

# Depresión en la infancia. Una perspectiva psicoanalítica

por *Delfina Miller*

El término *depresión* no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto. La depresión no tiene, como veremos, el mismo contenido; representa una experiencia diferente según la edad. Es considerada por algunos como una *fase normal de la evolución* y por otros como un *fenómeno patológico*. Así se ha tratado de separar el *afecto depresivo* de la *enfermedad depresiva*, el *momento depresivo* de la *forma de ser depresiva*, las *fases depresivas* de los *procesos depresivos*. Intentaremos en esta breve exposición recorrer estos diferentes aspectos.

## **La autora**

*Docente de la Universidad Católica del Uruguay (encargada del curso Psicopatología Infantil y Entrevista, co-docente de Fundamentos en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicología Profunda). Coordinadora del posgrado en Psicología Infantil y del Adolescente de la Universidad Católica del Uruguay. Miembro fundador y socio habilitante y docente de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica. Miembro de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia (SPR). <mmiller@ucu.edu.uy>*

## **¿Podemos hablar de depresión en la infancia?**

Para hacerlo con propiedad deberemos, en primer lugar, precisar si hablamos de una *experiencia afectiva básica*, de importancia psicológica general, o de una *enfermedad* (síndrome regresivo clínico).

## Como experiencia afectiva básica

Entre los autores parece haber consenso en que los niños sufren este *afecto*, que en general aparece relacionado con elementos de desamparo, frustración, miseria o pérdida.

Se lo considera un afecto *básico*, que en todos los individuos deberá integrar la gama de reacciones y que en muchos podrá convertirse en el afecto de *alternativa*.

También se coincide en que, al igual que la angustia, se puede constituir en una *señal* relacionada con las posibilidades de pérdida de objeto.

Es decir que no solamente se considera que existe, sino que además es deseable, ya que, como se verá, resulta un afecto constitutivo de la personalidad.

## Como enfermedad

Es de utilidad diferenciar el *síntoma depresivo* (experiencia de tristeza, pérdida del interés o del placer, escasa responsabilidad...), el *síndrome depresivo* (síntomas de estado de ánimo negativo acompañados por ciertos trastornos somáticos, cognitivos o conductuales) y el *desorden depresivo* (persistencia del síndrome). No parecen estar en discusión los dos primeros, pero sí la existencia de un *desorden depresivo*.

Describamos entonces cuáles serían sus manifestaciones y veamos después las diferentes posturas al respecto.

Las *manifestaciones primarias* engloban el núcleo esencial de la perturbación depresiva: la tristeza, la insatisfacción, la ambivalencia, los sentimientos de disminución de fuerza, de energía y del interés por el mundo exterior, la desilusión, la anhedonia, el pesimismo, la apatía, la falta de alegría, el vacío y la inutilidad, la inhibición del yo y el descenso de la autoestima, el desamparo y la inhibición de funciones. En términos metapsicológicos la entenderíamos como un investimento libidinal menor de lo normal en la representación de sí mismo, agresión insuficientemente fundida con la libido y orientada hacia sí mismo, lo que interferiría con el desarrollo del yo.

Las *manifestaciones secundarias* surgen en respuesta a la defensa y a la restitución. Entre ellas se cuentan la búsqueda de nuevos objetos, la adhesión a personas, los intentos obsesivos de controlar el sí mismo y el entorno, la reversión de los afectos, los estados psicósomáticos equivalentes al afecto, el comportamiento antisocial (como negación del desamparo), el insomnio y otros trastornos del sueño, y una serie de respuestas, en apariencia interminables, que representan una disminución crucial de la autoestima: abnegación, vergüenza de sí mismo, odio de sí mismo, autohumillación, autosacrificio e inseguridad, o imposibilidad de aceptar ayuda.

Las *manifestaciones terciarias* implican una participación total de la personalidad, una regresión más completa y una profunda disminución del sentido de realidad.

Como regla general puede afirmarse que las manifestaciones primarias se presentan por sí solas en la etapa infantil; que tanto las primarias como las secundarias son evidentes durante la infancia; y que las manifestaciones primarias, secundarias y terciarias pueden observarse unas veces en conjunto y otras veces por separado a lo largo de la vida adulta.

