



DEPRESIONES SILENCIOSAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



Resumen

El aumento de las depresiones silenciosas en la infancia y en la adolescencia es un problema que preocupa mucho a los profesionales de salud mental por el sufrimiento encubierto que conlleva. La dificultad de trabajar en profundidad con niños y adolescentes hace que se pasen por alto muchas depresiones de esta naturaleza. Las conductas disruptivas y psicóticas, así como las hiperactividades, dificultades de concentración, etc., están siendo el dique defensivo a depresiones profundas graves. Resulta imprescindible contextualizar las experiencias traumáticas de abandono y/o desamparo por las que haya podido pasar y, diferenciar entre lo que les es propio de lo que han recibido de los vínculos familiares, teniendo en cuenta los tramos de edad del niño y del adolescente. Las depresiones reactivas a situaciones no deseables no tienen por qué ser patológicas. Creo que la mejor forma de evitar las organizaciones patológicas a estas edades es la prevención.

Palabras clave

Depresiones silenciosas en infancia y adolescencia, manifestaciones y conductas defensivas, sentimientos, psicodiagnóstico, prevención, salud.

Abstract

The rise of silent depression in childhood and adolescence is a problem of great concern to mental health professionals because of the hidden suffering involved. The difficulty of working in depth with children and adolescents means that many depressions of this nature are often overlooked. Disruptive and psychotic behaviours, as well as hyperactivity, concentration difficulties, etc., are being the defensive dike to severe deep depressions. It is essential to contextualise the traumatic experiences of abandonment and/or neglect that they may have gone through and to differentiate between what is their own and what they have received from family





ties, taking into account the age range of the child and adolescent. Depressions that are reactive to undesirable situations do not necessarily have to be pathological. I believe that the best way to avoid pathological disorders at this age is prevention.

Las depresiones silenciosas en la infancia y la adolescencia constituyen un problema que preocupa a cualquier profesional de la psicología y de la psiquiatría. Y preocupa, a mi entender, por un doble motivo: porque están aumentando de forma alarmante en esas edades y también, y fundamentalmente, por el sufrimiento encubierto que conllevan.

No es fácil entender y atender a un niño o a un adolescente. Estas personas son mucho más que su comportamiento. Los profesionales que incidimos en estas franjas del desarrollo tenemos la responsabilidad y obligación de profundizar, de no quedarnos solamente con lo que se muestra en la conducta. La finalidad para nosotros es poder aliviar el sufrimiento en la infancia y adolescencia y favorecer la salud.

Sobre la vida de un niño y de un adolescente, inciden muchas personas y todas ellas con su propio nivel de relación, con sus propios criterios y con su propia opinión sobre sus vidas...

Sobre la vida de un niño y de un adolescente, inciden muchas personas y todas ellas con su propio nivel de relación, con sus propios criterios y con su propia opinión sobre sus vidas; unos con mejor contacto, sensibilidad e intuición, y otros, más alejados de la realidad interna de estas criaturas con las que tratan. En una consulta todos están presentes física o mentalmente, porque todos están en la vida de los niños y los adolescentes. Y algunos, interfiriéndola.

Cuando se trabaja en estas franjas del desarrollo hay que tener en cuenta la edad, los padres, el grupo familiar, los educadores, equipos sanitarios y maestros, de los que dependen.

Keywords

Silent depression in childhood and adolescence, manifestations and defensive behaviours, feelings, psychodiagnosis, prevention, health.

Para entenderles, no es bueno disociarlos de su grupo familiar. Para tratarlos de modo adecuado es imprescindible diferenciarlos de la familia, pero entendiendo a la vez su situación interna en la relación con ella. Cuanta más experiencia tengo en el trabajo con estas edades que, si además, han pasado por situaciones traumáticas y situaciones de desamparo y/o abandono, más me reafirmo en la complejidad que conlleva entender cuestiones sobre salud mental en la infancia y en la adolescencia.

