



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Monografía

Clínica de la depresión infantil: técnicas de diagnóstico y tratamiento.

Estudiante: María Victoria Burgueño Cabrera

C.I: 3.347.070-5

Tutor: Asist. Mag. Alfredo Parra

08 de Setiembre de 2017
Montevideo, Uruguay

ÍNDICE

1.	Resumen.....	pág. 3
2.	Fundamentación.....	pág. 4
3.	Introducción.....	pág. 6
4.	Aportes para un concepto de Depresión Infantil.....	pág. 8
	4.1 Mecanismos de defensa ante la depresión.....	pág. 16
	4.2 Criterios diagnósticos:	
	Síntomas e Indicadores de la Depresión Infantil.....	pág. 17
	4.3 La ideación suicida en niños y su relación con la depresión.....	pág. 20
	4.3.1 ¿Deseo de muerte en los niños?.....	pág. 23
5.	Técnicas diagnósticas de la depresión infantil e ideación suicida.....	pág. 25
	5.1 Indicadores en las Técnicas Proyectivas Gráficas.....	pág. 28
	5.2 Otras técnicas de utilidad clínica.....	pág. 29
6.	Factores protectores de la depresión infantil.....	pág. 30
7.	Tratamiento e intervenciones.....	pág. 31
	7.1 Terapia cognitivo-conductual.....	pág. 32
	7.2 Abordajes psicoanalíticos.....	pág. 33
	7.3 Consideraciones actuales sobre el tratamiento farmacológico.....	pág. 35
8.	Consideraciones finales.....	pág. 36
9.	Referencias bibliográficas.....	pág. 37
10.	Anexos.....	pág. 43

1. Resumen

La depresión infantil se ha ido incrementando en los últimos años, tornándose en un problema de salud a ser tomado en cuenta .

A pesar de este aspecto aún se encuentran obstáculos en el reconocimiento y la identificación de la depresión en la niñez (Del Barrio, 1997).

El diagnóstico precoz es imprescindible para detectar a tiempo dicha patología e intervenir oportunamente, minimizando el sufrimiento psíquico y las consecuencias futuras para ese sujeto. Su diagnóstico reviste determinadas dificultades por su elevada comorbilidad y solapamiento sintomatológico (Del Barrio, 1997; Polaino-Lorente, 1998).

Por este motivo se considera relevante brindar información sobre dicha patología a estudiantes y profesionales de la psicología.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivos desarrollar el concepto actual de depresión infantil, desde la teoría cognitiva y desde la psicoanalítica; y exponer las técnicas de diagnóstico específicas para dicha población.

Asimismo se dedicará un apartado a la relación entre la depresión y la ideación suicida en niños. También se abordarán otras técnicas de utilidad clínica como el Inventario de depresión infantil (CDI) y el Cuestionario de orientación para la valoración de posibles conductas suicidas en infancia y adolescencia; y se mencionarán los factores protectores para dicha patología.

Se presentarán las técnicas de intervención más utilizadas para su tratamiento, desde el abordaje psicoanalítico y desde el enfoque cognitivo.

Por último, se toman algunas consideraciones actuales sobre el tratamiento farmacológico en los niños.

Palabras clave: Depresión infantil- Ideación suicida en niños-Técnicas de Intervención.

2. Fundamentación

Este trabajo monográfico tiene como objetivo el abordaje de la depresión en los niños. El acercamiento e interés por dicha temática surge a partir de uno de los casos abordados en “Intervenciones psicológicas en niños”, una Práctica y Proyecto correspondiente al Ciclo de Graduación, llevada a cabo en el CIC-P de la Facultad de Psicología.

Se considera de suma pertinencia realizar un trabajo sobre esta temática por las particularidades de su prevalencia en nuestra sociedad.

Los datos expuestos por la Organización Mundial de la Salud (2017) (de ahora en adelante, OMS) exhiben un agravamiento epidemiológico de dicha patología en los últimos años, siendo actualmente la principal causa de discapacidad a nivel mundial.

Dicha patología puede tornarse crónica y recidivante si las personas que la padecen no reciben el tratamiento adecuado y de forma oportuna, generando costos importantes en los diversos niveles de atención de la salud (OMS, 2017) .

De acuerdo con la mencionada organización, la depresión se ha transformado en una cuestión de salud pública preocupante, en las últimas dos décadas ha presentado- junto con la ansiedad- un incremento cercano al 50 %, pasando de 416 millones de personas las que padecían dichos trastornos en 1990 a 615 millones en el año 2013 (OMS, 2016).

Ha sido considerada en los últimos años, por la Organización Panamericana de la Salud (de ahora en adelante OPS), como una “crisis global” (2012), presentándose como un problema de gran dimensión, en el que intervienen e interaccionan diversos factores: biológicos, psicológicos y sociales, donde no sólo se ve afectado el sujeto que la padece sino también su entorno familiar, escolar, laboral y la comunidad.

Se manifiesta como la principal causa de enfermedad, a nivel mundial, en el rango que va de los 10 a 19 años de edad (OMS, 2014).

A nivel regional, se presenta como el trastorno mental que más padecen los habitantes de América Latina y el Caribe, estimándose que afecta al 5 % de la población adulta (OPS, 2012).

En el año 2012 la OPS alertaba que más del 50 % de las personas que presentan esta patología -seis de cada diez- no buscan o no reciben tratamiento.

Cabe señalar que, los datos que se han expuesto sobre depresión infantil en diversas sociedades se asemejan cuando se toma en cuenta a la población general. Se ubican entre el 1 a 3% para la depresión mayor y, entre un 4 a 7 % en el trastorno distímico, según Del Barrio (1997). La misma autora destaca que las cifras se elevan si se toma en cuenta solamente a la población clínica infantil así como también es esperable que vayan incrementándose a medida que se eleva la edad de la población estudiada.

En Uruguay, aunque las investigaciones sobre depresión infantil son escasas, los datos encontrados son bastante preocupantes, ya que se acercan a los globales. Según cifras presentadas en el primer estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños de nuestro

país, cerca del 27% de los padres refieren problemas vinculados a la depresión junto con la ansiedad y quejas somáticas (Viola, Garrido & Varela, 2008). Dicho estudio epidemiológico se realizó en una población que incluyó a niños entre los 6 y los 11 años de edad.

En una investigación realizada en un liceo público de Montevideo por Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo y Ugo (2010) se encontró que un 15 % de los estudiantes pertenecientes a la muestra exhiben síntomas depresivos.

Asimismo destacan que, generalmente, cuando se produce un episodio de depresión temprana, es decir, en la infancia, se potencia el riesgo de que ocurran sucesivos episodios en las etapas vitales posteriores. Las tasas de recurrencia oscilarían entre el 45 % al 72% en los posteriores tres a siete años (Horowitz & Garber citado en Cajigas-Segredo *et al.*, 2010).

En consonancia con los citados autores, Viola *et al.* (2008) reconocen que el comienzo de los trastornos mentales específicos se produce frecuentemente en etapas tempranas del desarrollo y “...existe un alto grado de continuidad de los trastornos de la infancia con los del adulto” (p. 10).

Varios autores señalan la existencia de la depresión en la infancia como una señal que anuncia el padecimiento futuro de otras patologías mentales (Polaino Lorente, 1998).

Estos autores plantean la potencialidad y el alto grado de continuidad de la depresión infantil en la vida adulta. Pero cabe aclarar, que no siempre se prolongan, son muchos los factores que interactúan en la persistencia de estas patologías y existen otras posturas en las que se plantea dicho dilema.

En la infancia se moldean los patrones de personalidad, los que continuarán madurando durante toda la vida del individuo y permanecerán estables o serán cambiantes de acuerdo a condiciones biológicas, la etapa evolutiva, los eventos vitales por los que atravesase, la conformación y el tipo de vínculos familiares que se establezcan, entre otros factores.

Estos patrones pueden variar desde lo que consideramos como saludable a lo comprometido o patológico (Psychodynamic Diagnostic Manual, 2006).

De lo mencionado anteriormente se deduce la importancia que reviste el diagnóstico de dicha patología para una intervención precoz y oportuna, considerando a su vez, que lo que ocurre a nivel psíquico en la primera infancia será, casi siempre, determinante y clave para el desarrollo posterior de ese psiquismo.

En la actualidad aún encontramos cierta dificultad para reconocer e identificar la depresión en la niñez. Son varios los obstáculos que se presentan; por un lado, es frecuente que se exprese con mal comportamiento, irritabilidad e inquietud sobretodo en la niñez temprana (Del Barrio, 1997); por otro lado, desde el mundo adulto se idealiza a la infancia, considerándola como una etapa de la vida donde prima la ingenuidad y no existen las preocupaciones.

Todavía persisten las resistencias para reconocer el sufrimiento y los temores de los niños, incluso ante ciertos comportamientos o actitudes observables que son alarmantes, se los minimiza.

Junto a lo anterior, cabe subrayar que dicho padecimiento presenta una comorbilidad elevada, lo que genera superposición de síntomas con otras patologías (Del Barrio, 1997) produciéndose

muchas veces el denominado “doble diagnóstico” (Polaino Lorente, 1998).

Otro aspecto de interés académico se presenta en la relación que se establece entre la depresión infantil y los intentos de autoeliminación; que pueden llegar a producirse, por lo general, en la adolescencia y adultez (Bella, Fernández & Willington, 2010).

Nuestro país exhibe – a la par con Cuba- las cifras más altas de mortalidad por suicidio del continente (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2011) aumentando considerablemente en los últimos veinte años. Entre los años 2004-2009 el promedio de suicidios en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) fue de 88 casos al año, tomando todas las franjas etarias el promedio se eleva a más de 500 casos anuales en el mismo período.

Lo que pudo constatarse por Palacios, Barrera, Ordóñez, & Peña (2007) es que aún existe una muy pobre producción científica en cuanto al suicidio en niños, escaso conocimiento sobre medidas preventivas que se pueden adoptar y sobre el tratamiento más adecuado.

Recientemente, la región y varios países del mundo, han atravesado por situaciones desencadenantes de suicidio en niños de edades inferiores a la que menciona la bibliografía consultada a raíz de un “juego” virtual basado en retos suicidas. Aunque no se presentan estadísticas sobre la salud mental de los niños y adolescentes que ingresaron al juego y, no se puede aseverar que se encontraban deprimidos, requiere de igual modo su abordaje por la necesidad de intervención psicológica en dichos casos y su entorno. Así como también demanda formación y construcción de técnicas de intervención precoces y prevención oportuna.

Por todo lo expuesto, esta revisión bibliográfica se enfocará en desarrollar el concepto actual de depresión infantil, desde la teoría psicoanalítica y la cognitiva; intentando brindar información actualizada, en cuanto a las técnicas de diagnóstico específicas de esta patología, de predictores o posibles indicadores de la ideación suicida y su terapéutica.

2. Introducción

Las depresiones infantiles comienzan a ser reconocidas, descritas, identificadas y diagnosticadas recientemente, en los años 70, varios autores coinciden en esta fecha (Marcelli y Cohen, 2007; Del Barrio, 1997; Polaino-Lorente, 1998).

Es Puig Antich, en el año 1978, el primero que detalla el trastorno depresivo en niños y adolescentes a partir de los criterios diagnósticos que se utilizaban para la población adulta (Carballo, Figueroa, García, Soutullo & Zalsman, 2010).

Para Polaino-Lorente y cols. (1988), aunque existía previamente extensa bibliografía e investigaciones al respecto, la dificultad se presentaba en poder definir con precisión a la depresión en los niños, y no conceptualarla desde el modelo de la depresión en los adultos. Asimismo De Ajuriaguerra (1977) agrega que no presenta el mismo contenido, ni el mismo significado que en la adultez ni es vivenciada de la misma forma por todos los niños por igual, entre otros factores, depende la edad.

La génesis e interpretación de la depresión infantil variará en función del marco teórico desde el que nos posicionemos. En este trabajo se tomará la explicación que realizan algunos autores, desde teoría psicoanalítica y desde el enfoque cognitivo.

La semiología de la depresión en la población infantil ha suscitado diversas discusiones, asimismo pueden utilizarse términos variados para describir dicho padecimiento. Algunos autores remarcan este aspecto (Marcelli y Cohen, 2007), considerando necesario un consenso y una definición clara de las expresiones utilizadas.

Cuando se habla de un *Síndrome*, se está haciendo referencia a "...una agrupación de signos y síntomas que aparecen temporalmente en forma recurrente..." (Arévalo y cols., 2011, p. 15); mientras que un *Trastorno*, de acuerdo al *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* "... es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental "(5ª edición, American Psychiatric Association, 2013, p.5). Por lo que un trastorno genera un desequilibrio, una disfuncionalidad en el sujeto que lo padece y se prolonga en el tiempo. Cabe aquí, distinguir también entre los términos signo y síntoma. " Los signos son aquellos elementos que acompañan a una perturbación, y se muestran como conductas objetivamente observables..." mientras que los síntomas pueden definirse como "...aquellas características tanto de carácter exteriorizado como interiorizado..." que puedan observarse tanto de manera directa como indirecta (Del Barrio, 1997, p.15). Un signo puede ser un gesto, un movimiento, un síntoma: sentirse triste.

