



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Monografía

Depresión En Niños:
Perspectivas Psicoanalíticas.

Estudiante: Mariana Alicia González Sucías

C.I 4 575895-1

Tutora: Prof. Adj. Gabriela Bruno Cámares

Revisor: Asist. Santiago Navarro

Montevideo 2022

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	4
Consideraciones sobre la Depresión en General.....	6
Aportes de Autores Clásicos del Psicoanálisis	9
Sigmund Freud. Acercamiento a los Estados Depresivos.....	9
René Spitz. La depresión como Consecuencia de la Privación Afectiva.....	11
Melanie Klein. De la Posición Esquizoparanoide a la Depresiva.....	13
Donald Winnicott. La Posición Depresiva, el Ambiente Facilitador y el Valor de la Depresión.....	16
John Bowlby. Teoría del Apego y Base Segura.....	19
Ana Rozenbaum. Historización de las Identificaciones.....	21

Aportes de Autores Contemporáneos.....	24
Hugo Bleichmar. El lugar del Deseo.....	24
Myrta Casas de Pereda. El Desamparo del Desamor.....	27
Roger Misés. Organizaciones Límites de Personalidad en Niños.....	28
Marta Lewin y Dolores Santos Barreiro. El Juego Imposibilitado.....	30
Consideraciones Finales.....	31
Referencias Bibliográficas.....	33

Resumen

En el presente trabajo monográfico se realiza un recorrido por diferentes conceptualizaciones de las depresiones y en particular sobre la depresión en los niños. Se hace un primer acercamiento al tema tomando aportes de distintas disciplinas de la salud tales como la medicina en general, la psiquiatría y la psicología. Se exponen aportes fundamentales sobre la temática desde una perspectiva psicoanalítica de autores clásicos tales como Sigmund Freud, René Spitz, Melanie Klein, Donald Winnicott y Johnn Bowlby, así como también autores contemporáneos como Myrta Casas de Pereda y Roger Misés, entre otros, para tener diferentes visiones sobre los estados depresivos en los niños y así poder sostener una mirada crítica sobre el tema. Para esto, además de las teorizaciones de los diferentes autores, también se exponen viñetas clínicas para hacer visible desde la práctica lo que se está teorizando.

Se aborda los estados depresivos desde el establecimiento de los más tempranos vínculos y lo determinante que pueden llegar a ser las distintas modalidades y manifestaciones en que estos se presentan y desarrollan en la vida de los infantes.

Palabras clave: Depresión - Niños – Psicoanálisis

Introducción

Esta monografía está enmarcada dentro del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Explora y desarrolla, desde una mirada crítica y constructiva, posturas teóricas acerca de los estados depresivos en los niños. Se intenta responder principalmente las siguientes preguntas: ¿Existe la depresión en los niños? ¿Cómo se

manifiestan estos estados?, ¿Cuáles son sus causas? ¿En qué se diferencian de la depresión en los adultos? y ¿Cual seria un tratamiento adecuado para los niños, en caso de padecerla?

Para intentar responder estas preguntas se estudian distintos universos teóricos, desde disciplinas como la medicina hasta fuentes clásicas del psicoanálisis. Para luego involucrarse con algunos desarrollos teóricos contemporáneos.

La elección de los autores para el desarrollo de este trabajo, se realiza con un previo enfoque en trabajar el tema desde las relaciones objetales, los vínculos primarios, la construcción simbólica, el duelo y su relación con la depresión en los niños. Por esto se buscan autores que se involucren con estos temas. La presente monografía constituye un primer acercamiento a la cuestión por parte de la autora y por este motivo se hace un pantallazo bastante general de los aspectos centrales de cada autor, quedando abierta la posibilidad ya desde nivel de posgrado, de involucrarse más profundamente en la temática.

El primer autor que se trabaja desde el psicoanálisis, es Sigmund Freud, con su exposición del año 1915, publicada en 1917, sobre duelo y melancolía. Es en este texto que se puede apreciar ciertas características que tienen en común lo que en su momento él llamó melancolía, con lo que hoy se trata como depresión o estados depresivos.

Más adelante se expone la teoría de Melanie Klein, quien define al estado depresivo como un estadio del desarrollo normal de las personas, a través del cual se adquieren diferentes capacidades que permiten formarse como unidad y convivir con el medio que rodea (Klein, 1946).

También se verá la importancia de las figuras de apego, y el apego seguro a través de la teoría de John Bowlby (1989), autor que describe el concepto de base segura lo que significa una base segura para el niño, que van a ser las los cimientos para el futuro adulto en el que se convierta.

Para ir concluyendo esta introducción al trabajo presentado, vale hacer referencia también a que a través de los aportes de Ana Rozenbaum, (1993) y de Roger Misés (2000), por ejemplo, se visualizan aspectos transgeneracionales y del deseo de los padres que influyen en el sufrimiento psíquico del niño, cuando existen identificaciones traumáticas.

También se aportan distintas posturas de escucha clínica y de posibilidades de dar nuevos sentidos al trabajo clínico con niños, presentado por autores como

Myrtha Casas de Pereda (2019) y Roger Misés (2000).

Consideraciones Sobre la Depresión en General

La Organización Panamericana de la Salud, define la depresión como: “un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la persistencia de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más” (OPS, 2021, párr. 12). Además afirma que es mundialmente la principal causa de discapacidad y de dificultades de salud (OMS/OPS, 2017,párr.1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), afirma que:“un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes” (OMS,2020,párr.2).

Quienes padecen este trastorno también presentan síntomas como: pérdida de energía, cambios en el apetito, trastornos del sueño, ansiedad, inquietud, sentimiento de inutilidad y problemas de autoestima en general, culpa y/o desesperanza y pensamientos de autolesión y /o autoeliminación.

La gravedad, la frecuencia y la duración de los síntomas, varían según la singularidad del sujeto, de cómo se presenta y desarrolla la enfermedad en su vida, según su historia personal y el contexto en particular (OPS/OMS 2021).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5, 2013), define y enumera diferentes trastornos del estado de ánimo según diferentes sintomatologías y frecuencia de las mismas.

El trastorno de depresión mayor se caracteriza principalmente por un estado de ánimo deprimido o pérdida de placer sentidos por la persona, en la mayoría de sus actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

Se afirma que en niños y adolescentes, en lugar de triste, el estado de ánimo, puede presentarse irritable y sería esperable que exista una pérdida o aumento notorio de peso o aumento o disminución del apetito. Puede presentar insomnio o hipersomnia casi todos los días, retraso motor o

agitación, pérdida de energía o fatiga, casi todos los días; sentimiento de culpabilidad y se ve afectada la capacidad para concentrarse y/o tomar decisiones, la mayoría de los días.

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, se caracteriza por la presencia de estados de irritabilidad, dos o tres veces a la semana. Su diagnóstico no se debe realizar antes de los seis años ni después de los dieciocho.

En la Distimia o trastorno depresivo persistente, se encuentran el trastorno depresivo mayor crónico, en el que el estado deprimido es lo que prevalece la mayoría de los días y en el caso de niños este puede ser sustituido por estado de irritabilidad y según refiere el manual debe perdurar al menos un año. Para que el trastorno distímico sea diagnosticado como tal, se deben manifestar dos o más de los siguientes síntomas: falta o exceso de apetito; insomnio o hipersomnias; fatiga o falta de energía; baja autoestima; dificultad para concentrarse y/o tomar decisiones; sentimientos de desesperanza (DSM 5, 2013, p. 108).

Carballo, et. al., (2020), pertenecientes a la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), definen el trastorno depresivo, como un conjunto de síntomas que rompen con la “normalidad” del funcionamiento habitual, persiste en el tiempo y que en muchas ocasiones se cronifica. Diferencian la depresión en adultos de la de niños y adolescentes y clasifican los síntomas de estos últimos en: afectivos, físicos y cognitivos.