No es infrecuente que los profesionales que trabajan con niños y adolescentes (maestros, pediatras, pedagogos), se limiten a verlos a través de los padres, considerando a estos responsables del estado psíquico del niño y del adolescente. Es una obviedad que el ambiente ejerce una gran influencia sobre la organización men-

tal y la conducta del niño. En más de un caso hemos observado que modificando el ambiente, cambian favorablemente algunas situaciones preocupantes de su conducta. Pero limitarse a juzgar al niño por los padres —por sus padres los conoceréis— me parece una actitud profesionalmente reduccionista.

Ayudar eficazmente al niño y al adolescente significa, en mi opinión, entender toda la panorámica ambiental y relacional pudiendo indagar en cómo él lo registra, lo siente, lo vive y lo gestiona en su mundo interno.

Se trata de diferenciar lo que es de él y lo que él aporta constitucionalmente a la relación, de lo que recibe a través de los vínculos familiares, especialmente de los padres.





En mi larga experiencia con criaturas que han sufrido la traumática situación de desamparo y/o abandono he podido observar una substancial diferencia de gestión interna en unos y otros. Los menos rencorosos y con mayor capacidad para perdonar y rehacer vínculos, son los que han podido salir mejor parados en su elaboración del conflicto traumático.

Con excesiva frecuencia constatamos y observamos en las consultas, en las supervisiones a equipos e instituciones, en nuestro trabajo con familias con niños y adolescentes, cómo se escapa el sufrimiento profundo, aquello que no se muestra en la conducta.

El objetivo es ayudar a que el niño se sienta comprendido y los adultos que en ese momento están atendiéndole conecten con sus auténticas necesidades emocionales y sentimientos profundos.

Hace bastantes años, mucho antes del inicio de la pandemia, habían aumentado considerablemente las depresiones en esas franjas de edad —y han ido *in crescendo*— así como los suicidios o los intentos de suicidio. Ya en 2016, en un congreso europeo sobre este tema, aparecieron cifras espeluznantes. Nos parece preocupante.

Creo que no se le presta suficiente atención a la prevención. Tal vez debería haber más clínicos colaborando con los agentes de primera línea de contacto (pediatras, enfermería, maestros, pedagogos, trabajadores y educadores sociales). Pero colaborando, ¿cómo? No solamente para detectar los problemas y enviarlos a salud mental, sino para incidir de tal forma que se eviten al máximo las organizaciones patológicas y, por ende, las consultas en salud mental. Estos profesionales de salud mental, en los servicios sociales, sanitarios o escolares, deberían funcionar como un puente entre el niño o adolescente y los agentes de primera línea de contacto y los padres si están presentes en ese momento. La función del profesional de salud mental en ese ámbito ha de ser comprender y dialogar con el mundo interno del niño en presencia de los adultos que le atienden en ese momento (maestros, educadores, pediatra, familia). El objetivo es

ayudar a que el niño se sienta comprendido y los adultos que en ese momento están atendiéndole conecten con sus auténticas necesidades emocionales y sentimientos profundos. Este modo de trabajar responde al Método AcSent.

Como siempre digo, si el mejor abogado es el que evita un pleito y el mejor médico el que ayuda a conservar la salud, el mejor profesional de salud mental es el que incide en los ámbitos naturales de los niños y adolescentes para mantener la salud, valga la redundancia, y evitar desorganizaciones mentales.

Es difícil comprender y diagnosticar en profundidad en estas franjas de edad. Difícil porque se dan unos duelos y conflictos propios del desarrollo que, a veces, se pueden presentar con cierta espectacularidad, pero no ser significativos ni mucho menos patológicos. De ahí que, además, se nos haga imprescindible diferenciar los tramos de edad: bebés, primera infancia, infancia mayor, pubertad y adolescencia. En definitiva, contextualizar.

