

## Niños deprimidos

**Marta Lewin**  
**Dolores Santos Barreiro**

*"Quién soy, al fin, cuando no juego? Un pobre huérfano abandonado en las calles de las Sensaciones, tiritando de frío en las esquinas de la Realidad, teniendo que dormir en las escaleras de la Tristeza y comer el pan de gracia de la Fantasía".*

Fernando Pessoa. *Libro del desasosiego*<sup>1</sup>.

En reiteradas ocasiones nos encontramos con papás que nos preguntan asombrados: "Pero ¿un niño puede estar deprimido?" Frente a este mito de una infancia idealizada, libre de la carga del mundo de la producción, el trabajo y las responsabilidades, un niño deprimido es algo inaceptable.

En esta línea nos parece sintomática la escasa literatura psicoanalítica con la que nos encontramos respecto a la depresión en la infancia. En el *Diccionario de Psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis<sup>2</sup>, por ejemplo, la única entrada al respecto es la de "depresión anaclítica", donde los autores refieren a los desarrollos de Spitz<sup>3</sup>.

La psiquiatría moderna, guiada por los fármacos, ha elevado la depresión a la categoría de diagnóstico. Se trata de depresión cuando el paciente responde a los antidepresivos. Si el sujeto no declara su depresión, entonces se trata de "depresión

---

<sup>1</sup>Pessoa, Fernando (1913 y 1935). "Libro del desasosiego". Barcelona. Editorial Acantilado, 2016, p. 102.

<sup>2</sup>Laplanche J. y Pontalis, J.-B. (1967) <http://psikolibro.blogspot.com>

<sup>3</sup>Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*, México. Fondo de Cultura Económica, 1969.

enmascarada". Este es el caso habitual en los niños, quienes, no teniendo a su disposición las palabras que nombran el malestar, lo manifiestan con sus comportamientos o a través de trastornos somáticos.

Vemos, entonces, que la expresión clínica de la depresión no siempre resulta clara: la inhibición de la capacidad psicomotriz, el agobio, los trastornos alimentarios o del sueño, la encopresis, las quejas somáticas son patognomónicas de la infancia.

Otros signos, como la hiperactividad o la seudomadurez, pueden ser manifestaciones contrarias a la expectativa de un cuadro depresivo.

El autorreproche y la autodenigración, presentes en las depresiones adultas, se desplazan muy a menudo a reproches y denigraciones ejercidas por el entorno: compañeros, padres, maestros<sup>4</sup>. Pensamos esto como posible puerta de entrada al *bullying* tan ruidoso en nuestros días.

Nos parecen importantes los parámetros que Roger Misés<sup>5</sup> toma, en los que denomina trastornos limítrofes, porque entendemos que son compatibles con la clínica de los estados depresivos.

Muy abocado a los estudios psicopatológicos, Misés sumó, a los dos ejes clásicos de psicosis y neurosis, un tercer eje que denominó, en la infancia, organizaciones o estados límites, atento a que en este momento nos encontramos ante la constitución del psiquismo, con las potencialidades evolutivas que conlleva, y que de poder intervenir tempranamente, suponen un pronóstico más favorable. Compartimos con el autor que a pesar de los fallos sufridos en los soportes básicos, la diferencia con las psicosis, en las que el niño se encuentra frente a amenazas de fragmentación y a riesgos de aniquilación, en las patologías límites, el niño se encuentra confrontado a angustias depresivas: inseguridad interior, amenazas de intrusión y de pérdida de objeto. En estos, el deseo de comunicación persiste, así como las aptitudes relacionales y sus capacidades adaptativas permanecen a pesar de que pueden funcionar por sectores y de manera discontinua. Entendemos que este es el motivo por el que, a pesar de las manifestaciones clínicas alarmantes que puedan presentar en la consulta, reaccionan muy favorablemente a las intervenciones terapéuticas.

Para Roger Misés:

(...) Desde el punto de vista clínico, las expresiones manifiestas de sufrimiento depresivo, son raramente aportadas de forma espontánea por el entorno o por

---

<sup>4</sup>Marcinavicius, Mabel. "La clínica de la depresión en niños".

<sup>5</sup>Misés, Roger (1990). *Las patologías límites en la infancia*. Barcelona. Editorial Alas.

el niño; así pues hay que buscar sus expresiones habituales: los afectos desagradables, el malestar corporal, la ausencia de interés y de ideas, las sensaciones de vacío (...).