Dentro de los síntomas afectivos se incluye “ánimo triste,deprimido o irritable”; anhedonia; distimia; incontinencia emocional, llanto, angustia y ansiedad y tendencia al retraimiento de personas de su entorno habitual.

Los síntomas físicos incluyen molestias orgánicas, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito,descenso de la energía y retraso psicomotor y en tercer lugar, la sintomatología cognitiva está dada, por defectos en la memoria, baja autoestima, dificultad para la concentración y para tomar decisiones, sentimiento de inutilidad, desesperanza e ideas de autoeliminación. (Carballo, et. al., 2020, p.p 173-183)

Carballo, et. al. (2020), además de reafirmar la tendencia a la irritabilidad en el caso de los niños en estado deprimido, tal como lo define el DSM 5, agregan también la tendencia a rabietas, inestabilidad emocional, “tormentas afectivas”, baja tolerancia a la frustración, aislamiento social y pensamientos negativos.

También marcan diferencias entre los casos de niños (pre púberes) y de adolescentes. En el caso de los niños las perturbaciones en la conducta, como por ejemplo la hiperactividad y la agresividad están frecuentemente presentes. Esto hace que se dificulte el diagnóstico, ya que la depresión puede pasar “enmascarada” por algún otro trastorno. También se encuentra comprometida la evolución en el desarrollo, ocasionando muchas veces, una involución. (Rutter,1996, citado en Carballo, et. al., 2020,p. 176).

Las causas del trastorno depresivo, son múltiples y existen factores que pueden predisponer al individuo a sufrirlo, tales son los casos cómo el bullying, o acoso escolar,

(principalmente en los adolescentes), la asimilación de la sexualidad, los cambios físicos de la pubertad, la separación de los padres y vivencias de violencia y agresión intrafamiliar (Carballo et. al. 202).

En el caso de los adolescentes, Prieto (2017), afirma que el estado depresivo, se asemeja al de los adultos, aunque también tiene características que se presentan mucho más frecuentemente en la adolescencia, tal es el caso de los trastornos de alimentación y la suba de peso; una gran sensibilidad frente al rechazo y a la crítica social, las “tormentas afectivas” y los arranques de ira (Carballo et. al., 2020).

Espada, et al.,(2021) refiriéndose a los datos brindados por American Psychiatric Association (APA), (2013) , infiere que los factores ambientales pueden conducir a una depresión a niños y adolescentes, y son aquellos que impliquen vivencias generadoras de estrés o algún tipo de pérdida, ya sea de una figura importante o de un cambio que pueda ser vivido como una pérdida, como sería por ejemplo las situaciones de mudanzas de domicilio o de centros educativos, o la disminución del rendimiento escolar.

Aportes de Autores Clásicos del Psicoanálisis

Sigmund Freud. Un Acercamiento a la Conceptualización de los Estados Depresivos.

En *Tratamiento psíquico (tratamiento del Alma)*, Sigmund Freud, médico y neurólogo austríaco, fundador del Psicoanálisis, se refiere a la “naturaleza depresiva” de las enfermedades de origen psíquico que afectan al cuerpo a través de un mecanismo llamado conversión, afirma que se trata de:

()...estados afectivos persistentes de naturaleza penosa o, como suele decirse, «depresiva», como la cuita, la preocupación y el duelo, rebajan la nutrición del cuerpo en su conjunto, hacen que los cabellos encanezcan, que desaparezcan los tejidos adiposos y las paredes de los vasos sanguíneos se alteren patológicamente. (Freud,1890/1972 p.119)

Si bien se puede apreciar en sus expresiones un acercamiento a cierta sintomatología y descripción de manifestaciones que tienen que ver con lo que hoy se denomina depresión, o estados depresivos, no es hasta que se publica “*Duelo y Melancolía*” (Freud,1917/1992) que se aprecia una vinculación a lo que en este trabajo se quiere problematizar.

Con respecto al duelo, Freud (1917/1992), sugiere que: “... es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.119).

Se puede decir, que lo considera como lo esperable, “lo normal” (*afecto normal*) que se debería atravesar frente a una pérdida de esta índole. Continúa refiriéndose a éste como un trabajo, que empieza y termina y que afecta el funcionamiento del yo, especialmente en lo que respecta a su vínculo con la realidad. Esta pérdida, se presenta tan dolorosa e insoportable que el sujeto se niega a aceptarla, aferrándose a la imagen y recuerdos del objeto amado y ahora perdido.

Ante una pérdida significativa, el individuo pierde interés por aquello que

usualmente solía interesarle. La persona sufriente, desinviste el mundo que la rodea, se le quita toda la carga libidinal, expresa Freud, se le resta total importancia a todo aquello que no tenga que ver con el objeto que duela.

El trabajo del duelo implica el pasaje de diferentes momentos y cuando la persona logra aceptar esta pérdida, se asume que el objeto no existe más y entonces se va desinvistiendo para poder progresivamente volver a la "normalidad" (Freud, 1917/1992). Al final del trabajo del duelo, el yo vuelve a la normalidad: "Y lo notable es que nos parece natural este displacer doliente. Pero de hecho, una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido" (Freud 1917/1992, p.243). Pero este es un proceso lento ya que la libido, que antes estaba en el objeto, se va apoyando en diferentes representaciones y a modo de huellas, (inconscientes) los recuerdos se van reactivando.

Este doloroso proceso no se activa porque si, ante cualquier pérdida, "Si el objeto no tiene para el yo una importancia tan grande, una importancia reforzada por millares de lazos, tampoco es apto para causarle un duelo o una melancolía" (Freud,1917/1992, p.253).

Si el trabajo del duelo es lo esperable frente a una pérdida significativa, se podría inferir que la melancolía es la vía patológica del mismo. La persona melancólica, no sabe qué es lo que ha perdido. Ya sea un objeto de amor o una idea, este ha sido "sustraído de la conciencia", afirma Freud (1917/1992). Se puede inferir, que el sujeto ha sufrido una pérdida de objeto, pero de sus declaraciones surge que la ausencia o la falta se corresponde a su yo. En consecuencia, esta instancia psíquica, se encuentra empobrecida y denigrada. La persona en estado de melancolía es autodestructiva y además ha perdido total inhibición para referirse a sí misma, con una importante falta de amor propio y colmada de autorreproches.

Esto sucede porque el yo se identifica con el objeto perdido y la persona se siente incapaz de recibir afecto y reprocha a los demás que lo quieren, ya que se siente no merecedor de amor.

Estos auto-reproches son verdaderos reclamos al objeto que se ha ido, y mediante el mecanismo de identificación se vuelven en contra del propio yo (Freud, 1917/1992), que insiste en hacer sufrir porque existe en él cierto goce, expresado en el autocastigo y el autorreproche, que implica una regresión a etapas previas del desarrollo psíquico. En palabras de Freud:

“ Si el amor por el objeto —ese amor que no puede resignarse al par que el objeto mismo es resignado— se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica. Ese automartirio de la melancolía, inequívocamente gozoso, importa, en un todo como el fenómeno paralelo de la neurosis obsesiva, la satisfacción de tendencias sádicas y de tendencias al odio que recaen sobre un objeto y por la vía indicada han experimentado una vuelta hacia la persona...”.
(1917/1992,p.249)

En el caso de la melancolía, para Freud el yo queda como escindido en dos: un yo que critica y un yo que se replegó sobre sí y se identificó con el objeto perdido. Ambos aspectos parecen ser regresivos.

Otra característica de la melancolía es que puede ser manifestada en su estado de carácter opuesto, es decir en el estado maníaco. Formando parte esto también del carácter ambivalente que la caracteriza (Freud, 1917/1992).

La melancolía se presenta en diferentes formas clínicas, expresa Freud y tiene la particularidad de desarrollarse en el conflicto de ambivalencia. Este es en esencia, la lucha de poderes entre la pulsión de vida (Eros) y la pulsión de muerte (Thanatos). A la que refiere Freud en *Más allá del principio del placer* (1920/1985).