Los duelos propios del desarrollo sí que es necesario acompañarlos desde la familia y desde los educadores y maestros. Esos duelos, elaborados adecuadamente, llevan al crecimiento, al progreso mental, cognitivo y emocional. Pero, cuando no es así, pueden enquistarse y entorpecer el desarrollo e incluso instaurar depresiones no siempre visibles para el ambiente.

La buena elaboración, digestión mental, de esos duelos, prepara internamente para hacerse cargo de otros que no serían esperables de forma natural, pero que la vida puede llevar (separaciones, muertes, pérdidas de experiencias o relaciones vinculares significativas).

No siempre la depresión es una patología, pero mal





elaborada, puede derivar en tal. Las depresiones reactivas a determinadas situaciones que no han sido resueltas (un hecho traumático, una intervención quirúrgica, etc.), pueden quedar enquistadas y enmascaradas.

Las depresiones reactivas a situaciones no deseables, como el abandono o el desamparo, no necesariamente son patológicas; al contrario, son esperables e incluso saludables, ya que expresan una capacidad de contacto con una experiencia emocional dolorosa la mayoría de las veces traumática. Pero en muchas ocasiones moviliza una culpa subjetiva que daña la capacidad de tomar distancia y pensar. Otras veces, el resentimiento no permite el proceso de duelo.

Creo que conviene, siempre, contextualizar los diagnósticos. No es lo mismo profundizar en la comprensión del mundo interno de un bebé, de un niño o de un adolescente que han sido adoptados, de otros que no han pasado por esta experiencia.

Cualquier profesional experimentado sabe que comprender y describir lo que le pasa a un niño no resulta nada fácil. Me gustaría prevenir a los principiantes y a los estudiantes de psicología contra un simplismo muy extendido: que el trabajo con los niños es más fácil que con los adultos. Un niño no es un adulto aplazado y aún sin complicaciones, sin capacidad crítica y fácil de contentar. No. La depresión en la infancia ha costado mucho de aceptar y todavía cuesta. Una de las razones es porque el niño no expresa la depresión como los adultos.

El Dr. Alberto Campo (Campo, 1993) señala que la depresión, tanto en niños como en adultos, es proteica (cambia de aspecto, se presenta de muchas maneras) en su expresión a través de la conducta y no siempre el estado anímico que la acompaña es revelador. De este modo, un síntoma que se resiste a la terapia puede que no se haya abordado como una consecuencia de la depresión de base o, por el contrario, su desaparición puede ser resultado de interpretaciones que, sin saberlo del todo, han apuntado en aquel sentido.

Pero, ¿qué queremos decir cuándo hablamos de depresión?

La depresión es un decaimiento del ánimo. Puede encerrar sentimientos de ansiedad, tristeza, desvalimiento, desesperanza, baja autoestima, abatimiento, soledad interna, sentimientos de culpa y de rabia... Diversos autores consideran que hay suficientes signos clínicos que permiten demostrar que la depresión en la infancia y en la adolescencia es una entidad clínica con características que la asemejan a la del adulto, aunque predominando las manifestaciones de defensa especialmente en la conducta y/o a través del cuerpo (somatizaciones). También consideran que la depresión y sus defensas pueden variar según el momento del desarrollo y que la continuidad de las manifestaciones de defensa son prueba de un estado depresivo que comenzó precozmente en el curso del desarrollo. También se ha observado con frecuencia la existencia de estados depresivos en uno de los padres o persona a cuyo cuidado haya estado el niño o el adolescente (es frecuente verlo en bebés criados por madres deprimidas clínicamente).

El ambiente ejerce presión en el mantenimiento o reforzamiento de las defensas frente al duelo (la más importante, la negación). El suicidio o sus equivalentes en conducta y fantasías puede presentarse incluso en la primera infancia, en contra de lo que en general se acepta. También hay que tener en cuenta las enfermedades psicósomáticas como canalización o desviación de sentimientos depresivos.

