

7 PADRES E HIJOS

Bienvenidos a este espacio dirigido a padres y profesionales de diversos ámbitos vinculados al mundo infantil y del adolescente.

En este número: **Mercedes Conde**: “Depresión en la infancia”.

7.1 DEPRESIÓN EN LA INFANCIA. POR MERCEDES CONDE MARTÍ*

“Desde muy pequeño no duerme, estamos desesperados” (Caso A: 3 años)

“Mi hijo está enfadado con el mundo desde que nació” (Caso B: 5 años)

“Si no estás con él no hace nada, está muy enmadrado” (Caso C: 9 años)

1.- ¿Cómo se reconoce?

El trastorno depresivo tiene formas de expresión muy variada y diferente. También la edad marca una diferencia en la forma en que se manifiesta, aunque existan elementos comunes. En ocasiones es más directa visible y detectable ya que se asemeja al adulto : desinterés por lo que le rodea, apatía, cansancio y disminución de la vitalidad, aburrimiento pertinaz , inhibición , humor triste, motricidad reducida, débil capacidad para encontrar placer con alguien o en alguna parte o actividad propuesta, crisis de llanto o gritos, pero mas frecuentemente adopta otras “caras” que pueden ser expresión de estados depresivos o depresiones encubiertas en ocasiones llamados “equivalentes depresivos” , como por ejemplo : agitación e hiperactividad, dificultades para jugar (au-

sencia de placer, actividades monótonas y repetitivas, débil o ausente imaginación y fantasía , interés por los objetos inanimados en detrimento del contacto con las personas, tendencia a abandonar cualquier proyecto o tarea a la menor dificultad ...), dificultades con el sueño (insomnio, hipersomnia, terrores nocturnos..), dificultades con la alimentación (inercia , pérdida de apetito marcada por la pasividad que con frecuencia , ante lo impuesto terminan con rechazo , apetito insaciable ...etc.), dificultades en la relación social (dificultades en la comunicación, trastornos del comportamiento, tendencia antisocial, crisis de rabia, oposición, cambios bruscos de humor, seriedad, irritabilidad, desgana , insatisfacción persistente, pereza, desánimo profundo, inhibición, timidez, aislamiento, tendencia a apartarse de los compañeros que le decepcionan, pasividad , agresividad , actitudes omnipotentes y dominantes ...) . Especial lugar ocupan los diferentes grados del desorden psicossomático :” La clínica psicossomática es, sin lugar a duda, el lugar de encuentro más frecuente del clínico con la depresión de la primera edad”...”en la lactancia , como en todo periodo de la vida, la depresión aparece como un proceso importante de la desorganización psicossomática” (Kreisler, L ,1995)¹: (bronquitis, rinofaringitis, diarreas,

¹ La Depresión del lactante, en Lebovici, S. y Françoise Weil-halpern. *La psicopatología del bebé*(222-233)

enuresis, estreñimiento, cefaleas, quejas y dolencias múltiples, caídas y/o accidentes frecuentes no carentes de riesgo vital para el niño o adolescente, ...y formas de somatización más severas que pueden afectar todos los órganos o sistemas corporales), comportamiento de hiperadaptación (niños demasiado “adultos”, excesivamente dóciles, considerados “ muy buenos”) , dificultades o fracasos escolares (de atención, concentración, rendimientos...) pensamientos, ideas o sentimientos persistentes de inferioridad , impotencia, falta de confianza en si mismo, desvalorización y temor a ser rechazado , tendencia al pesimismo, preocupación excesiva por la muerte (propia o ajena), reiterada expresión de ideas fantásticas y de grandeza, negación de cualquier tipo de angustia, tristeza o sentimientos depresivos.