Las depresiones de la infancia y de la madurez son, por consiguiente, bastante diferentes entre sí desde el punto de vista clínico, y las diferencias se basan tanto en aspectos descriptivos como dinámicos.

De todas formas, la posibilidad de la existencia de desorden depresivo en los niños, sobre todo en los más pequeños, sigue dando lugar a diferentes consideraciones:

1) Aún nos enfrentamos a quienes sostienen que la depresión, en el sentido de enfermedad depresiva, no existe en el niño pequeño por razones de orden estructural. Esta teoría es sustentada, por ejemplo, por Rochlin y Rie. Ambos psicoanalistas se basan en el concepto de que el niño pequeño no cuenta con un desarrollo emocional que le permita responder a la pérdida de objeto sin una sustitución inmediata.

Para ellos, los niños pequeños no serían capaces de dirigir la agresión contra sí mismos, así como tampoco tendrían una representación de sí lo suficientemente estable como para sufrir una herida en su propia autoestima, condiciones ambas imprescindibles para desarrollar una depresión. Carecerían aún de normas e ideales lo suficientemente introyectados para ello, y dependerían en gran medida de la presencia exterior de los padres. Esta falta de estructuración tendría como consecuencia una notable labilidad en los estados de ánimo del niño, que los llevaría sobre todo a movimientos de regresión fáciles y a la búsqueda rápida de sustitutos del objeto perdido.

Según Rochlin, la reacción ante la pérdida suscitaría "una galaxia altamente organizada de fenómenos psíquicos consecutivos", en el centro de los cuales se encontraría el temor al abandono.

2) Otra línea de pensamiento, seguida por Toolan y Glasser, sostiene que la depresión (enfermedad) en el adulto y en el niño serían diferentes: *manifiesta* en el adulto y *enmascarada* en el niño.

Las manifestaciones de una depresión enmascarada (equivalentes depresivos) abarcarían prácticamente todas las manifestaciones psicopatológicas de la infancia: trastornos de conducta, fracaso escolar, síntomas psicósomáticos, hiperactividad, delincuencia, imagen negativa de sí mismo, sensación de ser malo, trastornos de la agresividad, etcétera, por lo que el concepto de *depresión enmascarada* se vuelve muy complejo y de diagnóstico muy difícil.

3) Otra corriente de opinión, sustentada por Poznaxski, Carrison y Cantwell y también el DSM, considera que la depresión en el niño y en el adulto *son semejantes* y pueden ser diagnosticadas utilizando los mismos criterios, a saber: por lo menos dos semanas de un cambio permanente en el humor, manifestado por tristeza o irritabilidad y/o pérdida de interés y placer. Además debe haber cambios significativos en los patrones de sueño, apetito, peso, actividad, concentración, nivel de energía, autoestima y motivación. O sea: es necesario que haya un cambio y, además, que ese cambio interfiera en el funcionamiento global del niño.

De todas formas, hoy está aceptado que los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes tienen una prevalencia elevada y pueden ser de gravedad, ya que generan un deterioro importante en el funcionamiento psicológico. Por ejemplo, se estima que un 1-2% presenta un *trastorno depresivo mayor*, entre un 10 y un 14% padece *distimia*, y entre un 0,25 y 1,2% sufre de *trastorno bipolar*.

Nos preguntamos si estos trastornos infantiles se encuentran desde antiguo entre nosotros pero no habíamos tomado conciencia de ellos, o si se trata de algo nuevo y perturbador, que con las exigencias cada vez mayores hemos introducido en el infante humano.

## ¿Cómo llegan los niños deprimidos a la consulta?

Paradójicamente, estos niños no suelen ser llevados a la consulta psicológica por la evidencia directa de ánimo depresivo, sino porque resultan irritables, desafiantes, negativistas, con arrebatos emocionales intensos en casa o en la escuela, o con quejas físicas sin causa aparente (cefaleas, dolores de estómago...), o hiperactivos, impulsivos, agresivos. Además, en general niegan tener algún problema.