René Spitz. La Depresión como Consecuencia de la Privación Afectiva

El psicoanalista austríaco René Spitz, señala que: “el desarrollo normal de las relaciones objetales constituye la primicia del funcionamiento normal del psiquismo; no la suficiente, pero sí la necesaria.” (1972,p.122)

El autor estudia el desarrollo psíquico del niño durante el primer año de vida en lactantes institucionalizados.

Observando a niños que luego de haber convivido con sus madres por lo

menos por 6 meses, fueron separados de éstas por un periodo mayor a 3 meses y examinó las consecuencias que se desplegaron ante la privación de afecto materno.

Dentro de los llamados “trastornos de carencia afectiva”, Spitz ,(1972, p.85) incluye la depresión anaclítica, cuya sintomatología depresiva se asemeja a aquella observada en los casos de adultos (p,109).

Dentro de este cuadro clínico, se manifiestan llantos y gritos, reticencia al contacto con otras personas, (incluido el cuidador adjudicado), resistencia a ingerir alimento y a cambiar su postura pasiva en que yacen boca abajo y rigidez en el rostro. Al pasar el tercer mes, sustituyen los llantos por una especie de gemidos y el retraso en la evolución del desarrollo empeora notoriamente.

Cuándo el infante retoma el contacto con su madre los síntomas desaparecen drásticamente. A este tipo de trastorno lo incluye dentro de los que son consecuencia de la “privación afectiva parcial” (Spitz,1972,p.108).

Otro es el caso en que los niños fueron privados del pecho materno de la misma manera que en lo relatado anteriormente, pero con la diferencia de que en la institución donde se encontraban, no tuvieron sustituto materno, sino que recibieron simplemente los cuidados básicos de higiene y alimento, por medio de una sola enfermera a cargo de muchos infantes, y siendo carentes de afecto. Se trata de los casos de “hospitalismo” y se dan frente a lo que Spitz (1972) señala dentro de los trastornos por carencia afectiva total (p.110).

En estos casos el deterioro del desarrollo es mucho mayor y sucede que frente a la incapacidad del niño de descargar sus impulsos en el objeto, y que al mismo tiempo se ven imposibilitados para la actividad autoerótica, la agresividad se vuelve contra sí mismos, causando graves y sistemáticos daños físicos, al punto en que la desnutrición es tal que se llega al extremo de la muerte. Este fue el caso de un gran porcentaje de los niños investigados por el médico.

En los casos en que el vínculo objetal se retoma, se detiene el desarrollo patológico, las pulsiones se pueden dirigir hacia el exterior y los niños continúan con una evolución normal (1958,p.114).

Se puede afirmar según este autor que:

“La depresión anaclítica y el hospitalismo nos demuestran que la

ausencia de relaciones objetales causada por la carencia afectiva detiene el desarrollo en todos los sectores de la personalidad. Estas dos afecciones, /.../ nos dan del modo más general y comprensible la prueba irrefutable del trascendente papel que tienen las relaciones objetales para el desarrollo en su conjunto". (Spitz,1972 pp.112-113)

Melanie Klein. De la Posición Esquizoparanoide a la Depresiva

Refiriéndose al desarrollo temprano de la psiquis, la psicoanalista austríaca británica Melanie Klein desarrolla la teoría de dos fases o posiciones fundamentales para la formación de la personalidad del individuo. Estas son: la posición esquizoparanoide y la posición depresiva.

En la Posición esquizo-paranoide el bebé no está aún constituido como una unidad, tiene lugar un pensamiento desarticulado y concreto, y lo que Karl Abraham llama "relación de objeto parcial" con respecto a la relación de objeto (Abraham, 1924,citado en Klein,1946).

Los principales mecanismos de defensa que están en juego en esta etapa son: la escisión, la proyección, la introyección, la idealización y la negación (Klein,1946).

La escisión,(esquizo) implica la separación del objeto bueno y del objeto malo, percibidos en partes fraccionadas por un yo muy precario, que aún no está definido. El objeto madre aún no existe, sino que existe el pecho y el pezón, de manera escindida y no como unidad. La escisión del objeto se traduce en la asignación de los aspectos amorosos y gratificantes al objeto bueno y los aspectos frustrantes, el odio y la ansiedad, al objeto malo (Klein,1946).

En relación a la proyección, Klein propone que es originariamente, la desviación del instinto de muerte hacia el exterior y "ayuda al yo a superar la ansiedad librándolo de lo peligroso y de lo malo" (Klein,1946,p.6).

Con respecto a la introyección, lo que se introyecta, principalmente en estos momentos, es el objeto bueno, como elemento protector frente a la ansiedad que amenaza con afectar al niño. La idealización, sería una manera de

salvaguardar los sentimientos persecutorios que genera el pecho malo, idealizando al objeto bueno. Y también es una respuesta frente a los deseos instintivos, que buscan ser inagotablemente gratificados, idealizando así un pecho, que nunca deja de satisfacer. El objeto bueno y el malo, se mantienen separados entre sí y el objeto frustrador, además es negado y con esto también se niega el dolor que genera. Se trata de negación de la realidad psíquica, que provoca la aniquilación de la parte mala del objeto, así como la de una parte del yo. Todo esto es posible, por el sentimiento de omnipotencia que fantasea el niño en esta etapa temprana (Klein,1946).

En la segunda fase, que es la Posición depresiva, existe un yo más definido y establecido, capaz de entablar vínculos, en ella tiene lugar un pensamiento abstracto, y ya se figura, la capacidad simbólica. Es un momento fundamental del desarrollo infantil, en donde el bebé reconoce al objeto de amor en su totalidad, con sus aspectos buenos y malos, lo ha internalizado y también lo ha reconocido en su interior y en el exterior, pudiendo ahora interactuar con él, como un objeto integrado. En esta fase, se origina el sentimiento de culpa, producido por el miedo a la destrucción del objeto frente a deseos y fantasías canibalistas por parte del bebé, deseos inconscientes de devorar el pecho materno y con él, a la madre.

Es en este momento, que se amplía en el niño la expresión de sentimientos, pero lo que prima es la ansiedad que siente el bebé, frente a la posible pérdida de la madre de manera permanente (Klein,1946, p.554).

Klein, haciendo referencia a la teoría de Abraham, (1924) sobre los impulsos cabalísticos, y su relación con la ansiedad y la culpa, afirma, que casos de "Depresión Melancólica" de personas adultas están determinados por momentos de fuerte ansiedad en etapas tempranas, que resultan traumáticos. Quedando fijadas, tales experiencias, y manifestándose en etapas futuras (Klein,1946).

En casos donde los niños se ven distanciados de la madre, ya sea por un corto o largo lapso de tiempo, se genera en ellos el miedo a no volver a verla más, ya que ésta desaparece y en un principio no tienen la capacidad de proyectar y simbolizar su regreso. Esto les provoca un monto de angustia bastante perturbador, generando, inclusive, que se vea afectada la alimentación futura, creando la fantasía de que se ha devorado a la madre.

El miedo a la ausencia de la madre, afirma Klein, implica que el bebé percibe

que los padres buenos se han convertido en malos o también puede suceder que forme la hipótesis de que estos han sido destruidos por sus propios sentimientos de odio y por su voracidad y que en consecuencia de sus propios actos y pensamientos destructivos no volverán. “Esta es una de las fuentes de sus temores y conflictos más tempranos” (Klein, 1946,p.561),

Frente a esto, el niño desarrolla ciertos mecanismos defensivos, para poder tolerar, el alto monto de ansiedad que le generan sentimientos perturbadores, como la culpa, y el miedo persecutorio. El principal mecanismo defensivo, es el “splitting”. El mismo constituye la escisión de los padres en: madre buena-madre mala, padre bueno-padre malo (Klein, 1946).