Arévalo y cols. (2011), definen a la depresión como "...un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza..." (p.108). Asimismo, el término *depresión* puede utilizarse haciendo referencia a un síntoma, un síndrome y a una entidad nosológica (Ey, Bernard & Brisset, 1996, p.224).

Cualquier niño puede atravesar durante el transcurso de su niñez por diversas situaciones que lo enfrenten a un cambio drástico y repentino en su cotidianidad o a tener que elaborar una pérdida. Cambio de maestra, de escuela, o de turno dentro de la misma escuela, mudanzas, separaciones de los padres, nacimiento de un hermano, muerte de su mascota, fallecimiento de un abuelo o tío- por nombrar algunos de esos factores. Dependiendo del niño, y cómo resuelva dichas circunstancias y afectos, se producirá o no en el mismo un episodio depresivo; ya que "... la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de cogniciones y sentimientos depresivos en el niño" (Polaino-Lorente, 1998, p.667). En este caso el niño estaría atravesando un *Episodio* depresivo (Marcelli y Cohen, 2007).

De Ajuriaguerra citando investigaciones de Sandler y Joffe plantea que la reacción depresiva se tornaría "anormal cuando aparece en circunstancias inapropiadas y persiste durante un lapso de tiempo excesivo y cuando el niño no llega a superarla" (1996, p.664).

Otro aspecto a enfatizar es el apoyo y contención que reciba de los adultos que lo rodean para enfrentar dicha situación, ya que muchas veces pueden "...tratarse de acontecimientos que para el adulto tienen un valor nimio..." (Marcelli y Cohen, 2007, p. 340).

Es importante destacar que la expresión y vivencia de sentimientos de tristeza son esperables desde el punto de vista evolutivo, así como otras variaciones del humor, pasando el niño por etapas en las que las mismas se exageran o intensifican, en palabras de Polaino-Lorente "...las estructuras del desarrollo hacen sentir su importante peso sobre las manifestaciones sintomatológicas depresivas..." (1998, p. 665).

3. Aportes para un concepto de Depresión Infantil

Desde la teoría cognitiva, Del Barrio (1997) plantea a la depresión infantil "...como un trastorno afectivo; el niño o adolescente que está en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo ello" (p.15). Esta posición destaca las emociones que se sienten y se expresan, es una concepción mentalista. Según la misma el sujeto psicológico "...recibe información del entorno, que elabora y configura en forma de experiencia vivida, y su actuación dependerá de la interpretación realizada" (Del Barrio, 1997, p. 31).

Los pensamientos del sujeto dependen mucho de su estilo cognitivo, por lo que un niño que presente un estilo cognitivo denominado negativo tendrá mayor predisposición a generar una depresión, en palabras de la autora antes mencionada:

Los desajustes son (...) perturbaciones de conducta que siguen a otras más básicas alteraciones cognitivas. Las preocupaciones y los pensamientos negativos en los que consiste una depresión son, en una de sus dimensiones esenciales, fenómenos de tipo cognitivo que interaccionan con la ocurrencia de acontecimientos negativos. (Del Barrio, 1997, p. 31).

Para Beck (en Del Barrio, 1997) las ideas negativas se desarrollarían por un fenómeno de distorsión cognitiva, es decir, una interpretación errónea – y sobretodo negativa- del sujeto mismo y de su entorno. Posteriormente, y en concordancia con el planteo de Beck, Seligman introduce que dicha percepción distorsionada se genera por reiteradas experiencias de fracaso en la vida de un sujeto, concepto que denominó como *indefensión aprendida* (citado en Del Barrio, 1997).

En concordancia con el planteo de Seligman, Polaino-Lorente añade:

La reiteración de la experiencia de fracaso puede contribuir a generar en el pequeño estilos cognitivos y atribucionales que fácilmente darían estabilidad a su inicial comportamiento depresivo. La ansiedad que suele acompañar a estos acontecimientos puede hundir al niño en un estado de indefensión y desvalimiento, por cuyo defecto su conducta se inhiba todavía más (1988 p.667).

En consecuencia, podemos destacar que, desde este paradigma, los acontecimientos que se producen en la vida temprana de un sujeto, cómo procese dichas experiencias y, a partir de las

mismas, cómo construya sus esquemas cognitivos- de aprendizaje- serán claves para el posible desarrollo una depresión.

Otro aspecto a enfatizar sobre este planteo es el proporcionado por Abramson *et al.* (citado en Del Barrio, 1997) quienes se enfocan en el sentimiento de desesperanza que se encuentra en los sujetos deprimidos, dicho sentimiento "... consiste en no desear e incluso temer el futuro..." (p.32). A su vez, estos sujetos se preocupan en extremo sobre lo que todavía no sucedió.

Desde la teoría psicoanalítica, la depresión se entiende como el efecto de lo que provoca en un sujeto la pérdida del objeto amado.

Cuando se habla de la pérdida del objeto, lo que se pierde realmente es el estado de bienestar implícito psicológica y biológicamente, en la relación con el objeto (...) en la respuesta depresiva existe un estado de privación- resignación- que puede aparecer inmediatamente después de la pérdida del bienestar o realizar esfuerzos encaminados para restaurar el estado añorado y deseado. Si el niño se siente impotente frente al sufrimiento y no puede descargar su agresión, la acumulación de agresión no descargada puede reforzar el estado doloroso de tal forma que es conducido por fuerza a un estado de resignación sin salida (Sandler y Joffe citados en De Ajuriaguerra, 1996, p.664).

Cabe puntualizar que esta pérdida puede ser representativa de la realidad, es decir, una pérdida real o de carácter imaginario de ese objeto amado y, no siempre la respuesta sería un estado de resignación como proponen los autores mencionados anteriormente, sino que se observarían- comportamientos de agresividad, rabia y culpa. (Adrianzén, citado por Palacios, Barrera, Ordoñez & Peña, 2007).

Los aportes de Melanie Klein desempeñaron un rol crucial para comenzar a conceptualizar la noción de depresión, por su contribución a la comprensión de los orígenes de los sentimientos depresivos.

De acuerdo a su perspectiva, la posición depresiva desempeña un papel central en el desarrollo de la vida emocional de todos los niños, siendo un fenómeno común y universal, que forma parte del desarrollo normal de cualquier individuo.

Klein (1995) expone su concepción de la existencia de un amor objetal temprano, observable- según la autora- a partir del segundo mes de vida del niño:

La comprensión y el contacto cercano entre la madre y el niño aún en esta temprana etapa, la forma en que el niño reacciona y responde a las actitudes y sentimientos de su madre, el amor y el interés que demuestra, constituyen una relación de objeto (p. 535).

Esto reviste relevancia por el hecho de que la potencia de las emociones del niño y el impacto que produce en él solo se disciernen en referencia a esta relación con este objeto.

Klein (1995), tomando los aportes y concordando con Abraham, apunta que la ansiedad y la culpa en el niño surge en estadios muy tempranos de su desarrollo y, a su vez, en estrecha relación con los impulsos canibalísticos, y agrega:

(...) los procesos tempranos de introyección y proyección llevan a establecer dentro del yo (lado a lado con objetos extremadamente "buenos"), a objetos extremadamente asustantes y

persecutorios que se conciben a la luz de los impulsos y fantasías propios del niño, esto es, que él proyecta su propia agresión sobre su superyo. Son estos los procesos en los que se encuentran las bases para las ansiedades paranoides (p. 542).

Prosiguiendo con dicha autora, la misma reconoce que, existe un punto de encuentro con Freud en sostener que la culpa se encuentra siempre en unión íntima con el superyo, la diferencia entre ambos radicaría en los tiempos evolutivos en que la misma surge.

Desde la perspectiva freudiana, el sentimiento de culpa advendría luego de la disolución del complejo de Edipo y desde la perspectiva kleiniana, desde etapas mucho más tempranas.

Retomando la idea de la pérdida del objeto amado por el niño, "... la emoción (...) que experimenta tiene efectos inmediatos y profundos sobre su vida mental" (Klein, 1995, p. 549). Surge el miedo a la pérdida del objeto amado, ya que el niño escinde previamente a sus padres en figuras "buenas" y "malas", en consecuencia puede sentirse abandonado y creer que no volverán a causa de sus propios deseos de aniquilamiento y resentimiento u odio por ser "malos". Generando un monto de temor importante para su vida psíquica.

Esta autora sostiene que se ingresa en la posición depresiva infantil, cuando se percibe e introyecta al objeto de forma total, es decir, integrando al objeto bueno y al malo; condición necesaria para que se progrese en la integración del yo, lo que a la misma vez predispone al surgimiento del sentimiento de culpa.

En palabras de Klein: "Así, con la introyección del objeto total, se acercan más en la mente del niño los elementos de amor, odio, ansiedad, sentimientos de pérdida, de culpa, y estas experiencias constituyen la posición depresiva" (1995, p. 551). Asimismo, por ser el objeto amado el que puede llegar a ser destruido, en términos inconscientes, es, a la vez, afanosamente deseado, convirtiéndose esto en el conflicto central.

En *El valor de la depresión* Winnicott (1994), desde un apostura teórica diferente a la expuesta por Klein, realiza un planteo bastante particular.

Sostiene, y adhiere con otros autores, que la depresión es un fenómeno muy común, casi universal y que se relaciona con el duelo; destaca su vínculo con la capacidad de experimentar culpa y con el proceso de maduración.

Según él, en el desarrollo emocional normal, el niño debe adquirir la capacidad de sentirse deprimido; por este motivo, dicho autor, considera a la depresión como "valiosa" porque nos permite determinar la fortaleza del yo y la madurez de ese sujeto.

Desde su perspectiva, el sentirse deprimido implica cierto grado de fortaleza yoica, denota un nivel de estructuración, es decir, el yo no se encuentra desorganizado y, ese sujeto se recuperaría a medida que este estado de ánimo mermara. A su vez, esta tendencia a la recuperación se encuentra fuertemente vinculada a la disposición de los elementos internos buenos y malos del sujeto. Este proceso equivaldría a salud y se da, según este autor, siempre y cuando el niño se encuentre inmerso en lo que el denomina ambiente facilitador (Winnicott, 1994).

Este logro -del desarrollo emocional normal -se alcanza cuando el niño es capaz de discriminar entre su interior y el exterior, es decir, se considera una unidad y consigue controlar lo

que surge, se impone y, muchas veces presiona, en su realidad psíquica interna. Los mecanismos psíquicos que se realizan para lograr dicha unidad son la introyección y la proyección.

Pero este proceso no puede llevarlo a cabo solo. El yo del niño, en un comienzo, recibe el apoyo del yo de la madre, la que guiará al niño en su proceso de discriminación paulatino con el ambiente hasta que logre diferenciarse completamente de los objetos externos y del entorno en general.

Al igual que Klein, considera que un estado depresivo delata la existencia de un sentimiento de odio que se intenta dominar y contener, por esta razón encontramos siempre el sentimiento de culpa en los estados depresivos. “La causa principal de la depresión es una experiencia inédita de la destructividad y de las ideas destructivas que acompañan al amor. Estas experiencias requieren una reevaluación interna, y lo que percibimos como depresión es esa reevaluación (1994, p.90).

Con otros autores, se observará, que no siempre se halla un sentimiento de culpabilidad en estos estados.

Según este autor, la depresión requiere de cierto fracaso de la posición depresiva, esto sucedería cuando los elementos persecutorios se intensifican y las fuerzas de apoyo disminuyen, de esta forma se rompe el equilibrio del mundo interior. Este desequilibrio alerta al niño-a, quien percibe una situación de amenaza o peligro y como mecanismo protector se despliega un estado general de adormecimiento lo que genera ese estado anímico típico de la depresión. Lo inédito de su planteamiento radica en que ese estado de depresión tiende a ceder porque constituye a la misma vez un instrumento que despliega el psiquismo de tipo curativo (Winnicott, 1955).

A la vez, reconoce que existirían otro tipo de depresiones, de naturaleza diferente a la descrita anteriormente, que pertenecerían a un período anterior al de la posición depresiva y que se encuentran más vinculadas “... 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. (Winnicott, 1955, párr. 62).

Para Winnicott, (1960) el falso self presenta una función defensiva, la que consiste en ocultar y proteger al verdadero self. Cuando “... la adaptación de la madre a las alucinaciones e impulsos espontáneos del infante es deficiente (...) el proceso que lleva a la capacidad para el uso de símbolos no se inicia (...) o bien se interrumpe (párr.30)” y “... no se inicia la catexia de los objetos externos” (párr.31).

En consecuencia el niño vive de un modo simulado o ilusorio porque genera un conjunto falso de relaciones, se doblega o presenta cierta sumisión ante las circunstancias del entorno, alcanzando ciertos aspectos de la realidad por medio de la introyección y simulando ser como los que lo rodean (Winnicott, 1960).

Fonagy y Target (1996) afirman que el falso self se desarrollaría cuando el niño no es auxiliado oportunamente por la madre, u otra figura relevante, a ir aceptando sus emociones y

deseos, por lo tanto se sentirá desbordado por sus estados internos, imposibilitado de contactar con sus estados emocionales, quedando inundado casi exclusivamente por el mundo exterior y; paradójicamente sin poder reaccionar o actuar acertadamente frente a sus demandas.

El papel que cumplen las figuras parentales o de cuidado en la función que ha denominado Fonagy (1999) especularizante es clave, ya que le permite al niño ligar una experiencia determinada a una emoción específica, si esto no ocurre no se adquiere la capacidad simbólica y el desarrollo del self se obstaculiza. Lo descrito por los autores anteriores concuerda con la postura de Winnicott.

