

LA CLINICA DE LAS DEPRESIONES EN NIÑOS

Dra. Mabel A. Marcinavicius.

Hemos ya recorrido un importante trayecto en el diagnóstico y diferenciación de entidades clínicas en la infancia, desde que - en la década del setenta -, algunos psiquiatras y psicólogos infantiles detectaron indicios de depresión en algunos niños que hasta ese momento eran incluidos entre los Trastornos de Conducta. Se dio entonces un viraje significativo desde una mirada clínica que duplicaba y legalizaba la apreciación de padres y maestros del "malo" necesitado de "disciplina", a reconocer un niño y una familia que requerían ayuda profesional. De un "vago" que no estudia a un niño con dificultades de concentración. Del que "inventa dolores" a pensar una cefalea ó un dolor de estómago como síntomas de depresión.

Sin embargo, las depresiones en la infancia siguen y seguirán siendo subdiagnosticadas si no tenemos en cuenta lo específico del cuadro clínico en un sujeto en vías de estructuración.

Así como el adulto se presenta inhibido, triste y autodenigratorio, muchos niños deprimidos, en contraposición, son inquietos, traviesos y de "mala conducta". Esto es más cierto cuando más pequeño es.

El lugar del autorreproche y la autodenigración, lo suele ocupar la búsqueda de castigo y humillación. Debido a su tendencia al acting out (que según Ekstein, podemos considerar en los pequeños casi como una forma de pensamiento que no es sin el otro), la instancia acusatoria (superyo), en lugar de imponerse como autoreproche, puede encontrarse personificada en los adultos que castigan: el castigo efectivo produce un alivio de dicho sentimiento.

A lo largo de este capítulo nos interesa también precisar cuándo y cómo es posible la elaboración del duelo en un niño frente a una pérdida, y cómo la reacción melancólica (en el sentido de sustancial izar la pérdida), acompaña a distintos cuadros clínicos*. Ya sea porque la pérdida se experimenta en el Yo por la estructuración en curso, ó por la dificultad de la familia de poner palabras a ciertas pérdidas traumáticas, inhibiendo de esa manera un proceso de duelo y simbolización.

La Depresión Mayor y el Trastorno Bipolar en la infancia serán también considerados en su particularidad.

Especificidad de la mirada clínica psiquiátrica para la infancia. Su complejidad.

Abarca:

- Diferencias en la presentación clínica que permita detectar un niño que sufre una Depresión allí donde nos dicen que hay uno "que se porta mal".
- El estatuto vincular y familiar que poseen sus síntomas.
- La necesidad de un entrenamiento en "traducir"ò "transcribir" los distintos lenguajes implicados más allá del discursivo: lúdico, gráfico, de acción.
- Obstáculo en el evaluador adulto por prejuicios y mitos sobre la infancia ("la niñez feliz", "el pobre huerfanito"), que llevan a subdiagnosticar ó a sobrediagnosticar Depresión.

Así también resulta complejo detectar fantasías de suicidio en un niño si vemos la infancia como etapa sin conflictos en la vida., como aceptar que un niño que perdió a alguno de sus progenitores, no está necesariamente devastado por sentimientos de desamparo y Depresión.

En este último caso **no** por la instrumentación de defensas patológicas, sino por haber tenido a disponibilidad un objeto amparador al que se ha vinculado como sustituto del progenitor muerto. Que no esté deprimido no invalida que sí hay efectos de la pérdida – otros que los esperados, en todo caso- en la estructuración del psiquismo.

CUADRO CLINICO

La Depresión es fundamentalmente *inhibición vital* (anorexia, insomnio, abulia, pérdida de interés) y *vivencia de pérdida*... ¿Cómo se manifiesta en el niño?

La anorexia en la infancia y niñez es un síntoma tan habitual como inespecífico para la Depresión, más aún en etapas tempranas del desarrollo. También puede pasar desapercibida y sin embargo el niño no llega al peso requerido para su edad cronológica.