En otros niños, la confrontación con el sufrimiento y los sentimientos de vacío, de inutilidad, desvalorización, está teñida de ideas de prejuicio y de injusticia, y conlleva reacciones agresivas. Este puede desembocar en intentos perdurables de negación de la impotencia dolorosa, en los que se refuerzan las defensas maníacas que van a mantener la omnipotencia, el control ejercido sobre los afectos y las tentativas de dominio de las personas (...)

Los elementos comunes en los cuadros que él desarrolla como patologías límites son: los fallos del apuntalamiento, los fallos de la elaboración de la función de continencia, el fracaso en el registro de la transicionalidad, los fallos en la elaboración de la posición depresiva, dificultades en la constitución de la ausencia, dificultades en el proceso de narcisización y pseudoedipificación, con predominio de la relación dual.

En una línea similar, Myrta Casas de Pereda<sup>6</sup> plantea el estado depresivo como el resultado de un *empobrecimiento simbólico*, en términos freudianos, una *inhibición*<sup>7</sup>.

Esta inhibición la plantea en dos registros:

1. *desvalimiento*: disminución o bloqueo de simbolización para el sujeto, paralización de la cadena significante. Lo podemos entender como un momento de caída melancólica.

2. el *acto*: que sustituye el sentido, testimonia el desamparo. Surgen así haceres, acciones sin poder simbólico, que resultan un reclamo-acoso al otro en su rol fallido. Evocamos también el primer momento que Spitz describe en las depresiones anaclíticas, cuando los niños se vuelven llorones, exigentes y se aferran al observador que entra en contacto con ellos. Adhesión al otro para no enfrentar la ausencia. También a este orden responden ciertas maniobras autistas que llevan al diagnóstico de autismo cuando de lo que se trata es de una depresión. Y lo consideramos en el registro de la manía.

Entendemos las dificultades y peligros del diagnóstico en momentos de estructuración del psiquismo, y nos manifestamos en contra de la medicalización de la infancia. Por lo tanto, no estamos tomando la depresión como diagnóstico psicopatológico, sino que preferimos pensarla en términos de estados depresivos que inhiben la capacidad de jugar, lugar soberano de subjetivación para el niño.

---

<sup>6</sup>Casas de Pereda, Myrta. "El desamparo del desamor. A propósito de la depresión en la infancia", ISSN 1688-7247 (1988) *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea) (67)

<sup>7</sup>Freud, Sigmund (1925-1926). "Inhibición, síntoma y angustia". *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu editores, 2010.

Intentaremos balizar el campo de estas profusas manifestaciones clínicas a las que hacemos referencia.

Sabemos de la vertiente positiva de la capacidad para experimentar afectos depresivos. La teorización kleiniana acerca de la posición depresiva, o los desarrollos de Spitz con respecto a la angustia del octavo mes como organizador del psiquismo infantil, o el concepto de Winnicott en cuanto a la capacidad para estar a solas -en presencia de la madre- dan muestra de la condición estructurante de estos estados.

Estas situaciones fundantes suponen necesariamente la presencia de otro y el intento de resolver el enigma de esa presencia. El *infans*, el que no habla y es hablado por otro: madre, padre, lenguaje y/o cuerpo; deviene niño, humano, al entrar en diálogo con ese otro, coincidiendo así el proceso de subjetivación y el proceso de simbolización.

En ese diálogo se desplegarán las vicisitudes del par presencia-ausencia que darán lugar a la posibilidad de la pérdida del objeto, base de la simbolización y del fort-da. Estamos aquí en el terreno de *estados depresivos fundantes*, donde rige la *castración*, la posibilidad de pérdida del objeto, el reconocimiento mismo del objeto como diferente del sujeto<sup>8</sup>.

En nuestra clínica encontramos que en ocasiones este encuentro no se realiza, no hay otro que pueda sostener esa función amparadora, o bien el niño padece la adjudicación de lugares imposibles. Entonces, el diálogo con ese otro se interrumpe, surge el malentendido, el desamparo se impone y los trastornos aparecen.

El terreno aquí es de *estados depresivos traumáticos*: el otro soporte y testigo de la función simbólica ha faltado a la cita, o llega a destiempo. Esto redundará en lugar de una pérdida de objeto en una *deprivación*<sup>9</sup>, acontecerá una *pérdida de sujeto*<sup>10</sup>. Al ser la pérdida del objeto y su inscripción simbólica condición de la emergencia del deseo, la demanda sin respuesta impide atravesar el duelo del objeto, toma cuerpo la imagen más arcaica de la madre omnipotente, frente a este otro no barrado, es el sujeto el que se pierde.

