

11241

2 ej 11

autor: Dra. Lilia Aguirre M<sup>ca</sup> Josefa.

E: Psiquiatria

Tit<sup>o</sup> " DEPRESION EN LA INFANCIA Y EQUIVALENTES DEPRESIVOS "

V. B.  
Instituto

10

**FALLA DE ORIGEN**

1985

*[Handwritten signature]*

12-11-85



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

I.	JUSTIFICACION.	<i>Págs.</i> 1 - 14
II.	ANTECEDENTES.	<i>Págs.</i> 5 - 26
III.	SUJETOS Y METODO.	<i>Págs.</i> 26 -34
IV.	PRESENTACION DE RESULTADOS.	TABLAS
V.	CONCLUSIONES.	<i>Págs.</i> 34 -37
VI.	BIBLIOGRAFIA.	<i>Pág.</i> 38.

## JUSTIFICACION.

Aún antes de que el hombre se preocupara por los males de su cuerpo tal vez se haya inquietado por las congojas de su alma, siendo la función del médico, especialmente la del psiquiatra el encargarse de diseccionar cada una de las vicisitudes de la existencia humana para lograr, una comprensión integral de la naturaleza de las alteraciones que pretende tratar, y partiendo asimismo de una oración poco conocida de Galileo que dice "Nada puedes enseñarle a un hombre, sólo puedes ayudarlo a que lo descubra dentro de sí mismo", definiendo así la misión del psiquiatra.

Ante estas premisas, el estudio de los orígenes de la enfermedad mental se debe iniciar, nunca, en el momento mismo de la presentación de la sintomatología, del individuo enfermo, sino fundamentalmente remontándonos a su infancia, en el cómo fué su devenir histórico individual y cuáles han sido sus etapas críticas, haciendo énfasis incisivamente sobre su forma de resolver los escollos que las crisis presentaron en su vida y el grado y los mecanismos con que salió avante de ellas.

La pretensión es lograr escudriñar sensiblemente el espacio interior, y en esta actitud fruto de dos años de observación, determinar que uno de los aspectos más llamativos del área de la nosología y patología psiquiátricas es la Depresión, por los diferentes y variados aspectos que involucra siendo quizá el más atractivo el que se refiere a los acercamientos psicodinámicos de su etiología. Así la Depresión, puede variar de intensidad, de un sentimiento de ligera tristeza a intensa melancolía y profunda desesperación, en la tristeza a diferencia de la depresión, existe la reacción naturalísima a una pérdida real pero lo que hace más intrigante a la depresión denominada algunas veces como melancolía, es que al igual que en el duelo ambos se caracterizan psíquicamente por la pérdida objetal ideal, esta situación es más comprensible en el duelo pues conocemos que, esta es

una reacción esperada a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, no sucede lo mismo con la melancolía en la que el psiquiatra no fácilmente consigue distinguir en forma clara lo que el sujeto ha perdido, y al paciente conscientemente tampoco le es posible percibirlo.

Otra premisa esencial para hacer válida esta justificación se refiere a un pequeño análisis acerca de que históricamente al niño se le ha considerado una naturaleza humana a medio terminar. Se pretende inferir que quizá esta actitud de la cultura occidental hasta nuestros días, tenga su fundamento en Aristóteles quien fué el primero en justificar desde un punto de vista filosófico, la autoridad marital y paternal (siempre autoridad genéricamente masculina) sustentando que la autoridad del hombre es legítima porque se funda en la desigualdad que existe entre los seres humanos (hombres libres, esclavos, mujeres y niños). Así el hijo del Ciudadano era concebido como un ser humano potencialmente libre, imperfecto en la medida en que esta inconcluso, dotado de una reflexión muy reducida, su virtud consiste en ser sumiso y dócil al hombre maduro (preceptor) a quien es confiado en cuanto termina su crianza.

Tan lejos como se quiera remontar en la historia de la familia occidental se confrontará con el poder del padre que acompaña a la autoridad del marido. Ciudadana de Atenas o de Roma la mujer conserva durante toda su vida la condición de menor que compartía con sus hijos, Aristóteles sostenía que la mujer carecía de consistencia ontológica al igual que los infantes. Y los teólogos en el mejor de los casos la consideraron una "inválida". Los hombres retendrían esta lección hasta el siglo XX. A partir de las revoluciones francesa y americana el nuevo evangelio de los derechos del hombre aportó, reformas que se extendieron a los hasta entonces marginados o restringidos e incluso se sentaron las bases de un nuevo abordaje de la educación de los niños y de considerar a los niños deficitarios para recibir una atención constructiva.

Así las cosas y considerando que en nuestra cultura psiquiátrica occidental de la segunda mitad del siglo XX, para establecer diagnósticos específicos recurrimos a cierto tipo de clasificaciones como el DSM III, en el que encontramos que para hablar de una personalidad estructurada, el individuo cronológicamente debe tener 18 años, además de la integridad de sus funciones mentales. Se concluye que al niño tradicionalmente se le ha considerado como a un individuo al que se le pueden aplicar trasvolando conclusiones de estudios, hechas en adultos y se ha descuidado la observación integral de todos sus procesos mentales y psíquicos. Los autores centroeuropeos SPIEL, STOCKERT, HEUYER, MICHAUX, STUTTE, aceptan dentro de su nosología psiquiátrica cuadros parecidos a los que en el adulto se conocen con el nombre de depresiones, con un número suficiente de casos descritos como para afirmar definitivamente su existencia antes de los quince años y en muchos casos antes de los diez. Mientras que los anglosajones son más reacios a admitirlos antes de los doce años y considerándolos más bien como equivalentes depresivos.

Expuesto lo anterior se considera que es importante apreciar que la Depresión en la Infancia es una entidad nosológica per se y no considerarla solamente como una alteración de conducta, o como equivalentes de depresión lo que es un cuadro clínico con su cortejo sintomático bien establecido.

El ejercicio de la medicina de nuestra época debe enfocarse a aspectos preventivos y no curativos, así en forma ambiciosa se pretende establecer a través de este trabajo que el diagnóstico eficaz y el tratamiento oportuno de las depresiones en la infancia, muchas veces no bien estudiadas epidemiológicamente pues (se desconocen datos precisos de incidencia y prevalencia en nuestro medio), darán en un futuro individuos provistos de un mejor y más adecuado armamentarium psicológico para sobrellevar exitosamente sus futuros eventos de vida.

## ANTECEDENTES.

Considerando que del 100% de las enfermedades mentales que son diagnosticadas por el médico (especialista o médico general), casi el 80% corresponden al rubro de neurosis, y siendo de estas la neurosis de angustia y la neurosis depresiva, las dos entidades que en forma casi equivalente se reparten este porcentaje, además de tener en cuenta que al revisar en la literatura existe una controversia muy marcada entre los autores europeos y los autores norteamericanos sobre el aceptar que existe la depresión en la infancia o solamente se puede hablar de equivalentes depresivos, fueron estos dos razonamientos los que iniciaron este trabajo, siendo determinante, el apreciar clínicamente que muchos niños que acuden a la consulta del especialista por "alteraciones de conducta", en cuanto se comienza a profundizar en la nosología del padecimiento encontramos alteraciones del humor, tristeza, visión pesimista de la vida, -- inhibición psicomotriz, insomnio y anorexia signos que si los traspoláramos a un adulto corresponderían a un cuadro depresivo del adulto.

Estas premisas que hacen detenerse a revisar si la depresión en la infancia puede ser apreciada como tal, o debemos interpretar los síntomas que presentan estos pequeños como equivalentes de la depresión del adulto.

En los últimos años muchos autores se han interesado de una forma renovadora sobre los trastornos afectivos de la infancia, quizá motivados por un aumento en la incidencia de dichos padecimientos y sobre todo por buscar la utilidad de conocer exactamente que está sucediendo con los pequeños pacientes y la forma más adecuada de prestarles -- ayuda y dar orientación a los médicos generales sobre la detección oportuna y el manejo a determinados niveles.

Trataremos de hacer una revisión sucinta sobre lo que se denomina depresión infantil, hoy en día la gran -

incidencia de casos descritos nos autoriza a afirmar su --- existencia antes de los 15 años y en muchos casos antes de los 10 años.

- I. Recordemos que la frustración genera agresividad, la cual engendra culpabilidad, el miedo de perder estimación y el afecto de los otros, y finalmente la agresividad presenta la tendencia a revolverse en contra del sujeto mismo. No olvidemos también que las situaciones que hacen surgir o resurgir un sentimiento de inseguridad, crean ansiedad y frustración. (1)

También es importante hacer énfasis sobre la categórica importancia trascendente desde cualquier enfoque -- del primer año de vida de un individuo, las circunstancias en que se desarrolló ese infante, las influencias de su medio ambiente y la interacción de este con el mundo interior del pequeño en desarrollo. Es evidente que al ver a un recién nacido no podemos olvidar que durante su desarrollo intrauterino tuvo las primeras experiencias estresantes, desde luego sufridas por la madre, pero que pueden influir en las características conductuales del recién nacido, este momento, el del nacimiento es donde habitualmente se inicia el desarrollo individual, mismo que puede ser modificado por factores tales como los eventos del trabajo de parto, que pueden ser precursores de lesiones perinatales. (2)

Los sistemas de sobrevivencia, respiración, succión, deglución, homeostasis circulatoria y térmica, presentan una capacidad de funcionamiento en el momento del nacimiento. No siendo así el desarrollo de los sistemas sensoriales, ni la vida de relación, relacionándose el progreso en estas áreas con el refuerzo estimulativo, que incrementa la diferenciación de las funciones neurofisiológicas.

II. La manera en que podemos valorar el como éste recién nacido se va integrando al mundo que lo rodea, siendo un sujeto preverbal será únicamente la observación directa, pero la observación sin método, pierde la cualidad de ser útil, por lo que el investigador RENE SPITZ menciona seis sectores de la personalidad en formación de este individuo recién nacido que pueden ser valorables tanto por la observación como por la aplicación de tests para su cuantificación. Los sectores se enuncian a continuación.