En síntesis, y retomando a Winnicott, es condición necesaria la existencia de un ambiente facilitador, un yo materno condicionalmente sólido para un desarrollo normal y sano, y es esperable encontrar en un niño con estas características cierto grado de sentimiento de culpabilidad, inherente a los impulsos inconscientes destructivos.

Sin esta influencia, lo que este autor denomina como proceso madurativo se vería atenuado o se interrumpiría, manifestándose lo patológico.

Blatt (citado en Arros y Valenzuela, 2006) destaca el papel de los polos apego-separación y autodefinción-relación como explicativos en la tendencia de un sujeto hacia el desarrollo de la depresión. Existirían, desde su postura, dos tendencias de la personalidad, una estaría caracterizada por la inclinación de adherirse a los otros y la segunda por una propensión a la autosuficiencia.

Un desequilibrio o desajuste en estos polos, hacia el extremo de lo relacional o hacia lo individual, desencadenaría lo psicopatológico, dando origen a dos subtipos de depresión. La depresión anaclítica o dependiente en la que podría observarse un patrón de apego dependiente y; la depresión introyectiva o autocrítica. En ambas existen sentimientos de inferioridad, siendo lo singular de las primeras el sentimiento de desamparo y soledad que se manifiesta en la persistente necesidad de estar protegidos y ser amados, mientras que en las segundas lo singular se expresa en un marcado sentimiento de culpa y minusvalía, autoevaluándose permanentemente y siendo muy susceptibles a las críticas de los otros, a los que a su vez, desaprueban (Blatt en Arros y Valenzuela, 2006).

Para Fonagy (1999) el sistema de apego y cómo el mismo se desarrolle, es decir, si proporciona o no una experiencia de seguridad y por ende, de la adquisición de la regulación emocional en el niño, es determinante para que el niño logre la capacidad de mentalizar o para el desarrollo de posibles trastornos mentales.

Desde otro contexto- histórico, teórico, político y social- pero en sintonía con la importancia de la vivencia de seguridad en el niño, la que debe ser proporcionada por sus figuras parentales o cuidadores, Anna Freud afirmó:

Cuanto más pequeño el infante, mayor es su sensibilidad a cualquier disminución del amor de la madre, aun cuando esa disminución sea transitoria (...) el interés amoroso de la madre por el niño lo liga a ella y el niño se siente sostenido con seguridad en una atmósfera que está cargada del afecto de su madre. Cuando la carga (...) disminuye, aparece la

inseguridad, y el niño se siente “perdido” (1992, p. 24).

Bleichmar (citado en Arros y Valenzuela, 2006) destaca el papel que juega el yo ideal en el origen de las depresiones, siendo muy relevante para un individuo en formación como es visto por el otro significativo para él.

En determinadas circunstancias, el yo advertiría una exagerada distancia con respecto al yo ideal, provocando un derrumbe narcisista en el sujeto.

El yo ideal representa como se valora a sí mismo un individuo y se construye “... en función de un otro, que es el que le da valor a las características”. Y, así como encontramos en los sujetos representaciones ligadas a lo ideal “... también hay ideas de sí mismo asociadas a lo imperfecto. Esto es lo que para Bleichmar constituye el negativo del yo ideal” (Arros y Valenzuela, 2006, p. 479).

En consecuencia, si el yo se percibe como demasiado alejado en referencia al yo ideal se produce una tensión narcisista que podría dar lugar al colapso o derrumbe siempre que el yo se experimente vencido ante el yo ideal. Esto ocasionaría que el yo se hunda en el *negativo del yo ideal*, desvalorizándose a sí mismo (Arros y Valenzuela, 2006).

Continuando con Bleichmar (1997), nos propone superar el modelo reduccionista que ha predominado en psicopatología, por el que nominó Modular-Transformacional. Este modelo implicaría que se contemple al psiquismo de naturaleza multidimensional, lo que el autor llama una *estructura modular articulada*, que se “... tomen en cuenta los múltiples sistemas motivacionales o módulos que en su interjuego ponen en movimiento la actividad psíquica, o la tienden a frenar, o la dirigen en una u otra dirección” (p. 20).

Dichos módulos son: la hetero-autoconservación, el apego, el sistema narcisista, el sistema sensual/sexual y la regulación psicobiológica (Bleichmar, 1999).

Sostiene que no existe un único modo de funcionamiento de los procesos inconscientes en todos los seres humanos, por lo que sería mucho más acertado dejar a un lado el término depresión y comenzar a hablar de *modalidades de funcionamiento*, incluyendo la complejidad y diversidad de dicha patología. Por lo tanto, este autor plantea la depresión como un modo de funcionamiento psíquico.

Asimismo sugiere que se empiecen a considerar las diversas modalidades por las que se desarrollaría un cuadro psicopatológico.

A partir de este enfoque es que se puede arribar a los diversos subtipos de depresión, es decir, especificar sus variantes y las vías por las cuáles se llega a los mismos.

El núcleo o el carácter profundo y latente, o que subyace, y que se encuentra en todos los trastornos depresivos es la persistencia de un sentimiento de impotencia y/o desesperanza para la realización de un deseo. En los estados depresivos, el sujeto se considera incapaz para alcanzar ese deseo, impotente, sin poder (Bleichmar, 1997).

Esta impotencia que se gesta en el sujeto, genera consecuencias en el plano motivacional ocasionando el estado de inhibición psicomotriz y la abulia característicos de estos trastornos,

aunados a una forma de displacer que se expresa como tristeza.

El planteo de Bleichmar, por lo tanto, complejiza en cierto punto el desarrollo de la teoría psicoanalítica clásica con respecto a la depresión, de acuerdo a este autor, no sería en sí la vivencia de la pérdida del objeto su causa- tal como lo postuló Freud (1917/1976) y muchos de los que continuaron su cuerpo teórico- sino la imposibilidad que percibe ese sujeto de poder realizar dicho deseo, es decir, sentirse incapaz de lograr lo que se desea. Este aspecto no deja fuera al objeto, ya que los deseos de apego, de satisfacción pulsional, de valoración, de bienestar del objeto que Bleichmar proporciona como ejemplos, implican la necesidad del objeto, pero no necesariamente su pérdida.

Cabe mencionar que, paradójicamente, este deseo ocupa un lugar central en la vida psíquica del sujeto, al que se halla fuertemente fijado, no puede ser sustituido por otro deseo, por ende adquiere un carácter que el autor denomina monopólico; y a su vez, se vivencia como algo a lo que nunca se va a poder alcanzar, abarcando al futuro del sujeto, de ahí radica el sentimiento de desesperanza.

Autores como Sandler y Joffe (citados en De Ajuriaguerra, 1996), concuerdan con lo planteado por Bleichmar, para los cuales la existencia de un estado ideal del ello, que se interpreta como inalcanzable por un sujeto sería una condición indispensable para el surgimiento de reacciones depresivas. A la vez, el sujeto se siente incapaz y sin recursos suficientes para afrontar las circunstancias frustrantes. “ Cuando más buscado es por el niño el estado ideal, y cuánto más irreal es, mayor será su reacción depresiva manifiesta o latente, frente a su aparente inaccesibilidad” (Sandler y Joffe citados en De Ajuriaguerra, 1996, p.664).

Como se mencionó, Bleichmar (1997) describe varias vías de ingreso a la depresión y sus subtipos. Por agresividad, por sentimientos de culpa, por sentimientos de frustración en el logro de aspiraciones narcisistas, por angustias persecutorias, por identificación con figuras parentales depresivas, por déficit de recursos yoicos y por encontrarse expuesto a situaciones traumáticas prolongadas.

Algunos autores destacan el papel que ejerce la identificación con padres depresivos en la psicogénesis de esta patología. Existe una firme relación entre las emociones parentales y las del niño, en especial las de la madre, produciéndose un efecto denominado de contagio; “... los niños miran a su madre para interpretar el carácter positivo o negativo de los acontecimientos...” (Del Barrio, 1997, p. 58). Asimismo se ha hallado una relación de tipo positivo entre la depresión infantil y la paterna, aunque los porcentajes varían ampliamente de acuerdo a las investigaciones- entre el 7 y el 85 % (Cytryn y McNew; Morrison; Del Barrio citados en Del Barrio, 1997).

Por lo general, las madres deprimidas limitan las actividades lúdicas y atencionales hacia sus hijos, presentan menos demostraciones afectivas, proporcionan menos apoyo y contención; además se comunican menos y con contenidos verbales negativos (Kershner y Cohen; Murray *et al.*; Garber *et al.* citados en Del Barrio, 1997).

Para esta autora la depresión paterna debe tomarse como el factor de riesgo más delicado para el

surgimiento de la depresión infantil.

Marcelli y Cohen (2007) coinciden con lo expuesto por del Barrio, plantean que se produce por un "...mecanismo de identificación con el padre deprimido" (p. 349). Y a la vez surge un:

Sentimiento de que la madre es inaccesible y no está disponible, y que el niño es a su vez incapaz de consolarla, gratificarla o satisfacerla. El niño se enfrenta, pues, a un doble sentimiento de frustración y de culpabilidad (p.349).

Por lo tanto, el concepto de identificación con las figuras parentales cobra un rol relevante en el posible desarrollo de la depresión infantil. "La representación del sujeto como impotente para realizar lo deseado puede tener su origen en la identificación con un otro significativo quien, a su vez, se sintió impotente" (Bleichmar, 1997, p. 58).

Esto puede suceder por varios mecanismos. Recibir mensajes negativos – conscientes e inconscientes- sobre la posibilidad de desear o la capacidad deseante, de esta manera el sujeto va a ir representándose en función de los mismos.

Refiriéndose a Anna Freud, Bleichmar (1997) describe que los niños-as se apropian y reproducen en ellos el estado de ánimo de la madre, logrando así un sentimiento de unicidad con la misma. Otra posibilidad consiste en que el niño-a se identifique con la imagen que sus padres o figuras parentales tienen y expresan de él o ella, lo que Bleichmar menciona como "... inoculación, por parte del otro significativo, de una representación del sujeto en la que se ve como incapaz, débil, defectuosa" (p.59). En este mecanismo encontramos un punto de encuentro con Fonagy (1999) quien propone que en el núcleo del self de cada sujeto se hallan las representaciones de cómo fue visto por los otros.

Coinciden estos puntos de vista con lo propuesto por Arfouilloux (1986) para quien "La mirada de algunas madres es comparable a un espejo opaco o deformante, que no remite al niño a ninguna imagen de deseo donde él pueda reconocerse (...) sino que sólo parece reflejar el vacío de la depresión" (p.32).

Para Marcelli y Cohen expresan que en la infancia se pueden distinguir dos tipos de depresión, las mismas podrían pensarse y diferenciarse de acuerdo al tipo de carencia o ausencia que haya atravesado el niño.

Al estado que se genera por carencia lo denominan "figura de vacío y de lo irrepresentable" y, al segundo- por ausencia- "figura de llenado del objeto ausente.

Así, podría hablarse de una depresión generada por "... una deprivación precoz y masiva, una carencia: figuras de vacío que alteraron el equilibrio psicosomático y comprometen las condiciones de maduración y desarrollo"; y, otro tipo que se desarrolla por la pérdida o la ausencia, donde "La imagen del objeto ausente se interioriza, y es esta representación del objeto perdido la que provoca el "trabajo de depresión" " (2011, p. 349).

Otro aspecto de interés que plantean los autores mencionados anteriormente es el rol que puede llegar a desempeñar el superyó- desde el punto de vista psicodinámico- en la génesis de la depresión, pudiéndose identificar, por un lado, una depresión de tipo neurótica (desde el punto de

vista estructural) y; por el otro, una de tipo prepsicótica. Retoman lo propuesto por Klein con respecto al sentimiento de culpabilidad y del superyó arcaico y desarrollan.

el niño afronta dos formas antagónicas de la depresión, en función de la posibilidad de haber podido superar, o no, la “posición depresiva”.

Cuando el niño sufre la presión de su Superyó edípico intentará “reparar” su error, real o imaginario, mediante la sublimación. Cuando el niño pequeño sufre la presión del Superyó arcaico, sólo le queda el recurso de incrementar su vigilancia persecutoria, proyectar al exterior sus pulsiones agresivas y aumentar su temor a la venganza (Marcelli y Cohen, 2011, p. 350-351).

En un planteo en ciertos aspectos similares al anterior, Blatt (en Arros y Valenzuela, 2006) realiza una distinción en la depresión: considerando la depresión anaclítica o dependiente y la introyectiva o autocrítica. La primera se desencadena generalmente por una pérdida, sin embargo, la segunda se generaría por un ataque permanente de un superyó sádico. Presentando los primeros ideación suicida y una apreciable somatización y, los segundos un potencial suicida de consideración.

Desde la perspectiva de Arfouilloux (1986) el tipo y grado de depresión, y su sintomatología dependerán del nivel que haya alcanzado el aparato psíquico de ese niño.

En ella se manifiesta la magnitud del conflicto inconsciente del niño, el choque que se genera entre pulsiones (de vida y de muerte) y, entre los componentes de las diversas instancias (yo, superyó e ideal del yo).