En la descripción de la **Depresión precoz** los lactantes (menores de dos años y medio) se muestran como bebés “demasiado buenos” que no provocan al entorno para que les hagan caso, o bien son bebés irritables con tendencia a la hiperexcitabilidad .Bebés con indiferencia hacia el entorno, y/o con atonía afectiva que priva al bebé de sus apetencias vitales, sin quejas ni llanto, se aprecia una falta de reacción ante la presencia o ausencia del adulto y/o ante las solicitudes o estímulos. También bebés que extrañan demasiado los más mínimos cambios de personas o del entorno o con cambios bruscos de hipotonía a hipertonía. En las formas más severas se observa la mirada fija y/o huidiza, sin parpadeos y lentitud gestual y corporal. Retraso madurativo y torpeza psicomotriz asociada al desinterés y ausencia de placer en las adquisiciones lo que incrementa el olvido de lo aprendido y la disminución y/o declinación de los rendimientos fácilmente confundida con déficits. Es significativa la pérdida de peso y el entecimiento en la evolución de la curva estatura-ponderal. “Los elementos esenciales en la enfermedad depresiva en el lactante son:1) la

atonía tímica (posterior a un periodo de angustia exacerbada y protesta sobreviene la pérdida de interés más que tristeza, sin lágrimas ni quejidos: depresión fría, depresión blanca) (,2) la inercia motora, (monotonía, rigidez) 3) la pobreza de la comunicación interactiva y 4) la vulnerabilidad psicosomática”. “La edad de desarrollo de la enfermedad es entre los seis y los dieciocho meses” (L, Kreisler, 1995,224).

La depresión en el niño, es con frecuencia difícil de aceptar y de reconocer, en parte porque la forma en que se manifiesta habitualmente no es directa ni parecida al adulto, en parte también porque existe una reticencia en los padres y en los adultos en general a reconocer un auténtico sufrimiento depresivo en el niño. Es doloroso confrontarse con ello , conmociona y angustia a los adultos convocando en ellos intensos y contradictorios sentimientos propios difíciles de soportar y tolerar , lo que con frecuencia deriva en un ocultamiento o en un abordaje de sus manifestaciones con rechazo, como “ mala conducta” lo que agudiza el conflicto, dificulta el entendimiento mutuo y traba las posibilidades de resolución.

Ante actitudes o conductas que no son las deseables o esperadas es conveniente mantener una actitud , por parte de los adultos de interrogante en busca de respuesta, de vacío que abre un espacio para pensar e intentar comprender , antes de “ etiquetar” o “ sellar “ como mala conducta, con el rechazo emocional y social que le es consecuente , lo que en realidad son síntomas de un profundo malestar que busca ser expresado , reconocido y encauzado por los padres o adultos a cargo de los niños.

2.- ¿A que llamamos Depresión en el niño?

En términos generales se puede considerar la respuesta depresiva como una reacción humana de base (Sandler 1967) frente al sufrimiento psíquico, es decir frente a sucesos y sentimientos penosos desencadenados por cualquier amenaza tanto de la integridad y la coherencia internas como de aquello que para el sujeto, en cada momento vital, aporta el valor de lo que le permite vivir. Widlöcher (Lebovici, S. y Françoise Weil-halpern 1995,231) en relación a las investigaciones sobre la “depresión anaclítica” descrita por R. Spitz dicen:” La depresión ya no aparece como una tristeza patológica, sino como una respuesta innata a una situación catastrófica que viene a desorganizar todos los esquemas de actividad y de intercambios que se desarrollan normalmente a partir de las interacciones precoces entre la madre y el niño”.

Es importante diferenciar entre ansiedades depresivas normales, reacciones depresivas, y trastorno depresivo propiamente dicho.

