

EL PORVENIR DEL NIÑO DEPRESIVO

Carmelo Monedero

Universidad Complutense.

La pregunta que nos hacemos no es sobre la evolución del cuadro depresivo en la infancia, sino sobre el futuro que le espera al niño que ha recibido el diagnóstico de depresión. Los psiquiatras de adultos suelen plantearse esta interrogante sobre el futuro de sus pacientes depresivos, investigando la incidencia o no de fases depresivas en ellos. En los niños una investigación de este tipo carecería de sentido, puesto que los diversos autores que se han ocupado del tema vienen a concluir, que la depresión infantil no es predictiva de una depresión adulta en el mismo sujeto, aunque sí de las manifestaciones psicopatológicas más variadas.

Modelo evolutivo versus modelo psiquiátrico

La Psicología Evolutiva se ocupa, sin entrar en muchas especificaciones, del estudio de las características psicológicas del ser humano desde el momento del nacimiento a la muerte, interesándose, de modo específico, de las causas que provocan los cambios de psicología de una etapa a la siguiente. Una investigación psicopatológica basada en este modelo evolutivo trataría, en el caso de la depresión, de hacer una descripción de sus características en los diversos momentos de la vida, así como de delimitar cómo está comprometida esta depresión en la biografía del sujeto.

Los estudios longitudinales realizados con este criterio evolutivo encuentran grandes diferencias entre lo que puede ser diagnosticado de depresión en los diversos momentos de la vida, y que estas diferencias se deben fundamentalmente a las características psicológicas del momento evolutivo en que la depresión se presenta.

El modelo psiquiátrico asume que la depresión es una especie de entidad, cuadro nosológico o «enfermedad», que tiene una unidad más allá de su variable sintomatológica. El psiquiatra avezado sería precisamente aquel que fuese más hábil en captar la entidad depresiva susyacente, no dejándose engañar por su variable sintomatología. Pero ocurre que la Psiquiatría saca todos sus conceptos nosológicos de la consideración de la psicopatología del adulto, por lo que las manifestaciones psicopatológicas de las otras etapas de la vida vienen a ser variaciones más o menos indeseables de lo que ocurre en el adulto. Con este planteamiento, no debe extrañarnos la firmación tan repetida de los psiquiatras de que la depresión infantil es «atípica», cuando, en esta situación, con atípico lo único que se dice es que no es como la del adulto.

Tan típica o tan atípica, depende como queramos verlo, es la depresión del niño como la del adulto. Si el psiquiatra hubiese tomado como modelo de depresión la infantil, la depresión del adulto le resultaría bastante atípica. Este tipo de prejuicios hace que la investigación que se realiza de la depresión infantil, incluso la que llevan a cabo gran parte de los llamados psiquiatras infantiles, resulte por completo estéril.

Psicopatología evolutiva de la depresión

Lo que llamamos depresión es algo que se manifiesta en todas las etapas de

la vida. Durante el primer año de vida el lactante cuenta con una organización sensomotriz para adaptarse al mundo que le rodea. En este momento toda su psicología es la percepción de sus actividades sensomotrices. La depresión ahora —depresión anaclítica— no puede ser otra cosa que una inhibición de las adaptaciones sensomotrices.

En la primera infancia hacen su aparición las actividades representativas, que suponen la existencia de un mundo subjetivo con una cierta independencia de las actividades sensomotrices. La alegría que el niño experimenta en esta etapa de la vida, lo mismo que la tristeza, es el resultado de los estímulos que provienen del mundo que le rodea. No es posible aún hablar de la existencia de estados de ánimo, por lo que la depresión tendrá que manifestarse como una tendencia a las reacciones de tristeza.

En la segunda infancia aparece ya una estructura operacional, que distancia llamativamente la subjetividad del niño del mundo que le rodea, confiriéndole una cierta autonomía. Ahora ya son posibles los estados de ánimo tristes, e incluso las llamadas ideas delirantes, que más que de culpa son de importancia.

La adolescencia supone el inicio del pensamiento abstracto y de lo que venimos calificando de persona. Existe una profundización de la tristeza y un paso a primer plano de las ideas de suicidio.

En esta exposición esquemática que hemos hecho para caracterizar la depresión en la infancia, hemos prescindido conscientemente de las manifestaciones psicósomáticas o «equivalentes» depresivos, que, como todos sabemos, son una parte importante de la sintomatología depresiva en estas etapas de la vida. Lo que hemos querido poner de manifiesto es, que los síntomas fundamentales que los clásicos atribuían a la depresión —inhibición psicomotriz, triste-

za e ideas deliroides— aparecen en diversos momentos de la evolución psicológica. En el primer año lo hace la inhibición psicomotriz, en la primera infancia la tristeza y en la segunda las ideas deliroides. A esto podemos añadir la aparición de las ideas de suicidio en la adolescencia. Las cosas suceden así, porque el psiquismo infantil no se encuentra lo suficientemente desarrollado como para manifestar toda la sintomatología que encontramos en el adulto.

