	Acompañante :	Acompañante:	Acompañante:	
6- El niño comienza a diferenciar el día de la noche.					
7- El niño utiliza señales diferentes para expresar sus diferentes necesidades.					
8- El niño requiere a ta la madre y hace un intervalo para aguardar su respuesta.					

El profesional utilizará el siguiente código para registro en protocolo:

P = Indicador Presente

A = Indicador Ausente *En ese caso justificar la elección incluyendo nota en la columna “observaciones”.

NV = Indicador no verificado.

Indicadores (8 a 12 meses incompletos)	Fecha de la Consulta	Fecha de la Consulta	Fecha de la Consulta	Fecha de la Consulta	Observaciones
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	

	Acompañante:	Acompañante:	Acompañante:	Acompañante:	
9- El niño demuestra gustar o no de alguna cosa.					
10- El niño extraña personas desconocidas para ella.					
11- El niño acepta alimentación semi-sólida, sólida y variada.					

El profesional utilizará el siguiente código para registro en protocolo:

P = Indicador Presente

A = Indicador Ausente *En ese caso justificar a escolla incluyendo nota en la columna “observaciones”.

NV = Indicador no verificado.

Indicadores (12 a 18 meses)	Data de la Consulta	Data de Consulta	Data de Consulta	Data de Consulta	Observaciones
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
	Acompañante :	Acompañante:	Acompañante:	Acompañante:	
12- La madre alterna momentos de dedicación al niño con otros intereses.					

13- El niño soporta bien las breves ausencias de la madre y reacciona a las ausencias prolongadas.					
14- La madre ya no se siente mas obligada a satisfacer todo lo que el niño le pide.					
15- Los padres establecen pequeñas reglas de comportamiento para el niño					

El profesional utilizará el siguiente código para registro en protocolo:

P = Indicador Presente

A = Indicador Ausente *En eso caso justificar a escolla incluyendo nota en la columna “observaciones”.

NV = Indicador no verificado.

¹ La investigación en que se basa este texto fue financiada por el Ministerio de Salud brasileiro, por el “Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico” (CNPq) y por la Fundación de “Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo” (FAPESP), y su coordinación fue centralizada em el Instituto de Psicología de la USP (IPUSP).

² La investigación fue realizada por el GNP (“Grupo Nacional de Pesquisa”) grupo de expertos reunidos por la Profesora Maria Cristina Machado Kupfer, del IPUSP, quien ejerció la coordinación nacional, y conto con la coordinación científica del Dr. Alfredo Jerusalinsky. Para construir el protocolo de indicadores y conducir la investigación multicentrica en sus diferentes centros, el grupo fue constituído por la profesora Dra. Leda M Fischer Bernardino, de la PUC de Curitiba, por Paula Rocha y Elizabeth Cavalcante, del CPPL de Recife, Dr. Domingo Paulo Infante, del “Instituto da Criança do Hospital de Clínicas de São Paulo”, Dra. Lina G. Martins de Oliveira y profesora M. Cecília Casagrande, de São Paulo, profesora Daniele Wanderley de Salvador, profesora Lea M. Sales de la Universidad Federal de Pará, profesora Regina M. R. Stellin, de la UNIFOR de Fortaleza, Dra. Flávia Dutra de Brasília, profesor Dr Otávio Souza, de la Fundação O. Cruz RJ, y Silvia Molina de Porto Alegre.

³ Está apoyada en vertente del psicoanálisis que se basa en la lectura de los textos de S. Freud realizada por J. Lacan. Ver LACAN, J. (1965) *ÉCRITS*, Paris: Seuil. También en vertiente del psicoanálisis que se basa en las ideas y en las publicações de D.W. Winnicott. Ver Winnicott, D. W. (1994) *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. Véase SPITZ, R., *Sim e Não*, Buenos Aires: Editora Aguilar, 1968. También S. Freud había percebido la importancia de la negación en la lógica del lenguaje y de la estructuración psíquica, como puede leerse en su pequeño ensayo titulado, precisamente, “La Negación” (véase O.C. op. Cit.)

⁴ La investigación IRDI desarrolló un esquema de entrenamiento que consta de 3 reuniones de 2 horas cada una para permitir um mejor ajuste de la aplicación del protocolo y modos más confiables de elaboración de las conclusiones de su aplicación.

⁵ Esos 14 *Síntomas Conclusivos* forman parte del **AP3**, instrumento de evaluación psicoanalítica del niño com tres anos de edad que fue creado en fución de la necesidad de evaluar los niños de la investigación **IRDI** para establecer las correlaciones entre los indicadores clínicos de riesgo psíquico para el desarrollo registrados durante los primeros 18 meses de edad y la condición psíquica de esos mismos niños a los três años de edad.

⁶ Vertente da psicanálise que se baseia na leitura dos textos de S. Freud realizada por J. Lacan. Ver LACAN, J. (1965) *ÉCRITS*, Paris: Seuil.

⁷ Vertente da psicanálise que se baseia nas idéias e nas publicações de D.W. Winnicott. Ver Winnicott, D. W. (1994) *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

⁸ Veja-se SPITZ, R., *Sim e Não*, Buenos Aires: Editora Aguilar, 1968. Também S. Freud tinha percebido a importância da negação na lógica da linguagem e da estruturação psíquica, como pode-se ler no seu pequeno ensaio titulado precisamente “A Negativa” (veja-se O.C. op. Cit.)

INDICE REMISIVO

	Pg.
Riesgo	01
Riesgo psíquico	01
Pesquisa y psicoanálisis	02
Ciencia	02
Experiencias infantiles	02
Relación madre-hijo	02
Pesquisa multiscéntrica	03
Prevención	03
Desarrollo humano	03
Sujeto	03
Problemas de desarrollo	04
Perfil epidemiológico	04
Red publica	04
Epidemiologia	04
Morbilidad	04
Trastornos mentales en infancia	05
Clínica preventiva	05
Metodología	05
IRDIs	05
Evaluación psicoanalítica	05
Eje de la subjetividad	06
Demanda	06
Función paterna	06
Alteralidad	06
Desfecho clínico	08
Síntomas clínicos conclusivos	08
Matrices de correlación	09
Factores	10
Indicadores validos	10 /11
Neuroplasticidad	11

⁹ Análisis de los Componentes Principales (ACP): estudio de la interdependencia entre las variables investigadas