



Manifestaciones depresivas y tendencia antisocial en la infancia: el impacto de las pérdidas no elaboradas

Freidin, Fabiana; Díaz Palacio, Noelia; Pittelli, Luna.

Introducción

Esta presentación es parte de una investigación UBACyT en curso¹. Según refiere la literatura internacional, se registra un aumento de la depresión en niños que consultan a los servicios de salud. El objetivo de la investigación y de la clínica es colaborar a la prevención primaria y secundaria de esta problemática. Se trabaja una muestra de niños/as entre 6 y 11 años que son asistidos en el Servicio de Psicología Clínica, dependiente de una cátedra universitaria.

El presente trabajo se focaliza en la tendencia antisocial, descrita por Winnicott (1984). Esta expresa aspectos depresivos, que se exhiben de modo indirecto en niños, haciéndolos difíciles de identificar como tales. Es importante considerar que en la niñez la depresión no siempre se manifiesta como tristeza, desinterés o retraimiento. Para Lewin y Santos Barreiro (2019) la expresión clínica de la depresión infantil no siempre resulta clara: pueden aparecer inhibiciones de la capacidad psicomotriz, agobio, trastornos alimentarios o del sueño, encopresis, quejas somáticas. Otros signos, como la hiperactividad o la pseudomadurez, pueden parecer contrarias a cuadros depresivos, aunque guardan relación con estos. Los autorreproches y la autodenigración se desplazan a pares, padres y maestros en reproches y desvalorización.

Es muy frecuente que se expresen aspectos depresivos en lo que Winnicott llama tendencia antisocial. Ésta no es un diagnóstico y puede darse en distintas estructuras, en forma leve o moderada llegando a expresarse, en su forma más grave, en conductas delictivas. La tendencia antisocial se manifiesta especialmente en el robo y la destructividad. Se caracteriza por las conductas disruptivas, la violencia y la hiperactividad; se trata de respuestas defensivas frente a pérdidas tempranas. Los duelos no elaborados generan estas manifestaciones, que interpelan al medio para su manejo.

¹ "Estudio de los efectos de la pandemia por COVID-19 en una población infantil vulnerable, con especial énfasis en las manifestaciones depresivas diferenciadas por género", dirigido por la Prof. Ana Luzzi en la Facultad de Psicología, UBA.



La tendencia antisocial incluye la defensa maníaca frente a la pérdida: es un pedido esperanzado de recuperar lo perdido frente a un “trauma de desposesión”. Los niños han sido privados de un ambiente confiable; el despojo persistió por un tiempo prolongado, que no les permitió mantener vivo recuerdo de la experiencia. La labor clínica del equipo asistencial muestra que, más que localizar un solo trauma, se advierte en las historias de los niños una privación sostenida, con múltiples pérdidas sin elaborar. A las manifestaciones maníacas se agregan frecuentemente serias dificultades en el aprendizaje. Hay algo característico en estos niños: ellos buscan permanentemente un marco que limite su impulsividad. Winnicott (1984) señala que “mediante impulsos inconscientes, el paciente compele a alguien a ocuparse de su manejo” (pág.147); aquí señala el papel del terapeuta, combinando comprensión, tolerancia, y un manejo adecuado (*Handling*).

Clínica e investigación: estudio de casos

Si bien se considera que el análisis de casos resulta apropiado para encontrar regularidades o patrones comunes, sus hallazgos no pueden ser generalizados. El caso “se fabrica” a partir de la reflexión de lo que sucedió en el encuentro terapéutico o a partir del análisis del investigador, en un tiempo posterior al de la experiencia (Freidin, 2018, citando a Huberman y Miles, 1994, y a Azareto y Ros, 2014). En este trabajo, la puesta en relación del material clínico en la fase de diagnóstico y de tratamiento permite armar los casos.

Desde el marco conceptual de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis, se realiza un análisis de material clínico de tres niños varones, de 8, 9 y 10 años, que presentan tendencia antisocial e integran la muestra clínica. Dicha sintomatología determinó la derivación desde la escuela. A continuación, se hace una breve presentación de aspectos de los casos seleccionados de tres niños, a quienes llamaremos Santiago, Ramiro y Claudio². Siguiendo investigaciones actuales sobre depresión infantil (Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica, 2018), los cuatro ejes descriptivos para el análisis son: las esferas afectiva y conductual, cognitiva, familiar y somática. Incluyen lo observado en la fase de diagnóstico (HJD), la estrategia clínica y la evolución de

² Los nombres son ficticios y se utilizan para proteger la identidad de los pacientes.



cada niño en el tratamiento. Se trabaja con una caja de juegos individual o grupal, con materiales de librería y juguetes, entre otros.