- 1) Desarrollo y maduración de la percepción.
- 2) Desarrollo y maduración de las funciones corporales.
- 3) Desarrollo y maduración de las relaciones interpersonales.
- 4) Desarrollo y maduración de la memoria y de la imitación.
- 5) Desarrollo y maduración de la manipulación de cosas.
- 6) Desarrollo intelectual. (3)

A simple vista la impresión general sería que para el desarrollo de este trabajo solamente sería de importancia trascendental el área de las relaciones interpersonales, pero esto sería una visión sumamente reducida del fenómeno objeto de nuestro estudio, pues veremos que precisamente de la alteración de cada una de las otras áreas, es de donde surge la génesis de los síntomas que podrán ser calificados de equivalentes, pues no podemos olvidar que del desarrollo de las relaciones interpersonales se nutrirá ese YO en formación pero que cada alteración en cualesquiera de las otras áreas repercutirá a su vez sobre las demás y especialmente en la manera en que el infante perciba su entorno.

III. No podemos olvidar otro elemento fundamental y es que en la depresión uno de los elementos que quizá agravan

o hacen más difícil la comprensión del fenómeno depresivo, es la pérdida narcisista del objeto, entendiendo pérdida narcisista como la pérdida del ideal, esto en el proceso de pensamiento del adulto, tendremos que revisar lo que sucede en el infante: La constitución -- del objeto libidinal.- En el capítulo VII de la "Interpretación de los sueños", hablando de la realización -- de los deseos, FREUD desarrolla el concepto de "experiencia de satisfacción" que se caracteriza de la siguiente manera: (4)

- 1) Inmediatamente después del nacimiento, ante el surgimiento de una necesidad de orden biológico, por ejemplo el hambre, esta es vivenciada por el lactante como displacer, y se explica como un incremento de tensión, al que FREUD denomina "tensión de necesidad".
- 2) Por la presencia de un objeto externo adecuado -por ejemplo la presencia del pecho que provee el alimento-, la necesidad se satisface quedando esta experiencia inscrita en el psiquismo como "experiencia de satisfacción".
- 3) A partir de entonces nuevamente la emergencia de la "tensión de necesidad" determinará que se "llame" - a la huella mnésica de la "experiencia de satisfacción" y va a quedar ligada a una representación específica que será evocada cada vez que surja. Esta evocación de la "experiencia de satisfacción" va a ser lo que FREUD denominará deseo, definiéndolo como el movimiento que va del polo del displacer hacia el placer. Así el objeto de la "experiencia de satisfacción" será el objeto del deseo.

Volviendo a la "experiencia de satisfacción" recordemos que el lactante cuando mama (no solamente se re---

suelve la necesidad del orden material, la distensión del aparato digestivo), mira el rostro de su madre, recibe su calor, su sonrisa, es tocado por esta, recibe la estimulación de la zona bucal, de los labios, de la mejilla, así se convierte por coincidencia temporal la mirada de la madre, en algo que es capaz de despertar vivencias placenteras equivalentes a las que produjo el pecho, objeto en el sentido literal del término. -- Así caemos de pronto en que en la "experiencia de satisfacción primitiva" estaban juntas la resolución de la necesidad (biológica) y la estimulación de la zona erógena (boca), pero cuando la mirada de la madre o -- sus palabras producen placer por haber estado encadenadas con el primitivo placer, estamos en el puro terreno de las relaciones interpersonales de SPITZ.

Así el deseo de este (del bebé) no será ya el objeto material sino el amor del personaje que para él sea -- significativo. Su deseo será el de ser deseado (aprobado, aceptado) por el otro. Toda la activación placentera que era capaz de despertar el contacto con el pecho, será ahora la respuesta ante la visión de esa -- gestalt privilegiada que constituye el rostro de la madre. No solo se desea una cosa concreta sino que también se desea ser objeto del deseo de otro, es decir -- ser deseado por ese otro. Una vez dado este paso el -- objeto del deseo es el amor, la aprobación, el reconocimiento, que el otro pueda brindar.

La evolución de la relación objetal comprende según -- SPITZ 3 etapas.

- 1) Estadio preobjetal.- No hay diferencia entre el sujeto y el objeto, primero y segundo mes de vida (etapa narcisística primaria de A. FREUD).

2) Estadio del objeto precursor:

Corresponde a los tres y seis meses, y en el niño distinguirá la cara humana y sonreirá - por primera vez (primer organizador) primer esbozo de la dada madre-hijo.

3) Estadio objetal:

Corresponde de los seis a los ocho meses, y en el, la madre se constituye en objeto libidinal, se produce la "angustia - del octavo mes" cuando el niño no percibe la cara de la madre (segundo organizador). La ausencia del objeto provoca asimismo la primera actividad --- realmente fantaseadora, y se desarrolla la dada madre-hijo.

Para MELANIE KLEIN en esta fase del primer año se produce lo que llama la "posición depresiva" cuando el -- lactante comprende que la madre no es parcial, sino -- que la reconoce en su totalidad y la experimenta como buena o mala y tiene que aceptar que hay un objeto --- real que gratifica y frustra, que puede ser bueno o malo, produciendose los primeros sentimientos de ambivalencia entre sus tendencias destructivas y sus impulsos amorosos.

También para BOWLBY Y ROBERTSON quienes describen la - angustia infantil de la separación de la madre de los doce meses a los tres años, en tres fases.

- 1) Protesta.
- 2) Desesperación.
- 3) Ruptura.

Como fuentes de ansiedad en el niño ANNA FREUD señala las siguientes, por orden de aparición según la edad:

- 1) Angustia por la separación de la madre.
- 2) Miedo por la pérdida del objeto amoroso.
- 3) Angustia de la castración.
- 4) Ideas de culpabilidad por el desarrollo del Super - Yo.

FREUD rectificó en el sentido de que lo más primitivo es la angustia y posterior es la represión.

La angustia infantil puede manifestarse bajo dos formas diferentes:

La crisis aguda de angustia.

Los estados de ansiedad crónica.

Siendo estos últimos los que revisten una importancia capital para el objetivo de este trabajo, pues son los que generarán en el pequeño paciente el cortejo sintomatológico de lo que se denominará equivalentes depresivos.

Consideremos aquí, los puntos I, II y III, para que nos sirvan de introducción a la descripción de los cuadros depresivos infantiles.

En un principio el niño crónicamente ansioso, --- muestra una hiperactividad manifiesta, estan haciendo cosas, como si la acción los protegiera, "mientras me muevo no me pasa nada", en una espera de continua alerta para no dejarse sorprender por ninguna perturbación, más tarde su actitud se va haciendo cada vez más retraída y a la defensiva, mostrando un estado de ánimo más deprimido, que puede o no llamar la atención de los padres, esta "depresión neurótica" se manifiesta en una expresión triste y desvaída, propensión

al llanto, bajo rendimiento escolar, (a veces este es el único signo), tendencia al aislamiento, falta de ganas de jugar, sentimientos de autorreproche, y sintomatología diversa (molestias circulatorias, vómitos, cefaleas).

Debemos considerar que existen niños con una caracterología determinada en la que quizá intervinieron varias circunstancias etiológicas, predisposición, carencias afectivas, falta de estimulación adecuada, medio ambiente, y que manifiestan los siguientes rasgos: sus impulsos para la acción son pobres, se muestran apáticos, retroceden ante cualquier dificultad, carecen de agresividad, toleran mal las frustraciones ante las que adoptan una actitud retraída rumian durante días sus desgracias, y en la cara aparecen rasgos de tristeza y depresión, sus llantos son frecuentes, pesimistas, poco espontáneos, y su fondo de ansiedad crónica se manifiesta en miedos continuos, sobre todo a enfermedades (hipocondría).

Algunos casos de "Depresión ansiosa neurótica" en los niños han sido descritos por AJURIAGUERRA quien los denomina "Organización Simbiótica del Humor", en los que la angustia del pequeño se transmite a la madre quien la regresa al hijo en forma aún más ansiosa, formándose un círculo vicioso que aumenta progresivamente la ansiedad de ambos.

Con estos antecedentes podemos pasar a la clasificación de las psicosis afectivas en la infancia.

Formas depresivas, formas maníacas y formas maníaco-depresivas.

En el conjunto de las depresiones en la infancia se pueden distinguir tres cuadros perfectamente delimitados:

DEPRESIONES PRECOCES o de los primeros años de la infancia, SPITZ es el autor que en 1946 publicó sus resulta

dos de los estudios hechos en un orfelinato, y acuño al término de un nuevo síndrome clínico denominado DEPRESION ANACLITICA, provocado por la separación del niño de la madre a los seis meses en las formas parciales y a los tres meses - para las formas totales. La descripción del mismo SPITZ -- (3) es la siguiente:

Primer mes.- desde que era separado de la madre el infante mostraba, que los niños se vuelven llorones, exigentes, -- tienden a asirse al observador, cuando este logra hacer con tacto con ellos.

Segundo mes.- el lloriqueo muchas veces se cambia en gemido se inicia la pérdida de peso. Hay una detención en el índice de desarrollo.

Tercer mes.- los niños se niegan al contacto, yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo, indicio patológico. Se inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso, hay tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, - el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez fa-cial.

Después del tercer mes la rigidez facial queda firmemente establecida los lloriqueos cesan, siendo reemplazados por gemidos, el retraso motor se acrecienta y es reemplazado por el letargo. El índice del desarrollo comienza a decrecer.

Dice SPITZ (3) "he encontrado que después de tres meses de separación hay un período transitorio de dos meses durante los cuales todos los síntomas ya mencionados, se -- hacen más marcados y se consolidan si por el contrario durante este período de transición regresa la madre la mayor parte de los niños mejoran, aunque es dudoso que esta mejoría sea completa"

Si la separación excede de cinco meses, la sintoma

logía parece fundirse con el síndrome escasamente pronosticable definido como "Hospitalismo".

Este síndrome ya había sido señalado por L. BENDER, A. FREUD y BURLINGHAM, en los niños huérfanos de guerra.

Para completar la descripción del síndrome de depresión anaclítica cuando después de los dos meses de transición no aparece la madre o alguien que la substituya adecuadamente, el infante permanece sin moverse, generalmente boca abajo, y con una pérdida continuada de peso, que le puede llevar a la emaciación y a la muerte en una especie de "suicidio" por falta de ganas de vivir al encontrarse sin el elemento gratificante de sus deseos y necesidades afectivas.