Para comprender las “ansiedades **depresivas normales**” abordaremos el proceso de crecimiento del ser humano concibiéndolo como un proceso de *desilusión* (D. W. Winnicott, 1963)). Si partimos, en el inicio de la vida, de un estado y de un periodo de tiempo de *dependencia absoluta* del bebé humano con respecto al adulto (denominamos *madre y función materna* al adulto que provee al recién nacido de los cuidados afectivos y materiales sin los cuales su existencia (biológica y psíquica) no sería viable. Lo denominamos así porque, habitualmente es la madre biológica la que en nuestra cultura lleva a cabo esta sustancial e imprescindible función, pero puede ser realizada por el padre u otra persona, no necesariamente vinculada

biológicamente con el recién nacido). Partiendo pues de la provisión inherente al estadio de *dependencia absoluta*, el progreso del crecimiento se encaminará hacia la progresiva independencia. Ello implica paralelamente el cambio progresivo de un estado de unión, de “*ilusión*”, proporcionado por la adaptación casi *absoluta* de la madre y del entorno a las necesidades y ritmos del niño que promueve la vivencia y la experiencia infantil en este periodo de *tenerlo todo, serlo todo, poderlo todo...ser el centro del universo materno, del universo familiar, es decir el centro del mundo y creador del mundo*. Desde esta fundamental experiencia, el crecimiento se encamina hacia los progresivos desprendimientos necesarios para el desarrollo como individuo pero a los que subyacen también intensas y necesarias desilusiones y sentimientos contradictorios, inherentes al proceso de crecimiento que irán jalonando de reacciones depresivas el curso de la evolución psíquica del niño. Conllevan dolor, sufrimiento, y dificultad para el niño que se acompaña de síntomas, generalmente pasajeros (vuelve a hacerse pis, se despierta y no duerme, se torna demandante y exigente...etc.). Tienen que ver con la elaboración emocional de la progresiva separación-individuación en el camino de todo individuo desde la dependencia hacia la progresiva independencia.

Tolerar, permitir y manejar progresiva y adecuadamente dicho proceso de desilusión forma parte de lo que hemos denominado función materna. Los sentimientos subyacentes han de ser expresados, entendidos, reconocidos, vigilados y acompañados por los adultos a cargo del crecimiento de los niños, pero no han de ser evitados en sí mismos, porque con ello se evitaría el movimiento de progreso del que forman parte.

Señalemos que el desprendimiento progresivo no será posible si previamente no se ha provisto lo necesario para la existencia de la *necesaria experiencia de estabilidad en la unión*. El camino hacia la progresiva autonomía quedará truncado si no ha existido un fuerte vínculo previo del cual poder desprenderse y un primer estadio de dependencia absoluta (D. W. Winnicott, 1963).

Los padres y los adultos que rodean a los niños han de saber por ellos mismos y desde su experiencia transmitir a sus hijos que crecer conlleva conquistas, alegría, avances y satisfacciones intensas pero también renuncias, sentimientos contradictorios, temor y dolor. Tramitar los sentimientos que conlleva crecer y que en su curso se ponen en juego no es fácil ni para los niños ni para los adultos. En el interjuego y el intercambio de este entramado de sentimientos mutuos, explícitos y no explícitos se vehicula el movimiento de progresión, detención o involución de los procesos de crecimiento y de su expresión psicopatológica.

En las **reacciones depresivas** (con los “equivalentes depresivos”: trastornos del sueño, alimentación, motricidad, humor, sociabilidad, psicósomáticos, comportamientos regresivos...etc.) existe un desencadenante externo identificado como *modificaciones en el sistema familiar, separación del niño, afecciones de tratamiento o pronóstico severo o una pérdida* de alguien o algo querido e importante para el niño (puede ser un duelo real o una pérdida simbólica como por ejemplo la separación del medio familiar, la ausencia (física o psíquica) de alguno de los padres, de un amigo, un cambio de casa o colegio, enfermedades graves en la familia ...etc.). Con frecuencia el restablecimiento de la relación madre (o persona sustituta)- niño y/o el reconocimiento explícito del malestar al tiempo que se provee y facilita la

posibilidad de expresar y compartir la expresión del temor, el dolor y la pena contenida, sin juicios ni exigencias convoca la detención de los síntomas al encontrar un cauce de expresión emocional a través de la palabra y la comunicación empática.