A través del siguiente recorte clínico la autora ilustra el caso de una niña que teme por la ausencia y desaparición de su madre:

Una madre me comunicó que encontró a su niña de diez meses, que habitualmente era feliz y dormía bien, llorando mientras dormía; lo había notado una o dos veces antes. La misma madre, que no tiene ningún prejuicio teórico y es una observadora confiable, dijo que cuando su hija tenía cinco meses (y en algunas otras ocasiones posteriormente), la habían dejado llorando más de lo habitual y que entonces la habían encontrado en un estado que la madre describe como “histérico”. Parecía aterrada, y la madre dijo no tener dudas de que la niña le tenía miedo porque no había acudido cuando la esperaba. Le llevó un tiempo a la niña antes de que pareciera reconocer a su madre y reestablecer contacto con ella. He hecho observaciones similares en varios niños pequeños en diferentes etapas, desde los pocos meses en adelante.(Klein, 1941-1945,p.560)

La psicoanalista interpreta que la niña en cuestión temía por si su madre se hubiese vuelto mala o porque la misma no volviera jamás, tras haber sido destruida, devorada, por ella. Cuando la madre vuelve, sugiere Klein (1941-1945, p.561), la niña se calma, se restablece el vínculo y la confianza, por la constancia de su presencia y de “los signos de amor” que ella le

transmite, de esta manera vuelve a verla como madre no dañada, buena y dadora de amor. Así es como el infante va aumentando la confianza en sus objetos externos y al mismo tiempo en los internos y los miedos persecutorios hacia los objetos malos, van disminuyendo.

Donald Winnicott. La Posición Depresiva, el Ambiente Facilitador y el Valor de la Depresión

Donald Winnicott, pediatra y psicoanalista británico, afirma que cuando el niño ha atravesado el estadio de la posición depresiva es capaz de establecer relaciones interpersonales triangulares, y por lo tanto con el medio que lo rodea.

Previo a que transcurra esta etapa, debe existir un ambiente que acompañe y prepare para dicho proceso: "ambiente facilitador". La madre es el sostén del lactante y quien procura satisfacer las necesidades del yo. Esto es necesario para que más adelante el niño pueda tolerar y controlar los impulsos instintivos de amor y de odio que coexisten. Esta fase coincide con el periodo del destete, alrededor de los seis meses y puede concluir en la segunda mitad del primer año (Winnicott, 1954-1955, p.606).

Este ciclo, coincide con la constitución del niño como una unidad y ya no como parte totalmente dependiente e indiferenciada del medio que lo rodea y constituye. Esto quiere decir, que se puede y se lo puede reconocer como una persona completa, que interactúa a su vez, con otras personas completas (1954-1955).

Con el niño ya instituido como una persona integrada, el desarrollo ulterior, se va enriqueciendo siempre de manera dependiente del medio más cercano, que generalmente es la madre.

En estado de excitación, frente a la necesidad de ser alimentado (necesidad de nutrición) el niño reacciona a los impulsos destructivos con ataques crueles y de índole caníbal. Frente a estos ataques, la madre, quien sobrevive y permanece intacta y además alimenta y nutre, empieza a ser reconocida como una unidad que reacciona y tiene funciones diferentes, pero que es la misma que sostiene estos procesos. Así, el bebé comienza a diferenciar la fantasía

de la realidad y la realidad interna de la externa (1954-1955, p.608-609).

A partir de estas experiencias instintivas, el niño experimenta dos tipos de angustia: una es la angustia frente al objeto de amor instintivo, que se produce al reconocer, que la madre no es la misma, después de que ha fantaseado que la devoró. Siente que ha quedado un vacío, producto de sus ataques, provenientes de su ello, “hay un agujero, donde antes había un cuerpo rico y completo” (1954-1955, p. 609). El segundo tipo de angustia, tiene que ver con el interior de la criatura, con la introyección del objeto. Corresponde a los cambios que se producen luego de estas experiencias nutritivas. Lo que se ingiere, el alimento, puede ser bueno o malo, de acuerdo a lo que siente el lactante. Dependiendo de si el alimento fue ingerido en un momento instintivo satisfactorio, o al contrario durante un momento de ira en exceso frente a la frustración.

Ya constituido en una unidad, el pequeño ha desarrollado una membrana limítrofe, que diferencia lo externo de lo interno. En su interior se generan ahora fuerzas contrapuestas y un sistema de control, que interpreta lo que es ingerido como bueno, como apoyo al self y lo malo como persecutorio.

Estas fuerzas se van relacionando, hasta llegar a cierto equilibrio, en donde va eliminando o reteniendo según sus necesidades fisiológicas. Con la eliminación de las heces va adquiriendo control sobre lo que desecha y a su vez va adquiriendo sentido el hecho de dar. El infante, ofrece a su madre, lo bueno o lo malo, bondad y maldad. La madre recibe ambas y además tiene la capacidad, en la imaginación del niño de diferenciar qué le ofrece éste de bueno y qué le ofrece de malo y a pesar de todo, el lactante observa que la madre sigue sobreviviendo y sosteniendo (Winnicott,1954-1955).

En este proceso se va gestando lo que sería el núcleo del self, nos dice Winnicott, pero para que todo esto suceda, es necesario el cumplimiento de la función materna de sostén (holding) la cual va acompañada de las funciones de handling y de objet presenting, que sería la presentación de los objetos que representan el mundo exterior.(Winnicott, [1960/2007], citado por Xavier y Tosta [2017]). Además de esto, la madre debe perdurar en el tiempo cumpliendo estas funciones.. Esto va habilitando lo que el autor refiere como “círculo benigno de la posición depresiva”, éste representa la capacidad de restituir y reparar el objeto dañado, frente a la culpa generada, y allí estará nuevamente la madre sosteniendo.

Luego de estas experiencias fundantes, el infante ahora también estaría habilitado , para poder sostener a alguien más. Estos aspectos serían inherentes a la experiencia de crecer según Winnicott, (1954-1955).

El psicoanalista, afirma que las depresiones que son consideradas patológicas, no tienen que ver con la posición depresiva hasta acá desarrolladas, sino que estos casos, se relacionan a dificultades o fallas dentro de la etapa anterior a la depresiva, es decir a la posición esquizoide, descrita por Klein.

Las depresiones que surgen clínicamente ante el psiquiatra son, principalmente, no del tipo relacionado con la «posición depresiva», sino que están más asociadas con la despersonalización o la pérdida de esperanza en relación a las relaciones objetales; o con un sentimiento de futilidad resultante del desarrollo de un falso self. Estos fenómenos pertenecen al período anterior a la posición depresiva en el desarrollo individual. (Winnicott 1954-1955,p.612)

Como reacción alternativa, al estado anímico asociado a la posición depresiva, se puede dar, la llamada “defensa maníaca”, que implica la huida de la depresión. Sería la negación de la depresión y quiere decir que la posición depresiva, se ha alcanzado y se la ha negado pero sigue existiendo de manera latente (Winnicott 1954,p. 612). Directamente ligada a la fortaleza yoica, al afianzamiento del self y a la formación de la personalidad y la identidad del individuo, según Winnicott (1963,p.595), la depresión forma parte del proceso madurativo. Por esto, el valor que le adjudica a la misma.

El ser humano, trae consigo de manera innata, la capacidad de su desarrollo madurativo, esto implica la formación del self como unidad de control y del individuo como una unidad en sí mismo. Pero es el “ambiente facilitador” el que habilita o no dichos procesos (Winnicott, 1963,p.594).

En este intercambio con el ambiente, se va forjando la estructura y la fortaleza yoica y progresivamente el niño se va haciendo cada vez más independiente,

aunque no llega a serlo de manera total.

Esta fortaleza es la base de la salud, y va creciendo a medida que se va independizando del yo de la madre. Al principio depende totalmente de éste, gracias a que es la madre quien se identifica primero con su hijo.