En la depresión anaclítica, la mejoría es estimulada cuando el objeto amoroso retorna en un período de tres a cinco meses después del abandono, pero en la privación total denominada posteriormente HOSPITALISMO las cosas varían del todo, pues dependerá la evolución de la edad del infante cuando fué abandonado por la madre, así la presentación de los síntomas será muy parecido al de la depresión anaclítica con la diferencia de que aquí el retraso motor será el que matizará a este síndrome, pues no logran obtener el control motriz para rodarse, el rostro será inexpressivo, la coordinación ocular defectuosa, si al cabo de cierto tiempo reaparece la movilidad, se manifiesta en dos formas, como cabeceos espasmódicos, o con movimientos digitales extraños (parecidos a los descerebrados o atetósicos), continuando con la observación SPITZ encontró que a los cuatro años salvo escasas excepciones estos niños no podían sentarse, estar de pie, andar o hablar y el índice de desarrollo intelectual presentaba un déficit del 45% de lo normal. Lo más impresionante es la mortalidad pues casi la mitad de la población estudiada murió.

Previó a este paso hacia la muerte existía en esta población una gran susceptibilidad a la morbilidad -es decir eran fácilmente presa de cuanto proceso infeccioso se insinuara en su ambiente- así se añan la desventaja física y los agentes físicos de tensión descritos por SEYLE. (3)

BOWLBY describió al inicio de la década de los -- años cincuenta, cuadros parecidos por la carencia de cuidados maternos, que evolucionaban hasta acabar en un verdadero estupor. En 1951 AUBRY denominó "Síndrome de estabulación hospitalaria" a un síndrome que aparecía en niños que cambiaban frecuentemente de hogar. (5)

Cabe mencionar que muchos autores no han estado de acuerdo con la postulaciones de SPITZ, BOWLBY, AUBRY, -- AINSWORTH, pues estos otros autores aseveran que en el desencadenamiento de los síntomas depresivos, no entra el factor afectivo sino únicamente los somáticos, (déficits protectores, factores inmunológicos, procesos alérgicos o infecciosos).

Sin embargo autores como M. KLEIN, WINNICOTT y LEBOVICI, han fundamentado seriamente sus postulados acerca de las depresiones en la primera infancia, KLEIN por ejemplo postula que la depresión no es más que la consecuencia de la pérdida del objeto amado agravado por la culpa de sentirse responsable de la desaparición de ese objeto amado. -- WINNICOTT la sitúa cronológicamente en el tiempo del destete y LEBOVICI postula la opinión que a mi juicio pudiera -- ser la más válida y universal, este autor utiliza como modelo el trabajo de FREUD "El Duelo y la Melancolía" y se explica las depresiones en la infancia, sobre todo si el infante es privado de la madre pues así el YO infantil (en -- formación) puede sentirse invadido por el objeto perdido -- -al no haberse logrado la separación individuación- y dada la ambivalencia inicial respecto al objeto maternal. Producir la "depresión por culpabilidad" que como en la manía -- del Duelo también puede transformarse en agitación.

## DEPRESION DE LA SEGUNDA INFANCIA.

A primera vista pareciera que las depresiones no son frecuentes entre los tres y los doce años, pues a menudo pasan inadvertidas si se trata de diagnosticarlas basándonos en la sintomatología típica de las melancolías del -- adulto (llanto, tristeza, ideación inhibida, apatía, inhibición motora) sin embargo este grupo de edad presenta síntomas específicos que es preciso conocer y valorar debidamente.

Consideremos lo siguiente: la posibilidad de aparición de estados depresivos a esta edad nos parecerá menos rara si consideramos que el núcleo de la depresión es la -- pérdida del objeto amoroso y esto se produce, en forma real o fantesada, más frecuentemente en el niño porque necesita más de este objeto de amor, y su pérdida encuentra un YO me nos fuerte que el del adulto para superarlo, añadiéndose a ello un desencadenamiento más fácil de los sentimientos de culpa que juegan tan preponderante papel en las depresiones.

Uno de los enfoques que es muy importante para explicarnos las depresiones en estas fases del desarrollo infantil será la teoría de ERIK II ERIKSON (6), pues este autor postula la existencia de ocho sentimientos que en sentido epigenético van apareciendo en el ser humano a medida -- que va creciendo. Así el surgimiento de los sentimientos -- de Iniciativa III; Industriosidad IV; e Identidad V; abarca esta etapa de los tres a los doce años, resumiendo en -- forma sucinta diremos: Habrán de haberse cumplido los dos primeros sentimientos, Confianza Básica y el de Autonomía -- para llegar a los que más nos interesan en esta etapa y que quizá uno de los mecanismos que pueden influir en la etiología de las depresiones de la segunda infancia sea el no haber llegado a la obtención de estos dos sentimientos en forma adecuada, así, el sentimiento de Iniciativa surgirá entre los tres y los cinco años cuando la energía del YO se --

aplica a su formación, este período es el de la empresa y - la imaginación, de la interferencia con los demás, el momento en que los celos y la rivalidad llegan al clímax, en la competencia por lograr una posición de privilegio respecto a las figuras gratificantes, el fracaso inevitable en esta empresa lo enfrenta por primera vez a sentimientos quizá experimentados antes pero no con la intensidad de este momento; culpa, resignación y ansiedad. En este momento es --- cuando se esta introyectando la figura paterna y por ende - la estructuración del SUPER YO y he aquí el mayor peligro - tanto para el tema que nos ocupa como para la misma estructuración recae cuando al niño se le expone a un agobiante - sentimiento de culpabilidad, por una personalidad sobrecargada y sobrerestringida, así ERIKSON afirma que el conflicto puede expresarse patológicamente con ciertas actitudes - sobrecompensadoras o manifestaciones histéricas.

El sentimiento de Industriosidad IV, llamado también el "sentido del deber y el cumplimiento" para ERIKSON - hace que el niño comience a ser "un trabajador y proveedor-potencial" haciendo que los límites de su YO incluyan a sus herramientas y a sus capacidades experimentando el placer - de la consumación del trabajo. Si se obstaculiza el desarrollo de este sentimiento, permitiendo que el niño pierda la fé en sus herramientas y en su capacidad, se establece - un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Que en nuestro trabajo podrá ser fuente generadora de ansiedad que puede tornarse en ansiedad crónica y posteriormente desencadenar un cuadro depresivo por una disminución en su autoestima. En esta etapa del desarrollo psicosocial juega un papel importantísimo la escuela.

El sentimiento de Identidad V, quizá corresponderá más a la etapa de la adolescencia y lo retomaremos en el momento en que hablemos de la depresión en la adolescencia. Lo incluimos aquí por considerar que la preadolescencia abarca hasta los doce años. En esta etapa de cambios físicos, hormonales, neurohumorales, maduración genital y la --

confusión entre lo deseado y lo prohibido crean el sentimiento de malestar y difusión, así a lo que se aspira es -- que el adolescente logre la "identidad que le permite que haya coincidencia entre lo que uno significa para otros y lo que uno cree que es". Es redundante y obvio puntualizar que ante esta tormenta emocional la respuesta va a ser la depresión, pero debemos nuevamente hacer énfasis en que no se percibirá como la del adulto sino con manifestaciones -- que van a ser incluso contradictorias.

No podemos olvidar lo que la teoría psicoanalítica nos puede aportar durante esta fase que FREUD denominó Latencia y que abarca desde el complejo de Edipo su adecuada resolución o no hasta el inicio de la adolescencia, y de primordial importancia la génesis de los mecanismos de defensa.

FREUD nos habla de la resolución del complejo de Edipo tanto en niños como en niñas en su trabajo denominado "Algunas consecuencias psíquicas de la distinción anatómica entre los sexos" de 1925, y AD LITTERAM dice que "el análisis de la primera infancia es tedioso, trabajoso e impone exigencias que aún no se pueden satisfacer pues nos lleva a oscuras regiones donde todavía no existen referencias" sin embargo mucho se ha avanzado desde 1925 a la fecha, y FREUD mismo en el trabajo de referencia después de un exhausto análisis concluye "El complejo de Edipo, sin embargo, es un asunto tan importante que la manera como se entra o se sale de él no puede quedar sin efecto". En los muchachos, el -- complejo no es reprimido sin más, sino que literalmente queda hecho añicos por el shock de la amenaza de castración. -- Se abandonan sus catexias libidinales, se desexualizan y en parte quedan sublimadas, sus objetos se incorporan al YO, -- donde forman el núcleo del SUPER YO y dan a esta nueva estructura sus cualidades características. En las niñas, falt ta el motivo de la demolición del complejo de Edipo. La -- castración ya ha tenido su efecto, que fué forzar a la cria

tura a la situación del complejo de Edipo. Así, el complejo de Edipo esquivo el destino que encuentra en los niños; puede ser abandonado lentamente o manipulado con la represión o bien sus efectos pueden persistir hasta bien entrada la vida mental normal en las mujeres. (7)

Esta resolución del complejo de Edipo es lo que hace entrar a los niños en la latencia y es ocioso insistir en que de su adecuada resolución o no se puede generar ansiedad crónica, que puede ser manejada incluso en forma bastante aceptable por los mecanismos de defensa que si bien no se originan en esta etapa, es en ella donde por la emergencia de la estructuración del SUPER YO comienzan a ser -- más eficaces.

ANNA FREUD, sostenía que toda persona, tanto normal como neurótica emplea en distintos grados un repertorio característico de mecanismos de defensa. (8)

En los primeros estadios del desarrollo surgen -- las defensas como resultado de los esfuerzos del YO para interponerse entre las presiones del ELLO y las exigencias y rigor de la realidad externa. En cada fase del desarrollo surgen defensas características. La introyección, la negación y la proyección, están asociados son impulsos sádico-orales, mientras que las formaciones reactivas como la vergüenza el disgusto, se desarrollan impulsos y placeres anales. Los mecanismos de defensa de las primeras fases del desarrollo persisten junto con los de los periodos posteriores. Si en la vida adulta predominan las defensas asociadas a las fases pregenitales del desarrollo sobre mecanismos más maduros como la represión y la sublimación la personalidad conserva un aspecto infantil.

Tratando de dar una visión global de cuales son -- las situaciones generadoras de conflicto en esta fase del desarrollo, pasamos ahora a otras consideraciones acerca de

La depresión en esta etapa de los tres a los doce años.

En un estudio realizado en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Upsala (Suecia) realizado en 1970 se encontró que el 77.30% de su muestra de Depresión -- correspondían a las denominadas depresiones neuróticas, --- 8.8% fueron consideradas depresiones endógenas y 13.9% como psicosis maníaco-depresivas, en población infantil (4 a 12).