El camino hacia la progresiva independencia y su correlato de sucesivos desprendimientos atraviesa cada edad y cada momento del desarrollo con sus diferentes modalidades, manifestaciones y posibilidades. Igualmente existen hechos específicos dolorosos de la realidad personal, familiar o social así como hay edades y momentos de transición especialmente sensibles y vulnerables a los procesos personales y vinculares que describimos que requieren especial cuidado, acompañamiento, sensibilidad, atención y reclaman una especial necesidad de consolidar y fortalecer los vínculos afectivos.

Llamamos **Depresión o Trastorno Depresivo** propiamente dicho a un estado de cierta *duración, estabilidad e intensidad* que se diferencia de las reacciones motivadas por una privación, separación o decepción recientemente experimentada. Es con frecuencia recurrente, aparece como una ruptura desorganizante del funcionamiento mental anterior y *sin* acontecimiento preciso próximo que parezca poder explicarlo. **La depresión del lactante**, siguiendo a L. Kreisler (1995,224) parece suceder después de los diferentes intentos fallidos por parte del niño de enfrentar la angustia “Todo sucede como si la depresión fuera la continuación de una angustia agotada por su desbordamiento cuyo núcleo fundamental es la atonía afectiva”: “Las descripciones de la literatura están con frecuencia falseadas por la evocación de la depresión vivida por el adulto, cuando se habla de desolación, de angustia depresiva o de ansiedad, las cuales pertenecen a la fase prodrómica del síndrome y *no a la depresión misma*. La depresión del bebé es una atimia

global, más próxima a la indiferencia que a la tristeza. *Lo propio de la semiología depresiva del niño pequeño es ser negativa*, es decir, presenta “al revés”, la esencia misma de las apetencias vitales del niño saludable: el apetito no solo para nutrirse, sino para ver, escuchar, sentir, ejercer sus sentidos en todos los terrenos, moverse, conocer, funcionar y progresar”.

En el adulto, en estrecha proximidad con la esencia misma del sentimiento depresivo del lactante y del niño recién mencionado, la denominada “**Depresión esencial**” P. Marty (1980) toma el calificativo de “esencial” para caracterizar una depresión específica en el adulto definida por el derrumbe del vigor de los deseos y de los impulsos vitales y también por la ausencia del trabajo de elaboración mental. Las vivencias no alcanzan a ser pensadas, no son representadas, ni representables y por ello funcionan como inexistentes y por tanto no comunicables, lo que favorece el riesgo de desorganización psicosomática.

En la historia de estos niños se encuentran experiencias muy precoces de dolor psíquico facilitadoras de vulnerabilidad. En ocasiones es posible identificar acontecimientos relativos a experiencias tempranas de privación afectiva, separación o frustraciones masivas prolongadas pero en otros casos, encontramos las consecuencias de *vivencias* muy tempranas en la vida del niño, que corresponden a las dificultades en el vínculo con el bebé debidas a problemas que emergen en el hecho de ser madre/padres o a dificultades emocionales previas de la madre o la pareja que interfieren en el vínculo e impiden la necesaria estabilidad en el “sostén” emocional. D. W. Winnicott (1963) denomina “**Depresión Originaria**”, al efecto de las fallas ocurridas en el sostén emocional que proporciona el entorno primario del niño en las etapas tempranas del desarrollo emocional. Dichas fallas, que se hacen perceptibles por el

desfallecimiento de la función materna, son experimentadas por el niño pequeño en forma de intensa angustia de desamparo, de desvalimiento, de muerte o “agonías primitivas” que provocan la ruptura y discontinuidad en la experiencia emocional. Cuando esto sucede, la experiencia a pesar de haber ocurrido tempranamente, sigue posteriormente presente pero oculta en el inconsciente, sin que pueda ser recordada porque “la agonía primitiva” sucedió en un momento en el que la psique infantil era todavía muy inmadura y falta de integración por lo que no permitía el acceso a la memoria. Será necesaria la experiencia terapéutica para acceder y reconducir la vivencia del vacío desorganizador que dejó en el psiquismo del niño la angustia primitiva. Según D. W. Winnicott, en estas experiencias precoces anidan las futuras depresiones. Es importante la edad y el momento del desarrollo que atraviesa el niño cuando sucede la falla del “sostén” emocional del entorno primario, así como su repetición, duración y su posterior abordaje pues condiciona la forma de expresión y el curso posterior. Entre las evoluciones posibles encontramos enmascarando un profundo sufrimiento depresivo, sentimientos de vacío, inquietud por la muerte (en juegos, fantasías, dibujos y producciones) y la tendencia antisocial. Es llamativo el desconocimiento de esta fachada engañosa, tanto en el entorno familiar como en el escolar, siendo frecuentemente considerados niños indisciplinados, perezosos, o provocadores.