Luego, el bebé va siendo capaz de tolerar las presiones del mundo externo y las de su propia realidad psíquica. A partir de este momento ya es capaz de sentirse deprimido, lo que implica un logro del desarrollo emocional.

La depresión aparece, según el autor, frente a la amenaza de integridad del funcionamiento interno de la persona, producido por una situación que reactive la destructividad del objeto y de las “experiencias destructivas que acompañan al amor” (1963, p. 597).

Winnicott, relaciona la depresión con el duelo, el sentimiento de culpa y el proceso de maduración y considera que, si bien este padecimiento invalida la vida normal del individuo y genera sufrimiento, generalmente es un estado que se supera, aunque también existen casos en que puede durar toda la vida.

John Bowlby. Teoría del Apego y Base Segura

El psicoanalista inglés, John Bowlby mediante la teoría del apego, trata de explicar que los humanos ya están determinados desde que nacen a crear vínculos afectivos con otras personas, que de alguna manera son elegidas del entorno más próximo. Al principio las figuras de apego serán aquellas que brindan los cuidados y protegen, es decir las figuras parentales. A medida que el niño va creciendo y ampliando su trato con el mundo y va pasando de lo intra a lo extrafamiliar, las personas de apego dejan de ser únicamente los padres (o quienes cumplen las funciones). Según el autor británico, los tipos de apego que se forjan en la infancia, generan un modelo que es probable que se repita a lo largo de la vida.

Esta teoría está fundada en la observación de las conductas de niños de hasta

6 años, interactuando con las personas más próximas, en su presencia y en su ausencia así como frente a la presencia de extraños y ante situaciones desconocidas.

Bowlby, presenta el apego como una necesidad primaria, al igual que lo es la alimentación y la sexualidad. Expresa que no se da en consecuencia de la alimentación ni a través del pecho materno, sino que el vínculo madre-hijo, como vínculo de apego, se fundaría más allá de la necesidad del alimento del infans. La tendencia al apego es una necesidad en sí misma, no una necesidad aprendida, es innata al ser humano y es por esta razón, que el autor niega la existencia de una etapa narcisista o autista, afirmando que ya se es con otros (Bowlby, 1989).

Desde las etapas más tempranas la sensibilidad de los padres pone en juego la seguridad, la confianza y la felicidad futura del individuo. Esto es así ya que según el vínculo que desarrolle con las figuras de apego y los modelos de apego que se instauran, la persona va a formar ciertas características de personalidad de las que va a depender su vinculación con otros referentes como los maestros y el terapeuta y en general con las diferentes relaciones que irá estableciendo en su vida y también desde el lugar de la paternidad y maternidad con sus propios hijos. Esto se infiere ya que el psicoanalista afirma que según el tipo de vínculo que se tiene con los propios padres va a depender el cómo se va a ser padres y madres (Bowlby, 1989).

Los cuidados y la seguridad brindada por un hogar dispuesto a las necesidades del niño es fundamental para la salud mental, ya que es la base de la autoconfianza, es la base segura a la que se refiere el autor. Aquellos niños cuyos padres sean sensibles, sugiere Bowlby (1989), tienen menos predisposición a la depresión.

La pauta organizada de conducta de apego se manifiesta en la segunda mitad del primer año y el tipo de apego que el individuo desarrolla, tiene directa relación con el trato que reciba de las figuras parentales.

La teoría del apego (Bowlby, 1989), refiere a una organización psicológica, un sistema conductual interno que mantiene cierto equilibrio en los acercamientos y distanciamientos de las figuras del entorno que el individuo ha elegido como figuras de apego. En situaciones consideradas de riesgo, el individuo acude a las personas que lo cuidan y protegen. Así también, las situaciones en las que se debe separar de estas personas son vividas como riesgosas y muchas

veces pueden provocar un monto importante de angustia y experimentarse como una situación aterradora.

Un apego seguro, afirma Bowlby (1989), haciendo referencia a la clasificación ya realizada en 1971 por Ainsworth y colegas, es aquel que le permite al niño explorar libremente, acompañado de unos padres sensibles, confiables, colaboradores y accesibles. Que permitan que se exprese frente a la adversidad y la ausencia de las figuras de apego y no generen un monto de ansiedad que coarte su libertad.

El autor también afirma que un niño seguro es un niño más feliz y que da menos trabajo su cuidado. De acuerdo a esto su entorno funcionará más feliz ya que según esta teoría, de acuerdo a la actitud de los niños es como serán sus padres y quienes se ocupan de sus cuidados, generando así un “círculo vicioso”.

Los tipos de pautas de apego que se organizan en la infancia pueden cambiar con el tiempo pero generalmente en la vida adulta se repiten los mismos que han sido germinados en la infancia. A su vez, éstos están determinados por la propia infancia de la madre y los recuerdos que la misma pueda evocar de estos momentos. Entonces, se puede inferir que de acuerdo a Bowlby (1989), la felicidad de la madre tiene relación directa con la felicidad del hijo. Esto es así, según el autor, ya que son transmisibles de generación en generación los estilos de apego y en consecuencia aquellos problemas que puedan existir alrededor de los mismos.

Ana Rozenbaum. Historización de las Identificaciones

Cuando se trata del análisis con niños, la médica y psicoanalista argentina Ana Rozenbaum, propone que se trabaje en función de un “juego dialéctico de historización” (1993,p.157). En éste, el discurso de los padres ocupa un lugar muy importante e iluminador y los acontecimientos de varias generaciones se van poniendo en escena,de acuerdo a quién cuenta las historias. Es un saber previo, brindado por los padres en las entrevistas preliminares y es importante saber utilizarlo siempre y cuando no se permita que obture la escucha del paciente y se le dé lugar al posterior devenir de

cada encuentro. El pasado y presente parecen dialogar, hay momentos en que el pasado se hace presente y el presente parece brindar nuevas oportunidades de resignificación a través de las distintas identificaciones que tienen lugar en las nuevas generaciones.

El proceso de historización en el trabajo analítico implica la confección de situaciones traumáticas, incluso de aquellas que preceden al paciente, que tienen que ver con la historia familiar y están vigentes en el presente a partir de las identificaciones con las figuras parentales o con ciertos personajes familiares. En los casos “patógenos”, expresa la psicoanalista, se trata de “identificaciones traumáticas”.

Sostiene que desde su experiencia clínica, en los casos de depresiones en niños, ha observado que se trata de respuestas afectivas frente a experiencias de pérdida, situaciones traumáticas en las que el niño se siente desamparado e indefenso y esto provoca una pérdida de esperanza con respecto a las relaciones objetales, al no brindar éstas la seguridad y el cuidado esperados. Otras veces se trata directamente de una identificación con estados depresivos de la madre, hay casos en que la identificación con el objeto es la alternativa que existe para vincularse con él, aunque lo que esté en juego sea la propia identidad del sujeto (Rozenbaum, 1993).

En el texto *Acerca de la depresión en la infancia*, Rozenbaum (1993, pp.158-165), expone un caso clínico al que llama “caso Angustias”, en el que se puede apreciar lo descrito hasta ahora y reflexionar sobre el lugar que ocupan los hijos desde el deseo de los padres y la posibilidad del encuentro con el propio deseo e identidad.

Se trata de una niña de 8 años, por la que consultan los padres, describiendo una serie de síntomas como tristeza, desmotivación, expresión de querer morirse, reticencia al trato con sus pares y cierto retroceso en sus conductas, “se hace la nena” expresa su madre. Cuentan que esto sucede desde que su hermana mayor, hace un año se fue a vivir a otro lugar.

En primer lugar es necesario destacar que la actitud de la niña y la sintomatología descrita hacen alusión al nombre. Se ve aquí la importancia del nombre asignado y lo que puede significar para una persona hacerse cargo del mismo.

