

figura/fondo

UN ENFOQUE GESTÁLTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Ma. del Pilar Mosqueda Montiel (*)

INTRODUCCIÓN

El tema de la conducta *diferente*, llamada Psicopatología, ha sido objeto de múltiples investigaciones; ha interesado a los estudiosos de la Psicología de cualquier corriente. Y si se habla particularmente de la conducta distinta en el niño, el tema se torna aún más apasionante.

En mi práctica docente, terapéutica y como supervisora de estudiantes de Psicología que inician sus prácticas profesionales con niños, he observado frecuentemente que algunos niños enviados a terapia presentan síntomas de estado de ánimo deprimido –e incluso el trastorno depresivo completo-, pero que por falta de conocimiento se etiqueta como un niño “mal portado”, grosero y desobediente. Como consecuencia, la manera de intervenir no es la ideal para un niño que parece manejar una contradicción entre sentimientos de enojo no expresado y culpa por las mínimas expresiones del mismo, y con dificultades en general para expresar claramente sus sentimientos y necesidades. Asimismo, si se toma en cuenta que las manifestaciones de depresión en el niño son en ciertos aspectos distintas a las de los adultos, esto contribuye a la mala identificación, y por consiguiente a una peor intervención. Por otra parte, la información existente sobre el tema desde un enfoque puramente gestáltico es relativamente escasa, y aún se continúan utilizando algunos marcos de referencia psicoanalíticos en sus explicaciones. De ahí surge el interés por abordar el tema del Enfoque Gestáltico de la Depresión Infantil.

El objetivo general es proporcionar una descripción gestáltica de la depresión en el niño. Los objetivos específicos son:

- Explicar la visión gestáltica sobre la depresión en el niño.
- Identificar el momento en el ciclo de la experiencia en que el niño se interrumpe en las manifestaciones de depresión.
- Identificar el modo de relación característico del niño con depresión.

(*) **Ma. del Pilar Mosqueda M.** Lic. en Psicología de la Universidad del Valle de México, Orientadora Humanista y Psicoterapeuta Gestalt del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Miembro de la Sociedad Mexicana de Psicología. Actividad docente en la UVM y en el IHPG Satélite. Práctica psicoterapéutica privada.

El presente artículo se encuentra dividido en tres partes. La primera, denominada “*Normalidad y Anormalidad Infantil*”, muestra una breve reseña histórica sobre el estudio de la conducta *diferente* en el niño; asimismo, refiere la dificultad para definir el término *Psicopatología* y más aún cuando se trata de niños. Finalmente, contiene un apartado con la visión humanista de este tema.

La segunda, titulada “*Depresión Infantil*”, aborda la diferenciación de la depresión como síntoma, síndrome y trastorno, explicando qué es este fenómeno llamado tan característico del siglo XX y ahora XXI; los antecedentes del estudio de la depresión infantil y los diversos enfoques que la explican, y terminando con sus características básicas.

Con base en la hipótesis de que la depresión es agresión retroflectada, la tercera parte, “*Enfoque Gestáltico de la Depresión Infantil*”, propone una explicación de la sintomatología depresiva en el niño. Expone el concepto de neurosis para la Gestalt como la incapacidad para encontrar equilibrio entre las necesidades propias y las del medio; las características de la conducta neurótica, los modos de relación con que la persona evita contactar con sus necesidades (particularmente la retroflexión); y concluye con el proceso mediante el cual el niño interrumpe su ciclo de experiencia y manifiesta síntomas depresivos, ofreciendo una explicación de cómo podría producirse cada síntoma.

De esta manera, este estudio ofrece una aproximación a un terreno poco explorado. Es una propuesta para todos los que se dedican a la psicoterapia gestalt, específicamente aplicada a niños, y es una invitación a continuar incursionando e investigando en este tema.

NORMALIDAD Y ANORMALIDAD INFANTIL

Una breve reseña histórica

El niño no siempre ha sido considerado como actualmente lo hacemos; no siempre ha sido de interés para los profesionales de la salud mental (ni para la gente en general), sino que los primeros escritos sobre *psicopatología infantil* datan del siglo XIX.

En la Época Grecorromana la importancia del niño radicaba exclusivamente en su resistencia física, visto como un futuro guerrero y poniendo nula atención a su desarrollo y necesidades emocionales.

figura/fondo

Posteriormente, durante la Edad Media, con el predominio de la filosofía cristiana, se veía al niño como portador del *pecado original*, egoísta, ególatra y pecador, pero con apariencia inocente; era un “adulto en miniatura” e incluso víctima de la Inquisición. Con San Agustín empiezan los primeros vestigios de una óptica diferente para el infante, tomándolo en cuenta ya como una verdadera persona con sentimientos auténticos. No obstante, en la Revolución Industrial se sigue haciendo víctima al niño de malos tratos y extenuantes jornadas de trabajo. Fue apenas a finales del siglo XIX y principios del XX cuando se reconoció al niño, ya no como un adulto en miniatura, sino con necesidades propias y una particular forma de desarrollo emocional. Es entonces cuando se da el fenómeno de la llamada *Psicopatología infantil*.