De lo que llevamos dicho se deduce que el diagnóstico de depresión no debemos hacerlo sólo en función de la sintomatología, que puede ser en la infancia extraordinariamente confusa y cambiante. Al diagnóstico sintomatológico de sospecha de depresión hemos de añadir consideraciones de tipo dinámico. La dinámica de la depresión, que es lo que la confiere su verdadera entidad y no su sintomatología, no es otra que la tristeza por la falta de afecto. Falta de afecto que en los primeros momentos de la vida tiene que ser real, pero que posteriormente puede ser, además, imaginada; a veces incluso en contradicción flagrante con las condiciones familiares que el niño vive.

El porvenir del niño depresivo

Sabemos que los niños que han padecido durante su primer año una depresión anaclítica —casos de hospitalismo—, presentan un retraso en la adquisición de las diversas pautas de su desarrollo psicológico. Los ya clásicos trabajos de Spitz constataron en estos niños un cociente intelectual significativamente menor y un tipo de afectividad marcada por la necesidad de afecto, la superficialidad y la falta de tensión emocional. La hostilidad y la delincuencia eran también conductas bastante típicas de estos niños que habían vivido una privación afectiva precoz. De esta mane-

ra, el porvenir que les esperaba a estos niños era significativamente patológico en comparación con los que no habían padecido una depresión anaclítica.

Los trabajos de Spitz fueron objeto de muchas críticas y revisiones en las que no podemos entrar aquí ahora. De todas formas, se admite que los niños que sufrieron una privación afectiva entre los primeros meses de la vida y los tres años, presentan posteriormente alteraciones irreversibles en su desarrollo intelectual y afectivo. Las privaciones afectivas que tienen lugar durante el segundo año producen efectos adversos irreversibles sobre el desarrollo de la personalidad, mientras que el retraso intelectual puede ser reversible si el niño vive unas condiciones ambientales más positivas. A modo de resumen podemos decir, que las alteraciones menos reversibles de la privación afectiva precoz son las que afectan al lenguaje, a la capacidad de abstracción y a la capacidad de establecer vínculos afectivos.

Los estudios longitudinales realizados en niños que padecieron una privación afectiva precoz ponen, en cualquier caso, de manifiesto que su evolución intelectual y afectiva posterior puede estar alterada, siendo el tipo de alteraciones descritas mucho más amplias que una tendencia mayor o menor a padecer depresiones con posterioridad. La privación afectiva, que es lo mismo que decir depresión, es causa de alteraciones psicológicas extremadamente variadas.

No existen muchos estudios longitudinales sobre niños que recibieron el diagnóstico de depresión durante la infancia. Pasando por alto la falta de uniformidad en los criterios diagnósticos seguidos por los diversos autores, lo que queda claro es, que al niño que recibió el diagnóstico de depresión le espera un porvenir mucho más cargado de sintomatología que al que no lo recibió. También se constata que la depresión infan-

til no es una forma precoz ni de la ciclo-
timia ni de una psicosis depresiva adul-
ta. Este hecho que ha sido observado en
la depresión responde a los mismos prin-
cipios generales de la psicopatología
evolutiva. Es decir: las manifestaciones
psicopatológicas cambian de un mo-
mento a otro de la vida, y aquellos niños
que las presentaron tienen un futuro
más cargado de alteraciones que los
que no las presentaron.

Nosotros hemos realizado una investigación longitudinal en 24 niños que recibieron el diagnóstico de depresión entre los 5 y los 12 años. El tiempo de seguimiento fue, según los casos, entre 7 y 12 años. Se trataba de niños procedentes de dos consultas ambulatorias: el Servicio de Neuropsiquiatría de la Inspección Médico Escolar del estado y de Centro de Psicología Infantil. Dado el reducido número de sujetos que componen la muestra preferimos exponer los resultados de la investigación, que aún está sin concluir, sin hacer referencia específica a los casos.

El diagnóstico de depresión se realizó con los criterios sintomatológico-dinámicos antes expuestos. El síntoma depresivo aparecía en unos casos asociado a un cuadro de tipo neurótico. En ningún caso hicimos el diagnóstico de depresión infantil en sí misma, lo que ya, de por sí, viene a dejar bien claro que la depresión en la infancia no tiene tanta autonomía como en la edad adulta.