Siguiendo las aportaciones de Winnicott, Masud Khan (1980) añade la idea de “microtraumatismos” repetitivos y acumulativos que disponen una fragilidad de base desde la cual las experiencias posteriores se tornarían para el niño más cargadas de ansiedad y dificultad experimentándolas en muchos casos, en forma traumática y sin posibilidad de afrontarlas adecuadamente.

Igualmente Palacio Espasa Y Dufour (2002) denominan “Organizaciones **paradepresivas del niño**” a ciertas formas de depresión en el bebé vinculadas a los conflictos de la parentalidad que el niño tiende a internalizar volviéndose progresivamente vulnerable, facilitando así al posterior desarrollo de trastornos depresivos.

3.- ¿Que puede causar la Depresión en el niño?

Los padres de B son jóvenes, han deseado y recibido con ilusión la llegada de su primer hijo B. Durante los primeros meses y años están inmersos, ambos (por periodos simultáneamente y en otros se alternan) en retos profesionales que requieren esfuerzo y concentración como oposiciones y Masters. La historia infantil de los padres no alberga la memoria emocional de recursos lúdicos y placenteros en su experiencia infantil del contacto, de manera tal que posibilite buenas estrategias “naturales” y alternativas de respuesta y adaptación a las necesidades y dificultades iniciales que el hijo les plantea. Si bien existe un claro deseo y disposición consciente a atender las necesidades de su hijo, las dificultades provienen desde varios lados y finalmente colaboran en fracasos frecuentes para hacerse cargo emocionalmente del hijo. Es decir la desesperación, el cansancio, el desánimo y el rechazo consciente e inconsciente acaban dominando la escena cotidiana y el vínculo con el hijo que se va tiñendo de desamparo, malestar, impotencia, hostilidad y culpa. Progresivamente la inseguridad impregna la relación apoyada en el miedo inconsciente a no ser buena madre.

Para entender los hilos que se van entrecruzando para producir una situación dada, y simplificando mucho, destacamos que la madre de B ha sido una niña que ha sufrido maltrato por

parte de su padre y ha vivido con el peso y la tristeza de la violencia latente familiar. La llegada de un primer hijo varón, en el contexto de la vulnerabilidad inicial, tiñe la mirada hacia él de temores y expectativas hostiles que, sin duda dejan sentir su impacto en la inquietud y comportamiento del niño. Subrayamos la importancia de las depresiones encubiertas y a veces prolongadamente latentes en los padres, que se reactivan con la llegada de la paternidad y/o maternidad y condicionan dificultades en el vínculo afectivo con los hijos muy tempranamente, produciendo involuntarias e inconscientes carencias emocionales que contrastan, en muchos casos, con la dedicación consciente y con la preocupación y afecto por el hijo. El efecto en el hijo de los desencuentros producidos y su particular forma de reaccionar y protegerse, introduce un circuito complejo en la comunicación emocional mutua que progresivamente va intensificando la frustración, el dolor y el desaliento en ambos. Cuando B tiene 18 meses, nace su hermana. La mirada de la madre no encuentra referentes internos previos en la relación con lo femenino de temor, rechazo y hostilidad como en el caso del varón, sino de protección y proximidad. La relación con la hija, además de estar rodeada por circunstancias diferentes, y de contar previamente con la experiencia de B, se desarrolla sobre diferentes bases. El rechazo inicial de cualquier hermano/a acompañado por fantasías y temores de feroz competición frente al amor y dedicación de los padres, que todo niño/a vive inicialmente como una amenaza, como algo no susceptible de compartir (llegar a sentir que no se pierde el amor al compartir será, en el mejor de los casos, un punto de llegada, no de partida). La relación de B con su hermana, se constituye por los avatares de los vínculos en juego, en un núcleo de intensa hostilidad que introduce otro potente factor de extrema dificultad en el núcleo familiar.