1- Santiago (8 años)

1.a. Esferas de análisis

Afectiva y conductual: Desborde emocional, enojo, oposicionismo, impulsividad, hiperactividad. Burla y agrede físicamente a compañeros de escuela y a sus hermanos. Es violento.

Cognitiva: Importantes dificultades en la lectoescritura y en el cálculo. Repitencia escolar reiterada. Sobreedad.

Familiar: Separación de la pareja parental por violencia (con intervención judicial). Consumo problemático de sustancias psicoactivas en ambos padres. Nacimiento de dos hermanos de la nueva pareja de la madre. Meses después de comenzar la psicoterapia la madre expulsa al niño del hogar; comienza a convivir con el padre.

Somática: no se observa sintomatología.

1.b. Breve reseña de la HJD y proceso terapéutico: estrategia y evolución

En la HJD escenifica una guerra entre animales y soldados. Crea personajes que representan a la madre (vaca que da leche), al padre agresivo (soldados) y a los bebés. Encierra animales dentro de cercos, mostrando que necesita encontrar un freno a su impulsividad. Es un juego dramático bien logrado. En el dibujo grafica armas, espadas y otros elementos de lucha. Se observa en sus producciones la prevalencia de ansiedad persecutoria. Probablemente la guerra escenifica la violencia familiar. La presencia de bebés ilustra la problemática de los celos y la exclusión ante el nacimiento reciente de sus hermanos. Las armas representan la necesidad de defenderse frente al desvalimiento.

Se indica psicoterapia psicoanalítica grupal para el niño y Grupo de Orientación a Adultos Responsables, al que concurre su padre. Por agravamiento sintomático se agrega una psicoterapia individual focalizada.

En las sesiones de psicoterapia Santiago se muestra agresivo y provocador con los otros niños y la terapeuta; quiere que ella sea su esclava, usa palabras del argot carcelario, dice tener novias mayores, amenaza y se muestra violento. La actitud prevalente es la provocación. No puede jugar si no es él quien



domina a los otros.

Las intervenciones terapéuticas marcan el encuadre, limitan sus actuaciones e interpretan sus celos, su dolor y su desvalimiento. Santiago desarrolla progresivamente la capacidad de jugar y la posibilidad de hacerlo con otros, sin necesidad de ejercer dominio. La impulsividad ha dado paso a la palabra, disminuyendo los desbordes. Ahora verbaliza situaciones que le generan angustia. Asimismo, se observan cambios en la mentalización y en la capacidad de contención emocional del padre, que se reflejan en mayores cuidados, un cambio de escuela, la inclusión de un deporte y, sobre todo, en una mayor empatía con el niño.

2- Ramiro (10 años)

2.a. Esferas de análisis

Aunque la primera consulta fue a los 6 años, no comenzó tratamiento. La segunda consulta e inicio de la psicoterapia es a los 10 años. Los síntomas ahora son los mismos pero agravados.

Afectiva y conductual: Agresividad e irritabilidad. Piensa que los demás lo quieren perjudicar. No registra las consecuencias de sus acciones agresivas. Reacciona con fuertes agresiones físicas y verbales. Es suspendido de la escuela por lastimar a compañeros; rompe objetos y roba útiles. Ha hurgado en el bolso de la maestra.

Cognitiva: Problemas de aprendizaje. Requiere apoyo escolar.

Familiar: Vive con la madre, el padrastro y sus hermanos menores. Separación de la pareja parental durante el embarazo. Muerte del padre muy joven por enfermedad coronaria cuando Ramiro tenía 3 años.

Somática: Accidente a los 5 años, lo atropelló un auto en circunstancias confusas. Registra varias caídas que requirieron sutura, compatible con aspectos depresivos observados en una investigación sobre accidentes infantiles (Freidin, 2018 y Freidin; Calzetta, 2016).