El insomnio de conciliación puede considerarse como síntoma de Depresión, siempre y cuando implique una modificación en su patrón habitual, ya que la ansiedad de separación suele dar mejor cuenta de la habitual dificultad para irse a dormir, sobretodo en los niños más pequeños. El despertar temprano es menos frecuente que en la Depresión de los adultos (Ryan et al. 1987) y la hipersomnia menos frecuente que en los adolescentes.

Trastornos de aprendizaje Presentan dificultades para mantener la concentración y la atención y disminución en el rendimiento escolar.

Suelen perder los útiles ó los materiales de trabajo y dejan sus tareas sin concluir (no sólo por desatención sino como presentificación de una pérdida).

En muchos casos encontramos hiperactividad, que es una expresión infantil de la Ansiedad o de defensas hipomaniacas.

En la casa suelen quejarse de que es vago y que reacciona agresivamente con facilidad. En estos casos se impone el diagnóstico diferencial con el Trastorno Disatencional.

La irritabilidad y malhumor son más frecuentes que en el adulto.

Otras veces como expresión de la inhibición permanecen inmóviles horas enteras frente a la TV ó la computadora, y parecen haber perdido el interés en asistir a actividades que antes disfrutaban.

Fundamentalmente, no se los ve contentos.

Frente a la tendencia al llanto inmotivado en el niño pequeño , muchos latentes están en condiciones de verbalizar su tristeza y sus estados de ánimo, así como la pérdida de la autoestima si nosotros los estimulamos, ya sea como pregunta directa ò con algún otro recurso que sea sentido como menos intrusivo . En estos casos se trata generalmente de suministros externos que han fallado, ya sea por parte de las figuras parentales u otros adultos significativos.

La autodenigración puede ser manifiesta o el informe escolar revela que se han transformado en objeto de burlas de los otros niños por sus actitudes payasescas, que irritan más que divierten.

Sufren por no sentirse aceptados pero inconscientemente (y paradójicamente) provocan rechazo y desprecio.

Quejas somáticas: Adquieren gran relevancia ya que son uno de los motivos de consulta mas frecuentes, fundamentalmente cefaleas y dolores abdominales. Se agrega a lo anterior prurito, crisis migrañosas, mareos y náuseas.

Es interesante plantearnos el estatuto de estos síntomas, ya que su mayor frecuencia parece contradecir el hallazgo de Ryan et al. (1987) acerca de que los fenómenos vegetativos son menos prevalentes entre niños y adolescentes.

¿Cómo podemos explicar esto? Quizás la respuesta la obtengamos a partir de la agudeza clínica de Winnicott que refería que un niño dice "me duele" cuando algo anda mal.

Entonces, cuando el niño no quiere levantarse a la mañana para ir a la escuela con la "excusa" de que le duele la cabeza, nos está hablando así de su Depresión.

También vemos modificaciones en los patrones habituales en la alimentación (anorexia, bulimia, obesidad, ingestión de dulces) ó en cualquier otra actividad oral incorporativa y alteraciones del control de esfínteres (enuresis y encopresis). Esta última en lugar de ser

escondida es exhibida promoviendo rechazo social, con lo que satisface su necesidad autodenigratoria y expiatoria.

También actividades autoeróticas ó repetitivas como la onicofagia ó tironearse de la ropa.

Pero es posible que muchas veces la enfermedad depresiva no aparezca como tal en la infancia. En su lugar se instala un niño que aparenta maduro y responsable pero se desmorona frente a la entrada en la adolescencia y sus crisis, como veremos más adelante (falso self).

CUADRO CLINICO

PRE-ESCOLAR	ESCOLAR
Cefaleas y/o dolor de estomago hiperactividad llanto inmotivado anhedonia pseudojuego mala conducta Irritabilidad habla y pregunta sobre la muerte encopresis	Quejas somáticas Hiperactividad apatía y tristeza pérdida de los intereses habituales Trastornos del aprendizaje: dificultad de concentración, bajo rendimiento escolar. fobia escolar agresividad dificultad en las relaciones con pares trastornos del sueño ideas de muerte trastornos eliminativos

No podemos dejar de mencionar la Depresión Anaclítica que describió Spitz (1965) en bebés de seis meses que fueron separados de sus madres. Descriptos como "tristes, llorosos, apáticos, de facies inmóvil y expresión distante", es un cuadro de privación maternante con efectos somáticos: retraso madurativo y desnutrición. (A través de un adecuado seguimiento, Harmon et al. establecen correlaciones con episodios depresivos posteriores).