En los primeros años B, conoce a “varias cuidadoras” que atienden al bebé en ausencia de los padres. La falta de constancia y la falta de buen contacto emocional en el cuidado sustituto, es otro relevante factor que colabora negativamente en el desborde emocional y en el sentimiento de impotencia de los padres.

Tratamos de manera sintética de mostrar el complejo entramado de factores, incluyendo los que llegan hasta el niño desde generaciones anteriores (transgeneracionales), que interactúan en ocasiones en una dirección de consecuencias negativas para sustentar la red vincular necesaria capaz de garantizar la provisión continua y estable del sostén emocional que el niño muy pequeño precisa para su crecimiento y desarrollo.

En algunos casos se constatan experiencias tempranas de privación, extremo abandono, violencia y/o maltrato, es decir de ruptura del vínculo materno, separación o frustraciones severas y prolongadas dentro o fuera del entorno familiar. R. Spitz, (1970) describe en el lactante la “**Depresión anaclítica**” (el término “anaclítico” hace referencia a la dependencia inicial de la relación materna como soporte del desarrollo y con esta denominación subraya la ruptura del vínculo como su causa) vinculada a un estado de privación afectiva que se podría considerar el *prototipo de la depresión* .Las observaciones de R. Spitz describen las fases del proceso de enfermar en lactantes, que por las circunstancias habían sido privados de los cuidados maternos que habían tenido previamente y que en el personal del nuevo lugar de acogida, no encontraban las aportaciones afectivas restitutivas. Observó como tras un periodo activo de lucha y protesta , seguido de desesperación , con disminución del llanto, gemidos y/o mutismo, sobreviene el hundimiento en el repliegue , el niño no busca nada y no pide nada, se queda inactivo, se deja manejar por el

entorno, apático, muestra retraimiento, y somnolencia. Si la llegada de la madre no se produce se instala un estado de indiferencia depresiva, sin respuesta a los estímulos, de aislamiento y marasmo, con caída del cociente de desarrollo y multiplicación de enfermedades físicas. En el presente han variado las condiciones institucionales en las que se observó esta dramática evolución que actualmente vemos con más frecuencia en la patología de los niños con grave abandono y/o desamparo y/o víctima de maltrato y/o con fallas graves en la función materna. León Kreisler (1995) en relación a la actualidad de la depresión del lactante aclara “En las circunstancias actuales, en donde la separación es menos radical, la angustia no es siempre tan flagrante. Pero está siempre presente, modulada con base en las circunstancias presentes y anteriores. Todo sucede como si *la depresión fuera la continuación de una angustia agotada por su desbordamiento*”.

J. Bowlby, (1980) y J. Robertson ponen de manifiesto también en sus rigurosas y prolongadas investigaciones, la decisiva importancia de separaciones traumáticas en la génesis de estados depresivos ulteriores. Observan que solo si la ausencia de la madre se prolonga en el tiempo o la experiencia traumática se repite se mantendrá la evolución mórbida hacia el desapego afectivo encerrándose el niño en sí mismo sin contacto con el entorno, con características del orden del autismo.