4.1 Mecanismos de defensa ante la depresión

Para afrontar lo doloroso de los estados depresivos los sujetos despliegan variadas formas defensivas, manifestándose en ciertos síntomas o conductas, los que estarían negando o huyendo de dicho padecimiento (Marcelli y Cohen, 2007).

Siguiendo a Siquier de Ocampo, García Arzeno, Grassano *et al.* estos mecanismos “... son modos estables de preservar el equilibrio de los vínculos con los objetos, apoyados en fantasías y expresados en la conducta manifiesta por modos de percibir y valorizar algunos aspectos de la realidad y del yo y neutralizar otros...” (1987, p. 238).

Winnicott, al igual que Klein, se refiere a la defensa maníaca como un mecanismo de control de la angustia depresiva. En su mundo interno el niño emplearía como mecanismos defensivos:

Un control global cada vez mayor (...). Compartimentación. Aislamiento de ciertos agrupamientos persecutorios. Encapsulación. Introyección de un objeto idealizado. Ocultación secreta de cosas buenas. Proyección mágica de lo bueno. Proyección mágica de lo malo. . Negación (Winnicott, 1955, párr.75).

Otra forma de protección frente al sufrimiento que pueden adoptar algunos niños y que a su vez, se encuentra relacionada con la defensa maníaca es la seducción, en la que frente al gran desamparo que experimenta el niño demuestra una actitud entusiasta y optimista con el fin de

ocultar la tristeza y conquistar al adulto (Arfouilloux,1986).

Marcelli y Cohen (2007, p. 343), proponen una interesante descripción sobre las defensas que logran desarrollar los niños contra la posición depresiva, negándola o, al menos, dominándola.

Sugieren que algunos síntomas que se presentan en los episodios depresivos pueden interpretarse de esta manera, ya que los mismos se encontrarían dentro de lo que Melanie Klein describió como defensas maníacas, como por ejemplo inestabilidad motora o psíquica con una excesiva verborrea, y otros dentro de las reacciones agresivas, de rabia y protesta.

Otros mecanismos que pueden observarse son: la rabia coercitiva, mediante la cual se procura recobrar el objeto, recomponer lo acontecido mediante la fantasía, utilizar el llanto como búsqueda de compasión o amparo, críticas excesivas y autocastigos para aplacar el sentimiento de culpabilidad (Renik, Rado, citados en Bleichmar, 1997, p. 39).

Si estos mecanismos que se ponen en funcionamiento para evadir y alivianar el sufrimiento no generan el efecto deseado de recuperar el objeto o, al menos, de producir una esperanza en el sujeto de alcanzar el cumplimiento de dicho deseo y, a su vez, este estado se dilata demasiado en el tiempo, y se torna insoportable, se terminará por dañar al propio psiquismo. En consecuencia, se pondrán en marcha defensas encaminadas en contra del funcionamiento mental del sujeto, generando un efecto cercano a una catástrofe psíquica, en otras palabras, podría afirmarse de acuerdo a lo expresado por Bleichmar que se anula o se suprime el pensamiento y se invalida el sentir. Este autor designa a este tipo de modo defensivo como *decatectización libidinal del pensamiento*, en dicho proceso:

...los pensamientos que van circulando pierden significación afectiva (...) el psiquismo guiado por el principio del placer, para abolir el sufrimiento, termina apagando el deseo y la afectividad. La defensa no se dirige en contra de un deseo particular sino en contra de la función deseante en sí misma y de la catectización de cada pensamiento (1997, p. 40).

En niños esta decatectización libidinal puede observarse como lo que se describió por Kreisler (citado en Arfouilloux 1986) como *comportamiento vacío del niño pequeño* donde predomina la apatía y una indiferencia frente a todo, o como un estado más cercano a la alexitimia, como la imposibilidad de reconocer y poner en palabras las emociones. Arfouilloux (1986) también propone que el niño al no conseguir elaborar diversas representaciones y afectos de tipo depresivo, que lo exceden psíquicamente, utiliza como defensa la somatización.

4.2 Criterios diagnósticos, Síntomas e Indicadores de la Depresión Infantil

Ya se ha hecho mención a la complejidad que reviste el diagnóstico de depresión infantil. “Los criterios diagnósticos son aquellos síntomas que pueden acompañar a una determinada perturbación y que, a juicio de expertos, parecen esenciales para hacer un diagnóstico claro y diferenciado” (Del Barrio, 1997). No obstante, el objetivo de este trabajo es profundizar en los aspectos específicos de la depresión infantil por lo que solamente se hará una breve mención a

los criterios diagnósticos establecidos en el DSM, ya que son bastante acotados y, si nos basamos únicamente en dicho manual, nos enfrentamos al problema de que no son específicos de la infancia pudiendo incurrir en cierto reduccionismo.

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª edición, American Psychiatric Association, 2013) dentro de los Trastornos Depresivos podemos encontrar el Trastorno de depresión mayor y el Trastorno depresivo persistente (distimia) entre otros. Solamente abordaremos aquí los mencionados.

Para el Trastorno de depresión mayor se nombran nueve síntomas, debiendo estar uno de los dos primeros de la lista sumado a cuatro criterios más de los restantes. Deben impedir el normal funcionamiento, es decir, dificultar aspectos de la vida cotidiana del sujeto. Además deben estar presentes en el individuo al menos durante dos semanas y, no presentarse el efecto de una sustancia o de una afección médica. En el orden que expone dicho manual se consideran: estado de ánimo deprimido (en los niños el estado de ánimo puede ser en lugar de deprimido irritable), disminución importante del interés o placer, pérdida de peso (en los niños debe considerarse el fracaso para el aumento de peso esperado), insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos de muerte recurrente.

En la distimia el estado de ánimo deprimido o irritable debe sostenerse durante dos años en los adultos y un año en niños o adolescentes y, a la vez, manifestar dos o más de los siguientes síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

Uno de los factores que obstaculiza el certero diagnóstico en la infancia temprana es el acotado, o poco elaborado lenguaje del niño en esa edad, que impide que pueda comunicar lo que siente.

Las posibilidades de comunicación de un niño se encuentran fuertemente ligadas a la capacidad para formar representaciones internas, es decir, cómo simboliza y ha simbolizado ese niño las experiencias que han sido emocionalmente significativas para él, capacidad indispensable para poder transmitir sentimientos. “Esta capacidad para representar o mentalizar le permite al individuo usar las ideas para experimentar, describir y expresar su vida interna” (PDM, 2011, p.4). Aunado a lo anterior, puede considerarse que la sintomatología de los cuadros depresivos, con especial énfasis en la infancia, no son exclusivas de los mismos, pudiéndose encontrarse en otros trastornos del afecto. La comorbilidad (Del Barrio, 1997) y el doble diagnóstico (Polaino-Lorente, 1998) complejizan aún más las condiciones. Esto reviste al diagnóstico de la misma de cierta cautela y rigurosidad para no generar un efecto iatrogénico.

Con el término doble diagnóstico Polaino- Lorente se refiere a algunos casos en los que coexisten “... dos entidades clínicas independientes que, sincrónicamente, afectarían al niño, olvidándose del posible nexos que tal vez las une y que acaso un día pueda llegar a explicarlas mejor” (1998,

p.671).

Según el *Manual de Diagnóstico Psicodinámico* (PDM) los niños con desórdenes de la personalidad depresiva (en el eje Patrones y Trastornos de Personalidad en Niños y Adolescentes, que se resume en :PCA 107):

sufren de afectos disfóricos intermitentes o crónicos. Su infelicidad suele expresarse principalmente en términos de vacío o soledad, o en términos de culpa. Tienen una valoración irracionalmente negativa de sí mismos, son altamente sensibles a la pérdida y el rechazo (...) muchos niños deprimidos nunca presentan un episodio depresivo mayor, es improbable que alguna vez los hayan diagnosticado con un desorden del humor. Más que culpar a los otros por su sufrimiento, suelen atribuirlo a sí mismos o a su propia maldad (2006, p.34).

Por lo antes desarrollado, la sintomatología del sufrimiento depresivo es muy diversa, y podemos encontrar en la literatura una extensa lista de signos y síntomas, los que variarán en función del niño, su edad cronológica y por la singularidad de los mecanismos defensivos que el mismo utilice; esto determinará la posibilidad de adentrarnos en sus estados afectivos con menores o mayores obstáculos durante el proceso. A su vez, debemos considerar que “El significado o nivel subjetivo de un patrón de síntomas puede variar bastante en un niño dependiendo de las distintas etapas del desarrollo” (PDM, 2006, p.42).

No obstante, existen consensos, y en este apartado se intentará realizar una síntesis de los mismos intentando no caer en la reiteración y/o redundancia.

Según Del Barrio (1997), se asiente comúnmente que los cambios en el sueño, el apetito, la pérdida de peso, la hiperactividad, disforia, el aislamiento social y la baja autoestima son los síntomas más reiterados en las depresiones infantiles.

Algunos autores proponen diferenciar la sintomatología según la edad del niño, entre ellos Marcelli y Cohen (2007), de acuerdo a los cuáles en bebés y niños muy pequeños predominan las conductas psicósomáticas, por ejemplo, la falta de apetito, las dificultades para dormir, también pueden desarrollarse diversas afecciones en la piel, en las vías respiratorias y en el tubo digestivo. A su vez, puede notarse cierta indiferencia hacia la presencia de los adultos que lo rodean y desinterés por el juego. El PDM (2006) agrega para esta etapa: falta de energía, expresiones de dolor y llanto.

En niños entre los 3 a 6 años aproximadamente se pueden percibir marcadas oscilaciones en el humor, conductas auto y hetero-agresivas, inestabilidad, agitación, ciertas conductas compulsivas, conductas masturbatorias crónicas, intento constante de acercamiento o proximidad afectiva que, en algunos casos, paradójicamente se observa una oposición a relacionarse, o actuar de forma violenta al rechazo de los otros y, falta de vínculos de tipo lúdico con otros niños.

A veces existe ausencia de hábitos de higiene y de adquisición de cierta autonomía como el calzarse o vestirse. Asimismo se reiteran los trastornos somáticos mencionados para la etapa anterior adicionándose a los descriptos la encopresis y enuresis.

En ocasiones se observa un comportamiento de búsqueda permanente de sanciones o castigos por parte del mundo adulto en respuesta a un sentimiento de culpabilidad.

Por lo general, el niño deprimido se encuentra cansado, no presenta interés por las actividades, se le dificulta la capacidad de concentración, se siente culpable, vulnerable y frágil. “No son extraños los pensamientos, planes e intentos suicidas” (PDM, 2006, p.57).

En una depresión mayor pueden identificarse, según Kovacs (citada en Del Barrio, 2010), ciertos síntomas que la preceden, siendo en los varones la ansiedad el síntoma característico, mientras que en las niñas puede advertirse la ansiedad, preocupación e hipersensibilidad. Deben permanecer estos indicadores al menos una semana para considerarlos como prodrómicos.

De Ajuriaguerra manifiesta que los niños deprimidos poseen una representación de ellos mismos muy negativa, refiriéndose “... como estúpidos o temen fracasar o sufrir una acción injusta por parte de los demás; tienen un sentimiento profundamente arraigado de ser malos, con sentimientos de autocrítica y de degradación” (1996, p.662). También se exteriorizan dificultades en el control de la agresividad, generalmente no realizan el acto agresivo directamente hacia el objeto, se desplaza o desvía, pero en ciertas ocasiones va dirigido hacia él.

Freud había establecido cierto grado de relación entre la depresión y la pérdida de la autoestima en *Duelo y Melancolía*, corroboran esta relación Del Barrio, Frías y Mestre (1994) en la población infantil de su estudio, encontrando una relación negativa entre depresión y autoestima; y a su vez, una relación de tipo positivo entre depresión y ansiedad-aislamiento.

Por otra parte, uno de los principales elementos que alertan, sobretodo a educadores, es la abrupta disminución del rendimiento escolar en un niño. Reviste un carácter peculiar, ya que puede ser a la vez, causa y consecuencia de la depresión, en otras palabras, puede haber sido la situación que la desencadena o ser consecuencia de la misma. (Polaino-Lorente ,1998)

Arfouilloux (1986) destaca la presencia de una marcada indiferencia por el juego y la propensión al aislamiento, así como también, mediante el juego se puede advertir el afecto de tristeza que podría estar encubierto en el niño. Comúnmente puede adjudicarle a los muñecos que utiliza para el despliegue lúdico sus propios afectos.

Otras veces puede observarse un estado de frialdad emocional o apatía afectiva a causa de una incapacidad de elaboración que, puede estar ligada en ciertas ocasiones, a una vivencia depresiva de la temprana infancia, en el que la madre no pudo disponerse afectivamente hacia el niño por estar atravesando ella misma una depresión o un duelo, lo que se ha denominado como el *Complejo de la madre muerta* (Green, citado en Arfouilloux 1986).

4.3 La ideación suicida en niños y su relación con la depresión

Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia han comenzado a considerarse desde hace varios años como un problema de mayor gravedad, observándose una relación entre estas conductas y la depresión como un trastorno psicopatológico (Bella, Fernández & Willington, 2010).

Es probable que un niño depresivo presente en algún momento ideas suicidas, aunque no necesariamente deba hacerlo. Del mismo modo, que un niño desarrolle o manifieste este tipo de

ideas no equivaldría a que se encuentre deprimido o, tenga un alto grado de desarrollar un episodio depresivo en algún momento de su vida.