Por orden de frecuencia, y en relación con los distintos periodos del desarrollo, las manifestaciones que pueden enmascarar las depresiones, llamémosles silenciosas, ocultas, subyacentes, enmascaradas, etc., podrían agruparse del siguiente modo:

Manifestaciones en el primer año de vida

Predominantemente de orden somático. Retraso psicomotriz. Trastornos de la alimentación. Expresión de tristeza. Alejamiento. Es muy importante a estas edades observar lo que expresa a través de la mirada.





Manifestaciones en la primera infancia

Reacciones ante la separación. Mutismo. Estructuración de síntomas fóbicos u obsesivos. Alteraciones psicósomáticas. Alteraciones en el desarrollo psicomotriz y retraso en el lenguaje. En ocasiones algunos niños pueden llegar a la inhibición del juego.

Manifestaciones en la infancia mayor y adolescencia

Es el momento en que se cuenta con más capacidad de expresión de afectos. Predominio de las inhibiciones, especialmente en lo intelectual. Fracaso escolar. Inhibición social. Hiperactividad. Impulsividad descontrolada. Falta de concentración. Conductas psicóticas. Alteraciones psicósomáticas. Hipocondría. Algunos casos, incluso, pueden llegar a la delincuencia.

La experiencia enseña que los padres, los médicos o los maestros, en muchas ocasiones, no toman en cuenta las diferentes manifestaciones que ha ido expresando el niño o adolescente a menos que exista fracaso escolar o el síntoma sea muy molesto para el ambiente, sobre todo en la conducta.

Muchas depresiones de la infancia están asociadas con una historia de contacto humano insuficiente, pero la privación en épocas tempranas parece ser el elemento más importante en los antecedentes de la futura depresión, incluso de adultos.

Es difícil, complejo y de gran responsabilidad el psicodiagnóstico y la consecuente ayuda psicológica en la infancia y la adolescencia. No olvidemos que son los adultos del mañana. En un psicodiagnóstico de infancia y adolescencia la mirada, la actitud y la capacidad de comunicación del profesional son el punto de partida. Para trabajar de este modo no hay que tener prisa. En nuestro trabajo, la prisa desemboca en la ineficacia.

Diagnosticar, pues, sería comprender profundamente el funcionamiento interno de un niño y entender este funcionamiento en el contexto relacional con su ambiente. Uno de los frecuentes errores en el trabajo

psicológico con niños es ver en gran dimensión a los padres, mirar al niño a través de las lentes de los padres, o bien verlo en base a la conducta, al trato y a la vida de esos adultos. El problema es que, al psicólogo no avezado, le cuesta diferenciar lo que es del niño de lo que es de los padres.

La conducta puede presentarse como un síntoma en muchas ocasiones. Una complejidad añadida al psicodiagnóstico de niños y adolescentes es cuando los síntomas y/o las conductas son reactivos a un problema mucho más profundo. No desmerezcamos la consideración de las adicciones en estas edades, tanto a nivel de consumo como de nuevas tecnologías. El exceso de actividad y la falta de atención, temas tan discutidos hoy entre los profesionales y las escuelas, pueden enmascarar depresiones muy graves que no dan otro tipo de indicación aparente y para algunos esperable (tristeza, apatía, aburrimiento...). Incluso algunas técnicas proyectivas en determinados momentos no lo detectan.

Como diría la Dra. Rebeca Grinberg, estos comportamientos hiperactivos y con dificultades para la concentración, en muchas ocasiones ocultan un sentimiento profundo, que si el niño lo expresara conscientemente con palabras diría algo así como: «si me paro me muero».

También comportamientos llamados psicóticos pueden ser reactivos a otro tipo de trastorno. Los niños y adolescentes que han sufrido experiencias de desamparo graves y/o abandono son difíciles de diagnosticar por profesionales sin experiencia en el tema. Algunos problemas, que en ocasiones adoptan formas que pueden calificarse de espectaculares, son reactivos a las consecuencias del desamparo y por tanto reactivos a la pérdida.