FACTORES DESENCADENANTES

Pueden ser visibles para un observador externo, como la pérdida de un progenitor, de un hermanito ó algún otro vínculo significativo. Ó puede tratarse de factores "invisibles": la pérdida de la autoestima, en tanto sienten que fallan en cumplimentar elevados ideales, que durante la latencia siguen muy ligados a las aspiraciones parentales.

Puede ser secundaria a una enfermedad congénita activa ó que ha dejado secuelas de distinta envergadura ó instalarse posteriormente a un accidente ó a un cuadro orgánico. Es muy común en el paciente con THDA, como reacción a los fracasos repetidos en el aprendizaje, que disminuyen enormemente su autoestima.

Puede tener que ver con necesidades de dependencia o de narcisización no satisfechas, siendo los niños institucionalizados un caso extremo de esto.

Otras veces es una reacción depresiva retardada en el tiempo. La resignificación que hace el niño de ciertos acontecimientos a partir de un incremento en sus capacidades cognitivas. Mariano, por ejemplo , comienza con síntomas depresivos, recién tres años después de la muerte de su padre, cuando resignifica esta muerte como un descuido del padre en relación a su salud. La Depresión en él aparece entonces ligada a la desilusión frente al objeto paterno, tanto como posible modelo identificadorio como en su calidad de objeto amparador.

	Obsesivo	Depresión	TDAH	Bipolaridad
Conducta	Acting out con búsqueda de castigo	Acting out con búsqueda de castigo Hiperactividad	Impulsividad Algunos con retraso en el desarrollo motriz Hiperactividad	Impulsividad Hiperactividad Hipersexualidad
Mente	Dificultades en la atención por la rumiación obsesiva Ideas obsesivas.	Dificultades en la atención Bajo rendimiento escolar Ideas de muerte (no fantasías de suicidio)	Dificultades en la atención. En algunos dificultades visuomotor-perceptuales específicas	Dificultades en la atención. Fuga de ideas Delirios megalomaniacos
Afectos	Tristeza (evocación imaginaria del objeto ausente)	Apatía Anhedonia Sentimiento de culpa Irritabilidad	Irritabilidad	Euforia Irritabilidad
Trast.del sueño	si	Insomnio de conciliación	Necesidad de dormir disminuida	Necesidad de dormir disminuída
Carácter cíclico	no	Si 6	No	Si

LA ENTREVISTA CON EL NIÑO. EL JUEGO.

Si bien el paciente puede llegar a verbalizar sus estados de ánimo, sus temores y sus emociones, la vía regia de acceso a su mundo interno es para nosotros el juego.

El juego verdadero es fundamentalmente placentero. El niño, serio y concentrado, despliega espontáneamente toda su capacidad dramática y emocional, con fuerza y creatividad casi contagiosas, y comprometiendo su cuerpo en él.

En la facticidad de la escena lúdica, se da un movimiento simbolizante y estructurante del psiquismo.

Se puede jugar a dramatizar una desaparición: prender y apagar la luz, llenar y vaciar recipientes, y hasta perseguir y matar insectos, con el sentido de homicidios simbólicos que se repiten. No es la temática lo que invalida su carácter de verdadero juego...

En cambio en los niños deprimidos vemos un **pseudojuego que tiende a ser mecánico, repetitivo, que se abandona por **anhedonia**, en lugar de llegar naturalmente a su culminación o interrumpirse por provocar angustia como podría ocurrir en un niño neurótico.**

Un niño maníaco, en cambio, usa indiscriminadamente todos los materiales del canasto de juego, remplazando en forma rápida y superficial la temática de un juego por otro, como una descarga desorganizada.

Esto no llega a conformar un juego.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Es necesario diferenciar la Depresión de otros cuadros clínicos con los que comparte algunos síntomas.