En realidad, el mérito de los primeros esfuerzos en el estudio psicológico del niño les corresponden a los psicoanalistas y neopsicoanalistas, destacando Anna Freud hacia finales de la década de los 20's, Melanie Klein, Margaret Mahler, Donald Winnicott y Heinz Kohut. Más recientemente, en el área de la psicoterapia gestalt, son Violet Oaklander y Loretta Cornejo quienes se dedican al estudio del niño.

Normalidad y anormalidad en el niño

Hablar sobre *normalidad o salud*, y *anormalidad o patología* resulta difícil dado que ambos términos son conceptualizados de manera diferente según el enfoque desde el cual se aborden. En el estudio del comportamiento humano, para algunos *Anormal* puede ser lo que escapa de la norma estadística; para otros, lo que resulta *inadaptado* (otro término subjetivo); otros más dirían que es lo opuesto a la salud; mientras que en algunos enfoques ni siquiera existiría dicho término. De ahí la complejidad de definir lo *anormal* ya que, como lo refiere Marcelli, no es suficiente realizar una evaluación de la conducta y una enumeración de síntomas para definir algo como tal.

Si se considera que definir lo *anormal* en un adulto resulta complejo, lo es aún más cuando se habla del comportamiento infantil, dado que la infancia es una etapa en la cual los cambios se dan a una velocidad mayor y/o son más fácilmente observables que en el adulto.

Entre las diversas definiciones de Psicopatología Infantil, para Jiménez es “...el estudio científico de la conducta anormal, o alteraciones conductuales, del niño o niña” (Jiménez, 1995, pág. 20). Refiere que no puede estudiarse como una extensión de la psicopatología del adulto -lo cual sería como regresar a la Edad Media-, sino que hay que tomar en

cuenta un factor esencial que lo distingue: el factor evolutivo.

Tomar en cuenta el factor evolutivo implica valorar la conducta en el contexto del desarrollo esperado para la edad del niño, es no perder de vista las normas evolutivas como criterio básico para decidir si cierta conducta del niño es en cierto momento *normal* o *anormal*. Asimismo, es considerar su nivel de desarrollo cognitivo, ya que éste influye en la percepción, interpretación y valoración de su propia conducta y la de los demás. Pero además del criterio evolutivo, es también necesario considerar, simultáneos a éste, los factores: estadístico (qué tan frecuentemente y con qué intensidad y duración se da la conducta *anormal*), social y adaptativo (si es una conducta esperada para ese contexto cultural y momento social).

Por otra parte, es importante no olvidar que hay otras características diferentes entre la *patología* del niño y del adulto: es difícil que el niño refiera su sensación de malestar, y en él no se percibe la disminución de autonomía como en el adulto (dado que socialmente no se ve al niño como autosuficiente), lo que hace que rara vez el niño se perciba a sí mismo como “candidato para apoyo psicológico”. Anna Freud (1986) menciona que al niño la idea de “curación” no le es placentera dado que implica ajustarse a un ambiente que le está siendo amenazador.

Desde un enfoque humanista y gestáltico, cualquier comportamiento del niño más que una *enfermedad*, es una manifestación de la tendencia inherente al ser humano hacia el crecimiento y la supervivencia. Toda *patología* implica una interrupción amplia y crónica del proceso mediante el cual la persona satisface sus necesidades, y lo que a la mayoría nos pudiera parecer *enfermo*, para la persona es una acomodación a su estado de bloqueo (Zinker, 1997). Oaklander refiere: “un niño hará todo lo que pueda y lo que piense que es mejor para sobrevivir en este mundo y para completar la tarea de crecer” (Oaklander (a), 1999, sin pág.).

Para Oaklander (1998), un niño saludable viene al mundo con la habilidad para utilizar todos sus recursos a favor de un crecimiento y desarrollo sanos, usando todos sus sentidos para conocer el mundo. Se vuelve consciente de su cuerpo y todas las formas de emplearlo en su medio ambiente. Expresa sus emociones en forma congruente dando así a conocer sus necesidades.

No obstante, en ciertos momentos el niño debe restringir, inhibir y detener esos aspectos naturales de sí mismo para poder sobrevivir en el mundo. Por ejemplo, aprende que expresar enojo provoca desaprobación, por lo cual inhibe su expresión.

figura/fondo

Dado que finalmente su sobrevivencia depende de un adulto, hará lo mejor que pueda para asegurarse de que sus necesidades son tomadas en cuenta. Entonces, su sentido del yo disminuye por esta falta de expresión, y entierra sus más profundos sentimientos en algún sitio dentro de él. Sin embargo, dado que su organismo mantiene una lucha permanente para crecer y conseguir la homeostasis, busca liberar esa energía no expresada mediante formas poco exitosas y generalmente dañinas y contraproducentes a través de, por ejemplo, la retroflexión (dolores de cabeza, estómago, no hablando, y otras conductas autopunitivas) o la deflexión (golpeando, pateando, viviendo en un “mundo de sueños”).

Estas conductas son algunos ejemplos de los intentos del niño para sobrevivir en un mundo estresante, convirtiéndose en su forma habitual de estar en el mundo. Pero dado que estas conductas no proveen de otra satisfacción más que la momentánea (porque no son satisfactores del sentimiento real), pueden volverse un patrón repetitivo en el intento de cerrar una gestalt. Tomando en consideración lo anteriormente explicado, Oaklander conceptualiza al organismo como poseedor de una capacidad inherente para curarse a sí mismo; sólo hay que apoyar y seguir su legítimo y natural sendero de salud y crecimiento. Aun desde el punto de vista freudiano, la “curación de una patología” en el niño puede deberse precisamente a esa tendencia curativa innata, a los procesos de maduración y progresos espontáneos del desarrollo (A. Freud, 1986).