Un psicodiagnóstico se da dentro de una relación. Y cuando se utilizan técnicas proyectivas o escalas de inteligencia o del desarrollo, también se administran dentro de una relación. Estas técnicas las debemos tomar como meros instrumentos o medios para conseguir un fin. De ahí que pasemos a diferenciar entre los medios de expresión y comunicación que un niño utiliza de forma





natural, como son el juego, el dibujo espontáneo, etc., en una entrevista donde no se le pide nada explícitamente, sino que simplemente se le ayuda a que se pueda comunicar.

Cuando el profesional le pide explícitamente que dibuje una casa, una persona... o le administra un Test de Rorschach o una escala de inteligencia, tiene que saber *por qué y para qué* recurre a esa técnica. Es como en la medicina del cuerpo. Un médico no pide siempre la radiografía o la analítica; cuando lo hace es porque aquella técnica en concreto le va a suministrar una información que, desde su mirada y su intuición clínica, o bien duda, o bien quiere objetivar, precisar, profundizar... Eso lo podemos paralelizar al ámbito del psicodiagnóstico. La prueba se ha de poder interpretar en el contexto de esa organización mental, y en el caso de los niños y adolescentes también en el contexto en el que vive y se está desarrollando (familia, centros de acogida, centros de menores, familias de acogida, familias de adopción, etc.). Es preciso contextualizar la información.

En un psicodiagnóstico de infancia y adolescencia, la mirada, la actitud y la capacidad de comunicación del profesional son el punto de partida

Es obvio que, en un psicodiagnóstico de infancia y adolescencia, la mirada, la actitud y la capacidad de comunicación del profesional son el punto de partida.

En otro orden de cosas, quiero decir que: entender, comprender qué le pasa a un niño es importante, pero tanto o más importante es saberlo comunicar al propio niño o adolescente y a la familia o personas que se hacen cargo de él. Conviene que les sea útil.

Esa comunicación debería formar parte de todo el proceso, desde su inicio. No considero que dicha comunicación tenga que darse, únicamente, en la llamada *entrevista de devolución*. Lo más difícil para el profesional, pero a la vez lo más beneficioso para el paciente, es que dicha comunicación tenga lugar desde el primer

encuentro y vaya prosiguiendo a lo largo del proceso, lo cual ayuda al paciente a acercarse de una manera gradual, a empezar a entender sus cosas y, a su vez, las respuestas que va dando al profesional le ayudan a este a abundar en su comprensión y en el acompañamiento que le hace al paciente en ese proceso de acercamiento a su mundo interno. Esto es fundamental aunque se trate solamente de un psicodiagnóstico y no de una psicoterapia.

¿Cuál es la función, entonces, y el objetivo de un psicodiagnóstico en la infancia y adolescencia? Estoy abundando en la comprensión diagnóstica porque creo que en el tema de las depresiones ocultas y silenciosas hay que llegar al trasfondo de la sintomatología y de las conductas. Un psicodiagnóstico bien trabajado, en la línea que voy exponiendo, puede cumplir una importantísima función preventiva.

Un psicodiagnóstico no debe nunca etiquetar, y mucho menos a un niño o a un adolescente. Se trata de comprender y describir su funcionamiento mental, su mundo interno, para ayudar. Este es el objetivo de cualquier trabajo psíquico en la infancia y la adolescencia. Y, como un niño no va solo por la vida, es evidente la imprescindibilidad de incluir a los padres de los que depende. El *quid* de la cuestión es el *cómo* se hacen las cosas, cómo del cual dependerán los efectos beneficiosos del psicodiagnóstico.

Creo que en los trabajos de infancia y adolescencia, en el campo de las consultas en general, se corre el riesgo de centrarse exclusivamente, e incluso dejarse atrapar, por lo que no funciona. Lo importante, sin embargo, es conocer lo que funciona internamente de forma saludable, que es con lo que el profesional se tiene que aliar para que juntos puedan tirar adelante lo más enfermizo o alterado del paciente, a lo largo de la ayuda, del tratamiento.