2.b. Breve reseña de la HJD y proceso terapéutico: estrategia y evolución

En la HJD muestra un juego dramático con soldados y animales salvajes. Estos amenazan con comerse a las personas y a los soldados, quienes matan a los animales como represalia. Modela con masa e intenta hacer una persona pero “no le sale”. En la selva los animales derrotan al líder humano. Modela



cilindros, les pasa por encima el camión y los aplasta dejando marcas. Dice que quiere hacer un objeto pero “no le sale”. En el dibujo, dobla la hoja a la mitad. Dibuja un sol, una luna con cráteres y una figura que luego borra, aunque se ve. También dibuja un mar y lo colorea, de un lado con un azul oscuro y del otro con celeste; de un lado es de día y del otro de noche. No explica qué es la figura borroneada. Los trazos son fuertes y bruscos. Evoca soledad, frío, vacío. Se entiende como indicadores de pérdidas a los agujeros, el cambio entre un antes y un después, la presencia de una ausencia, las marcas en la plastilina. Se observan indicadores de ansiedad persecutoria y depresiva, inseguridad y fragilidad yoica.

Se indica psicoterapia psicoanalítica grupal para el niño y Grupo de Orientación a Adultos Responsables, al que concurre la madre.

A lo largo del tratamiento, Ramiro se muestra siempre retraído, aunque atento a lo que sucede alrededor. Es muy silencioso y sólo a veces interviene a raíz de preguntas o alguna dinámica grupal. Permanece sentado y alejado. Ejerce muchísimo autocontrol y eso limita su participación. En dos ocasiones, golpeó a otros niños de manera no intencionada mientras jugaban con una pelota, sintiéndose luego culpable y muy angustiado. A medida que se incrementa su capacidad de verbalización, relata que en la escuela se enoja mucho y reacciona pegando cuando lo burlan. Ha referido el miedo a morir como su padre. Se trabaja su temor y su dolor psíquico. Disminuyeron las actuaciones. La madre, paulatinamente, reconoce el sufrimiento de su hijo.

3- Claudio (9 años).

3.a. Esferas de análisis

Afectiva y conductual: fallecimiento de su abuelo pocos años atrás. Aunque no lo veía frecuentemente, lloró al enterarse de su muerte y siempre lo recuerda. No acepta normas ni límites. Se escapa del aula y, en una ocasión, de la escuela. Cuando algo no le sale se enoja y destruye los elementos escolares, insulta y grita. En su casa muestra ira, pateando cosas y “explota”.

Cognitiva: se lo observa distraído y no logra quedarse en el aula. Dificultades de aprendizaje. Repitencia.

Familiar: vive con sus padres y dos hermanos mayores. Tiene poco vínculo con su papá porque “trabaja mucho”.



Somática: no se observa sintomatología.

3.b. Breve reseña de la HJD y proceso terapéutico: estrategia y evolución

En la HJD se propone armar una torre con ladrillos y no lo logra. Busca siempre el “equilibrio”. Realiza más construcciones, que también se desarman y caen. El avión busca hacer equilibrio sobre la torre mientras los soldados lo atacan. Sube la vaca sobre la torre, pero el cerdo la empuja y cae. La cabra se ganó el auto y “está loca”. Toma el bebé y toca su cabeza. Refiere que es el único que sobrevivió a los ataques. Retoma la lucha entre soldados y animales. Los soldados luchan “hasta la muerte”. Juega con masa, intenta modelar una forma y al no gustarle el resultado; la aplasta por completo.

En el dibujo utiliza colores, realiza diversos trazos y los borra. No logra explicar qué dibujo. Se observa una figura humana muy pobre, desarmonica, sin cuello, pies en forma de círculo conectados al torso, sin piernas, manos deformes. Muestra una buena capacidad de simbolización en el juego. Exhibe su agresividad y dificultades a nivel del sostén, representado en estructuras endebles que terminan destruyéndose. Se observa ansiedad persecutoria y baja tolerancia a la frustración. En el dibujo aparecen los aspectos más regresivos; es aquí donde muestra dificultades en la integración del esquema corporal y manejo de la agresión. El dibujo es esquemático y asimétrico. No presenta línea de base, lo que permite inferir que no siente un entorno o sostén seguro. El escaparse en la escuela muestra vivencias claustrofóbicas.

Se indica psicoterapia psicoanalítica grupal para el niño y Grupo de Orientación a Adultos Responsables, al que concurre la madre.

A lo largo del tratamiento -de reciente inicio- se muestra atento a los pares y a la terapeuta. En sus juegos construye reiteradamente casas y granjas. Arregla el bebé que otros niños han roto; es el único que lo sabe rearmar, los demás niños recurren a él para que lo haga. Este rol en el grupo -de ser el que rapara-, se contrapone con las actitudes destructivas en el ámbito escolar. Dada su reciente incorporación al grupo psicoterapéutico, prevalece la necesidad de ser aceptado y valioso para los otros por lo que, probablemente, no aparecen aún aspectos agresivos o impulsivos. No pudo observarse una nueva producción gráfica.