Con el obsesivo a veces es más difícil de diferenciar, ya que ambos pueden presentar conductas actuadoras antisociales, y alternar estos períodos con una racha de ideas obsesivas. Cuando el niño presenta obsesiones y tristeza, es dable pensar que estemos ante un obsesivo. Si en cambio, prevalece la conducta de acting out es más probable que se trate de una auténtica Depresión.

La conducta antisocial sin ambivalencia ni sentimiento de culpa orienta más hacia un diagnóstico de psicopatía a diferencia de la búsqueda de castigo que vemos en los niños depresivos.

Con el TDAH (Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad) comparten la hiperactividad, la falta de atención, la irritabilidad, los trastornos del sueño, la impulsividad

y el bajo rendimiento escolar. Y se diferencian porque en el TDAH podemos encontrar retraso en el desarrollo motriz y dificultades específicas perceptuales y conceptuales, mientras que la Depresión se caracteriza por su carácter cíclico y por modificación de patrones de conducta previos.

DEPRESIÓN MAYOR Y TRASTORNO BIPOLAR

El DSM IV TR refiere una incidencia menor de la Depresión mayor en los niños. Contra un 4.7% de Depresión Mayor en adolescentes, se da un 2% en edad escolar y entre un 0.5% a 1% en pre-escolar. En cuanto al trastorno bipolar, en cambio, si bien su incidencia es menor en la población general (1%), presenta una edad de comienzo más precoz (ya a los 5-6 años) (Kaplan y Saddock),

Por otro lado, la posibilidad de verbalización de los estados de ánimo en niños latentes y prepúberes, facilita el diagnóstico. Tanto por la expresión de la anhedonia y culpa para la Depresión Mayor, como de sentimientos de elación y grandiosidad en los desencadenamientos maníacos de esa etapa.

Un niño de 9 años, por ejemplo, nos puede contar que se pasa el día cantando porque está feliz de la vida... que hay cosas que le gustan demasiado, que lo emocionan, porque son "exquisitas" .. Ó que "de la nada, empiezo a insultar y no me pueden parar". A veces estoy solo y presiento que hablo más rápido ó escucho voces que hablan a toda velocidad y me ponen fastidioso".

El primer estudio controlado sobre bipolaridad con pacientes entre 7 y 16 años mostró que la bipolaridad en los niños muestra una evolución crónica, no episódica, con ciclos ultrarrápidos (duración de pocos días a pocas semanas) ó ultradianos (variación que ocurre en un período de 24hs), a diferencia de los episodios con comienzos y finales claros y definidos, como se ven en los adultos.(B. Geller et al.)

En cuanto a la hipersexualidad en el trastorno bipolar, este mismo estudio, establece que ocurrió en 24.2% de los casos prepuberales contra un 70.4% en casos postpuberales..Un aumento de la conducta de búsqueda de gente ocurrió en 54.6% en prepuberales contra un 85.25 de casos postpuberales.

El diagnóstico diferencial es con el TDAH, pero también se ha reportado un alto porcentaje de comorbilidad.

Estudios familiares en relación a la heredabilidad : Los familiares directos de casos índice de trastorno bipolar, tienen una probabilidad de 8 a 10 veces mayor que los controles de presentar Trastorno Bipolar I. Y si uno de los padres tiene Trastorno bipolar, hay una probabilidad del 25% de que alguno de los hijos presente un Trastorno del estado de ánimo; si ambos padres están afectados, la posibilidad es del 50-75%. (Kaplan y Sadock)

VIOLETA ò "La sombra del objeto que cae sobre el Yo..."(S. Freud).

Tiene 8 años. Sus padres consultan por dificultades escolares: bajo rendimiento, distracción, pérdida de materiales y dificultades en relacionarse con sus compañeros. Esto último los ha llevado a cambiarla de escuela. Dicen que se queja de que nadie la quiere y a la noche no se puede dormir. Pensando en eso, "inventa" cualquier dolor. También han tenido que retirarla de la escuela con distintos síntomas (dolores abdominales, náuseas) Ya a los 5 años había tenido tratamiento psicoterapéutico por encopresis con retención. Presenta también enuresis.