Para Ulloa (1993) la depresión es la causa más común de suicidio, así como también puede afirmarse que este tipo de conductas se observa en niños con sintomatología depresiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ratifica la relación establecida entre suicidio y trastornos relacionados con la depresión, enfatizando que se pueden llegar a ocasionar en cualquier etapa vital. En 2012 fue la segunda causa principal de muerte en los adolescentes y adultos jóvenes (en la franja de 15 a 29 años).

Los datos presentados por la policlínica de Intento de Autoeliminación del Centro Hospitalario Pereira Rossell, señalan que en el año 2013 y 2014 ingresaron a dicho centro más de 160 niños y adolescentes de hasta 14 años por intento de autoeliminación. Para los intentos de autoeliminación no puede establecerse una causa principal, es un fenómeno multicausal (Gold, 13 de junio de 2015, *El Observador*).

En una investigación realizada en Uruguay en el año 2002- con la metodología de autopsia psicológica por la Facultad de Medicina- sobre suicidio de niños y adolescentes se halló que, dentro de la muestra analizada fueron muy escasos los que se encontraban en consulta, siendo 4 casos de 38 en total y, de esos 4 todos cursaban cuadros depresivos. Además, se encontraron trastornos del estado de ánimo en 21 casos, de los cuáles 20 eran trastornos depresivos.

En otra investigación realizada en la región por Zelaya, Piris y Migliorisi (2012) se pudo confirmar que la gran mayoría de los casos de los adolescentes que ingresaron al hospital pediátrico por intento de suicidio presentaban diagnóstico de trastornos depresivo graves, asimismo se encontró una fuerte asociación entre intentos de suicidio y maltrato infantil.

De las conductas consideradas como suicidas, la más frecuentes, sobretodo en niños y adolescentes según Bella, Fernández & Willington (2010) es la ideación suicida. De su investigación concluyen que un porcentaje considerable de las personas que presentaron ideaciones suicidas en algún momento de sus vidas planifican un intento de suicidio (aproximadamente el tercio), y de ellas, logran llevarlo a cabo un 10 %.

A su vez, se advierte que las conductas denominadas como suicidas son actos que, por lo general, se manifiestan en un gradiente de menor a mayor gravedad: la ideación suicida, la amenaza o gesto suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado.

La ideación suicida es definida como "... la presencia de deseos de muerte o de pensamientos de querer matarse "(Doménech *et al.* citado en Viñas y Doménech, 1999 a, p .91).

Se ha hallado una marcada asociación entre la depresión y la desesperanza con la ideación suicida en niños de edad escolar, siendo a su vez, la sintomatología depresiva una variable predictiva de la ideación suicida (Viñas y Doménech, 1999 b).

De acuerdo a las cifras que exponen Viñas y Doménech (1999 b) tomadas de dos investigaciones, una estadounidense y otra brasileña, la ideación suicida en niños escolares sin ninguna patología diagnosticada presenta un porcentaje que oscila entre el 8,9% y el 32, 2% demostrando que es un

fenómeno bastante habitual.

Pudiéndose observar en estudios de corte longitudinal que la mayoría de estos niños continúan con las ideas de autoeliminación por muchos años produciéndose, al llegar a la etapa adolescente las conductas de mayor peligrosidad.

Otros autores (Miranda de la Torre, Cubillas, Román, & Abril, 2009) exponen una cifra de 29, 2% de ideas de autoeliminación en niños escolarizados, acentuando, en su investigación realizada en México-también una clara relación entre niños con ideación suicida y el padecimiento de estados depresivos .

Aún se mantiene el mito o la creencia de que los actos suicidas son realizados únicamente por los adultos y , en muchos casos, se continúan encubriendo como “accidentes” que le ocurren a algunos niños que fallecen. Algunos autores han comenzado a profundizar en la relación existente entre juego, accidente y acto suicida.

Morais & Batista (2016) alertan sobre este tradicional velo que se ha colocado y permanecido por generaciones sobre ciertos actos suicidas concebidos como supuestos accidentes. Plantean que cualquier acto o acción que ponga en una situación límite la vida de un niño debe considerársele como un intento de suicidio, siempre y cuando el niño ya presente el desarrollo psíquico para entender el grado de peligrosidad de su conducta.

Estas autoras estiman que dichos “accidentes”- como fuerza interna que busca salir- pueden interpretarse como un efecto de ese mundo interno conflictivo que se estaría expresando en el plano corporal, en el cuerpo del niño y no siempre se debería considerarlos como consecuencia de factores externos.

En muchas ocasiones hay una búsqueda por restablecer ese equilibrio interno que se ha perdido, intentando organizarse, de modo inconsciente, mediante el accidente.

...lo imprevisto, en los acontecimientos azarosos de los accidentes, no es tan imprevisible; se ve que es a través de este supuesto “azar” que el sujeto parece encontrar la salida de los conflictos vividos, padeciendo y provocando los accidentes como una forma de defensa, muchas veces, viendo como deficiencias los actos ocurridos en los procesos inconscientes y conteniendo un sentido mucho más allá de lo ocasional. Entonces, saliendo del plano aparente presente en los actos accidentales, se podría decir que son estos, acontecimientos de representaciones sólidas. Representaciones motivadas por posibilidades entre las cuales el inconsciente se hace presente” (Morais & Batista, 2016, párr. 27).

Y concluyen sobre este aspecto, que es probable que el accidentarse pretenda ser un llamado de atención con el propósito de expresar o librarse de algo que los asfixia, angustia u oprime, estando presente, de forma latente, el deseo de muerte o de dañarse como una huida y denuncia a la vez.

Estiman además, que el hecho de que la mayoría de los accidentes que ocurren en la infancia sean en el ámbito doméstico denota que no se desea la muerte en sí, aunque se lleguen a las lesiones, porque es altamente probable que sean encontrados por un familiar y socorridos o ayudados.

4.3.1 ¿Deseo de muerte en los niños?

Mardomingo (1998) expone que la pregunta por si existe o no un verdadero deseo de muerte en los niños que intentan suicidarse ha sido bastante controversial, generando diversas posturas en los profesionales que se dedican a esta temática. Refiere a varias investigaciones en la que se encuentra que un porcentaje elevadísimo de niños que procuraron llevar a cabo un acto suicida al ser interrogados sobre si deseaban morir responden afirmativamente, incluso manifiestan cierto sentimiento de indiferencia ante la posibilidad de su propia muerte. Asimismo se ha visto que dichos niños se enfrentan cotidianamente a situaciones conflictivas vivenciadas por ellos como insoportables y sin solución, y piensan en el suicidio como una salida posible para escapar de dicha situación.

Esta postura concuerda con la expresada por Polaino-Lorente (citado por Viñas y Doménech, 1999 a) para quien hablar de suicidio infantil implicaría aceptar que el niño presenta la voluntad de quitarse la vida, y por ende, debería reconocerse que posee un concepto formado sobre la muerte, si el mismo fuese insuficiente, o muy poco elaborado, no deberían de considerarse como suicidio dichos actos.

En un estudio realizado en España, por los mismos autores, en grupos de escolares con ideación suicida, sobre el concepto de muerte, se halló que estos niños presentan el mismo conocimiento y percepción sobre la muerte que los niños del grupo control. A la vez, los datos encontrados permiten sostener que en torno a los 8 años estos niños pueden tener la misma percepción de la muerte que un adulto.

Estos autores encuentran en su investigación que los niños con ideación suicida no presentan distorsiones cognitivas en referencia al concepto de muerte, por ejemplo sostener la creencia en la existencia de la vida después de la muerte; lo que en otros estudios citados por las mismas, enfatizan diversos autores. Es más, hallan que, tanto los niños del grupo control como los niños con ideación suicida presentan el mismo grado de adquisición del concepto de muerte.

Sin embargo, para Ulloa (1993) el concepto de irreversibilidad no se encuentra constituido - o conformado aún- en los niños y adolescentes suicidas.

Esta discordancia entre ambos planteos puede deberse a que para Ulloa (1993) la conducta suicida en un niño a adolescente implica el deseo de ocasionarse la muerte, sin que se considere cómo la conceptualiza; mientras que para Viñas y Doménech (1999 a), desde un enfoque cognitivo, es relevante cómo se la conceptualiza, las creencias que tienen los niños en torno a la muerte y si se presentan o no distorsiones cognitivas sobre la misma.

Continuando con Viñas y Doménech, encuentran que no existe ansiedad en los niños que presentan ideación suicida, hallan que en general los niños que piensan en matarse no lo realizan de manera sistemática, sólo se da en los casos de mayor severidad de la ideación (1999 a). Para ambos, la ideación suicida surge como respuesta a una situación amenazante puntual, por ejemplo, cuando se enoja con sus padres o sus amigos.

En el análisis que realizan sobre los resultados se expone que "... la muerte se presenta como una

respuesta alternativa real ante una situación muy específica y de corta duración. Pero no como algo que deba realizar necesariamente a corto o a largo plazo y que por tanto le pueda generar ansiedad” (1999 a, p.102).

Hallaron que los niños que presentan ideación suicida brindaron respuestas más agresivas sobre las causas de muerte de un animal o sobre su propia muerte que el resto de los niños, así como paradójicamente presentan un mayor temor y preocupación hacia la misma.

Otro aspecto a destacar es que en los resultados que se obtienen no se encuentra que los niños con ideación suicida tengan más elaborado el concepto de suicidio ni una visión distinta al resto de los niños sobre el mismo.

Según el planteo de estos autores- quienes concuerdan con otros autores- el concepto de muerte se alcanza cuando un niño es capaz de afianzar los conceptos de irreversibilidad, universalidad y cesación de los procesos corporales. Lo que se denomina como percepción real de la muerte. La noción de irreversibilidad alude a que la muerte es definitiva, un proceso irreversible, sin retorno. La universalidad se adquiere cuando el niño acepta que todo ser vivo va a morir en un momento u otro; y el tercer concepto mencionado se logra cuando se reconoce que al morir un ser vivo su organismo deja de realizar todas las funciones vitales, fisiológicas.

Prosiguiendo con Viñas y Doménech (1999 a), existen dos grandes enfoques sobre el momento en el que se adquiriría el concepto de muerte: un grupo reconoce una edad determinada para la consolidación del concepto, la mayoría de los autores la establecen a partir de los 11-12 años aproximadamente; y el otro grupo sostiene que existirían estadios o fases del desarrollo que el niño irá atravesando para alcanzar el concepto de muerte.

De Ajuriaguerra (1996) pone de relieve que es común observar, en niños que presentan ideas de autoeliminación, llamados de auxilio o atención sumados a una necesidad de castigo “... quíereme o me muero”; este código con frecuencia se transforma en “quíereme o moriré, y así quedarás castigado”; o incluso, “te odio porque no me quieres bastante y tengo que castigarme por odiarte” (p 441). Desde esta perspectiva puede considerarse al acto en sí como un:

discurso en el cual quien desea que algo se produzca, se castigue y castiga a un tiempo a los demás, al figurarse la desolación y la tristeza de la persona a quien se dirige el suicida con su acción; le hace compartir su castigo y sus angustias. Mediante el suicidio el otro es copartícipe de un diálogo que no pudo expresarse de otro modo (p 441).

En este caso hay un otro que está presente, a quien se le comunica algo, en forma de protesta, oposición o venganza, se tiene la expectativa de una reacción, al menos imaginada, de lo que provocará ese acto en los demás. Pero existiría otra forma en la que no puede observarse el diálogo, existe ausencia de mecanismos de reparación y un monto elevado de agresividad, predomina la desconfianza y el sentimiento de desamor.

El primero es la forma más característica de la niñez y el segundo lo encontramos más en ciertas formas pre-psicóticas del período pre-puberal.

De acuerdo a lo anterior, y según la opinión de Ulloa, en los niños y adolescentes con

conductas suicidas “La actitud afectiva de los padres puede ser ambivalente, con aceptación y hostilidad o rechazo” (1993, p. 274).

Según la perspectiva de Arros y Valenzuela (2006), quienes toman los aportes de Freud, el acto suicida podría interpretarse como un “ataque en contra del objeto introyectado” (...) “donde la rabia hacia éste triunfa sobre el amor hacia sí mismo” (p. 475). Esta rabia emana de un estado anterior de ambivalencia hacia ese objeto amado, donde los sentimientos de hostilidad hacia el mismo han sido reprimidos y dirigidos hacia el yo.

Para Arfouilloux las ganas de no vivir de un niño”... representa los deseos de muerte inconscientes de sus padres dirigidos contra él” (1986, p. 193) e identificándose con un niño muerto.

5. Técnicas diagnósticas de la depresión infantil e ideación suicida.

5.1 Indicadores en las Técnicas Proyectivas Gráficas.

Ya se mencionó que uno de los elementos que dificulta el diagnóstico en la infancia temprana es el limitado, o escaso lenguaje elaborado, que presenta el niño a esa edad; lo que impide que pueda comunicar- en ciertas ocasiones- lo que siente.

Por tal motivo, las técnicas proyectivas gráficas son un instrumento de gran utilidad para un proceso diagnóstico. Y, como su nombre señala, se apoyan en los mecanismos proyectivos que en ellas se despliegan.