Desde esta óptica, todo comportamiento *anormal* “es la mejor forma que la persona ha encontrado para adaptarse a su condición biológica, a un medio desfavorable y a una sociedad cada vez más estresante; es la manifestación de un organismo que sólo tuvo esa opción” (Mosqueda, 1996, pág. 248). En adición a esto, acorde con el enfoque gestáltico y con fundamento en la teoría general de sistemas, el comportamiento en el niño necesariamente será comprendido no como “algo que tenga o le pase”, sino siempre en relación con un amplio sistema social en el cual éste interacciona (Jiménez, 1995).

DEPRESIÓN INFANTIL

Definición de Depresión

Para poder homogeneizar criterios respecto al uso del concepto *Depresión*, es importante señalar desde qué perspectiva se está abordando. Por *vox populi*, se ha entendido como un estado de profunda tristeza y

decaimiento; inclusive se emplea arbitrariamente la palabra “*Depre*” para referirse a dicho sentimiento de tristeza. Aun en la terminología clínica, ha existido confusión sobre este concepto, empleándolo en ocasiones como un síntoma, (“toda manifestación subjetiva de una condición patológica; reportada por la persona afectada más que observada por el examinador”, Mosqueda, 1996, pág. 36) en otras como un síndrome (“conjunto de síntomas que regularmente ocurren juntos y no están asociados por casualidad”, Jiménez, 1995, pág. 92) o como un trastorno. En cada caso, *Depresión* implica:

- *Como síntoma*: estado de ánimo triste, de infelicidad; sentirse desgraciado, melancólico. Se refiere únicamente al estado de ánimo disfórico (“sensación displacentera”, Mosqueda, 1996, pág. 47) y en la jerga psiquiátrica se le denomina *Estado de Ánimo Depresivo*.
- *Como síndrome*: disforia o tristeza acompañada por otros síntomas que no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, sino a trastornos vegetativos, psicomotores, cognitivos y motivacionales.
- *Como trastorno*: existencia de un síndrome depresivo que resulta incapacitante en áreas importantes del funcionamiento (social, escolar, familiar, laboral, etc.) simultáneo a un cuadro clínico característico de un tiempo mínimo de duración, historia característica, respuesta característica al tratamiento, y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos y cognitivos.

En el presente artículo se hará referencia a la depresión desde el marco de un Trastorno Depresivo.

Antecedentes del estudio de la Depresión Infantil

La depresión en el niño, al igual que cualquier tema de “psicopatología” infantil, ha sido ampliamente discutida, particularmente en relación con su existencia como un trastorno en sí o como una característica de la evolución propia del niño.

Desde el siglo XVII el término *Depresión* aparece referido como síntoma en la literatura; en el siglo XIX Griesinger y Descuret diagnostican “nostalgia en niños”; pero es hacia el siglo XX cuando se le presta especial atención como entidad diferente a la depresión del adulto. Para 1921, en su sistema de diagnóstico, Kraepelin menciona que el trastorno maniaco-depresivo puede ocurrir antes de los 10 años; en los años 60’s surge el concepto de *depresión enmascarada*, y no es hasta los 70’s cuando la depresión infantil es aceptada abiertamente, reconociéndola Anna Freud como tal (a diferencia de los psicoanalistas ortodoxos).

figura/fondo

Conceptualización de la Depresión

Sin embargo, el que la mayoría reconociera su existencia no implicó que se unificaran los criterios para su explicación, e incluso algunos teóricos todavía niegan su existencia. Tal es el caso de los psicoanalistas ortodoxos, quienes refieren que siendo la depresión el resultado de un conflicto intrapsíquico entre el yo y el superyó, y dado que en el niño el superyó aún está en desarrollo, es imposible la existencia de este problema. Lefkowitz y Burton (1978, citado por Jiménez, 1995, pág. 84) consideraban que dado que los síntomas de depresión eran tan frecuentes en los niños, no era un trastorno, sino la normalidad estadística.

Por su parte, otra aproximación reconoce la existencia de la depresión infantil pero *enmascarada*, es decir, manifiesta a través de un comportamiento que la disfraza, como por ejemplo conducta antisocial, reacciones psicósomáticas, agresividad verbal y motora, enuresis, encopresis, bajo rendimiento escolar, entre otros.

Asimismo, la Psicología del Desarrollo ha considerado a la depresión como un aspecto del desarrollo infantil, sosteniendo que puede surgir en cualquier momento del mismo, y que sus manifestaciones van desapareciendo en función de la edad.

Por último, se encuentra la perspectiva de la Depresión infantil como un trastorno clínico, desde la cual es similar a la del adulto. Dentro de esta aproximación caben mencionarse las actuales clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

Algunos enfoques de la Depresión Infantil

A pesar de que casi todos los enfoques han reconocido la existencia de la depresión en el niño, su explicación es diversa:

Enfoque Cognitivo: la depresión es el resultado de un sistema de creencias e interpretaciones subyacentes. Entre los autores más representativos de este enfoque se encuentra Beck, quien ve a la depresión como una disfunción cognitiva adquirida por experiencias tempranas, que provoca en la persona una visión negativa de sí mismo y el mundo.