Reflexiones finales



En el material analizado se observaron distintas modalidades en el manejo de la agresión, que afectan los recursos simbólicos de los que dispone cada niño y que se manifiestan en la transferencia.

En el caso de Santiago, se observó en la psicoterapia un juego estereotipado, repetitivo y a predominio de aspectos destructivos, mostrando características psicopáticas. Utilizó personajes tiránicos que representaban simbólicamente vínculos agresivos; probablemente reproducía situaciones familiares. En ocasiones el juego se interrumpió y se transformó en actuaciones violentas -modalidad no simbólica- dentro del dispositivo terapéutico. Este aspecto reviste mucho interés para el manejo clínico (Wasserman et al, 2008).

Respecto al caso de Ramiro, en la psicoterapia le costaba relacionarse con otros niños dado su retraimiento. Frente a la emergencia de su agresión, mostraba arrepentimiento e introversión para retomar el control. Ya avanzada la psicoterapia, comenzó a verbalizar temores a la muerte que coincidieron con exámenes médicos que se le realizaron para descartar riesgo coronario. También empezó a relatar situaciones conflictivas en la escuela, que aún persisten, aunque en menor medida.

A diferencia de lo anteriormente mencionado, en el caso de Claudio se observó en la psicoterapia mayor creatividad y recursos lúdicos, ausencia de impulsividad y predominio de la representación por sobre la actuación. En el grupo ocupaba un lugar constructivo reparando al bebé y construyendo. Cabe recordar que, durante la HJD, el bebé fue el único sobreviviente y podría haberlo representado a él mismo, dentro de un contexto familiar conflictivo.

Resulta importante destacar que en los tres casos hay separación de la pareja parental. Los niños registran impulsividad, conductas disruptivas en el ámbito escolar y problemas de aprendizaje severos. Justamente, la combinación de dificultades atencionales, impulsividad e hiperactividad que llevan a un bajo rendimiento escolar, son frecuentemente asociadas al TDAH -categoría diagnóstica del DSM-5-; aspecto que invita a ser problematizado si se considera la particularidad de cada caso y la complejidad de la sintomatología infantil, que incluye el contextos y vínculos.

En los tres casos se detectan pérdidas significativas previas a la aparición de los síntomas que motivaron la consulta. Estas pérdidas y otras nuevas trajeron aparejados una serie de cambios en sus entornos familiares, con fallas



sostenidas para alojar afectivamente a los niños. Se focalizó en trabajar estos duelos no elaborados, su impacto emocional y relacionar los problemas de comportamiento y aprendizaje con el dolor psíquico y las defensas frente al mismo. No se diagnosticaron trastornos sino, en cada caso, se valoraron situaciones históricas, familiares y su forma de elaboración o su detenimiento. Es aquí donde el trabajo en los Grupos de Orientación a Adultos Responsables resulta esencial, en tanto focaliza en los vínculos paterno-filiales, fortaleciendo a los adultos para el logro de un mejor sostén de sus hijos.

Es necesario entender a la depresión infantil desde una perspectiva más amplia y compleja. De este modo, pueden diseñarse intervenciones para el manejo de dichos casos, que muchas veces requieren del trabajo interdisciplinario. Este enfoque enriquece la comprensión sobre la depresión infantil, al incluir aspectos vinculares del niño y su familia, que gravitan no solo en el origen de los síntomas sino también en su tratamiento psicoterapéutico.

Bibliografía

- Freidin, F.; Calzetta, J.J. (2016). "Niños insuficientemente sostenidos": consideraciones sobre accidentes en la niñez". *Memorias del VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación y XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Tomo 1. pp 50-53
- Freidin, F. (2018). "Accidentes en niños". Tesis Doctoral, inédita.
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Lewin, M.; Santos Barreiro, M. D. (2019). Niños deprimidos. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*. (25), 181.
- Liberman D., Miravent I.; Bravo de Podetti, R.F.; Waserman, M. (1981b). Juego y actividades pseudo lúdicas en el psicoanálisis de niños, *Revista Argentina de Psicoanálisis*, 11, (27), 57-89.
- Winnicott, D. (1984). *Deprivación y delincuencia*. 1984, Paidós.