Es decir que ya desde el comienzo el diagnóstico se vuelve complejo. La presentación no corresponde habitualmente a la idea que las personas no especializadas tienen acerca de la depresión; en consecuencia, no consultan por ella.

De todas formas, se realiza un *diagnóstico clínico* en el que resultan capitales las entrevistas a los padres (entrevistas semiestructuradas en las que se recorre la historia familiar y del niño desde el punto de vista biológico, psicológico y social) y en especial al niño (entrevistas de juego). Pueden aplicarse también inventarios de personalidad bajo la forma de cuestionarios autoadministrados (por ejemplo, Children's Depression Inventory, Beck Depression Inventory, Weinberg Screening Affective Scales).

Se puede arribar entonces al diagnóstico de TDM (*trastorno depresivo mayor*) y a sus variaciones clínicas: *distimia* (DM), *trastorno depresivo no especificado* (NE), *depresión bipolar* o *reacción depresiva*. Cada uno de ellos presenta características específicas que podrán encontrarse en los manuales de psiquiatría infantil y que por razones de espacio no podemos incluir aquí.

## ¿Cómo considera el psicoanálisis la depresión infantil?

En el psicoanálisis, dos síndromes se disputaron durante algún tiempo el nombre de *depresión*. Debemos por lo menos mencionarlos para luego desarrollar lo que de ellos resulta pertinente para nuestro tema.

a) El clásico *síndrome de Abraham-Freud* tiene sus raíces en la teoría de los instintos, en el narcisismo primario y en el daño narcisista experimentado en la infancia, que daría lugar a la siguiente secuencia: pérdida de objeto amado, dolor moral, falta de interés en el mundo exterior como fuente de placer, pérdida de la estima de sí mismo, ataques contra el objeto internalizado con el consiguiente autorreproche, y regresión libidinal a la etapa oral-canibalística. Se produciría una identificación narcisista con el objeto perdido como forma de conservarlo (Freud: *Duelo y melancolía*). Abraham dice:

El paciente melancólico debe de reprimir la proposición: "No puedo amar al otro, yo lo odio", y la convierte en "Yo soy detestable, condenable, maldito". Ambivalencia del amor y del odio simultáneos, sadismo reprimido, proyectado y culpa con él asociada, e inhibición y pérdida a través de la expulsión anal. La finalidad sexual del melancólico permanecería en la incorporación pura y simple del objeto.

El narcisismo está representado tanto en su forma positiva (autoestima ilusoria) como negativa (odio a sí mismo ilusorio).

b) En el segundo síndrome, el enfoque de la *psicología del yo*, existe un marcado desplazamiento del énfasis desde la culpa y la represión de los instintos sádicos hacia los problemas del desarrollo del yo frustrado, en el cual el papel que corresponde a la oralidad y a la agresión, dirigidos hacia la interioridad del sí mismo, se lleva a cabo de una manera muy insuficiente.

Solo la *melancolía* puede entenderse en términos de la teoría clásica. La mayoría de las demás depresiones, que constituyen la parte más importante, presentan formas benignas, que se manifiestan tanto en los adultos como en los niños (en los cuales se diagnostican como *reactivas* o *neuróticas*) y requieren una teoría explicativa diferente. Se las puede comprender con facilidad en

función del segundo síndrome, cuya enunciación teórica más importante es la de Bibring.

Bibring insiste en que la depresión no está determinada por conflictos intersistémicos entre el yo, el ello, el superyó y el entorno, sino por tensiones dentro del propio yo, que denominaríamos, según la teoría de Hartman, *conflicto intrasistémico*. Afirma que es depresión "todo lo que paraliza o reduce la autoestima del yo sin cambiar las aspiraciones importantes desde un punto de vista narcisista".

Esta teoría reúne un buen número de ventajas especialmente adecuadas a la situación infantil. No hay nada en ella que impida considerar la depresión clínica como posible dentro de la infancia, ya que la inhibición del yo, la autoestima y el desamparo entran en la comprensión psicológica del niño. Todas las dificultades metapsicológicas asociadas con el manejo de la teoría clásica desempeñarían un papel periférico.