Enfoque Conductual: relaciona la depresión con patrones de reforzamiento

social inadaptados; es decir, que se produce porque hay una baja frecuencia de conductas reforzadas positivamente. Ferster, Liberman, Raskin, Costello y Lewincohn son los autores más reconocidos.

Enfoque Psicobiológico: la depresión se origina por la presencia de alteraciones en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central (especialmente del metabolismo de las catecolaminas e indolaminas) y en los procesos neuroendócrinos.

Enfoque Neopsicoanalítico: son varios los autores que a partir de una concepción psicoanalítica (desde la cual no existe la depresión en el niño), han innovado proponiendo su visión de la depresión infantil:

Melanie Klein hace referencia a la *posición depresiva*, que se da entre el primero y después del 2º año de vida (para Margaret Mahler, a partir de 1 año 4 meses). Hasta ese momento, el niño está protegido del sufrimiento depresivo gracias a mecanismos como la escisión, proyección e introyección, separando los “objetos malos” (pecho malo, madre mala) de los “buenos”; las pulsiones agresivas son separadas de sus objetos de catexis (objeto al que se dirige esa energía). Sin embargo, por su misma maduración, el niño empieza a percibir la globalidad del objeto, viendo que la “madre mala” y “buena” son un mismo objeto. El sufrimiento por ello provocado se conoce como *Posición Depresiva*.

René Spitz habla sobre la *Depresión Anaclítica* como resultado de una separación significativa de la madre entre los 6 y 8 meses de vida, y dado que se considera como normal que el niño se apoye en la madre para su desarrollo, se encuentra asociada con la necesidad de apego.

Para Sandler y Joffe, la reacción depresiva es “...la última reacción a fin de evitar la impotencia ante el sufrimiento físico y psicológico” (citado por Marcelli, 1996, pág. 138). Ambos consideran que esta reacción está muy relacionada con agresividad no descargada: el estado de sufrimiento provoca intensa cólera, que al no poder ser descargada aumenta el sentimiento de impotencia y viene la reacción depresiva.

Enfoque Interpersonal: enfatiza la importancia de factores interpersonales en su origen, mantenimiento y tratamiento. Un episodio depresivo suele iniciar con un suceso estresante relacionado con factores de vulnerabilidad inter o intrapersonal; y una vez iniciada, se mantiene o agrava por la conjunción de un factor interpersonal y un factor cognitivo. Por otra parte, el Modelo Transaccional de Cicchetti considera las múltiples transacciones entre una diversidad de factores como contribuciones dinámicas recíprocas en el curso del desarrollo infantil. Una determinada disposición

figura/fondo

genética puede constituirse en predisposición hacia determinadas anomalías bioquímicas solamente si concurre la acción de cierto mecanismo psicológico; estas anomalías bioquímicas pueden a su vez representar una predisposición al desarrollo de anomalías psicológicas sólo en presencia de un proceso de socialización particular.

Características de la Depresión Infantil

Aunque los signos (“toda manifestación objetiva de una condición patológica; observada por el examinador más que reportada por la persona afectada”, Mosqueda, 1996, pág. 36), síntomas y síndromes que caracterizan a la Depresión infantil han sido abordados con diversos nombres, para Marcelli y De Ajuriaguerra, las conductas básicas de la depresión en el niño son:

- *Estado de ánimo disfórico* *.
- *Autodepreciación**: manifiesta por sentimientos de culpa, o por expresiones como “no sé”, “no puedo”, “no sirvo” .
- *Comportamiento agresivo*: verbal o motor, hacia otros o hacia sí mismo. Puede haber también agitación motriz.
- *Retraimiento social* *: aislamiento, dificultad para jugar con los demás.
- *Modificaciones en el rendimiento escolar*: generalmente baja escolar, modificaciones de la actitud hacia la escuela.
- *Quejas somáticas*: enuresis, encopresis, dolores de cabeza, estómago, etc.
- *Pérdida de la energía habitual*.
- *Trastornos del sueño* *: aumento o disminución.
- *Modificación inhabitual del apetito y/o peso**: excesivo o poco apetito. Puede haber aumento de peso, pérdida, o no ganar el peso que se esperaría por el incremento de edad en el niño (“estacionarse” en un solo peso).

Desde la perspectiva de la APA, los Trastornos Depresivos se agrupan en:

- Trastorno Depresivo Mayor: antes conocido como *Depresión Psicótica*, con síntomas de pérdida de contacto con la realidad.
- Trastorno Distímico: antes conocido como *Depresión Neurótica*, sin pérdida de contacto con la realidad.

Para efectos del presente artículo, el tipo de depresión que se considerará será el Trastorno Distímico (Distimia), pero para

Nota: para Jiménez , los criterios marcados con * son los síntomas definitorios.

unificación del lenguaje empleado, se continuará utilizando el término *Depresión Infantil*.