La madre relata su propio sufrimiento durante el embarazo de “Angustias” y posterior a este. Describe un matrimonio que no funcionaba, varias

internaciones por problemas ginecológicos en el embarazo, una separación, un intento de autoeliminación. Cuenta además que el propósito del embarazo y la llegada de su hija menor, fue el acompañar a la hermana mayor para que no estuviera sola, “fue un embarazo para que la mayor no estuviera sola”, afirma el padre. Se podría hacer acá a modo de sugerencia interpretativa de que, en este caso cuando se habla de “la mayor” se trata de la madre y no de la hermana. Se puede inferir que quien se sentía sola era la madre frente a un matrimonio destinado al fracaso. La niña fue concebida para reparar algo que estaba ya predestinado a no arreglarse, es decir que desde esta lectura, desde el deseo de los padres su existencia era un fracaso: “En todo hijo que se trae al mundo se condensa la historia del deseo de los padres y hay una expectativa de misión”, afirma Rozenbaum (1993, p. 161). Adjudicar esa función a su hija menor, fue la defensa que organizó la madre para hacer frente a su depresión (Rozenbaum, 1993).

Más allá de para quién fue concebida, es importante visualizar el hecho de que hasta el momento en que la hermana estuvo presente, la niña cumplió una determinada función y ocupó un lugar para esa familia, cuando la hermana se fue, ya no tuvo razón de ser y comenzaron a “hacer ruido” los síntomas, quizás por la falta de sentido que hasta ahora había tenido para otros.

La autora señala que al momento de la consulta “Angustias” está manifestando la necesidad de búsqueda y creación de su propia identidad, así como en encuentro con su propio deseo. El hecho mismo de consultar por los síntomas que está manifestando habla en sí de necesidad de cambio, ya no está cómoda ocupando el lugar que le han dado hasta ese momento.

En el proceso de trabajo clínico se puede observar en el juego, en sus gráficos y sus relatos esa necesidad de búsqueda y de cambio. Por ejemplo cuando dibuja a su familia, la niña expresa que no se sabe dibujar bien “nunca me hago bien”, eso es interpretado por la psicoanalista como falta de identidad y a la vez como una importante adhesión a una imagen negativa de sí.

También se puede observar que al traer juguetes de su casa diferencia entre “plumita” un peluche al que ella misma describe como bueno y que no molesta ni da trabajo, es blandito, dominable, lavable, al que la analista interpreta como lo que la niña era antes, para pasar a llevar diferentes muñecas Barbies con las que en ese momento se empieza a identificar, a construir como futura

mujer y va definiendo aspectos de su identidad y a preguntarse y tratando de definir quién quiere ser. En palabras de la autora:

“Hubo una situación de desvalimiento e inundación inicial vivida pasivamente que trajo como desenlace una identificación. De pequeña no podía dejar de aceptar el estado anímico de la madre, viéndose así atrapada en las defensas antidepresivas de ésta. En el aposteriori esa angustia era reproducida como señal de socorro, dadas las mejores condiciones de maduración”. (Rozenbaum, 1993, p.161)

A través del trabajo psicoanalítico, en el que se pudieron historizar los traumas que habían habilitado ciertas identificaciones patógenas, se pudo empezar a desarticular esta “sentencia” de dolor y sufrimiento en la que se encontraba la niña que ya había gestado y comenzado a desarrollar una estructura depresiva (Rozenbaum, 1993).

Aportes de Autores Contemporáneos

Hugo Bleichmar. El Lugar del Deseo

El médico psiquiatra y psicoanalista Hugo Bleichmar, propone una visión integradora acerca de “las depresiones”, que tiene en cuenta varias contribuciones del psicoanálisis, que abarcan diferentes momentos del desarrollo psíquico. Por lo tanto, se considera válido, para hacer visibles consideraciones de la depresión tanto en niños como en adultos.

Se posiciona ante el lugar que ocupa el deseo y cómo actúa el sujeto frente al mismo y al objeto, que es quien satisface (o no) este deseo.

El núcleo de cualquier estado depresivo, según el autor, es un sentimiento de impotencia/indefensión y desesperanza, frente al deseo de recuperar el objeto

perdido, acompañado de un sentimiento de impotencia (Bleichamar, 2003).

Hay un deseo insatisfecho, ya que el objeto se encuentra ausente o corre riesgo de perderse. Ante esto es posible que en algunos casos, se genere ansiedad en lugar del afecto depresivo.

Por este motivo Bleichmar (2003), considera necesario diferenciar entre ansiedad y depresión: la primera tiene lugar ante la anticipación de un hecho y la segunda se presenta frente a un hecho ya consumado. El hecho al que se refiere, es la pérdida del

objeto, ya sea este una persona amada, un ideal del propio self o una idea, que ubica al sujeto en una postura de indefensión e impotencia, al no saber qué hacer con su deseo que no cesa, aunque el objeto corra peligro de perderse o aún cuando éste ya se ha perdido (Bleichmar 2003). El autor argentino adhiere al término “estado depresivo” como un estado afectivo diferenciándolo de la depresión como trastorno clínico, que implica una situación de búsqueda de cambio o salida de este estado por parte del sujeto (párr. 5).

Las características principales del estado depresivo según Bleichmar son: la fijación interna a un deseo que el sujeto siente como inalcanzable; el sentimiento y percepción de sí mismo, por parte del sujeto, de impotente e indefenso, al no poder realizar nada para satisfacer este deseo y por último, el afecto depresivo y la inhibición psicomotriz. Componiendo estos últimos los estados afectivos y motivacionales. (Bleichmar, 2003)

Existen diversos caminos que pueden conducir a un estado depresivo, impulsados a su vez, cada uno de ellos, por diferentes factores y áreas de patología y que llevan a constituir distintos “subtipos psicodinámicos de depresión”. Estos no siempre se desarrollan independientemente, sino que en algunos casos se articulan de manera compleja.

Algunos de ellos son las experiencias traumáticas y la identificación con padres depresivos;

Las experiencias traumáticas adquieren significado, no solo según los estados internos del sujeto y de sus fantasías, sino que cobran sentido aquellos aspectos del mundo interno de las figuras parentales, y sus discursos, tanto conscientes como inconscientes. Se da un interjuego entre el afuera- adentro, donde se asimilan percepciones y concepciones de la realidad y de las propias vivencias de las figuras de apego que modifican y estructuran el mundo

interno del sujeto (Bleichmar, 2003).

Hay momentos en que las experiencias externas dejan al individuo expuesto a sentimientos de impotencia, indefensión y/o desesperanza, nos dice el psicoanalista, y generan como reacción el estado depresivo, que puede acontecer en ese primer momento o en un futuro como formación reactiva de la situación traumática vivida en épocas pasadas.

Con respecto a la identificación con padres depresivos, el autor hace referencia a Anna Freud (1965), quien afirma que los niños se identifican con el estado de ánimo depresivo de la madre, como rasgo característico.

Bleichmar,(2003), afirma la idea del funcionamiento de la transmisión intergeneracional de las diferentes percepciones y fantasías de la realidad (conscientes e inconscientes) y así el niño va construyendo la suya propia y a su vez la imagen de sí mismo en relación a ésta, pero en base a cómo es vivida por estos adultos y qué le comunican de ella. Así el mundo externo puede ser vivido como amenazante y abrumador o como excitante y placentero, y la realidad construida como “manejable o fuera de control.”

El trastorno narcisista, presente en los estados depresivos, está ligado, según el autor a una distorsión en la representación del self o del sí mismo. Se puede observar principalmente en los casos en que la persona tiene una imagen muy pobre de sí y tiende a autodenigrarse y sentirse impotente y también en aquellos en que el sujeto tiene sentimientos de grandiosidad y de omnipotencia. Su relación con el origen del estado depresivo, en el primer caso puede darse mediante dos vías posibles: en primer lugar la vía directamente relacionada al sentimiento de impotencia frente a la realidad, lo estanca en sentimientos de incapacidad para satisfacer deseos, de realizar proyectos y de actuar en el mundo y en segundo lugar indirectamente mediante el sentimiento de impotencia, que corresponde a la postura que toma la persona como defensa frente a este sentimiento. Un ejemplo de esto serían las conductas evitativas fóbicas, que impiden el relacionamiento interpersonal, y el establecimiento y deseo de figuras de apego, y de experiencias de aprendizaje con y en el mundo. Se va forjando un yo pobre en cuanto a recursos, que va a ir limitando y coartando las posibilidades en la vida del individuo y por lo tanto en la producción y alcance de deseos.