Es primordial considerar también los matices y -- los rasgos que preferentemente presentan en la sintomatología en diferentes grupos de edad:

Tres a seis años.- la sintomatología es preferentemente --- psicósomática buscando el paciente el lenguaje de los órganos, para expresar su ansiedad y depresión. Cefaleas, trastornos del sueño, alteraciones digestivas, alteraciones de los hábitos, muestran cuando se indaga adecuadamente, un -- fondo depresivo, que obedece a situaciones ambientales generadoras de gran tensión, en la que a pesar de la utiliza--- ción de los mecanismos de defensa, estos ya no están resultando tan efectivos.

Seis a diez años.- los niños de esta edad expresan su depre sión en forma de trastornos de conducta, además de la vía - psicósomática. Así inestabilidad afectiva, fugas, robos, - fracasos escolares, reacciones agresivas, nos hablan de un trasfondo depresivo, teniendo que saber "traducir" este len guaje del comportamiento infantil, para no agravarlo aún -- más con respuestas agresivas que no harán sino empeorar el cuadro.

SANDLER Y JOFFE señalaron los siguientes ítems -- del índice de HAMPSTEAD para diagnosticar depresiones infan tiles entre los seis y los diez años:

- 1.- Niños que parecen tristes o desgraciados, aunque no --- sean conscientes de ello.

- 2.- Niños retraídos con poco interés por las cosas y que -- dan la impresión de que se aburren.
- 3.- Niños descontentos insatisfechos y con poca capacidad -- para las sensaciones placenteras.
- 4.- Niños que tienen la impresión de sentirse rechazados y -- no amados, con tendencia a dejar pronto los objetos que les decepcionan.
- 5.- Niños no dispuestos a aceptar ayuda y consuelo e inclu-- so manifestando decepción cuando parecen aceptarlo si-- lo piden.
- 6.- Tendencia a adoptar una actitud pasiva oral.
- 7.- Insomnio y otros trastornos del sueño.
- 8.- Tendencia al autoerotismo y otras actividades repetiti-- vas.
- 9.- Dificultad para mantener contacto con él.

Los autores no mencionan cuantos criterios se re-- quieren en forma mínima para establecer el diagnóstico, pe-- ro la experiencia del clínico lo hará con cuantos ítems, lo hará de acuerdo a la historia individual y las característi-- cas personales de su paciente.

Independientemente de esta limitación considera-- mos que este índice es un valioso instrumento además de re-- saltar que muchos estudiosos de este campo desde hace tiem-- po han reparado en la existencia de esta entidad nosológica.

Dentro de las depresiones de la segunda infancia-- es importante no olvidar a aquellos pacientes que van de -- los diez a los doce años, a partir de los diez años apare-- cen más frecuentemente cuadros depresivos que se van seme--

jando más a las depresiones del adulto y por ello son más fáciles de diagnosticar. Así el cuadro característico tendrá los siguientes síntomas: pérdida de su alegría habitual, su actividad disminuye, sus rendimientos escolares bajan, se muestran indiferentes y pasivos, llegan a la apatía, reacciones de ansiedad con llanto y miedos frecuentes ideas obsesivas, fóbicas, insomnio, quejas continuas, sensación subjetiva de que no pueden pensar, se les olvidan las cosas y un sentimiento de impotencia del que nadie, ni sus padres ni el médico los pueden sacar. Es imprescindible mencionar que todos los eventos que pueden alterar o ser significativos en su vida, pueden asimismo ser factores desencadenantes o agravantes de un cuadro depresivo (muertes, separaciones, divorcio de los padres, etc.).

Aunque no es uno de los objetivos del presente -- trabajo es sumamente importante mencionar que todas las depresiones tienen un trasfondo tanático hacia la destrucción y considerando que el pequeño paciente muchas veces -- percibe en su medio ambiente el no haber sido deseado o si lo fué que por su misma sintomatología ya no es el hijo -- ideal que no mantiene los estándares de expectativas de los padres, es natural la evolución de su pensamiento hacia la autodestrucción al no poder volcar la agresión hacia el mundo exterior por las continuas situaciones en que se encuentra en franca desventaja frente a ese mismo mundo.

Así el pequeño piensa en su eliminación como un -- acto volitivo, así piensa en el SUICIDIO, pero su pensamiento al no tener una idea exacta de la muerte ha sido descartado por muchos teóricos como un acto voluntario pues el pequeño cree aún en la reversibilidad del fenómeno, aún así -- las ideas del suicidio y el suicidio mismo son excepcionales antes de los diez años, pero es muy importante considerar que el grupo de edad que presenta mayor número de suicidios es el de los adolescentes ejemplificando esta situación encontramos que en E.E.U.U. los casos de suicidio en --

1971 de jóvenes comprendidos entre quince y veinticuatro -- años presenta una tasa de 19 por 100 000 habitantes.

Existe un síndrome descrito de "depresión por inferioridad" en adolescentes dado por dificultades de identificación con los padres, quienes fallan en aceptar las debilidades de los hijos como también sus realizaciones, haciendo notar que esta situación ha venido sucediendo solo en nuestros días en sociedades altamente tecnificadas.

### FORMAS MANIACAS.

Esta situación diagnóstica es sumamente difícil - pues aunque realmente son pocas, la dificultad estriba realmente en que para llegar a considerar como patológicas la alegría, la expansión, el jugueteo, la hiperactividad características de las diferentes etapas del desarrollo infantil, y establecer la línea divisoria de estado anímico con el de la exaltación del estado de ánimo, la labilidad emocional, la labilidad ideativa, la hiperactividad que son características y típicas de los estados maniacos del adulto, se necesita que en el pequeño paciente hayan alcanzado cierta intensidad para que pueda percibirse su carácter patológico.

Sin embargo las primeras referencias las encontramos ya en 1928 RUMKE y en 1961 VAN KREVELEN, han independizado los cuadros clínicos, en la edad escolar, y en la pre-pubertad y que se consideran como las formas infantil y juvenil de la manía.

La descripción de esta entidad se centra en las siguientes manifestaciones. Un cambio creciente en el humor, conducta y actitudes del niño: hiperactividad progresiva, que llega a la excitación y agitación psicomotriz, lo que hace difícil la convivencia en casa y en la escuela, el lenguaje logorreico y coprolálico, sueño intranquilo que evoluciona al insomnio, la ideación cada vez se hace más rápida lo que encanta al niño en su inicio, pero cada vez el-

contenido se va haciendo más fantástico, hasta conformar -- ideas de grandeza y poder (delirios), llegando a aparecer - pseudopreceptores alucinatorias auditivas o visuales. Estos estados maníacos llegan a adoptar una forma fásica alternando con períodos normales, que puede evolucionar al -- llegar la juventud a una hipomanía crónica, o a un franco - estado maníaco.

WINNICOT siguiendo el modelo kleiniano nos habla de que la posición depresiva se puede pasar a una posición maníaca de defensa, "defensa maníaca", que tiene por misión negar la realidad interior, para evitar la angustia depresiva profunda. (5)

### FORMAS MANIACO DEPRESIVAS.

MOREAU, EMMINGHAUS, HOMBURGER, afirmaron la existencia de psicosis circulares, fueron quienes primeramente trataron niños con alteraciones psíquicas, posteriormente - KANNER, y otros autores negaron esta posibilidad de una forma rotunda, algunos lo mencionaron como una posibilidad remota, y a últimas fechas se ha vuelto a considerar esta posibilidad diagnóstica, el síndrome maníaco-depresivo en el niño y el adolescente. (5)

Debemos considerar primeramente que la alternancia de fases de exaltación y depresión, son raras en la infancia, y van aumentando en frecuencia en la prepubertad y son más frecuentes durante la adolescencia.

La carga hereditaria al igual que en el adulto es alta y si ambos padres padecen Psicosis Maníaco Depresiva - es de 62.5%.

Los síntomas son los de la exaltación maníaca y - la depresión, alternando en su aparición en forma fásica -- con períodos intercalados de normalidad lo que llama poderosamente la atención, es la menor duración de las fases, lle

gando a ser de sólo 24 horas.

Lo más difícil para el clínico es establecer el diagnóstico por lo que MENDIGUCHIA sugiere adoptar el criterio de ANTHONY Y ESCOTT de diez rubros.

- 1.- Aparición de un cuadro clínico que corresponde a las -- descripciones de la psicosis maníaco-depresiva clásica-- de KRAEPELIN y BLEULER.
- 2.- Antecedentes familiares homólogos.
- 3.- Tendencia precoz a mostrar formas de reacción ciclotímicas, como las oscilaciones afectivas en los estados febriles.
- 4.- Aparición de por lo menos una recidiva de las fases.
- 5.- Cuadros de las dos fases (manía y melancolía).
- 6.- Poca probabilidad para demostrar causas exógenas en su aparición.
- 7.- Cuadros suficientemente intensos en su manifestación patológica en el sentido de que sea necesario establecer un tratamiento psicofarmacológico.
- 8.- Personalidad previa anormal extravertida.
- 9.- Exclusión de esquizofrenia o causa orgánica de la psicosis.
- 10.- Comprobación del diagnóstico por el curso.

Todas estas consideraciones para despejar la incógnita que representa un pequeño paciente con múltiple sintomatología que a veces crea confusión en el clínico pero el diagnóstico de esta entidad debe asentarse muy bien y ser muy cauteloso para impartirlo.

Para la presentación de este trabajo solo se ha hecho la descripción de las formas maníacas y las formas --maníaco-depresivas, sin embargo, la fundamentación del mismo esta orientada únicamente a las formas depresivas en la infancia y sobre ellas versará el siguiente capítulo.

## SUJETOS Y METODO

Se trata de obtener un estudio retrospectivo y --longitudinal (8) en el que se recaba información de 50 expedientes del Hospital "Dr. Juan N. Navarro" de pacientes visitos y manejados en este hospital durante el año de 1976.