En la entrevista dice "Soy el peor ser humano del mundo... mi gata se va a dormir con mi hermana para no estar conmigo ...". De noche la despiertan pesadillas en las cuales se reitera la persecución de compañeros que la quieren matar con un cuchillo.

"Ayer me quedé despierta para ver si sale el sol." -y acompañando con su insomnio el insomnio materno, ya que me confirma que su mamá también estaba despierta -.Dibuja un personaje chino llamado "Pisi " y a Pity , su perro. Los dos son vagabundos. Más tarde una sombrilla en la playa ...y su sombra. Se ve bajo la sombrilla una figura femenina recostada a la sombra, una figura que **es** una sombra. Un bebe, a pleno sol, dice "está en peligro de ahogarse" (también quemarse..). Le pedí asociaciones. Surgió una pregunta que quedó repicando: Por qué su mamá no tomaba nunca sol ? Por qué estaba siempre a la sombra ?!.

El dibujo marca claramente dos campos. El de la luz del día y –disociadamente- la noche en el plano superior.

En el plano inferior también están presentes dos aspectos de su Yo: el bebe que da alegría (antidepresivo materno) pero en riesgo de ahogarse (falso self) y de manera ya no encubierta "la mamá sombra".¹ Sin embargo es en la zona superior del dibujo, dominio de su melancolía, donde ubica un pedido de "ayuda" a través del cohete que se dirige a una luna agujereada , con cráteres ("ayer me quedé despierta para ver si sale el sol"). Un sol otro que no sea este sol negro (un papá desfalleciente ó rechazado por la madre?) de la parte inferior del dibujo.

En las sesiones Violeta no podía armar un juego. Consumía vorazmente materiales y apenas se esbozaba algún armado escénico, terminaba en un desparramo de juguetes ó en una inundación del consultorio (conducta inmadura para su edad). Mojar, mojarse, en un in crescendo que al principio me sorprendió. Cuando yo anunciaba el final de la hora se había entablado una batalla campal, con un nivel de provocación redoblado desde el momento en que oía que la mamá había llegado (se la terminaba llevando de

¹ Violeta tenía en ese momento un yeso que se hace presente en la rigidez de una de las piernas en ambas figuras y que podemos considerar como un desencadenante de este último episodio depresivo

los pelos y a los gritos).

Pisi, Pity, pena, pérdida, mojar, mojarse, perder, perro vagabundo y abandonado, perderse, perder útiles, perder líquido, perder heces.. con retención, retener la madre en tanto es sólo sombra-pérdida ("la sombra del objeto que cae sobre el Yo "). Pero Violeta no puede jugar, ni con las palabras, aunque los significantes están ahí a su disposición. Sustancializa la pérdida a través de su juego-enuresis, que exhibe y entrega a la furia materna.

Dibujo

Violeta .Hora de Juego.

Duelo y Depresión en el niño, una perspectiva actual.

Las delimitaciones entre Duelo y Depresión son menos claras aún para el niño que para el adulto, que está en plena tarea de construcción de su psiquismo y tiende a una rápida sustitución de los objetos amparadores que perdió, en aras de su propia supervivencia con lo cual la dependencia del sostén familiar es fundamental para la posibilidad de elaboración del duelo y la "melancolización" es una eventualidad cuando esto no ocurre.

Ginnette Rimbault señala que el niño debe lograr adquisiciones cognitivas para realizar un proceso de duelo: la aprehensión del concepto de muerte como separación definitiva, la distinción entre lo animado y lo inanimado, la adquisición y dominio de la palabra y las simbolizaciones, la noción de tiempo, duración infinita, pasado y futuro y relaciones de causalidad.

Arfouilloux por otro lado, insiste en el sostén necesario del medio familiar y social en el duelo. En tanto que al niño se lo debe proveer de palabras y representaciones en lo que hace a la persona del desaparecido, "a fin de que la incorporación de efectos mutilantes no sustituya a la introyección de las representaciones, etapa necesaria que permite cierto grado de identificación con el muerto, antes de que el trabajo de duelo lo entierre por segunda vez". Cuando el tejido familiar desmiente los hechos como suele ocurrir con un suicidio de un miembro de la familia, este trabajo de duelo se ve impedido y se ve facilitada la vía de la melancolización, es decir, de la sustancialización de la pérdida, de la incorporación de la "sombra" en el Yo.