Uno de los postulados que sustentan el empleo de estas técnicas se basa en el mecanismo proyectivo, por el que se adjudican “... las propias cualidades, sentimientos, actitudes y esfuerzos a objetos del medio...” (Hammer, 1995, p. 44).

Lowenfeld y Lambert (1980), destacan que las producciones que realizan los niños se pueden emplear como vías de acceso a “...los conflictos internos y las experiencias perturbadoras que influyen en el desarrollo...” (p.33).

Las pruebas proyectivas gráficas, en palabras de Paín “... tratan de develar cuáles son las partes del sujeto depositante en los objetos que aparecen como soportes de la identificación, y qué mecanismos actúan ante una consigna que obliga al sujeto a representarse situaciones poco estereotipadas y cargadas emotivamente” (2012, p. 83).

Son diversas las técnicas proyectivas que pueden ser utilizadas, por ejemplo, FH (Dibujo de la figura humana), Test de Familia, HTP (Persona, casa y árbol). Para este trabajo solamente se tomarán las características expresivas que denoten rasgos e indicadores depresivos o de ideas de autoeliminación en cada una de ellas.

A nivel gestáltico es común observar en sujetos con una acentuada depresión que no pueden completar los gráficos o presentan gran ausencia de detalles (Hammer, 1995). Este nivel nos permite percibir el autoconcepto que tiene ese niño, es decir, el concepto de sí mismo y la capacidad para integrar su yo (Caride de Mizes y Rozzi de Constantino, 1982).

Prosiguiendo con estas autoras podemos sintetizar que en niños deprimidos:

En el plano gráfico es posible ver líneas débiles, muy suaves, o que apenas pueden notarse y un trazo entrecortado. Ambos aspectos refieren a una baja autoestima e inseguridad.

Es probable que su tamaño sea bastante reducido, a veces llegar al micrografismo (1/10 de la hoja), lo que manifiesta la inhibición y su debilidad yoica.

De acuerdo al test de Machover, en el que se solicita dibujar la figura humana, donde el niño se proyecta "... a sí mismo en todo lo relativo a los significados y actitudes que han venido a representarse en la imagen de su cuerpo" (1949, p.38) pueden observarse las siguientes características en relación con la depresión: representar cabezas pequeñas o muy poco elaboradas, énfasis en la boca, otras veces puede estar excluida como consecuencia del sentimiento de culpabilidad en respuesta a las fantasías sádicas inconscientes, omitir los brazos, las piernas y/o los pies. A su vez, es probable que la figura se realice en la zona inferior de la página.

Advierte que un gráfico en el que se presencie un interés particular en la región del cuello indicaría una posibilidad de ideas suicidas, al estar representando esta zona corporal el control de impulsos.

En el test Casa- árbol- persona: las casas "estilo fachada" denotan sentimientos de vacío, la ausencia de puertas y ventanas puede simbolizar cierto nivel de aislamiento del mundo exterior. Con respecto al árbol, se plantea que si el tronco da una apariencia de fragilidad, estar quebrado o es demasiado remarcado puede sugerir vulnerabilidad yoica. Las ramas que se dibujen muy próximas al tronco representan cierto grado de dificultad para establecer vínculos.

Como algunos autores sostienen, uno de los mecanismos defensivos ante la depresión en los niños es la defensa maníaca, la cual se observa casi siempre en lo que se ha denominado la depresión enmascarada. Al respecto Celener (2007) detalla que las defensas de este tipo pueden percibirse en los gráficos en las siguientes características: sonrisas estereotipadas, figuras payaso, objetos del contexto que tengan que ver con fiestas, exceso de flores, excesivo movimiento de las figuras humanas y caricaturas (p. 161).

En consonancia con la autora antes mencionada, de acuerdo a Siquier de Ocampo, García Arzeno, Grassano *et. al* (1987) cuando se representan en los dibujos: niños con globos, personajes con vestimenta excesivamente decorada o destacada, o con posesiones y riquezas- como reyes y princesas -, paisajes muy floridos o figuras con los ojos cerrados, se estarían evidenciando los aspectos de negación por el temor a la pérdida o abandono del objeto.

Con respecto al Test del dibujo de la familia de Corman (1967) cabría prestar especial interés a: la eliminación de sí mismo y a la desvalorización de sí mismo, ya que en su opinión, estarían expresando reacciones depresivas. Las tendencias agresivas serían reacciones depresivas, porque en general llevan sentimientos de culpa asociadas a ellas, por esta razón y con frecuencia las reacciones agresivas están seguidas por un retorno a la ansiedad y, la identificación se realiza con el que tiene poder para castigar.

La desvalorización por sí mismo se observa cuando el niño se grafica en situación de inferioridad

frente a los demás, reprimiéndose de este modo, la agresividad. Puede representarse en último lugar o de un tamaño más pequeño, frecuentemente en el borde de la hoja, localizado lejos de los otros personajes o en la parte inferior, dibujado con muy pocos detalles y muy rápido, a veces no asignarle un nombre. Esto coincide con un sentimiento de autodepreciación, de sentirse infravalorado, que genera angustia en el niño, la que muchas veces tratará de compensarse por medio de una identificación de deseo.

Generalmente, cuando el niño se elimina del dibujo es necesario indagar la razón, por ejemplo en el lugar de qué personaje se ha colocado, es decir, si se identifica con un personaje que ha considerado, por algún motivo, como privilegiado. Pero en ciertas ocasiones, se hace necesario profundizar en dicha exclusión, ya que puede ser un indicador de sentirse indigno o de renuncia a la existencia, aunque, según este autor, en estos casos se trataría de una grave depresión.

Un aspecto interesante que subraya Paín (2012) sobre dichas técnicas, es que las mismas nos posibilitan ponderar si se encuentra comprometida la actividad simbólica del niño, ya que cuando lo afectivo es demasiado excesivo es pasible de observarse cierta desorganización e incoherencia en sus producciones.

En una investigación realizada en la ciudad de Buenos Aires, se evidenció una correlación positiva entre la distorsión de la imagen del cuerpo y la ideación suicida, representada en la prueba gráfica HTP (Castro, 2005).

Los resultados de dicha investigación son de un carácter bastante restringido por la escasez de la muestra, la misma se realizó con una población conformada por dos grupos de diez niños cada uno. No obstante, y en función de la carencia de bibliografía e indicadores sobre esta temática, se tornan valiosos los elementos que aporta la misma.

Castro determina que en los niños que presentan ideas de autoeliminación se observa una distorsión de la imagen corporal que no se halla en los niños sin este tipo de ideación.

Cuando se presentan estas ideas se observa en los gráficos elaborados "... una distorsión de la imagen del cuerpo especialmente concretada a través de la desintegración de la Gestalt, la discrepancia en el tamaño de distintas partes de una misma figura, las líneas con interrupciones, las figuras incompletas y las líneas quebradas" (2005, p. 266). Aspectos que coinciden con lo descrito en la bibliografía existente sobre lo observable en cuadros depresivos.

En consonancia con los resultados expuestos por Castro y tomando palabras de Paín, "el cuerpo es un instrumento de acción sobre el mundo, y cuando el sujeto lo dibuja, representa ese instrumento por su intermedio. El niño se dibuja a sí mismo sólo porque es su cuerpo quien dibuja" (2012, p. 84), se puede deducir que en las producciones de estos niños, los que presentan ideas de autoeliminación, se manifiesta la medida de su labilidad yoica.

Con respecto a las diferencias encontradas en dicha investigación en referencia al tamaño de las distintas partes del cuerpo, Caride de Mizes y Rozzi de Constantino (1982) proponen que dichas asimetrías revelan sentimientos de inadecuación emocional como inseguridad o

minusvalía.

Los resultados de dicha investigación son de un carácter bastante restringido por la escasez de la muestra, la misma se realizó con una población conformada por dos grupos de diez niños cada uno. No obstante, y en función de la carencia de bibliografía e indicadores sobre esta temática, se tornan valiosos los elementos que aporta la misma.

Asimismo, cabe aclarar, que estas técnicas presentan limitaciones a la hora de realizar un diagnóstico diferencial y valorar el riesgo suicida que presente un sujeto, en estos casos se utilizan otras técnicas como los autoinformes y cuestionarios CDI, EBIS, IRIS , algunos de los cuales serán tratados en el próximo apartado.

5.2 Otras técnicas de utilidad clínica.

Otras técnicas de utilidad clínica para el diagnóstico de la depresión infantil y la valoración de conductas suicidas son: el *Inventario de depresión infantil (CDI)* , *Cuestionario de orientación para la valoración de posibles conductas suicidas en infancia y adolescencia* y; el *Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes (IRIS)*.

El CDI se ha adaptado al español por varios autores (Rodríguez-Sacristán y Cardoze, 1982; Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón, 2002) a partir del original de Kovacs y Beck (1977) y es el cuestionario más utilizado en la evaluación de la depresión infantil.

La versión más actual de Kovacs, denominada *CDI-Short* (1992) consta de 10 ítems (el original presentaba 27) que la autora juzga como los que expresan la sintomatología esencial de esta patología.

Para Del Barrio *et. al.* (2002) el *CDI-Short* se adapta mejor a la población infantil porque al ser más breve se reduce el tiempo de concentración y atención requerido para llevarlo a cabo- entre cinco a diez minutos-.

Se puede aplicar en una población de edades comprendida entre los 7 y los 17 años. Los enunciados que en él se expresan se presentan en la sección Anexos de esta revisión bibliográfica.

Cabe aclarar que cada una de las 10 expresiones que se le presentan al niño consta de tres frases diferentes que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, que va de 0 a 2. (Por ejemplo: “siempre”, “frecuentemente”, “algunas veces”). En el CDI original las puntuaciones pueden fluctuar entre 0 y 54, siendo 19 el punto de corte para la población normal. Estas puntuaciones se traducen a percentiles utilizando tablas de baremos, que se diferencian por edades y sexo del niño, y por último esos datos obtenidos se representan en un gráfico (Del Barrio, 1997).

El *Cuestionario de orientación para la valoración de posibles conductas suicidas en infancia y adolescencia* (Clements, citado por Mesa, Rodríguez-Sacristán, Pedreira y Rodríguez-Sacristán 1998) se constituye de 12 ítems a los que debe responderse con SI o NO y, si las

respuestas a los ítems 9, 10, 11 y 12 son positivas (SI) debe evaluar al niño o adolescente con un elevado riesgo de desarrollar una conducta suicida. Las 12 preguntas de este cuestionario también se encuentran en el Anexo.

Otro instrumento para indagar el riesgo suicida en adolescentes es el IRIS: *Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes*, que presenta excelentes propiedades psicométricas (de validez y confiabilidad). Es un autoinforme, que se suministra a adolescentes entre 13 a 17 años de edad, compuesto por 50 reactivos, las respuestas se presentan en escala Likert de cinco grados que van desde (1) "Sí, todo este tiempo" a (5) "No, nunca".

Se conforma por tres sub-escalas: Ideación e intencionalidad suicidas (que presenta 10 ítems); Depresión y desesperanza (con 8 ítems) y Ausencia de circunstancias protectoras (6 ítems); puede obtenerse del mismo un índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida (26 ítems); y tres indicadores de conducta suicida (Ideación suicida, Planes suicidas e Intentos previos). A su vez, cuenta con validez concurrente con la escala de ideación suicida del cuestionario de Beck (Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez & Forns, 2012).

Por estos motivos, en nuestro país se está desarrollando su adaptación para nuestra población, llevada adelante por docentes de la Facultad de Psicología.

6. Factores protectores de la depresión infantil

Los factores protectores o amortiguadores hacen referencia a componentes que podemos encontrar en el núcleo familiar, en las instituciones y en la comunidad, que actúan protegiendo al niño y tornándolo menos vulnerable al desarrollo de esta patología (Del Barrio, 1997).

Presentan especial relevancia para la clínica, ya que permiten crear, a partir de los mismos, estrategias de intervención y, a la vez; precisar el nivel de riesgo que presenta un niño para desarrollar conductas o un cuadro depresivo o, estar en presencia de ideas de autoeliminación.

Para Del Barrio (1997) los factores protectores de la depresión infantil incluyen: la buena comunicación familiar, donde exista el apoyo y la cohesión, se establezcan normas claras pero a la vez flexibles, y contenga afectivamente al niño. Estos aspectos le brindan seguridad y equilibrio emocional al mismo.

A la vez, prevenir la depresión materna sería central, ya que según esta autora, es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de dicha patología.

Un autoconcepto (concepto de sí mismo) elevado y una correcta autoestima del niño también actúan como escudos protectores.

Marcelli y Cohen (2007) agregan como factores de protección que el niño no haya padecido ningún tipo de maltrato y que los adultos le permitan expresar sus ideas y emociones.

Para Carballo, Figueroa, García, Soutullo & Salzman (2010) es significativo que el niño tenga amigos íntimos, un vínculo profundo con algún familiar de su entorno cercano, padres o cuidadores responsables, obtenga logros que son apreciados como positivos o exitosos en su sociedad, presente un coeficiente intelectual normal y alto, y se encuentre sostenido por su grupo social con cierto grado de adhesión cultural o religiosa al mismo.

Estos autores también ponderan como un factor protector la presencia de actitudes cognitivas positivas en el niño, es decir, que el mismo desarrolle creencias, expectativas, deseos y pensamientos positivos en referencia a él mismo, a experiencias pasadas o que estén por venir.