Myrta Casas de Pereda. *El Desamparo del Desamor*

La psicoanalista argentina Myrta Casas de Pereda, sugiere que al momento de nacer, el infans depende totalmente y sobrevive gracias a un otro. El concepto de amparo que propone la autora, implica las funciones maternas de rodear, cuidar, proteger de toda amenaza externa y dar sentido a todo lo que circunda al infante. Brinda afecto y permite que el niño sostenga la idea de que ese afecto proveniente del otro, existe y se mantiene (compromiso libidinal y elemento imaginario) en el deseo del otro (Casas de Pereda, 2018). Se trata de un concepto “bifronte”, nos dice la autora, que denuncia por un lado las falencias en el cuidado por parte del otro y por otro la indefensión del niño. El desamparo entonces está ligado al desamor, el niño es des-amado que es igual a des-amparado frente a la falta de sostén de la madre.

El infante queda situado en el desamparo debido a fallas en el vínculo primario que imposibilita la expresión simbólica, produciendo actos descolgados de lo verbal que cobran sentido solamente desde lo transferencial y para quien pueda y sepa escuchar. Según Casas de Pereda,(2018), esto es lo que sucede en la depresión durante la niñez, un empobrecimiento simbólico. Concepto que compara con el de “inhibición” que Freud trabajó ya en 1926.

Para que se inscriba lo simbólico debe producirse una pérdida del objeto, dando lugar a la construcción del símbolo que es una idea-imagen del objeto que se fantasea en su ausencia y permite evocar su regreso.

En la inhibición no hay pérdida simbólica del objeto ya que ha fallado la construcción de éste, constituye un desvalimiento psíquico y una disminución o bloqueo de la simbolización.

Ante todo, esta inhibición sería una imposibilidad y dentro de todo lo que no habilita, también imposibilita el duelo.

Frente a la demanda sin respuesta, no hay duelo del objeto y la pérdida recae sobre el mismo sujeto, como en el caso de la melancolía. El “no duelo”, afirma la psicoanalista, (Casas de Pereda, 2018 p. 15) impide abandonar los objetos perdidos y faltando una pieza fundamental en el proceso de subjetivación y simbolización, las manifestaciones que se dan son del orden del acto y no del síntoma. El acto sustituye el sentido, aparece una “acción descolgada” del lenguaje verbal. La palabra se convierte en expresión corporal, en llamado de auxilio a través de por ejemplo rabietas, accidentes e inclusive el caso extremo del suicidio.

Es posible devolverle el sentido a dichos actos, infiere la autora, pero para esto es necesario el vínculo transferencial del encuentro clínico, ya que en sí mismos, no tienen valor estructurante ni metafórico, salvo para quien escuche e interprete.

Roger Misés. Organizaciones Límites de Personalidad en los Niños

El psicoanalista francés Roger Misés, ubica la depresión en niños dentro de lo que él denomina “patologías límite”. Siendo esta categoría, un tercer grupo de organización psíquica además de la neurótica y la psicótica. Estas ocupan un sitio específico entre ambos pilares estructurantes y también, señala el autor, son más flexibles y se tiene de ellas un mejor pronóstico si se interviene tempranamente (Misés, 1990/2000).

Es común, expresa el autor, que se consulte en la clínica pediátrica, por síntomas como trastornos de la alimentación, del control de esfínteres, del sueño y por retrasos que afectan generalmente al lenguaje. También se demanda por síntomas depresivos, fóbicos, ansiedad y trastornos de la estabilidad que suelen ser denominados “hiperactividad”. Luego en la etapa escolar, ya las consultas suelen ser con motivos de dificultades de aprendizaje y trastornos de conducta (Misés, 2000).

Estos desórdenes, según la teoría de las patologías límites, que es la que sostiene el psicoanalista, responden a múltiples factores que interactúan entre sí, de manera diferente según la etapa del desarrollo y el entorno del sujeto. Existen falencias en la seguridad interna y la fiabilidad con respecto a la internalización de los ¹imagos parentales y esto va a repercutir desde el comienzo en la regulación de la autoestima. Al no sentirse amado, el niño tampoco sabe amarse a sí mismo (Misés, 2000,p.10).

Muchas veces, debido a la influencia del factor transgeneracional, el sufrimiento del niño está invisibilizado, y no es hasta el momento en que comienzan a manifestarse y verse desde otro lugar, generalmente desde la institución educativa, que figuras como maestros o trabajadores sociales

¹ Imago, es un concepto introducido por Carl Gustav Jung que refiere a las imágenes mentales idealizadas, interiorizadas, inconscientes, colectivas y arquetípicas de las figuras parentales (Jung,1970).

insisten en que se consulte.

Al igual que otros autores que se han trabajado, Mises (2000), considera que en las depresiones, hay de fondo fallas en la función materna de sostén, que provocan desórdenes en el manejo libidinal, en la organización de la vida mental y en la evolución de las relaciones de objeto (p.7).

La madre también es la encargada de la precaución del desbordamiento de las cargas libidinales. Es quien debe crear mecanismos de para-excitación que luego el niño tendrá que interiorizar y hacerlos propios, En los casos de las organizaciones límites, esta función falla y en consecuencia el niño sigue errando a continuación con intentos fallidos de regulación y organización. En muchos casos ante esta posición, no le queda opción que desarrollar un falso self para protegerse. Este concepto es fundado por Winnicott y refiere justamente a un mecanismo de defensa generado por el niño, ante la ansiedad provocada frente a la fallas de las funciones maternas y del ambiente facilitador.

Este tipo de mecanismo, afirma Misés (2000), corresponde a defensas arcaicas y de escisión y principalmente de escisión del yo. Esto produce que los mecanismos de “mentalización” funcionen erróneamente y se recurra a expresiones corporales y/o actuadas.

Otro punto donde el autor pone el foco con respecto al vínculo madre -hijo y las consecuencias de sus fallas, es con respecto a la transicionalidad, refiriéndose así al ²objeto transicional al que se refiere Winnicott,(1971). En los casos de los trastornos límites se evidencia carencia de valor por parte de la madre sobre estos objetos, por ejemplo los hace desaparecer o los lava, no permitiendo así la adecuada carga libidinal sobre los mismos. No habilitando que cumplan su función al no permitir la tolerancia de las ausencias de la madre y el comienzo del juego simbólico y la capacidad que genera para jugar y estar solo, argumenta Misés,(2000). “En este contexto, se van a alterar los fundamentos de la vida psíquica que, habitualmente, sostiene el ejercicio del pensar y el placer obtenido del funcionamiento mental” (p.8).

² Objeto transicional, es un concepto introducido por Donald Winnicott en 1971 y refiere generalmente a un objeto material con el que el niño genera apego y que lo ayuda a empezar a diferenciar los espacios interno y externo, yo, no-yo. Si bien representa el pecho materno es la primera diferenciación de la madre y de él mismo.

Marta Lewin y Dolores Santos Barreiro. El Juego Imposibilitado

Las psicoanalistas argentinas Marta Lewin y Dolores Santos Barreiro (2019), afirman que existe una falla simbólica en aquellos niños que sufren de estados depresivos y que la misma está enunciada en la imposibilidad de expresar y simbolizar a través del juego. Siendo ésta la expresión natural del niño y una capacidad que se adquiere y aprende con un otro adulto, mientras se construye el mundo simbólico del infante.