---

<sup>8</sup>Joyce McDougall (1978) propone una “castración primaria”, equivalente al reconocimiento y aceptación de la alteridad y la separación, diferenciándola de *castración fálica* y castración narcisista. *Alegato por una cierta anormalidad*. Editorial Paidós, 1993: 147.

<sup>9</sup>D.Winnicott dice (...): “Una criatura se convierte en niño deprivado cuando se lo priva de ciertas características esenciales de la vida hogareña (...). La falta de esperanza es la característica básica del niño deprivado. el niño ha perdido algo bueno que, hasta una fecha determinada, ejerció un efecto positivo sobre su experiencia y que le ha sido quitado; *el despojo ha persistido por un lapso tan prolongado, que el niño ya no puede mantener vivo el recuerdo de la experiencia vivida*” (...) “La tendencia antisocial” (1956). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona. Editorial Laia.

<sup>10</sup>Myrta Casas de Pereda: “Toda relación de objeto es, en realidad, una relación de falta de objeto, para que haya disponibilidad de sujeto de deseo. (...) significación, simbolización, es *inscripción de una pérdida para disponer del símbolo* (...)”.

## La clínica

Juan

Juan tiene 7 años y llega a la primera entrevista con su mamá. Lo invito a pasar. Sujetado a ella le pide que lo acompañe. Ante esto la madre le dice que tiene algo que hacer y que después lo vendrá a buscar. Juan lloriquea, se le pega cada vez más. La madre lo aparta, mientras me dirige una mirada interrogante, le digo: "Te está pidiendo que te quedes", entonces acepta quedarse y Juan pide que entre con él. Ingresamos los tres al consultorio de niños.

Juan permanece pegado a su mamá escondiendo su cara en el cuerpo de ella. Me presento y le digo que estuve hablando con su mamá acerca de sus miedos y que me gustaría conocerlo, que si quiere me cuente qué piensa él de lo que me contó su mamá. En medio de lloriqueos Juan no responde, protesta, le dice a su mamá que quiere irse. La madre insiste en que me hable, Juan persiste en su rechazo. Ella toma unos legos que están al alcance y le propone armar algo. Ubicándolos uno junto al otro Juan construye una muralla. Le digo: "¡Uy!, hay una muralla que no me deja llegar a Juan, ¿cómo podré comunicarme con él?... ¡Ah, ya sé, le voy a mandar mensajitos a ver si los puede recibir!". Comienzo a escribir: "Hola, Juan", en un trozo de papel, lo doblo y lo pongo en un espacio entre los ladrillos de la muralla. La mamá festeja esto y le dice: "¡Mirá, un mensaje!", Intenta tomarlo pero Juan se lo impide, lo toma él y lo rompe mientras dice: "¡No, no!". Yo me quejo apesadumbrada de que Juan no quiere recibir mis mensajes, pero insisto. Riéndose con placer Juan vuelve a hacer lo mismo. Reitero mi mensaje, el niño permite que su mamá se lo lea y después lo rompe. Ya en transferencia, entra en la escena de juego; espera mis nuevos mensajes, aunque dice: "No", y responde por escrito a alguno de ellos. Hasta el final de la entrevista continuamos con este juego, le escribo que lo espero otro día para seguir jugando. Responde que sí.

En la segunda entrevista Juan acepta entrar solo al consultorio, pero le pide a la mamá que lo espere; ella insiste en que tiene que hacer algo y se va y rápidamente regresa. La madre me mira nuevamente, le digo: "Te pide que te quedes esperándolo". Contrariada, acepta quedarse en la sala de espera.

Juan ingresa al consultorio de niños, le ofrezco una caja con juguetes y le pregunto si habló con la mamá acerca del motivo de por qué lo trajo a verme.

Responde que es por los miedos que tiene a la noche, que se le aparecen muertos que le hablan. Va tomando los diferentes juguetes, ninguno lo conforma, hasta que un yenga lo entusiasma, toma las maderitas y me pregunta para qué son. Le explico

el juego. Armo varias veces las pilas de maderas y Juan las tira mientras se ríe estruendosamente. Cada vez que derriba la torre su excitación va en aumento y termina desparramando con violencia todas las maderitas por el consultorio.

Una pregunta se me impone: ¿Cómo podría Juan quedarse **sin** la presencia de su madre que lo apura dejándolo "solito" con una desconocida?