Winnicott (1963) amplía considerablemente el ámbito de las experiencias de privación afectiva y/o separación al incluir el compromiso del psiquismo materno .Cuando hablamos de separación no nos referimos solo y exclusivamente a la ausencia física de la madre, *puede estar presente y al mismo tiempo psíquicamente ausente*. Winnicott describe un proceso y nos alerta acerca del *proceso* seguido durante la *ausencia emocional* de la madre (por

causas que le producen el hundimiento depresivo afectando profundamente a la calidad de la relación con el bebé, pueden ser causas externas, como algún problema severo, enfermedad, duelo familiar, o causas internas (reactivadas por el conflicto de la parentalidad, o por una depresión larvada o crónica, anterior al embarazo, o posterior al parto). Cuando la privación, es decir la ausencia emocional de la madre, se produce en las etapas tempranas del desarrollo emocional, y se prolonga más allá del tiempo (y solamente en este caso) durante el cual el niño puede conservar en su interior el sentimiento de su existencia, es decir, excede un cierto tiempo y un cierto umbral, la madre esta “muerta” (en el psiquismo) para el niño, que ya no puede llamarla a la vida. Ello introduce una *ruptura* en la experiencia del niño. El niño ha sentido un *corte en la continuidad de su existencia*, que deja la huella de desamparo, la experiencia de haber estado loco, (agonía primitiva) lo cual *entraña la organización de defensas contra el regreso o la repetición de una angustia semejante*. Sus aportaciones profundizan en la muralla levantada contra el regreso del dolor psíquico que implica, sostenida por la negación o la huida, a través de diferentes actividades de “relleno”, del espacio interior.

La angustia ante el abandono y la pérdida del amparo y sostén afectivo estable experimentado por el sujeto como *una amputación de una parte de sí, una pérdida interior, aspecto narcisista fundamental y la agresividad dirigida contra lo que se considera fuente del dolor, son ambos los componentes primordiales de la depresión*. Así la experiencia y el temor de desvalimiento, la avidez afectiva subyacente, la hostilidad y el sentimiento de desvalorización y culpabilidad, se arraigan en el sufrimiento depresivo de estos niños que quedan atrapados en la búsqueda de formas de huir de sentimientos tan dolorosos e intolerables.

H. Harlow (1971) experimentó con monos pequeños privados o separados precozmente de la madre encontrando igualmente comportamientos de inmovilidad, retraso y retraimiento. Sus experimentos pusieron de manifiesto también como la cría de mono colocada en una jaula donde existía una madre de alambre que tenía un biberón y una madre con el recubrimiento de piel de mono solo acudía a la madre-alambre para tomar el alimento y desarrolla *conductas de evitación* del contacto inseguro que proporcionaba a madre-alambre (vendría a representar los momentos puntuales o permanentes de depresión en la madre que proporciona alimento y cuidados pero con ausencia de empatía y contacto emocional). La cría nada más terminar volvía y permanecía junto a la madre-piel de mono que aportaba el contacto.

M. Klein (1925) acentúa la importancia de las fantasías agresivas, surgidas de los impulsos en la relación con el otro, en la génesis de la vivencia depresiva. Todo niño en su desarrollo ha de enfrentar el antagonismo entre los sentimientos de amor y odio que experimenta y será el interjuego de sus impulsos y sus relaciones afectivas el que facilitará la fijación o el progreso de la denominada “posición depresiva”.

4.- ¿Qué hacer? ¿Como pueden ayudar los padres?

Frente a reacciones emocionales, sentimientos y conductas que en ocasiones no resultan esperables o deseables (desgana, irritabilidad, cansancio, aburrimiento, falta de deseo o desinterés hacia las propuestas, arrebatos de rabia, lentitud, comportamientos infantiles, falta de autonomía, malhumor, quejas continuas...etc.) Por parte de los adultos, especialmente de los padres o sustitutos, una actitud hacia el niño, receptiva de escucha, observación y comunicación, abierta a la comprensión