El ser humano, deviene tal únicamente en presencia de otro. De esta manera coinciden los procesos de subjetivación y simbolización. Se genera un diálogo en el que se inscribe la presencia-ausencia del objeto, diferenciando así sujeto-objeto y forjándose la base de la simbolización y del juego.

Desafortunadamente, este otro que debe proteger, no siempre está presente y por lo tanto el diálogo no se produce o se interrumpe y aparecen distintos “trastornos” (Lewin y Santos Barreiro,2019).

Al no poder expresar en palabras su sufrimiento y al verse coartada su capacidad de expresión a través del juego, sugieren las autoras, el niño expresa a través de su cuerpo y muchas veces mediante trastornos somáticos (p.182).

Generalmente, se suele manifestar en dificultades del orden psicomotriz, trastornos de la alimentación y del sueño, encopresis, agobio e hiperactividad. A estos casos, desde la medicina, expresan las psicoanalistas, se los suele denominar “depresiones enmascaradas”.

Factores tales como reproches y denigración, por parte del entorno se transforman en algo habitual en la vida diaria de estos niños, ejercidos desde la familia, la escuela, los compañeros y los pares en general, generando muchas veces una “puerta de entrada” al “bullying”.

En el caso de los adultos, estas acusaciones y malos tratos por parte del entorno, se han transformado en autorreproches y auto denigraciones (Lewin y Santos Barreiro 2019). Desde esta postura, la depresión en los niños no sería otra cosa que “estados depresivos que inhiben la capacidad de jugar”. Entendiendo al juego como el lugar soberano de subjetivación en los niños.

Afirmando esto, las autoras explicitan que no toman la depresión en los niños como diagnóstico psicopatológico, entendiendo los riesgos que esto implica cuando se trata de momentos de estructuración psíquica y se manifiestan en contra de la medicalización de la infancia. Poniendo el foco en la falencia simbólica que impide la expresión metafórica del niño, proponen el trabajo en transferencia y habilitando el juego.

Consideraciones Finales

Autoras contemporáneas como Lewin y Santos Barreiro (2019), consideran sintomática la escasez de materiales sobre depresión en niños y desde una perspectiva psicoanalítica. Una de las respuestas ante este problema, que brindan las mismas autoras y que aquí se comparte, puede ser la negación frente a la consideración de que existe la depresión en los niños ya que existe una “idealización de la infancia” en un mundo pro éxito, funcionalidad y producción, donde no hay cabida para impensables como que hay niños que se deprimen. A su vez, se ha sugerido, por medio de varias posturas, (Bowlby 1989 , Rozenbaum,1993 Mises, 2000) que los factores transgeneracionales cumplen una función fundamental en la reproducción de modelos de sufrimiento de los estados depresivos. Como se ha esclarecido, se tiene a favor el hecho de que cuando se trata de niños, se está frente a fases constitutivas del desarrollo de la psiquis, de manera que en transferencia y habilitando el juego y el relato desde el encuentro clínico, los pronósticos son generalmente favorables e incentivantes.. A lo largo de la exposición de diferentes autores, portadores de voz desde el psicoanálisis, se comparte y reafirma la importancia vital de los vínculos primarios, así como del entorno cercano y figuras de apego en la formación de la psiquis. Se hace hincapié en lo peligroso y funesto que puede resultar la carencia de afecto y sostén en etapas del desarrollo temprano y las consecuencias a futuro en el desenvolvimiento que tendrán los individuos, en todas las áreas de su funcionamiento personal.

Para finalizar, se considera fundamental destacar que si bien los estados depresivos en los niños son causa y manifestación de sufrimiento psíquico,

también son posibilidades de apertura a la expresión de su sentir. Expresión ante la que se debe estar atento desde la escucha clínica para habilitar el encuentro, donde el niño a su tiempo, pueda significar y resignificar a la vez que aprehende nuevos recursos para su desarrollo personal.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed)

Barcia, R. (2020). *Diccionario general etimológico de la Lengua española*. V edición Madrid. Buenos Aires, Argentina: Anaconda. Corregido por Echeagaray, E. (1945) Biblioteca Nacional de España.

[:https://www.bvfe.es/es/directorio-bibliografico-diccionarios-vocabularios-glosarios-tratados-y-obras-lexicografia/15946-diccionario-general-etimologico-de-la-lengua-espanola.html](https://www.bvfe.es/es/directorio-bibliografico-diccionarios-vocabularios-glosarios-tratados-y-obras-lexicografia/15946-diccionario-general-etimologico-de-la-lengua-espanola.html)

Bleichmar, H. (2003) Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas* Número 014
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=245>

Bowlby J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. (1995) Buenos Aires: Edit. Paidós.

Carballo J.J. , Pardo M. y Gadea del Castillo S. (2022) *Depresión y Suicidio y población infanto-juvenil*. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. SEPB. Madrid,2020.

Casas de Pereda M. (2018) El desamparo del desamor. *A propósito de la depresión en la infancia*. Revista uruguaya de Psicoanálisis Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea)
(127):11-24.<https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/168872472018122.pdf>

Espada JP.,Orgilés M., Méndez X. y Morales A. (2021) Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad. *Libro Blanco de la salud menta infanto-juvelil*. Madrid
Fernández-Hermida, J.R. & Villamarín-Fernández, S. (Eds.) (2021) Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Consejo General de la

Psicología de España.

Freud, S. (1992) *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* Obras completas. J. L. Etcheverry (Traduc.), Sigmund Freud, Obras completas, 1. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1890).

----- (1992). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. L. Etcheverry (Traduc.), obras completas vol. xiv. Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1915).

----- *Más allá del principio de placer.* (1985) En J. L. Etcheverry (Traduc.), : Obras Completas, Vol. XVIII, pp. 1-62. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1920).

----- (1992) *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud.* En: En J. L. Etcheverry (Traduc.), Sigmund Freud, Obras completas, 1. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (trabajo original publicado 1890).

----- Rodríguez González, M., & López-Ballesteros, L. (1999). *El malestar en la cultura.* Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1930).

----- (1993) *Duelo y Melancolía.* En J. L. Etcheverry (Traduc.), : Sigmund Freud, Obras completas, XIV. Buenos Aires: Amorrortu, (Trabajo original publicado en 1917).

Jung, C. G. (1970) *Arquetipos e inconsciente colectivo.* Barcelona : Paidós.

Klein, M (1941-1945) *La vida emocional y el desarrollo del yo en el niño, con especial referencia a la posición depresiva. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XVII - Nº 3 - 1995,* (Trabajo original publicado en 1965).

----- (1946). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides.*

<http://www.psiaudiovisuales.com.ar/wp-content/uploads/Klein-Melanie-Notas-sobre-algunos-mecanismos-esquizoides.pdf>

Lewin M. y Santos Barreiro D. (2019) Niños deprimidos *Controversias en Psicoanálisis de*

Niños y Adolescentes, Nº 25 181.

<http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/apdeba-controversias-2019-n25-11.pdf>

OMS (2021). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id

OPS/OMS (2021) *Depresión* recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Rozenbaum de Schvartzman, A; (1993). Acerca de la depresión en la infancia. *Revista de Psicoanálisis*. 50(01), pp. 157-166.

Segal, H. (2003). Introducción a la obra de Melanie Klein. *Introducción a la obra de Melanie Klein* Buenos Aires Paidós. *Referencia a la posición depresiva*.

Spitz. R. (1972) *El primer año de vida del niño*. Edit. Aguilar. (Trabajo original publicado en 1958).

Winnicott, D. (1993). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 391-391).

----- (1994) *Objetos transicionales y fenómenos transicionales. Realidad y Juego*. Editorial Gedisa. España. (Trabajo original publicado en 1971).

Xavier A. Tosta M, (2017) *I - Teorias, pesquisas e estudos de casos Onde está a criança? Um caso de amadurecimento precoce e falso self* Acad. Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil - V. 37, no 93, p. 171-185.