Terminaré subrayando la actitud que, en mi opinión, debe adoptar el profesional en el proceso de psicodiagnóstico y de tratamiento: sentir al paciente.





La mirada y la escucha del profesional se dan a través de la observación. La atenta observación del niño y del adolescente me parece fundamental para el enfoque adecuado de la terapia. Es muy importante que en la intervención terapéutica el profesional sea capaz de articular el trasfondo depresivo con la sintomatología que lo defiende, que lo enmascara. Es de la única manera que se ayudará al paciente a elaborar la depresión, entrando en un funcionamiento más integrado, en el cual, la mampara defensiva ya no le será necesaria. A veces, como son procesos muy dolorosos, es bueno trabajar en colaboración con otro profesional psiquiatra que suministre al paciente una ayuda farmacológica mínima y adecuada, que le mitigue la ansiedad y el dolor sin obstruir la salida del problema. Ayuda que le permita aprovechar de una manera más eficaz el tratamiento psicológico, aliviándole una parte del sufrimiento, que en muchos casos es tan grande que hace que se enmascaren las depresiones y dificultan el trabajo terapéutico.

Observar permite acercarse a los aspectos más profundos desde los aspectos más naturales, más simples, más conductuales. La observación es un elemento de conocimiento. Pero hay muchas maneras de observar y diferentes niveles de observación. Para nuestra tarea, es necesario poder observar en profundidad. Un método que cumple con estos requisitos es el método de observación de Esther Bick, (Bick, 1964) en sus fundamentos esenciales.

Se trata de saber mirar con atención, con interés, para entender, a fin de poder ayudar. Conviene destacar la importancia que tiene la actitud de respeto por el otro.

Observar incluye sentir con el otro, escuchar, ver con detenimiento. Un buen observador es capaz de ponerse en la piel del otro sin confundirse. Es capaz de *pensar* sobre lo que ve y escucha. Es capaz de *esperar* para entender antes de intervenir.

Un profesional que trabaja con infancia y adolescencia tiene que tener acceso a su propia infancia, y a sus propios padres de cuando era niño y estar conciliado internamente con ellos, de lo contrario se instalarían

unas barreras en la acción profesional que impedirían entrar en contacto con el niño, con el adolescente, y con los padres durante el abordaje.

«La madurez no es una supresión, sino una integración de la infancia», escribió Ortega y Gasset. Para quien la edad adulta se enriquece cuando hemos conservado en ella un importante tesoro de niñez.

Siempre insisto, y cada vez estoy más convencida, de que el profesional tiene que trabajar con sentimiento, con sentimiento envuelto en conocimientos científicos y recursos técnicos. El profesional debe integrar la profundidad y la amplitud de conocimientos del científico y la sensibilidad del artista.

La técnica es un medio, un procedimiento, un recurso del que nos servimos. La utilización de técnicas proyectivas tiene valor instrumental, pero estas pruebas no son suficientes por sí mismas para comprender en profundidad a un niño o a un adolescente.

Para finalizar, la técnica actúa como una confirmación del arte, pero el arte, la cualidad de artista, es previa a la técnica y la técnica está a su servicio. Sin arte, sin ciencia, la técnica se convierte en un despliegue de energía sin sentido, que mecaniza el trabajo, lo robotiza, hace del artista un rutinario al que le falta lo esencial del arte: el sentimiento y la mirada. ■

Bibliografía

- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of psycho-analytic*. núm. 45, pp. 558-566.
- Campo, A. J. (1993). *Teoría, clínica y terapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Comunicaciones personales a través de seminarios y supervisiones.
- Grinberg, R. Comunicaciones personales a través de supervisiones.

Carmen Amorós Azpilicueta
[@] carmenamoros@yahoo.es