La depresión sería entonces un conflicto interno del yo que se relacionaría con el nivel psicosexual y estaría en correlación con las necesidades defensivas, el factor desencadenante y un conflicto central.

La autoestima es el núcleo central de la teoría de Bibring (lo mismo que de la de Jacobson) y su regulación es, por lo tanto, una cuestión crucial en la vida del individuo depresivo. En la infancia, el amor y la autoestima nunca se hallan muy alejados uno de otra. Como expresó Fenichel, "el niño pequeño pierde su autoestima cuando pierde el amor, y la reconquista cuando obtiene de nuevo el afecto". El ciclo de la psicología del yo descrito por Bibring, en el que las aspiraciones elevadas suscitan sentimientos de desamparo y desesperanza y, finalmente, ocasionan la depresión, es más fácil de concebir como episodio psicológico infantil que las complejas secuencias que exige la teoría clásica.

En el contexto de la autoestima, y también en relación con la experiencia del niño, Jacobson realiza una destacada contribución adicional relativa al factor *vergüenza* en el ciclo de la depresión. Para esta autora, una autoestima disminuida no está necesariamente basada en un conflicto del superyó; de ahí que la depresión pueda aparecer en ausencia de culpa (un punto acerca del cual ha habido muchas controversias), siempre que se den sentimientos de inferioridad o de vergüenza, que son también conflictos intrasistémicos. Con bastante frecuencia, ambos se dan al mismo tiempo, y en tales casos la vergüenza oculta la culpa.

Otro punto muy importante en relación con el sistema de la vergüenza es que puede aparecer en los niños pequeños antes de que se establezca el sistema del superyó. Los niños podrían entonces experimentar "depresión de vergüenza" como conflicto narcisista primitivo, antes de ser capaces de sentir "depresión de culpa". El ciclo de la autoestima disminuida, que culmina en la

depresión, debe incluir, por consiguiente, sentimientos de inferioridad, de vergüenza y de autoconciencia.

De todas formas, es importante considerar que la idea de base está referida a una pérdida que no tiene por qué corresponder a una pérdida real, sino a la interrelación de necesidades, deseos, afectos, objetos internos y externos.

Si consideramos la depresión, desde el punto de vista psicoanalítico, como la respuesta del yo frente a la pérdida de objeto, ésta sería muy precoz. Si, en cambio, nos atenemos al sentimiento de desvalorización, de pérdida de autoestima, sería mucho más tardía. Duelo y depresión están superpuestos en el primer caso, no en el segundo.

## La depresión en las diferentes etapas de la niñez

De acuerdo con las líneas de orientación trazadas, podría avanzarse un perfil diagnóstico que en muchos aspectos es diferente del de los adultos. Sin embargo, por lo que respecta a sus desarrollos precedentes y posteriores, posee suficiente similitud como para incluirlo en la misma clase dentro de una clasificación. Por otra parte, cabría esperar que cada etapa evolutiva aportase sus modalidades al resultado final. Vayamos entonces a esta consideración:

### Depresiones en la lactancia

Está ya suficientemente observado que desde etapas muy precoces los niños pueden presentar depresiones, tanto normales como patológicas.

Los *síntomas* serían: apatía, inhibición motriz, disminución de las conductas prosociales, retardo en el crecimiento, retardo en la adquisición de pautas madurativas, llanto difícil de calmar y, en ocasiones (*depresión anaclítica*), deterioro del estado general y muerte.

Se *asocia* en general a pérdidas de figuras de apego sin la aparición de un sustituto adecuado y a trastornos en la interacción madre-bebé.

Para estos estados se fueron suscitando diversas explicaciones, pero el psicoanálisis tiene un papel preponderante en su consideración.