Ya en tratamiento, Juan reitera, en las sesiones, este juego de derribar y desparramar. Personificando en las maderitas a los soldados, pasan varios meses hasta que puede construir escenas de guerra entre su bando y el mío. La mamá siempre llega tarde a buscarlo. La escena se repite y Juan, muy ansioso, le reclama por esto, y yo me hago eco de este reclamo. En cierta oportunidad lo viene a buscar alguien que no conozco, Juan es el encargado de presentar a esta persona: "Es mi niñera", dice.

El niño tiene miedos ligados a la idea de muerte y de los muertos que se le aparecen. Lleva el nombre de su abuelo materno, cuya temprana muerte dejó "solita" a esta mamá que ubica a su hijo como "reencarnación" de aquél.

¿A qué muertos les teme Juan?, ¿a ese abuelo que tiene que reemplazar?, ¿a su mamá que permanentemente se le muere cómo sostén? ¿A ese otro que no responde?

### **Carmen**

Carmen no puede desprenderse de su madre. Toda separación de ella conlleva una crisis de angustia. La madre debe permanecer a su alcance, debe poder verla hasta en el colegio donde la niña cursa cuarto grado. Para paliar esta situación la madre debe permanecer en el automóvil cerca de la ventana del aula. Para la escuela, que se encuentra en las afueras de Capital Federal, se trata de una condición de muy difícil manejo; argumenta que es un motivo de distracción para otros niños.

Los padres la presentan como "una nena cambiada". Dicen que era una niña alegre, entusiasta, con muchas amigas, pero que sorpresivamente se transformó; no entienden qué pasó. Relatan un robo violento que sufrió el padre del que Carmen fue testigo, y suponen que este puede ser el motivo del cambio.

La familia se muda frecuentemente, realiza largos viajes incompatibles con el período escolar, lo cual perturba los lazos amistosos que tímidamente Carmen intenta establecer en sus cambiante entornos.

Mientras dura el análisis, aproximadamente un año y medio, la niña atraviesa tres mudanzas y varios viajes que la alejan del tratamiento. Los padres resultan impermeables a mis comentarios acerca de las dificultades que estos movimientos pudieran acarrearle.

Recibo una niña de aspecto abrumado, muy flaca, bella, parece dormida, me dice que no le gusta lo que le pasa, que no entiende qué le pasa, que cada tanto es tomada por un sentimiento de "extrañeza". Que sus padres, especialmente el padre la entiende porque ha vivido experiencias similares.

Los primeros dibujos refieren a planetas sin rumbo, solos en el espacio. No juega, permanece sentada mirándome.

Sabemos que el cuerpo en la infancia resulta el primer bastión en el contacto con la angustia. Como tan claramente Carmen lo expresa, el cuerpo en su padecer toma la forma de un planeta sin rumbo, deshecho, sin borde, triste, desgarrado, ajeno. Con el juego ocurre lo mismo.

Transcurre un largo período de silencio, paralización, no contacto, hasta que la niña animada por mis propuestas lúdicas puede armar un primer juego. Incorpora en él hilo y lanas que ella misma trae de su casa y que prolijamente pega en sus dibujos. Con el mismo material, a medida que el análisis avanza, realiza llaveros con hilo trenzado que también pega en sus hojas; comienza así a "trenzar" su propia historia.

Empieza a dibujar figuras humanas y casas con bases. Carmen mejora, su aspecto físico mejora, puede estar sola, hace amigas.

Sin embargo, luego de un extenso viaje al exterior los padres deciden sacarla del tratamiento. Durante el transcurso de este, el padre preocupado se comunica conmigo por la tristeza que percibe en su hija. Intento manejar la situación telefónicamente con la niña, hablo con ella haciéndole saber que no la olvido, que la recuerdo, que conservo su lugar en mi consultorio, en mi cabeza.

Al regreso, los padres alegan un excesivo acercamiento de mi parte hacia su hija. No reconocen el hecho de que nuestra conversación telefónica resultó de gran alivio para la niña; despliegan un intenso cuadro competitivo imposible, para mí, de revertir.

Estos trastornos que presentamos en las viñetas que anteceden, y que notablemente se reiteran en nuestra clínica actual, nos alertan sobre el impacto de estados depresivos en los niños. También ponen de manifiesto la potencialidad simbólica de la escena transferencial para restituir posibles sentidos.