Pero la melancolía implica un duelo imposible por el objeto arcaico, la madre. Y un "funcionamiento a pérdidas", en tanto la pérdida es sustancialización (Colette Soler), en un intento de recuperar lo irrecuperable. O lo que sólo es recuperable por el lenguaje, a nivel simbólico .

Si bien en los duelos se puede observar la pérdida repetitiva de objetos o vínculos, en relación a una pérdida que no ha podido todavía ser aceptada (elaborada), sólo si perdura en el tiempo podemos pensarlo como una pérdida vivida como esencial e inevitable.

La mirada del la madre y la constitución del Psiquismo.

Sabemos que los pacientes deprimidos suelen tener uno ó ambos padres deprimidos, que un duelo y más aún una reacción melancólica que sigue a una pérdida que afecta el narcisismo en uno de los padres y especialmente en la madre tendrá efectos sobre el bebe, especialmente en lo que hace a la función materna de la mirada.

Entonces el bebé no tiene frente a sus logros la mirada admirativa de la madre que necesita para una adecuada constitución de su narcisismo, tampoco tiene la posibilidad de registrar que puede dar placer y compartirlo. Más aún, como el rostro de la madre es odio y tristeza, para sentirse unido a ella incorpora el clima depresivo ó produce el afecto materno en sí mismo (Anna Freud. 1965).

En otros casos puede haber sido ubicado en el lugar de un otro objeto perdido: un bebe muerto que lo antecedió ó un objeto edípico de la madre: el abuelo materno, el hermano de la madre. Esto lleva a que se establezca fácilmente la ecuación muerto-vivo.

Finalmente, puede ocurrir lo que para Hugo Bleichmar es una inversión en el narcisismo. La mamá se embaraza para sentirse viva. La niña por nacer será Bárbara, será el Sol de la mamá, la Esperanza del papá, la Milagros que los va a sacar de su falta de vitalidad...ó la Soledad que no va a poder escapar de su destino.

Dedica entonces su vida a personificar el "antidepresivo viviente" de un progenitor. Alegres, vivarachos, siempre de buen humor, están subterráneamente pendientes del estado de ánimo de la madre. Por otro lado aparecen como altamente verbales, responsables y maduros. Pero se trata de una falsa adaptación, mimética, donde sus necesidades, emociones y deseos han quedado entre paréntesis. Lo que Winnicott denomina falso self se revela como tal en la adolescencia. Al intentar establecer su identidad personal, no pueden hacer otra cosa que fracasar y se produce el derrumbe depresivo.

SUICIDIOS

Los suicidios en niños no son tan frecuentes como entre los adolescentes. Si en 1972 eran reportados 100 suicidios por año en adolescentes de entre 10 y 15 años, en edades inferiores a los 10 años, sólo eran reportados 10 casos.

Esta cifra podría incrementarse si incluyéramos los intentos de suicidio con medios insuficientes, ya que se requiere tanto de un avanzado desarrollo cognitivo como de cierta autonomía, para poder obtener y disponer de medios que conviertan el suicidio en exitoso.

Por el contrario, cuando nos encontramos con "intoxicaciones accidentales" en los más pequeños a una edad en la que éste debería haber incorporado el conocimiento de los riesgos posibles, pensamos en una patología del vínculo materno-filial más que en una tendencia autodestructiva. Agreguemos a esto que hasta los 5 años el concepto de muerte no se ha logrado más allá que como estado temporal .

En la Argentina en 1988, sobre un total de 2392 suicidios, 289 correspondieron a casos entre 10 y 24 años.

En el año 2.000, esta cifra , de acuerdo a estadísticas del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación , llegó a 39 niños entre 5 y 14 años y 579 casos entre 15 y 24 años.

En el 2.003 –según datos elaborados por el Dr. Basile – llegó a 818 casos en este último grupo etario.