Los criterios diagnósticos de Depresión Infantil de la APA no tiene grandes variaciones respecto a la de adultos, sólo cambia en relación con la duración del trastorno y a la presencia de estado de ánimo irritable. Dichos criterios son:

TRASTORNO DISTÍMICO EN EL NIÑO
<p>A. Estado de ánimo crónicamente depresivo (o irritable) la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el niño u observado por los demás, durante al menos 1 año.</p> <p>B. Presencia, mientras está deprimido, de 2 (ó más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida o aumento de apetito.2. Insomnio o hipersomnía.3. Falta de energía o fatiga.4. Baja autoestima.5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.6. Sentimientos de desesperanza. <p>C. Durante el periodo de 1 año de la alteración, el niño no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.</p> <p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante el primer año de la alteración; es decir, la alteración no es mejor explicada por un trastorno depresivo mayor crónico o en remisión parcial.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un mixto o un hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p> <p>G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.</p> <p>H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (escolar, familiar, etc.).</p>

Cuadro retomado de APA, 1995, pág. 170-171

A pesar de que las manifestaciones de Depresión Infantil que tomaremos en cuenta -por su menor complejidad- serán las referidas por Marcelli y De Ajuriaguerra; dentro de esta variedad de signos y síntomas, los que el niño utilice como modo de expresión de la depresión se encuentran en

figura/fondo

función de sus características individuales, de su maduración respecto a la edad y seguramente del aprendizaje obtenido a partir de sus interacciones en su ambiente familiar y sociocultural.

ENFOQUE GESTÁLTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Para explicar la Depresión desde un Enfoque Gestáltico, se puede retomar la idea de Sandler y Joffe de que se trata de una reacción asociada con agresión no descargada. Entonces, desde esta perspectiva, la depresión se encuentra relacionada con el sentimiento de enojo más que con el de tristeza.

Cuando un terapeuta gestáltico escucha hablar de energía no descargada o expresada, lo primero que se viene a la mente es *Retroflexión*. Sin embargo, la depresión no es cualquier retroflexión, ya que existen formas de emplearla como mecanismo de adaptación. En este caso, hablamos de retroflexión como forma de evitación del contacto, como una manipulación y repetición de lo que en algún momento fue un ajuste creativo en el niño y ahora se rigidiza, lo que Perls llamaría “neurosis” o “trastorno de crecimiento”.

Neurosis

Perls menciona que el *contacto* es el impulso psicológico de sobrevivencia más primario. Para que el hombre opere en su medio, las formas técnicas de interacción deben ser fluidas y cambiantes; y refiere: “cuando el individuo se hace incapaz de alterar sus técnicas de manipulación y de interacción, surge la neurosis” (Perls (b), 1992, pág. 37).

El hombre nace con un sentido de equilibrio social y psicológico, y todos sus movimientos se dirigen a encontrar dicho balance. No obstante, la neurosis no es de ninguna manera un fracaso de la autorregulación orgánica; los problemas no se dan a partir del rechazo de la persona por el equilibrio, sino a partir de movimientos mal dirigidos para encontrarlo y sostenerlo. Desde este enfoque: “la enfermedad... no es más que una búsqueda de apoyo ambiental” (Perls (c), 1998, pág. 73).

Al neurótico la búsqueda de equilibrio lo lleva a apartarse cada vez más de sí mismo, permitiendo que la sociedad tenga gran peso sobre él. Así, no distingue sus límites de los del medio, por lo cual tampoco distingue sus necesidades de las de la sociedad (que suelen ser diferentes), lo que lo lleva

a no satisfacer las propias. De ahí que todas las neurosis surgen de la incapacidad de la persona para encontrar balance entre sí mismo y el medio; siendo su neurosis "...una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador". (Perls (b), 1992, pág. 42).

En condiciones ideales, cuando hay un conflicto entre sus necesidades y las de la sociedad, el individuo es capaz de tomar la decisión de quedarse en contacto o retirarse, sacrificando temporalmente la necesidad menos apremiante por la más apremiante. Pero cuando el individuo y el grupo tienen necesidades diferentes y la persona no puede distinguir cuál es la dominante -o lo que es peor, no puede distinguir si es su necesidad o de los demás-, surge el desequilibrio. Así, en la persona cuyos modos de relación adquieren un matiz neurótico, la sociedad actúa con demasiada fuerza.

Para Perls existen 4 mecanismos (modos de relación) mediante los cuales la persona evita el contacto con sus propias necesidades -y en general, con su propio organismo-, a saber:

- *Introyección*: aceptar íntegro e indiscriminadamente algo del ambiente sin hacerlo realmente propio, sin "digerir".
- *Retroflexión*: el individuo dirige hacia sí mismo lo que quisiera dirigir hacia otro, o lo que quisiera que otro le hiciera.
- *Confluencia*: el individuo se hace uno con el ambiente, no experimenta ningún límite entre sí mismo y lo externo.
- *Proyección*: tendencia a hacer responsable al ambiente de lo que se origina en sí mismo.

A éstos, Erving y Miriam Polster agregan la *Deflexión* como maniobras para evitar o enfriar el contacto directo y real consigo mismo o con el ambiente.

Aunque a través de todos estos modos de relación se evita el contacto real, pareciera que el más estrechamente relacionado con las manifestaciones depresivas es la Retroflexión.