La manifestación clínica-transferencial fundamental de estas inhibiciones será la calidad de juegos que el niño pueda desplegar, desde la imposibilidad del jugar a los seudojuegos como descarga, o interrupciones de este, o el pasaje continuo de un

juego a otro. Todas situaciones que se despliegan ante la disposición y espera de un analista para hacer de ellas experiencias de "abrir la puerta para ir a jugar".

### **Resumen**

*Nos proponemos abordar la depresión infantil desde el psicoanálisis, ya que entendemos que los desarrollos con respecto a esta perturbación han quedado circunscriptos al campo de la psiquiatría. Nos encontramos con una dificultad de los adultos en tomar contacto y posicionarse con el tema, sostenida en el mito: "los niños no se deprimen". Un niño deprimido puede aparecer como muy inquieto, hiperactivo, con "mala conducta", anorexia, insomnio, quejas somáticas o sobreadaptado. El autoreproche y la autodenigración presentes en las depresiones adultas, se desplazan muy a menudo a reproches y denigraciones ejercidas por el entorno: compañeritos, padres, maestros. Trabajaremos sobre la importancia de detección de signos precoces y diagnóstico diferencial. Intentaremos precisar cómo se expresan estos síntomas en la transferencia, a través de las vicisitudes que el jugar va adquiriendo en estos niños.*

### **Descriptores**

*Infancia-dolor psíquico-depresión-hiperactividad-desamparo.*

### **Depressed children**

#### **Summary**

*We seek to address childhood depression from a psychoanalytical point of view, taking into account that the developments regarding this disturbance have been confined to the field of psychiatry. We run into a difficulty regarding adults coming into contact and positioning themselves concerning the topic, sustained in the myth that "children do not get depressed". A depressed child can show himself or herself very restless, hyperactive, with "bad behavior", anorexia, insomnia, somatic complaints or overadaptation. Self-reproach and self-denigration present in adult depressions, very often move to reproaches and denigrations exercised by their environment: classmates, parents, teachers. We will work therefore on the importance of early signs detection and differential diagnosis. We will try to specify how these symptoms are expressed in transference, through the vicissitudes of playing in these children.*

#### **Keywords**

*Childhood; Psychic pain; Depression; Hyperactivity; Helplessness*

### **Enfants déprimés**

#### **Résumé**

*Nous proposons d'aborder la dépression infantile d'un point de vue psychanalytique car nous comprenons que les développements liés à cette perturbation se sont limités au domaine de la psychiatrie. Nous trouvons difficile pour les adultes de prendre contact et de se positionner sur le thème, soutenu dans le mythe: "les enfants ne sont pas déprimés". Un enfant déprimé peut apparaître comme très agité, hyperactif, avec un "mauvais comportement", anorexie, insomnie, des plaintes somatiques ou suradaptation. Le reproche et le déniement de soi présents dans les dépressions adultes, passent souvent aux reproches et dé-*



*nigrations exercés par l'environnement: camarades de classe, parents, enseignants. Nous travaillerons sur l'importance de la détection des signes précoces et du diagnostic différentiel. Nous essaierons de préciser comment ces symptômes s'expriment dans le transfert, au travers de les vicissitudes que le jeu s'acquiert chez ces enfants.*

**Mots clés**

*Enfance; Douleur psychique; Dépression; Hyperactivité; Détresse*

**Bibliografía**

- Casas de Pereda, Myrta. "El desamparo del desamor. A propósito de la depresión en la infancia", ISSN 1688-7247 (1988) *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (En línea) (67)
- Freud, Sigmund. "Inhibición, síntoma y angustia" (1925-1926). Buenos Aires. Amorrortu editores, 2010.
- "Duelo y melancolía" (1915-1917). *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu editores, 2010.
- Mc Dougall, J. (1978). *Alegato por una cierta anormalidad*. Editorial Paidós, 1993.
- Klein, M. "Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco depresivos" (1935). *Amor, Culpa y Reparación*.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1967) <http://psikolibro.blogspot.com>
- Marcinavicius, Mabel. "La clínica de la depresión en niños", en *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Compilador: Sergio Rojtemberg. Editorial Polemos, 2006.
- Misés, Roger. (1990) *Las patologías límites en la infancia*. Barcelona..Editorial Alas.
- Spitz, R. (1965) *El primer año de vida*, 1999. Fondo de Cultura Económica de España.
- Winnicott, D. "La capacidad para estar a solas" (1965), en *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona. Ed. Laia, 1979.
- *Realidad y juego* (1971). Barcelona. Gedisa, 1979.
- "La tendencia antisocial" (1956). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona. Editorial Laia, 1979.