En *Inhibición, síntoma y angustia* (1920), Freud observó que desde muy temprano el niño es capaz de sentir afectos muy fuertes y de diverso contenido. Se refería, por ejemplo, a la posibilidad de sentir angustia y reaccionar frente a ella. La angustia se produce cuando el niño queda solo, o en la oscuridad, o cuando percibe una persona extraña en lugar de la que habitualmente cuida de él. Estas tres circunstancias se resumirían en una sola: "la ausencia

percibida de la persona amada", que sería la que generaría en el niño un aumento de las tensiones internas, ante las cuales se sentiría impotente si había ya agotado el recurso de la imagen mnésica en forma de representación alucinatoria del objeto maternal que podría consolarlo. Sería ésta una angustia ante la pérdida y la separación que podría dar lugar al duelo y a la depresión en lactantes. Más tarde, la experiencia le enseñaría al niño que la persona amada permanece y reaparece, pero que es su disposición hacia él la que se modifica. A partir de entonces, la pérdida del amor de esa figura constituye el peligro temido, y la fuente de angustia frente a la que se hace un duelo o se cae en una depresión.

Aquí nos encontramos con uno de los orígenes que el psicoanálisis atribuye a la enfermedad depresiva.

Melanie Klein (1924), por su parte, habla de un "afecto depresivo" normal y deseable durante la lactancia. Describe con el nombre de "posición depresiva" aquella fase durante la cual el niño es capaz de reconocer el objeto en su conjunto. Este objeto, la madre, se vuelve para él la fuente tanto de lo bueno como de lo malo, lo cual lo lleva a sentir una gran dependencia frente a la cual se vive como impotente. La actitud del niño frente a este objeto se vuelve ambivalente y la angustia se centra en su temor a destruirlo (por efecto de sus pulsiones destructivas). Siente entonces aflicción por ese objeto perdido o destruido y culpa por creer que lo ha destruido él mismo. Este es para Klein el contenido del afecto depresivo durante la lactancia. Sería una fase normal, deseable y promotora de la independencia con respecto al objeto.

Spitz (1950) presenta el aspecto patológico del afecto depresivo. Lo conceptualiza a partir de comprobar los efectos en niños pequeños de una prolongada carencia de cuidados maternos durante su internación en instituciones. Él habla de la *depresión anaclítica*, que hace referencia a la ausencia de un personaje que cumpla de forma válida la función materna ante el niño. Se caracteriza por una primera fase de exacerbación de las angustias depresivas, tras lo cual sobreviene un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y un trastorno del desarrollo ponderal y general. Después de tres meses la motricidad disminuye, la actividad autoerótica desaparece progresivamente y se instala el insomnio. Tras una fase de resistencia, el niño entra en un estado de agotamiento que tiene consecuencias irreversibles. Este cuadro patológico de la primera edad está estrictamente ligado a la ausencia real de una madre y por ello es llamativamente reversible (al menos en sus primeros estadios) cuando el personaje vuelve junto al niño. La naturaleza reaccional de este cuadro lo opone a la depresión propiamente dicha en el adulto.

Winnicott (1970) también se refiere a una posición depresiva normal y la une al momento del destete, aunque prefiere llamar a este período "estadio de in-

quietud". Para él la depresión como estado clínico no es este estado de inquietud, sino que está marcado por una dificultad para superarlo en la cual seguramente confluyen su propia incapacidad y la carencia del ambiente.

Kreissler (1990) presenta la "depresión fría", equivalente de la "depresión esencial" caracterizada por Marty para los pacientes adultos. Con síntomas mucho menos notorios que la depresión franca, reviste gran importancia, ya que puede preparar trastornos somáticos benignos o graves en la edad adulta. Se caracteriza por una expresión de indiferencia y de carencia.

También hace especial referencia a las carencias en los cuidados maternos como promotoras de cuadros somáticos que muchas veces esconden una depresión. La sintomatología aparecería en el cuerpo ante la dificultad de esos niños (por sus propias carencias afectivas) de acceder a un adecuado conocimiento de su mundo interno, a un buen nivel de simbolización y elaboración de la conflictiva.

Así, nuevamente nos enfrentamos a la consideración de la depresión como enfermedad o como afecto básico y deseable.

## **Depresiones de la primera infancia**

A medida que los niños van creciendo, sus estados afectivos se vuelven más complejos y también sus interacciones con el ambiente. En esta etapa la depresión se *asocia* a eventos vitales estresantes y a una mayor frecuencia de abuso o negligencia de los cuidadores.