Desde la Psicología Positiva se le atribuye al optimismo un rol destacado como factor protector. Una persona que es considerada optimista (que desarrolló un estilo explicativo optimista) interpreta y describe los sucesos negativos a los que se ha enfrentado por factores externos, temporales y específicos.

Según, esta perspectiva, el desarrollo en los niños de este tipo de estilo reduciría los niveles de depresión e ideas de autoeliminación en los mismos (Sánchez y Méndez, 2009).

7. Tratamiento e intervenciones

Una vez que se recogen los elementos suficientes como para determinar que el proceso diagnóstico ha culminado, es necesario deliberar cuál es el tratamiento más acorde a ese niño; en función de los factores protectores, disposición, capacidades de involucramiento y contención de su grupo familiar y de las instituciones a las que concurra.

Según del Barrio (1997), la finalidad de todo tratamiento, que se realice con un niño deprimido, debe estar enfocado en aumentar su bienestar, por lo que el terapeuta deberá tomar las decisiones que sean más convenientes en cada caso. Esto incluye las técnicas de intervención a aplicar en función del resultado del proceso de evaluación previo.

La misma autora destaca la importancia de comunicarle a los padres del niño que deberían explicarle previamente a su hijo que irán a consultar a un psicólogo. Esta etapa sería relevante para que la acción terapéutica comience de forma positiva, el niño se halle preparado y colabore con la misma.

Para Carballo *et al.* (2010) el tratamiento en cuadros depresivos debe tener como finalidades: "...disminuir el impacto de los síntomas en el funcionamiento del niño, acortar la duración del episodio, y reducir el riesgo de aparición de comorbilidad (...) y de recaída..." (p.154)

Bleichmar (1997) advierte sobre el error de aplicar un único modo o tipo de tratamiento, homogeneizando las intervenciones terapéuticas "...monocordemente a todos los casos" (p.19).

Siguiendo a Del Barrio (1997), el tipo de intervención elegida podrá ser diversa para cada proceso: sólo con los padres del niño deprimido, con los padres y el niño juntos, en grupo de niños que se encuentren en las mismas condiciones o con el niño a solas.

Para los primeros casos de depresión infantil en los que se comenzó a intervenir, se utilizó

esencialmente el tratamiento farmacológico y la terapia psicoanalítica (Antonhy; Elkins y Rapoport citados en Del Barrio, 1997). Las intervenciones cognitivo-conductuales surgen posteriormente.

En este apartado se abordarán los aspectos y postulados principales de la terapia cognitivo-conductual y de la psicoanalítica para la depresión infantil.

Por último, se realizará una breve exposición sobre cuestionamientos que se realizan actualmente a los tratamientos farmacológicos en dicha población.

7.1 Terapia cognitivo-conductual

Desde esta perspectiva se propone intervenir en el ámbito de la consciencia del sujeto. No obstante, el terapeuta cognitivo no niega "... la importancia de elementos no conscientes en el origen o incluso mantenimiento de los problemas psicológicos" (Vázquez, 2008, p.11).

En este marco teórico las cogniciones presentan un papel destacado, se postula que son los pensamientos los que en cierto modo dirigen la conducta de un individuo.

Por lo tanto, la intervención estará focalizada en generar modificaciones en las ideas, atribuciones y juicios (Del Barrio, 1997).

Al comenzar el proceso terapéutico se intervendrá en las cogniciones más explícitas para ir alcanzando paulatinamente aquellas que se encuentren de modo más latente, implícito para el sujeto. En palabras de Vázquez:

(...) cuando se trabaja con productos cognitivos (pensamientos, recuerdos, imágenes, etc.), el clínico debe tener en cuenta que bajo ellos subyacen significados menos accesibles pero más centrales para el sujeto (...) modos implícitos de ver y comprender la realidad que incluso pueden no ser evidentes para el propio paciente. (2008, p.27-28)

Es frecuente que la información que más recuerdan las personas deprimidas es de tipo negativo. Sin embargo, un estudio realizado por Teasdale, Segal & Williams (citados en Vázquez, 2008) aporta que los sujetos deprimidos emplean más términos de tipo absolutistas, aunque el contenido de los mismos sea de carácter negativo o positivo.

Los productos cognitivos son denominados *pensamientos automáticos negativos* (PAN), sobre los que se ocupará el terapeuta para generar un cambio, y se caracterizan por ser "...ideas manifiestas que aparecen de modo imprevisto en la conciencia del individuo, interfiriendo su acción o sus emociones, y con un contenido negativo" (Vázquez, 2008, p.16).

El objetivo es modificar estas ideas negativas, lo que se denomina reestructuración cognitiva, mediante el aprendizaje de habilidades que le permiten moderar o mitigar esos pensamientos.

El tipo de imágenes que se presentan en los cuadros clínicos depresivos son "... de derrota, fracaso, desamparo o privación" (Vázquez, 2008, p.41), prevaleciendo las de tipo negativo.

Por este motivo y prosiguiendo con el mismo autor, se considera necesario analizar sus significados, hasta que se desplieguen las convicciones o suposiciones ligadas a las mismas para lograr un cambio significativo.

Es fundamental, en la depresión, detenerse en las imágenes positivas del paciente.

En el caso de los niños, dicha reestructuración puede realizarse con el soporte de diversos gráficos, ya que por la complejidad de este tipo de técnicas es probable que se dificulte su aplicación con niños pequeños, por el nivel de lenguaje y pensamiento alcanzados en ese momento evolutivo. Para Kaslow y Rehm (citados en Del Barrio, 1997) no sería posible la aplicación de esta terapia hasta que el niño no haya llegado a la etapa de las operaciones formales.

Por otra parte, es más dificultoso ayudar a un niño muy pequeño a comprender las diferencias entre sus pensamientos, emociones y conductas. Que el paciente logre diferenciarlos es un objetivo clave para este tipo de terapia (Vázquez, 2008).

Tomando los aportes realizados por Del Barrio (1997) se describen otras técnicas de intervención utilizadas en este tipo de terapia para niños deprimidos.

a- Sugerir que el niño deprimido realice actividades que sean placenteras para el mismo, con el objetivo de estimularlo y aumentar su nivel de activación.

b- Desarrollar y/o reforzar las habilidades sociales mediante representaciones o juego de roles apuntando a la adquisición o mejora de habilidades comunicativas, que acrecienten el vocabulario y la capacidad de escucha del niño para que el mismo pueda posteriormente aplicarlas a situaciones de la vida cotidiana.

Esta estrategia fomenta a la misma vez el entrenamiento de la asertividad y de la resolución de problemas, ya que el niño aprenderá a protegerse y solucionar hechos, sin evadirlos ni agredir a los demás.

Este aspecto es significativo porque es habitual que los niños deprimidos se consideren incapaces e inseguros.

c- Entrenar al niño en técnicas de relajación, ya que además de producirle un estado de mayor bienestar, fomenta la capacidad de control de la ansiedad, la que se manifiesta en muchos cuadros depresivos. Las técnicas de relajación varían de acuerdo a la edad del niño, a edades más tempranas se trabaja más desde lo lúdico con imitaciones posturales y, en edades más escolares o pre-adolescentes se desarrollan desde el control de la contracción y la relajación muscular. En muchas ocasiones las técnicas de relajación se abordan en conjunto con el uso de la imaginación.

d- Incrementar la autoaceptación y la autoestima. Mediante la proyección de metas alcanzables, la focalización en sus dimensiones positivas y descender, en algunos casos, elevados niveles de autoexigencia que presente el niño-a. Para elevar la autoestima se requiere del apoyo y la colaboración de los adultos que rodeen a ese niño, ya que son los que proporcionan constantemente juicios de valor hacia el mismo. En este aspecto se intervendrá en la importancia de elogiar y reconocer al niño frente a determinadas conductas así como también valorarlo mediante juicios positivos.

7.2 Abordajes psicoanalíticos

Desde este marco teórico se busca disminuir el sufrimiento del niño mediante la resolución del conflicto psíquico que está causando el cuadro depresivo.

A diferencia de la terapia cognitivo-conductual se trabaja con los elementos inconscientes del sujeto. (Del Barrio, 1997)

Una de las estrategias más utilizadas es el juego, ya que en el mismo se despliegan y exteriorizan miedos y preocupaciones. El tipo de juego irá variando en función de la edad del niño. En niños más pequeños podremos observar una primacía de la imitación en su juego, la que se irá suplantando paulatinamente por el lenguaje. “A medida que pasan los años aumentan notablemente los contenidos verbales y narrativos en el juego de fantasía, hasta que el niño inhibe completamente la acción y puede proyectar verbalmente todo el episodio (...)” (Paín, 2012, p.67).

El análisis de las fantasías y de los sueños del niño son otras de las estrategias a utilizarse.

Desde este paradigma el abordaje del síntoma es relevante. En palabras de Press:

En el niño, la *lectura estructural* subyacente al síntoma considera la historia (...) de factores genético-orgánico-maduracionales, instrumentales (lenguaje-psicomotricidad), pulsionales, de las vivencias traumáticas, tipo de angustia, los mecanismos defensivos a los que apela el Yo para manejar separaciones, pérdidas y frustraciones, la consistencia o precariedad de la capacidad representativa, los objetos fantasmáticos, las fantasías arcaicas y edípicas, la prevalencia de zonas erógenas y pulsiones parciales, la relación existente entre el símbolo y lo simbolizado inconsciente, la instalación de la represión o diques, las fallas del “como si” y (...) las identificaciones (2012, p.123).

Esta autora delata una tendencia que minimiza la valoración del mismo en la clínica actual, a la vez que advierte sobre un número elevado de “... niños medicados sin acceder a una entrevista en la que, con el juego, sean escuchados para que su síntoma cobre valor de *texto a significar*” (p.123).

Al momento de tomar decisiones sobre el enfoque terapéutico Marcelli y Cohen (2007) destacan la importancia de discernir el tipo de episodio depresivo sobre el que vamos a intervenir; es decir, si es una depresión reactiva o endógena.

En los episodios reactivos “...el simple reconocimiento de esta depresión puede tener un valor terapéutico (...), los padres se sensibilizan y a menudo encuentran ellos mismos la respuesta...” (p.354).

Cuando la disposición de los padres y el grado de aceptación de la depresión de su hijo no sean las adecuadas o necesarias, predomine la negación del sufrimiento y la conflictiva del niño, será necesario el planteo de enfoques psicoterapéuticos para el niño, el grupo familiar y/o el entorno. A edades más pequeñas del niño, el terapeuta deberá proporcionarle más ayuda e información a la familia. En estos casos destacan la importancia de la terapia madre- niño, ya que no sólo beneficiaría al niño sino también a su progenitora, desde la restauración narcisista.

El terapeuta debe tener en cuenta varios elementos antes de tomar la decisión más adecuada a cada tratamiento, apuntan que, el comienzo de “... una psicoterapia es fundamental en la medida

en que el niño, y sobre todo su medio familiar, la acepten y sean capaces de mantener la suficiente estabilidad para llevar a término el tratamiento” (Marcelli y Cohen, 2007, p. 354).

En la literatura consultada se reitera la dimensión que presenta, para que el tratamiento de un niño deprimido sea exitoso, el papel de los padres (Del Barrio, 1997; Marcelli y Cohen, 2007; Carballo *et al.*, 2010); aspecto que se deberá tener siempre presente.

Si se tomara la decisión de incluir a los padres en el proceso terapéutico, Dio Bleichmar (2005) sugiere trabajar con las apreciaciones y valoraciones que tengan los mismos sobre el comportamiento de su hijo. El terapeuta deberá guiarlos en comprender las razones que originan esas determinadas conductas.

Estas atribuciones son denominadas por Hugo Bleichmar (citado en Dio Bleichmar, 2005) como *creencias matrices pasionales*, las que “... gobiernan la subjetividad, definen el comportamiento por medio de enunciados identificatorios que modelan la subjetividad del infante (...) y tienen una fuerte carga emocional” (p.90).

Para dicha autora, fomentar y aumentar la capacidad de los padres en la asignación de significados hacia determinados actos que realizan sus hijos es un principio básico del trabajo terapéutico con los mismos.

Desde el modelo Modular-Transformacional propuesto por Bleichmar (1997) los pasos a seguir en el tratamiento en las modalidades de funcionamiento depresivos serían los siguientes:

(...) primero, localizar el sector que, para ese paciente en particular, y para ese momento de análisis, constituye el área prevalente que contribuye a crear el presente sentimiento de impotencia y desesperanza- por ej. área del trastorno narcisista o de las angustias persecutorias o de la agresividad o de los sentimientos de culpabilidad o del déficit yoico, etc.- para luego remontarnos a trabajar los factores y condiciones que ocasionan la patología del sector que hemos considerado (p.66).

Este autor considera que es necesario conocer a fondo los elementos que sostienen a un trastorno depresivo y cómo se conectan entre sí para poder desarticularlo. Los circuitos que generan la depresión: identificación, agresividad, culpa, narcisismo, angustia persecutoria, inhibición, déficit yoico, etc. deben ser tomados a la misma vez como “...área de diagnóstico...” y “...como objetivo de nuestro trabajo terapéutico” (p.67).

Aunque la terapia cognitivo-conductual sea ampliamente reconocida, la más utilizada y estudiada en personas con depresión (Carballo *et al.*, 2010), Villalba (2010) sitúa a la psicoterapia psicoanalítica en el mismo nivel de eficacia que otro tipo de terapias.