Esta cifra no tiene en cuenta aquellas muertes por accidente que deberían considerarse, por sus características, como equivalentes suicidas (desde cruzar la calle sin mirar hasta hacerse balear a través de una intensa provocación verbal).

No podemos dejar de señalar que el desamparo social en sus distintas modalidades está en la base de estas acciones extremas. Se han descrito últimamente como factores de riesgo : falta de escolaridad, desocupación de los padres y falta de vivienda. En el mes previo al acto suicida: múltiples eventos vitales stressantes, cambios de domicilio, problemas con la Ley y desavenencias con los padres.

A través de la utilización de la autopsia psicológica sobre 38 casos suicidas en un estudio realizado en Montevideo , se comprobó que la mayoría no estaba inserta en el sistema educativo ni laboral. El medio más utilizado ha sido en primer lugar armas de fuego y luego el ahorcamiento. La intoxicación ha sido utilizada exclusivamente por las mujeres.

también que la mitad de los suicidas han dado señales (aviso explícito) y un tercio ha tenido intentos previos. Este estudio alerta sobre la baja frecuencia de consultas realizadas en contraste con el alto índice de trastornos psiquiátricos que se han detectado,

predominando los Trastornos del Estado de Animo y de Ansiedad en el eje I y los Trastornos de Personalidad del grupo B en el eje II (Rodríguez Almada et al., 2.005).

Estos resultados se ajustan a lo hallado en otros países.

Una población a ser tenida especialmente en cuenta es la de los niños maltratados y abusados sexualmente, entre los que hay un porcentaje elevado de depresiones y que sin embargo no generan ninguna petición de consulta y deben ser investigados en las salas de emergencia pediátrica.

Lo suicidios por contagio nos interpelan como profesionales en lo que hace a nuestra responsabilidad social. Se trata de suicidios en cadena que han ocurrido entre preadolescentes y adolescentes en distintas comunidades del interior de nuestro país y que han cobrado difusión en los últimos años. Tanto debemos investigar el efecto de la publicación y también del cómo se informa una noticia de esta envergadura (y discutirlo profundamente entre nosotros debido a la existencia de opiniones encontradas) , como intervenir activamente en la desmistificación del lugar del suicida como un héroe .La proyección del propio ideal en un líder que se "anima al suicidio", constituye la base de los procesos de identificación en los grupos de adolescentes .

En otro orden de cosas, un trabajo publicado sobre 53 casos de intentos -no de suicidios efectuados- en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", señala la presencia de un impulso repentino sin planificación. En estos adolescentes, lo que se encontró mayormente, es una situación familiar insatisfactoria con distintos grados de desestructuración, un destinatario del impulso suicida y carencias graves en la autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

Adams, Paul "Obsessive children. Sociopsychiatric study "Brunner Mazel. New York. 1973.

Arfouilloux, J.C. "Dépression et dépressivité chez l' enfant" Revue de Psychanalyse de l'infant .1993.nº 13.

Arfouilloux "Les enfants tristes ", Paris, Privat.Citado por María L. Pelento en "Cuerpo, historia e interpretación" de Horstein y otros.Buenos Aires Paidós. 1991..

Domenech, Llabería y Polaino Lorente "Epidemiología de la Depresión infantil" Editorial Espaxs. Barcelona 1990.

Diagnostic & Statistical manual of Mental Disorders. 4th edition. American Psychiatric Association. American Psychiatric Press. 2.000.

Ekstein, R. "Psicosis infantil".Pax-Mexico.1966.

Freud, S. " Duelo y melancolía." Amorrortu. Vol.XV.1915.

Freud, S. "Neurosis y Psicosis" Amorrortu. Vol.XIX .1924.

Geller, Bárbara et. al." Prepubertal & early adolescent bipolarity differentiate from TDAH by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling". Journal of Affective Disorders 51. (1998). Washington University School of Medicine.

Harmon, R., Wagonfeld, S. & Emde, R. "Anaclitic Depression. A follow-up from infancy to puberty " The .Psychoanalytic Study of the child".Vol.37.