En los que se hizo el diagnóstico de Depresión o Equivalentes Depresivos, los datos para su análisis posterior se agrupan por:

- 1) EDAD.
- 2) SEXO.
- 3) ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL.
- 4) ANTECEDENTES PRENATALES.
- 5) PRIMERA INFANCIA. PERSONALIDAD PREVIA  
DESARROLLO PSICOBIOLOGICO.
- 6) EDAD DE INICIO DE LA PRESENTACION DE SINTOMAS.
- 7) CUADRO CLINICO. DEPRESION EN LA INFANCIA. CRITERIOS DE--  
SANDLER Y JOFFE.  
FAMILIA DISFUNCIONAL (ASPECTOS SOCIOLO--  
GICOS Y ANTROPOLOGICO-CULTURALES).  
DIAGNOSTICO DE ALGUNA OTRA PSICOSIS A--  
FECTIVA.
- 8) EVALUACION. PSICOLOGICA.  
E. E. G.

9) TIPO DE TRATAMIENTO. MEDICAMENTOSO.  
PSICOTERPIA. INDIVIDUAL.  
GRUPO.  
FAMILIAR.

10) EVOLUCION. MEJORIA  
RECAIDAS.  
SEGUIMIENTO.

También se aplicaron los criterios para el Diagnóstico de depresiones infantiles entre los seis y diez años. A posteriori sobre la descripción del punto siete anterior - caudro clínico.

SANDLER Y JOFFE, señalan los siguientes items del índice de Hampstead.

- 1.- Niños que parecen tristes o desgraciados, aunque no sean conscientes de ello.
- 2.- Niños retraídos, con poco interés por las cosas y que -- dan la impresión de que se aburren.
- 3.- Niños descontentos insatisfechos y con poca capacidad para las sensaciones placenteras.
- 4.- Niños que tienen la impresión de sentirse rechazados y -- no amados, con tendencia a dejar pronto los objetos que -- les decepcionan.
- 5.- Niños no dispuestos a aceptar ayuda y consuelo e incluso manifestando decepción cuando parecen aceptarlo si lo piden.
- 6.- Tendencia a adoptar una actitud pasiva oral.
- 7.- Insomnio y otros trastornos del sueño.

8.- Tendencia al autoerotismo y otras actividades repetitivas.

9.- Dificultad para mantener contacto con él.

1) EDAD. Encontramos que nuestros pacientes presentaban el rango de los 4 a los 14 años, y por grupos de edad de:

Cuatro a seis años.	12 pacientes	.....24%
Seis a ocho años.	21 pacientes	.....42%
Ocho a diez años.	6 pacientes	.....12%
Diez a catorce años.	11 pacientes	.....22%

(Ver gráfica 1)

2) SEXO. Los pacientes estaban distribuidos por sexo de la siguiente forma:

Masculino.	33 pacientes	.....66%
Femenino.	17 pacientes	.....34%

(Ver gráfica 2).

3) ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL.

Padres.	11 pacientes	.....22%
Madres.	8 pacientes	.....16%
Hermanos.	3 pacientes	..... 6%
Abuelos.	5 pacientes	.....10%

NO EXISTEN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL 18 pacientes. 36%

No hay datos en el expediente. 1 paciente 2%

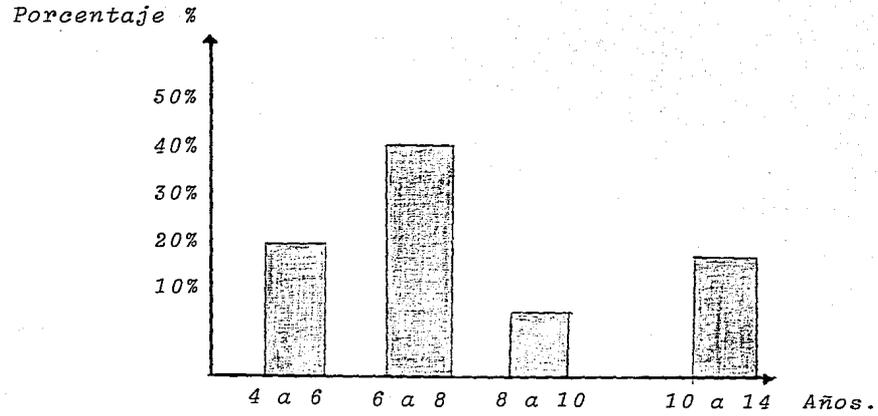
Los antecedentes positivos son, alcoholismo, farmacodependencia, crisis convulsivas, retardo mental, esquizofrenia, maltrato físico, suicidio y enfermedad maníaco depresiva.  
(Ver gráfica 3).

4) ANTECEDENTES PRENATALES. Los agrupamos primero por gesta, y después por las CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL NACIMIENTO.

Gesta I.	14 pacientes	.....28%
Gesta II.	12 pacientes	.....24%

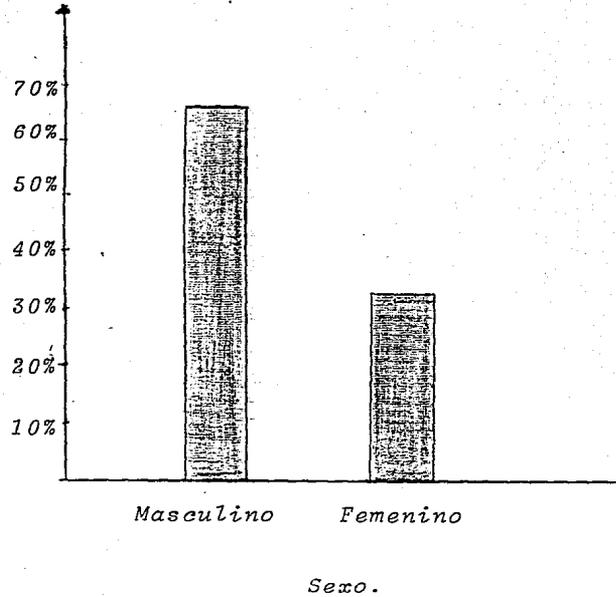
GRAFICA 1

GRUPOS DE EDAD.



GRAFICA 2

INCIDENCIA POR SEXO



GRAFICA 3

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL



Gesta III.	11 pacientes .....	22%
	(1 producto gemelar).	
Gesta IV.	5 pacientes .....	10%
Gesta V.	2 pacientes .....	4%
Gesta VI.	2 pacientes .....	4%
Gesta VII.	1 paciente .....	2%
Gesta VIII.	3 pacientes .....	6%

CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DEL NACIMIENTO.

Trabajo de parto prolongado (más de doce horas).	8...16%
Atendido por empujadora.	12 pacientes...24%
Ameritó incubadora.	2 pacientes... 4%
Parto eúctico.	14 pacientes...28%
Parto pélvico.	2 pacientes... 4%
Presento hipoxia neonatal.	4 pacientes... 8%
Presento prematuréz.	6 pacientes...12%
Presento macrosomía.	1 paciente ... 2%
Se desconocen.	11 pacientes...22%

Algunos pacientes presentaron una o más características - al mismo tiempo por ejemplo: prematuréz, atendido por empujadora e hipoxia neonatal.

(Ver gráfica 4).

5) PRIMERA INFANCIA. Se tomaron en cuenta dos aspectos:

PERSONALIDAD PREVIA Y DESARROLLO PSICOBIOLOGICO.

PERSONALIDAD PREVIA: contempla cinco rubros.

Se desconoce.	4 pacientes.....	8%
No hay datos en el expediente.	14 pacientes.....	28%
Afectuoso.	21 pacientes.....	42%
Indiferente o tímido.	5 pacientes.....	10%
Hosco, agresivo, irritable.	6 pacientes.....	12%

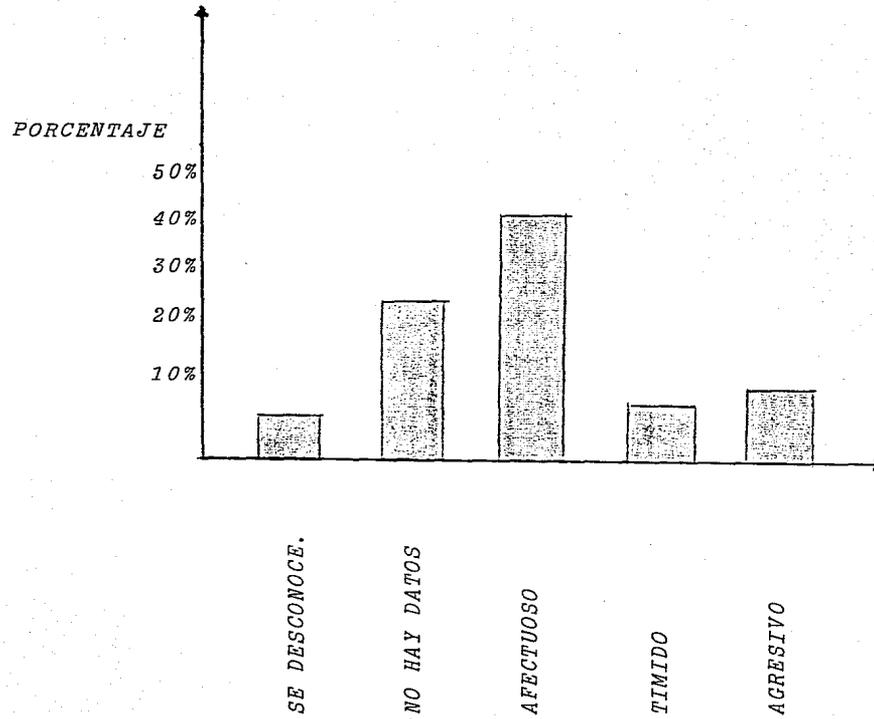
(Ver gráfica 5).

CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DEL NACIMIENTO



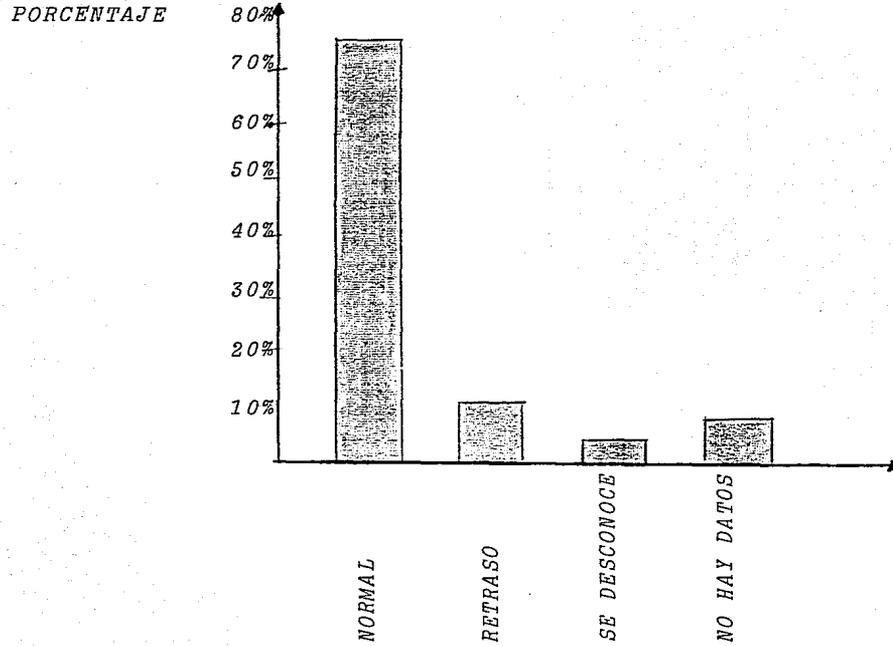
GRAFICA 5

PERSONALIDAD PREVIA



GRAFICA 6

DESARROLLO PSICOBIOLOGICO



DESARROLLO PSICOBIOLOGICO:

Normal o esperado.	38 pacientes.....	76%
Retraso.	6 pacientes.....	12%
Se desconoce.	2 pacientes.....	4%
No hay datos en el expediente.	4 pacientes.....	8%

(Ver gráfica 6).

6) EDAD DE INICIO DE LA PRESENTACION DE SINTOMAS. En un rango de 2 a 11 años.

Dos años de edad.	3 pacientes.....	6%
Tres años de edad.	6 pacientes.....	12%
Cuatro años de edad.	14 pacientes.....	28%
Cinco años de edad.	4 pacientes.....	8%
Seis años de edad.	8 pacientes.....	16%
Siete años de edad.	5 pacientes.....	10%
Ocho años de edad.	NINGUNO	
Nueve años de edad.	1 paciente .....	2%
Diez años de edad.	2 pacientes.....	4%
Once años de edad.	7 pacientes.....	14%

(Ver gráfica 7).

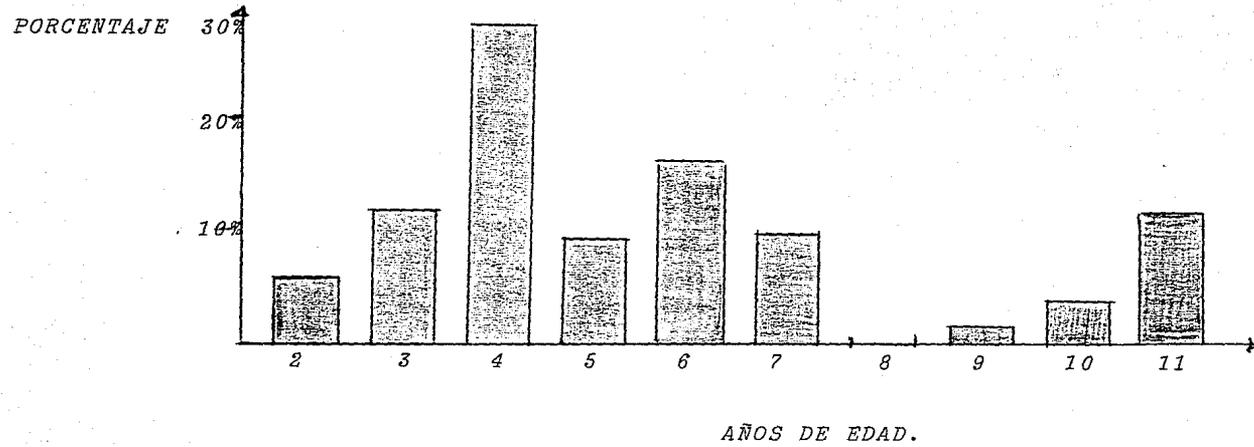
7) CUADRO CLINICO.

DEPRESION EN LA INFANCIA (Criterios de SANDLER Y JOFFE).  
FAMILIA DISFUNCIONAL (Aspectos sociológicos y antropológico-culturales).  
CRITERIOS DE SANDLER Y JOFFE DEL INDICE DE HAMPSTEAD.

- 1.- Niños que parecen tristes o desgraciados, aunque no sean conscientes de ello.  
2 pacientes ..... 4%
- 2.- Niños retraídos, con poco interés por las cosas y dan la impresión de que se aburren.  
3 pacientes ..... 6%

GRAFICA 7

EDAD DE INICIO DE LA SINTOMATOLOGIA

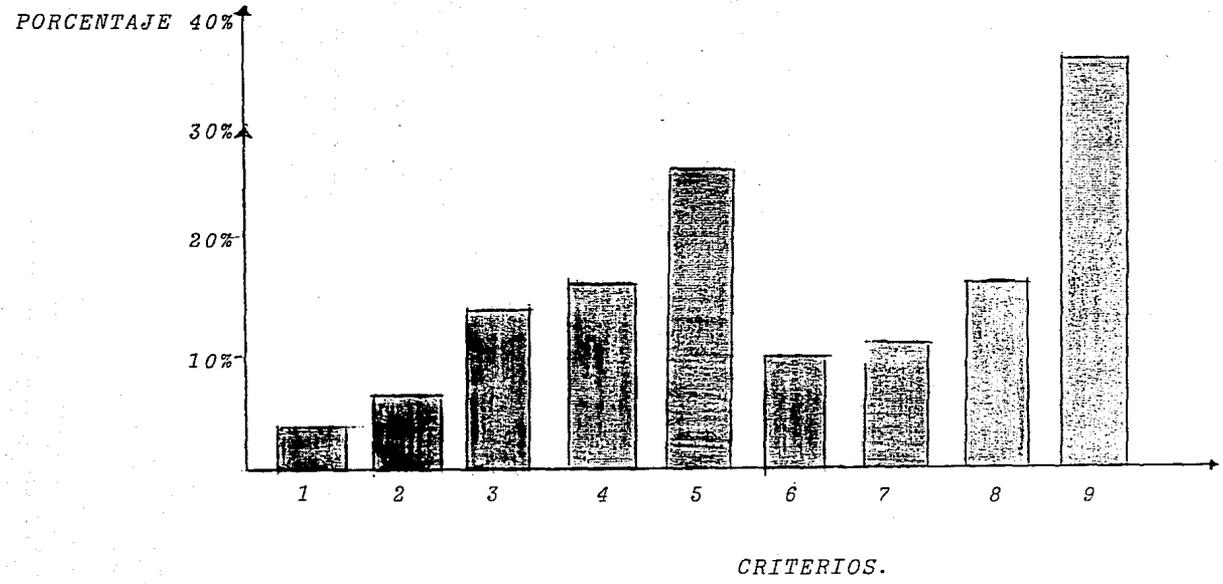


- 3.- Niños descontentos insatisfechos y con poca capacidad para las sensaciones placenteras.  
7 pacientes .....14%
- 4.- Niños que tienen la impresión de sentirse rechazados y no amados, con tendencia a dejar pronto los objetos que les decepcionan.  
8 pacientes .....16%
- 5.- Niños no dispuestos a aceptar ayuda y consuelo e incluso manifestando decepción cuando parecen aceptarlo si lo piden.  
13 pacientes .....26%
- 6.- Tendencia a adoptar una actitud pasiva oral.  
5 pacientes .....10%
- 7.- Insomnio y otros trastornos del sueño.  
6 pacientes .....12%
- 8.- Tendencia al autoerotismo y otras actividades repetitivas.  
8 pacientes .....16%
- 9.- Dificultad para mantener contacto con él.  
18 pacientes .....36%  
(Ver gráfica 8).

Hubo varios pacientes que presentaron al mismo tiempo -- dos o tres criterios del índice de HAMPSTEAD, además de los siguientes síntomas que a continuación se enumeran -- con su consiguiente porcentaje.

Hurtos.	1 paciente	.....	2%
Bajo rendimiento escolar.	9 pacientes	.....	18%
Ideas suicidas.	2 pacientes	.....	4%

DEPRESION CRITERIOS DE SANDLER Y JOFFE



*Intentos de ahorcar*

<i>a otros niños.</i>	<i>1 paciente</i>	<i>.....</i>	<i>2%</i>
<i>Ingestión de alcohol.</i>	<i>1 paciente</i>	<i>.....</i>	<i>2%</i>
<i>Enurésis.</i>	<i>23 pacientes</i>	<i>.....</i>	<i>46%</i>
<i>Tics.</i>	<i>1 paciente</i>	<i>.....</i>	<i>2%</i>
<i>Trastornos de lengua</i>			
<i>je.</i>	<i>8 pacientes</i>	<i>.....</i>	<i>16%</i>

*FAMILIA DISFUNCIONAL.*

*Padres que habian muerto.- Padres. 3....6%*

*Madres. 4....8%*

*Padres (varones) que habian abandonado la familia*  
*9....18%.*

*Pacientes adoptados. 2....4%*

*Pacientes violados. 1 (varón)....2%*

*Pacientes que recibieron maltrato físico grave.*  
*3....6%*

*Familia con ambos padres, que se sabotean la autoridad.*  
*13....26%*

*Familia con ambos padres, ejercen equitativamente la au-*  
*toridad. 5....10%*

*Pacientes al cuidado la mayor parte del tiempo por abue-*  
*las. 18....36%*

*Uno murió antes de nacer el paciente. (Ver gráfica 9).*

**8) EVALUACION: Mediante Pruebas Psicológicas y Electroencefalograma.**

**PRUEBAS PSICOLOGICAS.**

*No se presentaron.- 3 pacientes ....6%*

*No hay datos en el expediente.- 13 pacientes ....26%*

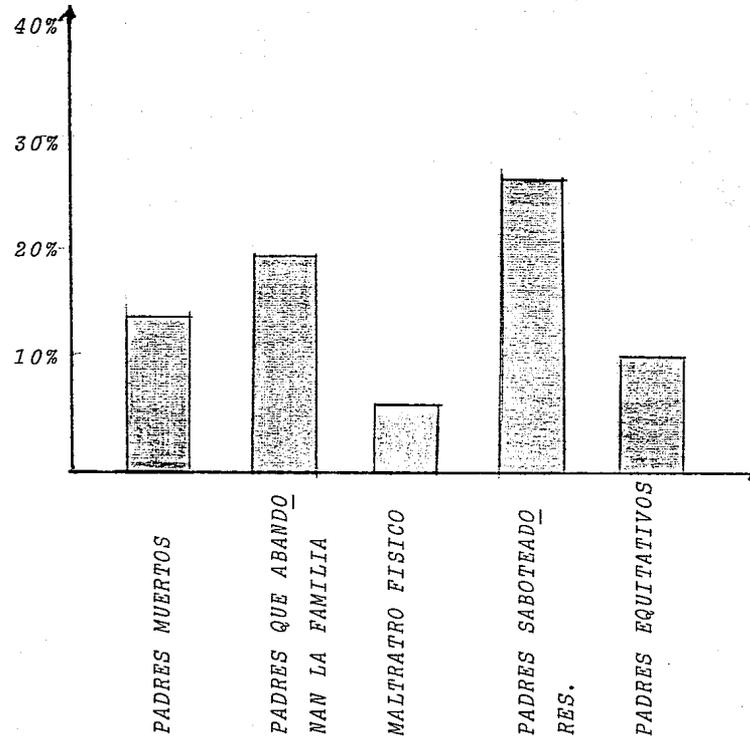
*Prueba de Bender.- Aplicado a 34 pacientes reporta Daño-*  
*Orgánico Cerebral en 28 pacientes.56%*