En los niños deprimidos que padecían un cuadro psicótico, la evolución fue la de una desorganización psicótica de la personalidad en los casos no tratados. En los casos tratados psicoterapéuticamente, la evolución se hizo más en la línea de lo que solemos calificar de personalidad psicopática. No nos atrevemos a decir que la diferente evolución de los niños tratados y no tratados fue sólo la consecuencia de la terapia, pues es posible que en los casos tratados se

encontrasen cuadros más benignos, niños de medios socioculturales más elevados y una disposición diferente por parte de los padres. El hecho de que los padres participasen activamente en el tratamiento, ya era una manifestación de que podíamos influir sobre el ambiente familiar.

Los niños deprimidos que tenían síntomas de disfunción cerebral mínima o grosera, presentaron, en general, un retraso psicológico, que se manifestaba también en un cociente intelectual bajo. En unos casos la conducta de estos niños fue posteriormente adaptada y en otros inadaptada.

Los niños deprimidos con un tipo de personalidad neurótica evolucionaron hacia la normalidad, tipos de personalidad obsesiva, psicosis o delincuencia. Los no tratados parecían tener peor pronóstico que los tratados.

El ambiente familiar de los niños que recibieron el diagnóstico de psicosis era más disgregado que el de los niños neuróticos, aunque en estos últimos las tensiones eran más fuertes. También tuvimos ocasión de constatar la existencia de relaciones entre el medio sociocultural al que pertenecían los niños y su psicopatología posterior. Los niños que pertenecían a medios socioculturales altos presentaban también cocientes intelectuales más altos. La evolución de su personalidad se hizo en la línea neurótica preferentemente, mientras que los niños de medios socioculturales bajos, además de tener un desarrollo intelectual significativamente menor, evolucionaron más en la línea de la psicosis y de la delincuencia.

Conclusiones

De todo lo dicho podemos extraer una serie de conclusiones o, por lo menos,

de observaciones sobre el tema de depresión en general y de la depresión infantil en particular.

La depresión infantil, aunque puede darse en el seno de una personalidad con estructura psicótica, no es psicótica. Se trata de una depresión que está en estrecha relación dinámica con unas determinadas condiciones ambientales, de forma que se nos presenta como una reacción a la falta de afecto.

La depresión infantil puede evolucionar en las formas más diversas: neurosis, delincuencia, psicosis, retrasos del desarrollo, etc. esta inespecificidad evolutiva muestra bien a las claras que el niño deprimido no está padeciendo los síntomas de ninguna enfermedad, sino expresando una inadaptación al medio por falta de afecto. Esta inadaptación depresiva supone una alteración de su desarrollo psicológico que más adelante se manifestará de las formas más diversas.

La depresión infantil no parece ser el precedente de una ciclotimia adulta, cualquiera que sea el sentido que atribuyamos a este término. De un cuadro nosológico, tal y como lo presentan los psiquiatras, hemos de esperar una permanencia en el tiempo, cosa que no observamos en los estudios longitudinales sobre la depresión infantil.

La unidad que los psiquiatras encuentran en la depresión, y que les permite estudiarla como si fuera una entidad específica, es la consecuencia de hacer gravitar su reflexión sobre un solo perío-

do de la vida, como es la edad adulta. En la medida que en esta etapa de la vida los cambios evolutivos son menores, la depresión tiende a tener una serie de caracteres comunes. No obstante, como los mismos psiquiatras saben muy bien, aún dentro de la misma vida adulta podemos encontrar múltiples variaciones de aquello que calificamos de depresión.

El porvenir del niño depresivo parece depender mucho más de su contexto sociofamiliar que de su cuadro clínico. Esto es así porque toda evolución psicológica —patológica o no— es el resultado de la confluencia de factores hereditarios y ambientales. En nuestro caso, los hereditarios no parecen ser lo suficientemente fuertes como para que el sujeto responda con depresión a las diversas incidencias de la vida. Los factores ambientales, por el contrario, juegan un papel decisivo en la configuración de la futura personalidad del niño. Si el niño deprimido respondió en esta forma en un momento de su evolución, el tipo de respuestas futuras dependerá de la configuración que irá adquiriendo su personalidad.

Mientras el «síntoma» o respuesta depresiva es sólo indicativa de la existencia de una mayor psicopatología posterior, pero no de la existencia de cuadros depresivos, los grandes síndromes —psicótico, orgánico y neurótico— cuentan con mucha mayor entidad evolutiva.