y a la búsqueda de ayuda favorece la *estabilidad y consistencia del vínculo afectivo, base imprescindible aunque a veces no suficiente, para un buen pronóstico*. Cuando surge alguna preocupación o signo de alarma persistente en el tiempo, es importante que sea tenido en cuenta, contrastado y comentado con otras personas y/o profesionales (Educadores, Equipo de atención temprana, Pediatra, Terapeuta infantil...etc.). La Clínica Depresiva en la primera infancia es compleja y difícil de identificar. Ya sea expresión de una fase difícil en el desarrollo del niño, o una reacción depresiva ante algún desencadenante en el entorno próximo o un episodio depresivo puro sin causa aparente, cuanto antes sea “escuchado” y tomado a cargo de los adultos responsables del niño, más probabilidades tiene de buena evolución. Hay que tener muy presente que *la sintomatología es ante todo una comunicación, una llamada al adulto, un mensaje en reclamo de su ayuda*. El niño se haya atrapado en una situación sin salida que exhibe y comunica en la única forma en que le es posible: a través de su conducta, actitudes y síntomas. No tiene otra mejor. Corresponde al adulto, a los padres realizar el trabajo necesario, lo que en ocasiones involucra la consulta al profesional competente, de comprensión de la situación que el niño expresa, sufre y demanda. El trabajo conjunto, entre los padres, el niño y si es necesario el terapeuta infantil, requiere tiempo, dedicación, compromiso, observación, comunicación y escucha mutua, análisis, reflexión, y actitud de búsqueda para ayudar, comprender e identificar el malestar que el niño exhibe y los padres registran como inquietud y preocupación.

La claridad aportada por el trabajo conjunto de las variables en juego, dinamiza el soporte terapéutico que posibilita los procesos de cambio. En el trabajo clínico de la consulta vemos que este trabajo y este proceso con demasiada frecuencia se traba con juicios demasiado fáciles y apresurados (a veces provenientes o reforzados por la escuela) que “congelan” y “fijan” la sintomatología con “etiquetas” que atribuyen al carácter, personalidad del niño o a su mala conducta (“es bueno”, “es pegón”, “es paradito” “es perezoso”, “es inseguro”, “es vago”, “es quejica” “es agresivo”, “es dormilón”, “es mal-comedor”, “es miedoso”, “es llorón”, “es lento”, “es pesimista” “es egoísta”, “es antipático”, “es solitario”...etc.) características que siendo expresión de una problemática susceptible de ser transitoria se prolonga o se transforma en estable, por la imagen que el entorno próximo “devuelve” al niño y desde la cual, como no puede ser de otra manera, va construyendo su identidad. Con ello, además de ahondar la pérdida de autoestima y el sentimiento de carencia que cronifican el cuadro, se pierde la posibilidad de la escucha del dolor psíquico latente y del restablecimiento de la confianza, la expresión, el entendimiento y la empatía necesaria para movilizar los procesos de reparación y cambio en la dirección de progreso del crecimiento. Los padres han de valorar, ante una duda o sintomatología que se prolonga, la importancia de solicitar una consulta Psicoterapéutica para esclarecer la existencia de un cuadro Depresivo y la severidad pronóstica y en función del ello la pertinencia y el tipo de Intervención especializada, que con rigor y continuidad aporte el tratamiento específico.

ΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨ

* **Sobre la autora:** Mercedes Conde Martí es Psicóloga, especialista en Psicología Clínica. Psicóloga de los Servicios Sociales del Ayto. de Leganés. Ha trabajado como psicóloga en las Escuelas Infantiles

del Ayuntamiento de Leganés. Especialista en Psicoterapia por la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos). Acreditada por FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) como Psicoterapeuta Psicoanalítica. Didacta y Docente de Niños y Adolescentes (SEYPNA). Profesora invitada en el Master en Teoría Psicoanalítica de la Universidad Complutense de Madrid (1993-2002). Profesora en la Especialidad de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes (Centro de Estudios y Aplicación del Psicoanálisis. Madrid (1993-1994). Supervisión en Residencias de Menores de la Comunidad de Madrid (1991-1996).

Es autora junto a Pilar Rebollo del libro "Parentalidad no biológica: la experiencia de un grupo de abuelos/as acogedores". Editado por el Ayuntamiento de Leganés.

Correo Electrónico: condemm@gmail.com