*Prueba de WISC.- Aplicada a 34 pacientes nos da las si-*  
*guientes mediciones de C.I. Cociente-*  
*Intelectual.*

*Normal Brillante.- 4 pacientes... 8%*

GRAFICA 9

FAMILIA DISFUNCIONAL



Término medio.- 8 pacientes...16%  
Debilidad Mental Superficial.- 12 ---  
pacientes....24%  
Debilidad Mental Media.- 10 pacien---  
tes....20%  
(Ver gráfica 10)

ELECTROENCEFALOGRAMA.

No hay datos en el expediente.- 5 pacientes...10%  
Inmadurez.- 3 pacientes.... 6%  
Anormalidad.- 12 pacientes....24%  
Normalidad.- 30 pacientes....60%  
(Ver gráfica 11).

9) TIPO DE TRATAMIENTO: MEDICAMENTOSO.

PSICOTERPIA: INDIVIDUAL  
GRUPO  
FAMILIAR.

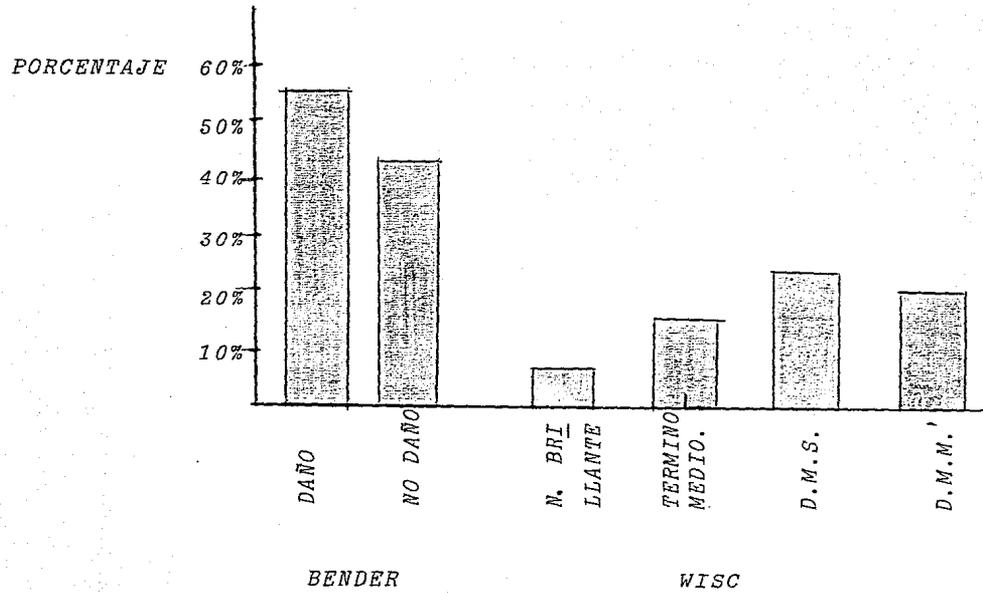
MEDICAMENTOSO:

No hay datos en el expediente. 3 pacientes.... 6%  
No se prescribió. 5 pacientes....10%  
Si se prescribió 42 pacientes....84%  
El medicamento que más se prescribió.  
Carbamazepina. 23 pacientes....46%  
Tioridazina. 7 pacientes....14%  
Imipramina. 16 pacientes....32%  
Perfenazina. 1 paciente .... 2%  
Difenilhidantoinato 8 pacientes....16%  
Dextroanfetamina. 2 pacientes.... 4%  
Se prescribieron en ocasiones dos o tres medicamentos si  
multáneamente.  
(Ver gráfica 12).

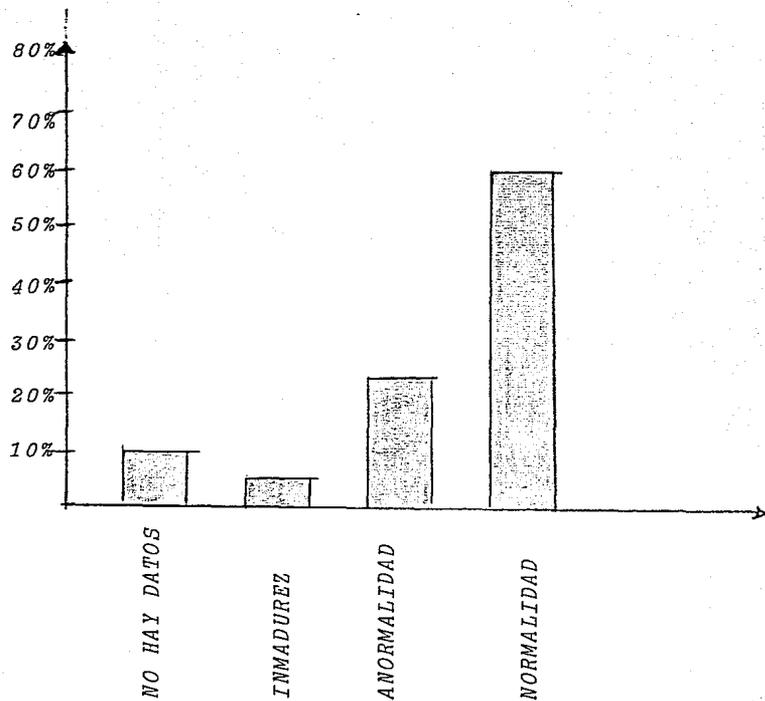
PSICOTERAPIA: no se proporcionó ningún tipo de psicoterapia, solamente se canalizó un paciente a Ortalalia, otro a Terapia Física.

10) EVOLUCION: MEJORIA, RECAIDAS, SEGUIMIENTO.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS

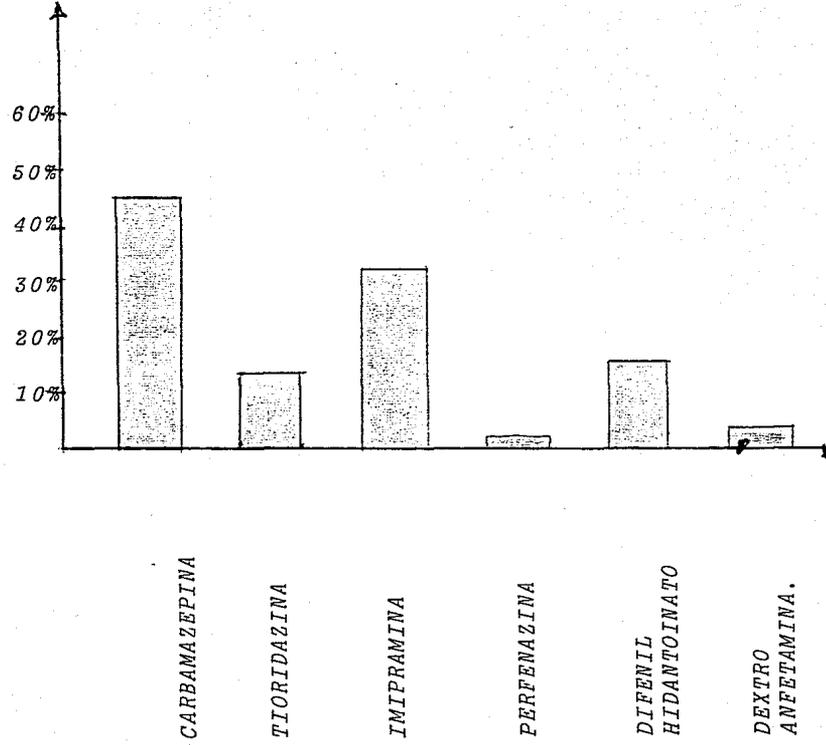


ELECTROENCEFALOGRAMA



GRAFICA 12

MEDICAMENTOS



MEJORIA.- a un año de tratamiento. 28 pacientes....56%

NO MEJORIA.- 22 pacientes....44%

RECAIDAS.- de los 28 mejorados recayeron sólo 5 pacientes.

SEGUIMIENTO.- a los 3 años 14 pacientes siguen acudiendo a seguimiento.

De estos 22 pacientes, 1 se fugo de su casa, 9 acudieron solo a la primera cita, 3 asistieron solo 2 meses-- 7 acudieron en forma irregular.

## CONCLUSIONES.

En este trabajo que trata de ser un estudio retrospectivo longitudinal encontramos que:

Por grupos de edad estos pacientes la mayor incidencia es en el período de los (seis a los ocho) años.

Que en la variable de sexo, varones predominan sobre las mujeres casi en una relación de 2 a 1.

En lo que se refiere a antecedentes de enfermedad mental en los ascendientes directos y hermanos hay una proporción de 54% con antecedentes positivos a la enfermedad mental y 36% con antecedentes negativos.

Considerando que algún factor orgánico pudiera estar modificando u originando la enfermedad, indagamos -- que solo 28% se reportaba un parto eutócico, con alteraciones en el perinato 44%, y 24% había sido atendido por empírica (con los riesgos consecuentes).