Sus *síntomas* serían: tristeza persistente, anhedonia, desesperanza, pesimismo, pasividad, disminución del rendimiento, aburrimiento frecuente, quejas físicas, dispersión atencional, irritabilidad, mal humor, trastornos del sueño o de la alimentación, robos, mentiras, fugas, ideas de muerte o intentos de autoeliminación.

Según Mahler, se trata de un estado que se origina durante el proceso de separación-individuación. Durante este periodo (próximo a los dos años) el niño se va volviendo más consciente de sí mismo y de sus padres, a los que puede considerar personas diferentes a él mismo y que ya no lo satisfacen en forma completa y permanente. Cuando el niño comienza a notar esos comportamientos que ya no le confirman su omnipotencia, su autoestima se resiente y se vuelve más susceptible de caer en estados depresivos. Cuando esto se fija como respuesta estable, el mundo pierde, junto con el yo, las valencias y el niño pierde interés en el mundo. Por lo general, al mismo tiempo, está enojado con sus padres, pero esta irritación no tiene por qué ser consciente. El niño con este talante parece estar falto de un sí mismo, es menos vital, menos receptivo. Es posible que se queje de que todo es aburrido, carente de interés y de que no hay nada que él pueda hacer.

Los criterios de Mahler para diagnosticar una reacción depresiva preedípica (que puede o no ser precursora de enfermedades depresivas posteriores) son: una predisposición a la tristeza y a la aflicción entremezcladas en la matriz del estado de ánimo en cierto modo abatido, carencia de espontaneidad y alegría, y un sentimiento de no ser amado ni digno de serlo.

Para esta autora, sólo después de la separación-individuación aparecen las estructuras y funciones del yo necesarias para que se presente cualquier manifestación que pueda tener semejanza con la depresión en la vida adulta.

## Depresiones en el período edípico

Se caracterizan por dificultades de contacto, angustia, inhibición, incertidumbre, agresividad, enuresis, insomnio, mutismo y onicofagia, miedos nocturnos, crisis de llanto, gritos.

Abraham fue el primero que apuntó la posibilidad de un prototipo infantil de melancolía que tiene su origen en graves contratiempos de la etapa edípica. Esta "paratimia primaria" se caracteriza por furia, resentimiento y resignación a los sentimientos de pérdida y abandono.

Jacobson reconoció que el desengaño era el precursor de la depresión. Ésta no parecía brotar de un poderoso superyó, sino de la debilidad de un yo desilusionado por la pérdida de confianza en la omnipotencia mágica de los padres.

Esta depresión primaria *se muestra* por medio de la desilusión, la tristeza, la apatía y una sensación de vacío, y representa una negación de todo lo que vale la pena tener en cuenta en el sí mismo y en el entorno. Sería la experiencia esencial de todas las depresiones posteriores.

El individuo vulnerable es proclive a mantener relaciones de objeto frágiles, basadas en la dependencia oral, y a proyectar de nuevo imágenes agrandadas del superyó y del ideal del yo sobre el entorno exterior. La historia de este tipo de personas es característica: frustraciones durante el período preedípico; mala crianza seguida de una atención materna deficiente; un comienzo precoz de la relación con el padre; decepciones edípicas por parte del padre y de la madre que propician que el niño se aleje de uno de ellos y se aproxime al otro, suscitando discordias entre ambos; una huida de los padres para sumirse en un retraimiento resentido y narcisista; y finalmente, la caída en enfermedades depresivas.

## Estados depresivos del niño al final de la latencia

La sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva (rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y de depresión); la cefalea es dominante como síntoma psicósomático.

Bernard Penot (1990), tras haber realizado una serie de estudios, sostiene que se trata aquí de "estados depresivos francos" de aparición más tardía. La inhibición ocupa el primer plano del cuadro clínico: inhibición gestual, mímica, verbal y mental bastante constante a lo largo del examen de estos niños. Parecen invadidos por una vivencia de impotencia y de desánimo profundo, a menudo acompañada de negativa a asistir a la escuela, que tratan de justificar con intentos de racionalización de carácter bastante indefinido. El entorno suele hablar de pereza y mala voluntad, y la escuela los considera indisciplinados y provocadores. También aquí, la existencia de dificultades del comportamiento en determinadas circunstancias confiere a la sintomatología de estas depresiones infantiles una apariencia heteróclita y desconcertante, que las distingue en apariencia de las depresiones graves del adulto.