Kaplan , H.I, Sadock, B.J. Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 1996. Williams & Wilkins. Trastorno depresivo mayor y Trastorno BipolarI. Pag. 159-163.

Kristeva, Julia. "Sol negro, Depresión y melancolía".Monte Avila Editores. 1991.

Malmquist Carl P."Depressive Phenomena in children" en el Manual of Child Psychopathology edited by Benjamin B. Wolman. McGraw- Hill Book Company. New York 1972.

Marcinavicius, Mabel et al."Recorriendo el análisis de niños... hasta el final? Revista "Psicoanálisis" de la Asociación Psicoanalítica de Bs. As. Vol. X. 1988.

Marcinavicius Mabel Alicia "Un espejo para el analista. Algunas consideraciones sobre la psicopatología de la Depresión infantil " .Primeras Jornadas del Departamento de Niños y Adolescentes .APDEBA 1993.

Marcinavicius, Mabel A. "Pérdida, culpa, insultos...". trabajo presentado en el Departamento de Niños y Adolescentes de APDEBA. Agosto 2.000.

Pelento, María L. "Duelo y trastornos psicosomáticos" en "Cuerpo, Historia e Interpretación" de Hornstein y otros. Paidós.1991.

Página 12 del 14 de abril de 1992. Datos estadísticos divulgados por el Ministerio de Salud Pública.

Parral, Jorge et al. "Cuadernos del niño N 1 del Hospital de Niños "Gutiérrez".

Raimbault, G. "El niño y la muerte". Ed Saltés.

Rodríguez Almada, Hugo et al., "Resultados de la aplicación de la Autopsia Psicológica en el estudio del suicidio de Niños y Adolescentes en Uruguay" en la Rev. Med. Uruguay. 2005, 21: 141-150.

Ryan et al. "The Pharmacological Treatment of Child and Adolescent Depression" en Psychiatric Clinics of North America. Vol. XV, 1992. Pag. 29-39.

Sandler, J. & Joffe. "Notes on childhood depression". Int. Journal of Psychoanalysis. Vol. 46. Págs 88-95, 1965.

Soler, Colette "Estudios sobre la psicosis" Manantial, 1993.

Spitz R. "Anaclitic depression". Psychoanalytic Study of the Child Vol 2 Pags. 313-342. 1946.

Winnicott, Donald "Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre" (1948) Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Editorial Laia, Barcelona 1958.

Winnicott, Donald. "La deformación en términos de un verdadero self y uno falso" 1960. El proceso de maduración en el niño". Editorial Laia, Barcelona 1965.

Winnicott, Donald. "El papel de espejo de la madre y de la familia, en el desarrollo del niño" (1967). Realidad y juego. Editorial Gedisa, 1972.

Wolfberg, E. y Basile, H. "San Martín de los Andes: una experiencia de prevención del suicidio en Adolescentes". Presentado en el Congreso de APSA. Mar del Plata 2006.

Wolfenstein, M. How is mourning possible? en "The Psychoanalytic study of the child" Vol. 21. New York. International Universities Press. 1966

PRESENTACIÓN CURRICULAR:

Medica psiquiatra y psicoanalista

Docente de Salud Mental en la Facultad de Medicina de la UBA. Unidad Hospital Fernández.

Profesora Adjunta de la Facultad de Psicología de la Universidad del Salvador. A cargo de las materias Psicopatología Infanto Juvenil y Clínica de Niños.

Ex secretaria científica del Capítulo de Psiquiatría Preventiva de APSA.

Como Miembro Titular de la APDEBA: Profesora titular de Niños y Freud clínico en su Instituto de Psicoanálisis. Ex.coordinadora del equipo clínico de Niños de su Centro Asistencial (Centro Liberman)

La Dra. M. Marcinavicius se formó en el trabajo con niños con los Dres. Rudolph Ekstein y Susanna Isaacs, desde la Residencia en psiquiatría Infantil del Childres Hospital of los Angeles y con el dr. José valeros en Buenos Aires. Fue miembro de Staff en el equipo de interconsulta del Htal Gutiérrez en la etapa de su creación por el dr. Pedro Boschan.