Lo que concuerda con investigaciones realizadas para determinar el grado de eficacia del psicoanálisis en el abordaje de la depresión infantil, los resultados rondan el 72% cuando la terapia tuvo una frecuencia de 1 a 3 veces semanales en un período de 2 años. Pero esta cifra decae a 24% si la misma sólo duró 6 meses (Target y Fonagy citados en Del Barrio, 1997).

La tasa de recurrencia es superior en la población infantil que en la de adultos (Costello *et al.* citado en Carballo *et al.*, 2010) por lo que el mantenimiento es una de las fases relevantes del

tratamiento, ya que la misma se enfoca en prevenir una recurrencia.

Según estos autores: “En torno al 80% de los niños y adolescentes se recuperan de su primer episodio depresivo, pero entre el 20 y el 60% presentan una recurrencia” (p. 162).

7.3 Consideraciones actuales sobre el tratamiento farmacológico

Los psicofármacos apuntan al tratamiento de las causas de la depresión desde una mirada meramente biológica del sujeto. Intentando regular esta conducta depresiva mediante su administración (Del Barrio, 1997).

Las diversas investigaciones que se han realizado sobre la eficacia y consecuencia en la salud de los niños por los psicofármacos que se vienen utilizando para el tratamiento de la depresión infantil no han arrojado buenos resultados. Se han realizado diversas críticas ya que muchos de los antidepresivos que se utilizan presentan efectos secundarios que pueden comprometer la salud de los niños y otros aún no han sido controlados (Del Barrio, 1997; Marcelli y Cohen, 2007).

Según Del Barrio (1997), las indicaciones que existen actualmente, exhortan a emplearlos para casos de depresiones endógenas y bipolares, no así en depresiones de tipo reactivo. Concuerdan con Del Barrio, Marcelli y Cohen (2007), reconociendo que en la actualidad se “... tiende a reservar la prescripción de antidepresivos en el niño a las formas clínicas graves resistentes a los tratamientos psicoterapéuticos y relacionales y a las reestructuraciones vitales” (p.355-356).

Por otra parte, Carballo *et al.* (2010) tomando las recomendaciones de la guía NICE (National Collaborating Centre for Mental Health) reconocen que el tratamiento de primera elección debe ser siempre la psicoterapia y en el caso de que se utilicen psicofármacos los mismos deberán acompañarse de la misma.

8. Consideraciones finales

En esta monografía se realizó una revisión bibliográfica sobre la clínica de la depresión infantil, las técnicas diagnósticas y su tratamiento, deteniéndome especialmente en el enfoque cognitivo-conductual y en el psicoanalítico.

Se dedica un apartado sobre la relación entre la depresión y la ideación suicida en niños, ya que se ha hallado cierta relación en investigaciones sobre la depresión en la infancia y los intentos de autoeliminación al llegar a la adolescencia o adultez.

A pesar de que es inherente al desarrollo y maduración normal de todo sujeto atravesar por determinados momentos de duelo y pérdida, considerados como episodios reactivos y; es esperable que muchas veces los niños experimenten sentimientos de tristeza; las depresiones patológicas, es decir, prolongadas en el tiempo y recurrentes han ido incrementándose en esta etapa evolutiva en los últimos años.

La nosografía psicopatológica infantil se ha complejizado enormemente en los últimos años proporcionando más herramientas para intervenir en el sufrimiento psíquico de los niños, pero a la vez, esto exige una permanente actualización y especialización por parte de los profesionales de la salud mental, con el fin de no generar acciones que se conviertan en iatrogénicas.

Un aspecto a destacar sobre la depresión infantil se relaciona con las dificultades que se presentan en el diagnóstico de la misma. Varios autores señalan que dicho padecimiento presenta una comorbilidad elevada, lo que genera superposición de síntomas con otras patologías. Si el profesional no se encuentra altamente capacitado para realizar un diagnóstico acertado puede producirse un diagnóstico erróneo o un “doble diagnóstico”. De este aspecto se deduce la importancia de una formación actualizada en dichos avances académicos.

Tomando como referencia la bibliografía consultada se intentó seleccionar aquellos mecanismos de defensa propios de la depresión que se visualizan en los gráficos.

En las últimas décadas se ha avanzado en investigaciones relacionadas con factores de riesgo asociados a la depresión, específicas para la población infantil. El conocimiento generado se ha centrado en desarrollar un concepto específico, detallado y apropiado a esta población, descentrándola de su concepción inicial ligada a la depresión en la adultez.

Asimismo se visualiza un avance en la producción de técnicas de diagnóstico e intervención.

En cuanto a la ideación suicida en niños, es escaso el conocimiento actual sobre medidas preventivas que se pueden implementar.

9. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arévalo, C. y cols. (2011). *Temas de psicopatología. Semiología*. Montevideo: Psicolibros.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arenas-Landgrave, P. , Lucio-Gómez, E. & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* (en línea). Disponible en :
<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=459645437004>
- Arfouilloux, J-C. (1986). *Niños tristes. La depresión infantil*. México: Fondo de Cultura Universitaria.
- Arros, M. y Valenzuela, F. (2006). Teoría psicoanalítica de la depresión: una revisión de distintas propuestas para su comprensión y clasificación. *Revista Gaceta Universitaria*. Vol. 2 (4). 473-481.
- ASSE Salud- Administración de los Servicios de salud del Estado. (29 de Marzo de 2017). ASSE Salud presentó a sus Equipos, *Protocolos para la Atención de Adolescentes*.
Disponible en: <http://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-Salud-presento-a-sus-Equipos-Protocolos-para-la-Atencion-de-Adolescentes-9690>
- Bella, M., Fernández, R. y Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 108 (2).
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional. *Revista Aperturas Psicoanalíticas* N°1. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000052>
- Cajigas-Segredo, N., Kahan, E., Luzardo, M. y Ugo, M. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Revista Ciencias Psicológicas*. IV (2). 149-163.
- Carballo, J., Figueroa, A., García, I., Soutullo, C. & Zalsman, G. (2010). Trastornos Depresivos.

En AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. C. Soutullo Ma J. Mardomingo (Coord.), *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. (p. 145-156). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

-Caride de Mizes, M. y Rozzi de Constantino, G. (1982). *Técnicas gráficas en la evaluación de la personalidad. (Un enfoque clínico)*. Buenos Aires: Tekné.

- Castro, F. (2005). Potencial suicida e imagen del cuerpo en niños. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 265-267.

Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-051/410.pdf>

- Celener, G. (2007). *Técnicas proyectivas: actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Para Uruguay 2011-2015. "Un compromiso con la vida".

Recuperado de:

http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_prevencion_del_suicidio.pdf

- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia. En la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.

- Del Barrio, V. (1997). *Depresión Infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel, S.A.

- Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. En: *Informació Psicológica* n° 100. 49-59.

- Del Barrio, V., Frías, y D. Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47 (4). 471-476.

- Del Barrio, V., Roa, M, Olmedo, M. y Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica* 3. 263-272.

Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/558/494>

- De Ajuriaguerra, J. (1996.) *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson, S.A.

- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.

- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Fonagy, P. y Target, M. (1996). Jugando con la realidad II. El desarrollo de la realidad psíquica desde una perspectiva teórica. En: *Libro Anual de Psicoanálisis XII*. 65-86.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. En: *Revista Aperturas Psicoanalíticas* N°3.
- Freud, A. (1992). *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1976). *Duelo y melancolía*. En Etcheverry (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1917).
- Gold, N. (13 de junio de 2015). Pereira Rossell atiende un intento de suicidio infantil cada cinco días. *El Observador*.
Disponible en: <http://www.observador.com.uy/pereira-rossell-atiende-un-intento-suicidio-infantil-cada-cinco-dias-n653633>
- Hammer, E. (1995). *Tests proyectivos gráficos*. México: Paidós.
- Klein, M. (1995). La vida emocional y el desarrollo del yo del niño, con especial referencia a la posición depresiva. *Psicoanálisis ApdeBA*. Vol. 17 (3). 529- 584
- Lowenfeld, V. y Lambert, W. (1980). *Desarrollo de la capacidad creadora*. Buenos Aires: Kapelusz
- Marcelli, D. y Cohen, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. (Un método de investigación de la personalidad)*. La Habana: Cultural, S.A.
- Mardomingo, Ma J. (1998). Los intentos de suicidio. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. (p 709-714). Sevilla: Imprenta Antonio Pinelo.
- Mesa, P., Rodríguez-Sacristán, A., Pedreira, J. y Rodríguez-Sacristán, J. (1998). Documentos útiles para el diagnóstico y la evaluación en psicopatología infantil. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. (p 343-406). Sevilla: Imprenta Antonio Pinelo.
- Miranda de la Torre, I., Cubillas, M., Román, R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*. 32 (6). 495-502.
- Morais, R. y Batista, M. (2016) Tendência Suicida em Crianças Acidentadas. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 36 (3). Versión on-line. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000300571#B16
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014) Centro de Prensa. *La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes*.
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016) Centro de Prensa. *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

-Organización Mundial de la Salud, OMS. (2017) Centro de Prensa. *Depresión*.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). Centro de prensa. *Suicidio*.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2012). Centro de Prensa. *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*.

Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es

- Paín, S. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Palacios, X., Barrera, A. Ordóñez, M., y Peña, M. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25 (2). 40-62

- Polaino-Lorente, A. (1998). Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. (p 655-688). Sevilla: Imprenta Antonio Pinelo.

- Polaino-Lorente, A. y cols. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata

-Press, S. (2012).Psiquiatría infantil y psicoanálisis. Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. (114). 117-136.

- PDM (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

- Rodríguez, H., García, I. y Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica del*

Uruguay. 21 (2). Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina- Universidad de la República. Recuperado de:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902005000200006&script=sci_arttext

-Sánchez, O. y Méndez, F. (2009). El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente. *Revista Clínica y Salud*. Vol.20. No.3. 273-280. Madrid. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000300008

-Siquier de Ocampo, M., García Arzeno, M., Grassano, E. et. al. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Ulloa, F. (1993). Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Rev. Chil. Pediatr.* 64 (4). 272-279. Recuperado de:

<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n4/art06.pdf>

-Vázquez, C. (2008). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.

- Villalba, L. (2010). Tratamiento de los trastornos depresivos desde una perspectiva psicodinámica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.74 (2). p. 169-178.

- Viñas, F. y Doménech, E. (1999 a). El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 52 (1). 89-104.

- Viñas, F. y Doménech, E. (1999 b). Variables predictoras de la ideación suicida en la población escolar infantil. *Infanto. Revista de Neuropsiquiatría da Infância e Adolescência*. 7 (1). 5-17.

- Viola, L., Garrido, G. y Varela, A. (2008). *Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos*. Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. UdelaR.

Recuperado de:

http://tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/_125_Gabriela_Libro_09-2008%5B1%5D.pdf

- Winnicott, D. (1994). El valor de la depresión. *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.

- Winnicott, D. (1955). La posición depresiva en el desarrollo emocional normal. *Brit. J. Med. Psychol.*, Vol. XXVIII. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/desemnor.htm>

- Winnicott, D. (1960). La distorsión del yo en hermanos de self verdadero y falso. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/hermosos.htm>

- Zelaya, L., Piris, L. y Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de maltrato infantil? *Pediatr. (Asunción)*. 39 (3). 167-172

10. Anexos

Enunciados del **Inventario de depresión infantil CDI-Short**

1. Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien.
3. Todo lo hago mal.
4. Me odio.
5. Tengo ganas de llorar todos los días.
6. Las cosas me preocupan siempre.
7. Soy feo.
8. Me siento solo siempre.
9. No tengo amigos.
10. Nadie me quiere.

Cuestionario de orientación para la valoración de posibles conductas suicidas en infancia y adolescencia.

- 1- ¿Existe alguna situación de crisis y/o límite (p.e. accidente de un ser querido, separación o divorcio de padres, abandono de amigos, etc.)? SI/NO
- 2- ¿Se siente solitario y abandonado por todos y no tiene a quién acudir? SI/NO
- 3- ¿Le han diagnosticado alguna afección grave y/o crónica recientemente? SI/NO
- 4- ¿Ha perdido energías hasta el punto de parecer que cualquier cosa que tenga que hacer le va a costar un gran esfuerzo? SI/NO
- 5- ¿Ha perdido peso sin razón aparente en los últimos tiempos? SI/NO
- 6- ¿Recientemente ha intentado alguna maniobra de intoxicación con bebidas o fármacos? SI/NO
- 7- ¿Tiene sentimientos de culpa y piensa que puede y debe ser castigado por algo que hubiera hecho, aunque sea de forma poco específica? SI/NO
- 8- ¿Ha comentado que oye o ve cosas que otros no pueden ver ni escuchar? SI/NO
- 9- ¿Ha comentado que siente como si alguien le dijera que debe entregar su vida? SI/NO
- 10- ¿Podrías contarme alguna idea que tengas sobre el suicidio? ¿Has pensado alguna vez en algún plan especial para llevarlo a cabo? ¿Cómo lo harías? SI/NO
- 11- ¿Usa, guarda o colecciona alguien de tu familia algún tipo de arma blanca o de fuego? SI/NO
- 12- ¿En la casa se tiene fácil acceso a venenos, tranquilizantes, antidepresivos, drogas, etc.? SI/NO