Sin embargo, el sufrimiento moral es muy perceptible. Estos niños parecen encontrar una especie de alivio en la autoacusación y la autodepreciación, a pesar de no mostrar dificultades en los tests de inteligencia.

Nissen informa que, en su opinión, la sintomatología está determinada por la edad y el sexo. Demuestra que las niñas son en general más tranquilas e inhibidas, con tendencia a fluctuaciones del humor y a la rumiación, mientras que los varones se caracterizan por la dificultad de establecer contacto por la tendencia al aislamiento, que combinada con inhibiciones de aprendizaje e irritabilidad puede conducir a dificultades escolares y agresividad.

### ¿Cuál podría ser el origen de la depresión?

Más allá de todos estos desarrollos psicoanalíticos, debemos plantearnos aún esta pregunta, a la que se han dado diversas respuestas:

a) *Causas biológicas*: alteraciones en los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina).

b) *Causas familiares y sociales*: patrones negativos de pensamiento, funcionamientos familiares de riesgo, eventos vitales estresantes que representan pérdidas, hándicaps crónicos

c) Los investigadores psicoanalíticos (Abraham, Jacobson, Anthony) constatan una *vulnerabilidad a la depresión* en función de una "constitución instintual" que implica la naturaleza y la intensidad de la dotación de pulsiones y la presencia de "puntos de fijación" tempranos, conectados con determinadas

experiencias ambientales en las primeras etapas de la vida. Para Freud, entre los factores de predisposición se encuentran el incremento constitucional tanto de la ambivalencia como de la oralidad, la experiencia de la pérdida de objeto y una regresión al narcisismo. Klein señala un exceso constitucional de envidia oral-sádica.

Considerando todos los datos disponibles, parece fundada la tesis de que la personalidad depresiva procede de una predisposición motivada por factores genéticos y constitucionales y por determinadas experiencias de los primeros cinco años de vida, y también que la predisposición aumenta de manera constante durante este período con cada nueva etapa del desarrollo.

La predisposición comprende factores genético-constitucionales y una serie de depresiones prototípicas que afectan al lactante, al niño y al preescolar. Como resultado de algún acontecimiento o circunstancia desencadenante, se produce una reactivación de la depresión prototípica en la infancia, en la adolescencia y en la vida adulta, con grados de complejidad creciente.

Para algunos autores posee gran importancia el *componente endógeno* de estas depresiones y el papel desempeñado por los factores hereditarios.

Otros hablan de una *respuesta afectiva depresiva de base*, que puede ser de corta o larga duración, de intensidad más o menos variable.

Otro aspecto de la enfermedad infantil es su estrecha relación con la *situación familiar*. Así, se consideran defensorios la pérdida parental por separación, divorcio o muerte; el rechazo y el desprecio por parte de los padres; la falta de interés hacia el niño; la depresión parental; la exigencia familiar; el manejo no adecuado de la agresión y la hostilidad...

## Tratamiento

Para decidir el tratamiento debemos considerar varios puntos: la severidad del episodio, el número de episodios anteriores, la cronicidad, el subtipo de depresión de que se trata, la edad del paciente, y también elementos contextuales como la situación familiar, el rendimiento académico, la exposición a eventos vitales estresantes y negativos, la motivación y adhesión al tratamiento del paciente y de su familia, las respuestas que va teniendo al mismo. Otro punto importante a considerar es la comorbilidad.

El tratamiento más adecuado de los niños y adolescentes es el *multimodal*, que incluye medicamentos, terapia psicológica e intervenciones psicosociales. El objetivo principal será acortar el período de duración del trastorno y reducir las consecuencias negativas que pueda tener sobre la personalidad del niño.

## Farmacoterapia

No hay aún investigaciones que demuestren la efectividad del uso de medicación antidepresiva en niños, como sí la hay en adultos. Las investigaciones no muestran diferencias significativas entre el uso de antidepresivos y placebos. De todas formas, la medicación es muy usada, aun cuando, en general, nunca como única alternativa.