La primera infancia tanto el desarrollo psicobiológico como el emocional nos muestran que el 76% de los pacientes presentó un desarrollo normal y en 12% de los pacientes hubo un retraso. En cuanto a la personalidad previa antes de la aparición de la entidad patológica, hubo -

un cambio importante en el humor en 22% de los pacientes-- y en 42% hubo cambios pero menos significativos, lo que -- nos habla de un 64% de alteraciones del humor.

La gráfica número 7 que nos ilustra acerca de la edad en que se presentó la sintomatología por primera vez-- nos muestra que a los cuatro años, a los seis y a los once se eleva la incidencia.

En cuanto a la clínica encontramos muchos hallazgos al aplicar la escala de SANDLER y JOFFE, primeramente-- los ítems 5 y 9 se encuentran presentes más frecuentemente, los mismos nos describen a niños que son difíciles para -- mantener contacto, no dispuestos a aceptar ayuda y consuelo, e incluso manifestando decepción al recibirlo aún cuando sea solicitado por ellos, con tendencia a sentirse rechazados y no amados, con tendencia al autoerotismo o actividades repetitivas, niños descontentos e insatisfechos, e incapaces de aceptar las sensaciones placenteras. Todo lo que nos resume un trastorno afectivo, con una baja en el -- talante y anhedonia.

Entre los hallazgos encontramos síntomas como, -- agresividad, ideación suicida, enuresis, bajo rendimiento-- escolar, ingestión de alcohol, trastornos de lenguaje, hur-tos.

Orientándonos hacia la familia ambiente en el -- que el niño se desarrolla y del cual toma sus objetos amados y sus figuras de identificación (al menos idealmente), encontramos que en 14% de los casos habían sufrido la muerte de un padre, 40% de los casos las relaciones eran dis-funcionales o bien porque el padre los había abandonado o -- porque los padres tenían desacuerdos en el manejo de los -- hijos, en 36% de los casos eran cuidados la mayor parte -- del tiempo por familiares (abuelas), y solamente en 10% de los casos existía un ambiente armónico en el hogar.

La evaluación mediante instrumentos Pruebas Psicológicas y Electroencefalograma para correlacionar la información de las condiciones del nacimiento en una búsqueda de secuelas nos ilustra de la siguiente forma; recordemos que el 44% de los casos habían tenido alteraciones en el perinato, así encontramos que en la Prueba de Bender -- hay datos que sugieren DOC (Daño Orgánico Cerebral) en 28-pacientes, por lo que podemos creer que la percepción del entorno en estos niños no es la óptima al igual que su desempeño. Ayudémonos de los datos de E.E.G. que nos dicen que hay alteración en 30% de los casos. Aunque en la aplicación de la prueba de WISC encontramos nuevamente un 44% en los rubros de Debilidad Mental Superficial y Debilidad Mental Media. Término medio 16% y Normal Brillante 8%.

En el aspecto del manejo encontramos que sola-- mente se les maneja con Psicofármacos, y no se dió ningún otro tipo de tratamiento como la psicoterapia en ninguna de sus modalidades. Solo se envió a 2 pacientes a otros servicios como Ortotalia y Terapia Física.

Y de los medicamentos el más utilizado fué el - TEGRETOL (Carbamazepina) seguido de la IMIPRAMINA (Tofranil) y del EPAMIN (Difenilhidantoinato), haciendo énfasis que en muchas ocasiones se utilizaron dos o tres medicamentos, el mismo tiempo.

De la evolución podemos decir que se reporta me joría en 28 pacientes después de un año de tratamiento y no mejoría que puede deberse a múltiples causas en 22 pacientes.

RESUMIENDO: Lo que este trabajo nos aporta en síntesis es:

De los pacientes vistos en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" durante el año de -- 1976 en los que se sospecho de un trastorno afectivo del tipo depresivo, EL PERFIL ES la edad de mayor incidencia-

fué de los seis a los ocho años, con predominio del sexo masculino en relación 2 a 1, con antecedentes de enfermedad mental en la familia en 54% de los casos, con alteraciones en las condiciones del nacimiento en 44% de los niños, con un desarrollo psicobiológico adecuado en 76% de los pacientes; por lo que se refiere a la personalidad previa hubo un cambio de humor en el 64% de los casos, que la primera manifestación de la sintomatología ocurrió a los 4 años, en la clínica encontramos niños difíciles, que no aceptan ayuda aunque la demanden, con la sensación de ser rechazados, no amados, con tendencia a la autoestimulación, aislamiento y anhedonia, en cuanto a la familia, esta era disfuncional en 40% de los casos y un progenitor había muerto en 14% de los casos; las mediciones a través de Pruebas Psicológicas y EEG, consignan que en la Prueba de Bender hay sugerencia de Daño Orgánico Cerebral en 56%, el WISC nos reporta 44% de los casos en DMS y DMM, y el Electroencefalograma nos muestra alteración en 30% de los casos; estos pacientes fueron manejados solamente con Psicofármacos, preferentemente TEGRETOL y se obtuvo mejoría después de un año de tratamiento en 56% de los casos (28 pacientes).

## BIBLIOGRAFIA.

1. *Ey, Henry; Bernard, P; Brisset, CH; Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray Mason 8ava. Edición.*
2. *Freedman, AM; Kaplan, HJ; Sadock BJ; Compendio de Psiquiatría. Ed. Salati 1a. edición 1975. 7a. reimposición 1973.*
3. *Spitz, René A; El Primer Año de Vida del Niño. Editorial Fondo de Cultura Económica 1a. edición, 1965, 6a. reimposición 1982.*
4. *Bleichmar, Hugo; La Depresión un Estudio Psicoanalítico. Ediciones Nueva Visión 3a. edición 1980.*
5. *Mendiguchia Quijada, F,J; Psiquiatría Infanto-Juvenil- Ediciones del Castillo, 1a. impresión 1980.*
6. *Erikson Erik; Infancia y Sociedad. Ediciones Hormé -- Ed. Paidós 1966.*
7. *Lindzey, G.; Hall, C,S; Manosevitz, M.; Teorías de la Personalidad. Editorial Limusa 2a. edición 1982.*
8. *Mac. Mahon B; Pugh T,F; Principios y Métodos de Epidemiología. Editorial La Prensa Médica Mexicana 2a. edición 1975.*
9. *Annell, A. L.: The Prognosis of Psychotic Syndromes in Children. Acta Psychiat. Scand., 39/2, pp. 235-239 - 1963.*
10. *Anthony, J. y Scott, P.: Manic Depressive Psychosis in Childhood. J. Child, Psychol, 1, p. 53, 1960.*
11. *Bergman, P. y Escorla, S.: Unusual Sensitivities in -- Very Young Children. (The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 3-4) New York University Press, 1949.*

12. Cain, A. C.: *Special "Isolated" Abilities in Severely-Psychotic Young Children.* *Psychiat*, 32, p. 137, 1969.
13. Despert, J. L.: *Suicide and Depression in Children -* *Nerv. Child.*, 9, p. 378, 1952.
14. Feinstein y Wolperte, a.: *La maladie maniaco-depressive juvenile.* *Psychiat. Enfant*, 1, pp. 133-147, 1972.
15. Hall, M. B.: *Our Present Knowledge about Manic-Depressive States in Childhood.* *Nerv. Child.* 52, 9, pp. - 319-325, 1952.
16. Asch, S. S.: *"Depression: Three Clinical Variations"-* *en The Psychoanalytic Study of the Child*, 21, pp. --- 150-171, 1966.
17. Beck, A. T., Sethi, B. V., Tuthill, R. W.: *Childhood-Bereavement and Adult Depression,* *Arch. Ben. Psychiat* vol. 9, pp. 295-302, 1963.
18. Bowlby, J.: *Grief and Mourning in Infancy and Early -* *Childhood,* *en Psychoanalytic Study of the Child*, 15,- 9-52, 1960.
19. Freud, S.: *Duelo y Melancolía,* S.E., 1917.
20. Klein, M.: *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos,* *en Contribuciones al psicoanálisis.* Hormé, Buenos Aires, 1964.
21. Lorand, Sandor: *Adolescent depression,* *The Internat.-* *J. of Psycho-analysis,* vol. 48 pp. 53, 1967.
22. Mahler, M.: *Some Preliminary Notes on the Developeme---* *ment of Basic Moods, including Depression,* *Canad. Psy* *chiat. Ass. J.,* 11, Sp. Suppl., p. 250, 1966.

23. Rado, S.: *El problema de la melancolía, en Garma, A. - y Racovsky, A. (comps.) Psicoanálisis de la melancolía, APA, Buenos Aires, 1948.*
24. Sandler J. y Joffe, W. G.: *Notes on Childhood Depre--- ssion, The Internt. J. Of Psycho-Analysis, vol. 46, - pp. 88-89, 1965.*
25. Spitz, R.A.: *Hospitalism, The Psychoanalytic Study of- the Child, 1, pp. 51-74, 1945.*
26. Zetsel, E. R.: *The Predisposition to Depression, J. Ca- nad. Psychiat. Assn. Suppl., vol. 11, pp. 236-249, --- 1966.*
27. Abraham, K. (1911): *Notes on the Psycho-analytical In- vestigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions, Selected Papers on Psycho-Analy- sis. Londres: Hogarth Press, 1927.*  
(1916): *The First Preenital Stage of the Libido, Se-- lected Papers on Psycho-Analysis, Londres: Hogarth, -- Press, 1927.*  
(1924): *A Short Study of the Development of the Libido Viewed in the Light of Mental Disorders, Selected Pa- pers on Psycho-Analysis, Londres: Hogarth Press, 1977.*
28. Balint, A. (1954): *The Early Years of Life. Nueva --- York: Basic Books.*
29. Caplan, G. [ed.] (1955): *Emotional Problems of Early - Childhood. Nueva York: Basic Books.*
30. Ferenczi, S.: (1916): *Stages in the Development of the Sense of Reality, en Sex in Psychoanalysis. Nueva --- York: Basic Books, 1950.*
31. Freedman, D. A. (1961): *The Infant's Fear of Strangers and the Flight Response, J. Child Psychol. Psychiat, 2.*

32. Gould, R. E.: *Suicide problems in children and adolescents*. *Amer. J. Psychother.* 19: 228, 1965.
33. Sandler, J. and Joffe, W. G.: *Notes on childhood depression*, *Int. J. Psychoanal.* 46: 88, 1965.

DR. DON JOSEFO DIAZ AGUIRRE

*Maria Josefa Diaz A*