Retroflexión

Literalmente significa *volverse atrás intensamente en contra*. El retroreflector deja de dirigir sus energías hacia afuera y reorienta su actividad hacia adentro, cambiándose a sí mismo por el ambiente. Los Polster refieren que es "...la función hermafrodítica por la que el sujeto vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle a otro, o se hace a sí mismo lo que querría que otro

figura/fondo

le hiciera” (Polster, 1997, pág. 89), sustituyendo los intentos de recibir atención de otros con la manipulación de sí mismo. Así, existen dos modalidades de retroflexión:

- *Activa*: el sujeto se hace a sí mismo lo que quisiera hacerle a otro.
- *Pasiva*: el sujeto se hace a sí mismo lo que quisiera que otro le hiciera.

De cualquier manera, el retroreflector se encuentra escindido en dos partes, una que “hace” y otra que “se deja hacer”, convirtiéndose en sujeto y objeto a la vez. Esta escisión suele causar estrés, porque la persona permanece autocontenida y no transforma esta energía en la actividad necesaria, gastándola en actividades de contención.

Como en casi todo modo de relación, el retroreflector sobreestima al medio ambiente y trata de satisfacer las necesidades de éste; pero en este caso, también se subestima a sí mismo, e incluso se llega a convertir en su propio enemigo, porque como refiere Perls “...el resistir impulsos destructivos deliberadamente es bastante diferente que volverlos en contra de uno mismo”. (Perls, (b), 1992, pág. 50).

La ideación de un retroreflector podría ser “no debo enojarme con ellos, entonces vuelvo mi cólera contra mí mismo” y “nadie me presta atención, entonces tengo que atenderme por mi cuenta” (Polster, 1997, pág. 90).

Por otra parte, subyacente a la retroflexión generalmente se encuentran introyectos que refuerzan la contención y el volver la energía hacia sí mismo, por ejemplo:

- “Es vergonzoso demostrar mi cariño”.
- “No soy lo suficientemente bueno”.
- “Tengo vergüenza de mí mismo”.
- “Soy un tonto”.
- “Tengo que forzarme a mí mismo para hacer este trabajo”.
- “Yo tengo la culpa”.
- “Enojarse (o expresar cualquier otro sentimiento) es malo, me van a rechazar”.
- “Tengo que controlarme a mí mismo”.
- “El que se enoja pierde”.
- “Los hombres no lloran”.
- “La gente educada no se exalta”.
- “No es bueno llorar en público”.

Y como estos, cualquier cantidad de introyectos que limitan la expresión directa, que se ven reforzados por una autoestima, autoapoyo y capacidad

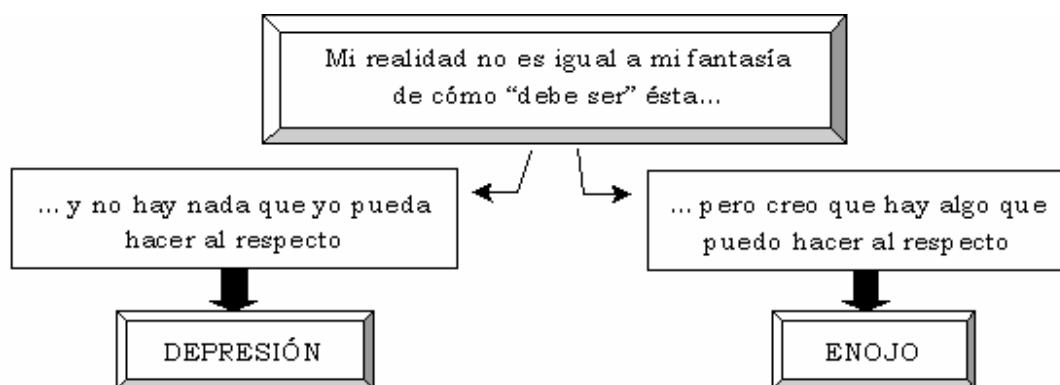
de iniciativa dañados, y por fronteras muy bien definidas, rígidas, de las cuales la persona no sale. En suma, Kepner refiere:

Si las expresiones de enojo, tristeza, disgusto, amor, deseo o temor se encuentran regularmente con castigo, crítica o rechazo, uno aprende a detener la expresión corporal de estos sentimientos inhibiendo los movimientos que los forman: la vocalización en la garganta, la expulsión de aliento al sollozar, el brillo de enojo en los ojos o la cara triste, los movimientos de apartar con un empujón, agarrar, o golpear, de tender la mano o de escapar. (Kepner, 1992, pág. 147).

Finalmente, es importante señalar que la retroflexión no siempre es inadaptativa. En su forma adaptativa, puede servir para contrarrestar las limitaciones reales inherentes a la naturaleza espontánea del ser humano; pero se vuelve lo que los Polster llaman “caracteriológica” cuando implica una paralización crónica de las energías que se contraponen dentro de la persona, cuando se utiliza inconsciente e indiscriminadamente para bloquear una acción que originalmente iba dirigida hacia afuera.

Gestalt y Depresión Infantil

Se ha mencionado ya que la depresión (a cualquier edad) es vista como agresión no descargada. Mucho tiempo se le consideró como un grado superlativo de tristeza, sin embargo, es interesante ver que la relación entre enojo y depresión es en realidad muy cercana. Ellerbroek (cit. Salama, 1992, pág.128) hace una diferenciación entre ambas, concluyendo que:



figura/fondo

Es decir, enojo y depresión, en vez de estar separados pueden ser considerados estados emocionales similares en su formación, pero diferentes en el aspecto de potencia.