## Psicoterapia

Hay diversos estudios que comprueban la eficacia de la psicoterapia. Ésta puede ser de diversos tipos que serán elegidos según el caso —familiar, individual, grupal— y de diferentes orientaciones —psicodinámica, interpersonal, cognitivo-conductual, terapia de apoyo—.

En la psicoterapia psicoanalítica —de la que tengo más conocimiento—, dependiendo de la edad y de la entidad de los síntomas se hará una intervención familiar, con padres, o un tratamiento individual, mediante los cuales se buscará *resolver la conflictiva de base*.

El método utilizado en el caso de la psicoterapia individual será el de entrevistas de juego. A través de ellas se promoverá en el niño un mayor conocimiento de sí mismo (establecido sobre la base de las vivencias transferenciales) y un mejor uso de sus recursos psíquicos. Los instrumentos terapéuticos serán el juego, la palabra y el vínculo, por medio de los que se buscará resolver o elaborar conflictos psíquicos y carencias.

## Conclusiones

El afecto depresivo, a la vez que resulta una posición existencial, fundamental en la integración del individuo, aparece como una manifestación patológica de diversos grados y con distintas etiologías. El nivel de desarrollo del niño se nos impone como un determinante fundamental para considerar las características de la depresión, así como para indicar el tratamiento de esta afección que, de forma franca o enmascarada, reactiva o endógena, normal o patológica, condiciona la evolución.

Cada etapa del ciclo vital humano está asociada con experiencias de pérdida. Algunas de éstas están implícitas en la estructura evolutiva y son, por lo tanto, inevitables, mientras que otras pueden ser consideradas accidentales o externas; algunas son de carácter psíquico, otras son reales y materiales. El hombre debe enfrentar esas pérdidas y para hacerlo ha creado diversos estilos de duelo. La depresión, en sus aspectos más normales de pesadumbre y tris-

teza, se puede equiparar a ese duelo. La depresión clínica, en cambio, supondría un duelo patológico.

## Bibliografía

- ANTHONY, J.; BENEDEK, T.: *Depresión y existencia humana*. Salvat, Buenos Aires.
- ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DEL URUGUAY: *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*.
- BIBRING, E.: *The mechanism of depression*. International University Press, Nueva York.
- BOWLBY, J.: *Attachment and loss* (vol. 1 y 2). Basic Books, Nueva York.
- DE AJURRIAGUERRA, J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Torray-Masson, Barcelona.
- KREISLER, L.: *La desorganización psicósomática en el niño*. Herder, Barcelona.
- LEBOVICI et al.: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* (tomo III, caps. XII y XIII). Biblioteca Nueva, Madrid.
- MAHLER, M.: *Notes on the development of basic moods: The depressive affect in psychoanalysis*. International University Press, Nueva York.
- PARMELEE, D. X.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Harcourt Brace.
- WIKS-NELSON, I.: *Behavior disorders of childhood*. Prentice May, Nueva York.

## Resumen

*El artículo parte de interrogarse acerca del significado del término depresión aplicado a los niños, por cuanto, siendo una experiencia de diferente contenido que en el adulto, se vive de forma especial en cada etapa del desarrollo. Tras considerar a la depresión como una fase normal de la evolución y como un fenómeno patológico, intenta precisar si se trata de una experiencia afectiva básica o de una enfermedad con manifestaciones específicas. En este sentido, da cuenta de las controversias entre distintos autores: algunos sostienen que la depresión como enfermedad no existe en la infancia, o que en caso de existir lo hace de forma enmascarada, mientras que otros afirman que es semejante a la del adulto. El trabajo toma como base la perspectiva psicoanalítica (Freud, Abraham, Hartman, Bibring, Klein, Spitz, Winnicott, Kreisler, Mahler, Jacobson, Penot...) para reconocer las manifestaciones de la depresión en las distintas etapas de la niñez (lactancia, primera infancia, período edípico, latencia), identificar su origen y recomendar un tratamiento.*