Desde este enfoque, el niño deprimido sería un niño que se siente impotente para actuar efectivamente en su mundo; es un niño que ha optado por no descargar y expresar en el ambiente lo que a éste le corresponde, y/o incluso desenergetizarse para evitar la mayor expresión posible. Esto se da a raíz de que el niño aprende a inhibir este tipo de expresiones y desatender sus necesidades orgánicas para poder estar en un mundo estresante en el cual su sobrevivencia depende del adulto, quien además suele ser una persona significativa afectivamente para él (casi siempre los padres).

Ciclo de la Experiencia

Se ha considerado que la sintomatología depresiva se encuentra asociada con retroflexión, y tomando en cuenta que una patología puede considerarse como la interrupción crónica del ciclo de la experiencia, y lo que a la mayoría nos parece *diferente* en una persona, para ella es una adaptación a dicha interrupción; entonces, es importante ubicar en el proceso depresivo infantil dichas interrupciones.

Explicar la sintomatología depresiva infantil puede hacerse a la luz de dos clases de interrupciones en el ciclo de la experiencia, principalmente:

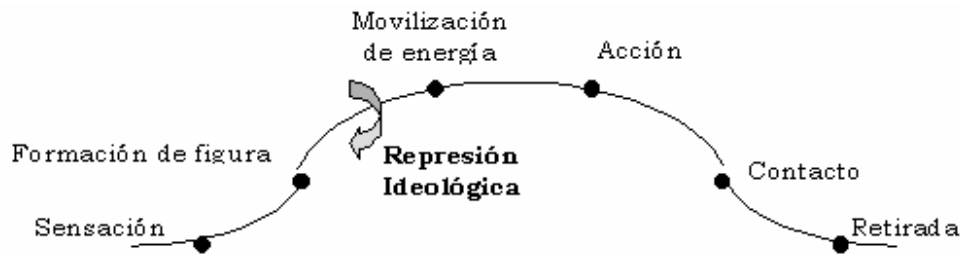
1. Formación de figura ➔ Movilización de energía.
2. Movilización de energía ➔ Acción.

El tipo de manifestación sintomática del niño puede depender del nivel en el cual se está autointerrumpiendo. Sin embargo, en ambos casos nos estamos refiriendo a una pauta retroflectora.

1. Interrupción entre Formación de figura y Movilización de energía.

Existen algunas manifestaciones de la depresión en el niño en las cuales pareciera que carece de energía para realizar sus actividades.

En este punto, debido a una Represión Ideológica, el niño no cuenta con la energía, el apoyo físico, ni el suficiente estado de alerta como para emprender alguna acción que satisfaga su necesidad de expresión de enojo.



En este punto específico coloca Zinker a las personas deprimidas e incapaces de movilizarse para la acción. Es una forma de vaciarse de energías que no permite tener una expresión saludable de los propios sentimientos. En relación con esto, Zinker menciona:

... la persona deprimida retroflexiona su expresión, temerosa de manifestar insatisfacción o ira con sus seres queridos. En vez de ello, deja que la crítica, rebotando en los demás, penetre en su propio ser, de modo que éste sufre sus propias críticas, insatisfacciones e iras. En vez de nutrirse de la energía del mundo, socava la suya propia. (Zinker, 1997, pág. 88).

Como síntomas de la depresión infantil asociados con una interrupción a este nivel podrían referirse particularmente:

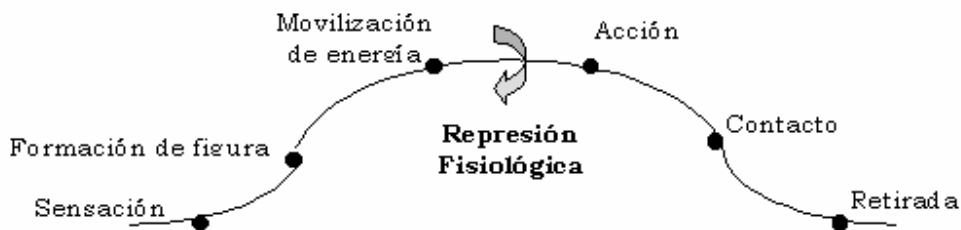
- Fatiga.
- Distracción y falta de concentración.
- Falta de vigor.
- Fracaso escolar.
- Dificultad para jugar.

De esta manera, el niño no se provee de la energía suficiente para: a) llevar a cabo alguna acción que logre satisfacer su necesidad de expresión, o b) dirigirla hacia sí mismo en una pauta autopunitiva (que correspondería a la siguiente fase de interrupción).

2. Interrupción entre Movilización de energía y Acción.

Tomando en cuenta que el retroreflector no dirige su energía hacia el objeto real, se presume que otra detención en el Ciclo de la Experiencia se encuentra entre *Movilización de energía* y *Acción*, constituyéndose así una *Represión Fisiológica*; es decir, el niño cuenta con apoyos físicos, está alerta y tiene capacidad de descarga, pero no actúa en la realidad (en el ambiente), no descarga ni utiliza la energía movilizada muscularmente, interrumpiéndose entonces el contacto y no satisfaciéndose la necesidad real del organismo.

figura/fondo



Regresando a los orígenes de la psicoterapia gestalt, en su libro *Ego, hambre y agresión*, Perls menciona que el desarrollo psicológico se encuentra asociado con el proceso de ingestión de alimentos. Es necesaria la conducta agresiva para poder ingerir, morder y desintegrar el alimento para poder aprovecharlo; siendo la agresión una función del instinto de hambre. De forma similar se conduce lo que denominó el *alimento mental*: es necesario deshacer lo que nos llega del ambiente y desintegrarlo de forma tal que sea asimilable para nosotros, es decir, congruente con nuestro organismo.

Desde esta óptica, puede decirse que en algunas de sus manifestaciones, la depresión en el niño implica una dificultad para agredir lo que llega del ambiente, la dificultad de “no morder”. Así, a esta interrupción pueden asociarse síntomas tales como:

- *Conductas autodestructivas*: como una forma activa en la cual no agrade al ambiente, sino a sí mismo; por ejemplo, cuando el niño se golpea intencionalmente contra la pared o cuando se provoca heridas.
- *Síntomas fisiológicos*: como una forma pasiva, se agrade a sí mismo para no hacerlo con el ambiente, por ejemplo, a través de enuresis, encopresis, dolores de cabeza, estómago, etc.
- *Exceso de apetito*: ingiere sin asimilar, no agrade desbaratando el alimento, sino tragándolo casi entero. En este ejemplo, la metáfora del alimento es más clara.
- *Carencia de apetito*: se encuentra frenada su capacidad de morder, destruir en su propio provecho.
- *Conducta suicida*: como su manifestación más extrema.

Al hablar de esto, Zinker refiere: “se devora a sí mismo el estómago (de lo cual resulta una úlcera), alimentándose a sí mismo, en vez de alimentarse de la energía disponible en su ambiente”. (Zinker, 1997, pág. 84).

Perls menciona que “...si se aprende a aplicar las herramientas para morder (que psicológicamente podrían ser las habilidades para expresar la agresión de manera saludable para el organismo), la persona podrá

superar su *subdesarrollo* [sic]" (Perls (a), 1985, pág. 150). Así pondrá a trabajar su agresión en el lugar biológico apropiado, sin sublimarla, exagerarla, suprimirla, y armonizando con su personalidad.

Por último, se puede decir que la sintomatología depresiva en el niño a la luz de un enfoque gestáltico es una manifestación más de la sabiduría organísmica, de los esfuerzos del niño por adaptarse a una situación poco favorecedora, en la cual no tuvo más opciones que reprimir su enojo para poder seguir contando con el amor y aceptación de los demás (principalmente de sus figuras parentales). De esta manera, a partir de dichas experiencias y una serie de introyectos, el niño tuvo que desenergetizarse para no contactar su enojo, o dirigirlo a sí mismo, involucrándose así en una pauta retroflectora, en la cual se percibe como incapaz de hacer otra cosa para mejorar su situación.

CONCLUSIONES

El estudio de la llamada "Patología" en el niño ha sido tema de controversia; es un área difícil de abordar por la gran variedad de enfoques que lo contemplan. Históricamente ha costado mucho trabajo llegar a la conclusión de que la depresión sí puede manifestarse en el niño como una pauta rígida y caracteriológica de adaptación; y una vez que esto se ha conseguido, ahora la dificultad radica en definir y explicar dicha pauta.

Diversas explicaciones han sido formuladas, desde las Conductistas, Cognitivas, Psicoanalistas y Neopsicoanalistas; y más recientemente las Psicobiológicas e Interpersonales. No obstante que todas las corrientes psicológicas reconocidas por su seriedad han realizado aproximaciones al estudio de la depresión infantil, la Tercera Fuerza aún no cuenta con un amplio estudio al respecto.

Existe poco material sobre la conceptualización del niño desde el Enfoque Gestáltico, y aún menos material sobre un tópico tan específico como la depresión infantil. Sin embargo, sobresale Violet Oaklander como la mejor representante hoy en día del enfoque gestáltico aplicado en niños. Aun así, Oaklander se ha referido poco a la depresión como tal. Es por ello que lo que de este estudio se desprende es inferido por la autora del mismo, con base en un proceso de análisis, síntesis, inducción y deducción del material existente y de la observación de niños con estas características. Surge a raíz de pulir el diamante en bruto que nos han brindado todos los *gurus* de la Psicoterapia Gestalt.

figura/fondo

En resumen, se puede concluir que la Depresión Infantil es una muestra más del proceso de autorregulación inherente a todo ser humano, de esa sabiduría orgánimica a la cual hacía referencia Goldstein. Es el esfuerzo del niño por adaptarse a un medio ambiente poco promotor de la expresión del enojo, de un ambiente colmado de introyectos relacionados con la contención de la agresión, particularmente cuando se trata del enojo hacia los padres o figuras afectivamente significativas para el niño, y de las cuales depende su sobrevivencia. Se trata de una autointerrupción en el ciclo de la experiencia a dos niveles: entre Formación de figura y Movilización de la energía, y entre esta última y Acción. De esta manera, la expresión de tales interrupciones pueden ser los síntomas depresivos que el niño presenta, y que muchas veces se ven como “berrinches” y “manipulaciones” del niño.

Aunque este estudio es un intento de explicar un fenómeno tan amplio como la depresión en el niño, no constituye la única perspectiva. Es una primera aproximación de la autora a un mundo poco conocido pero fértil; es el primer paso de lo que podría constituir un amplio estudio que desemboque en el mejoramiento de las actitudes y herramientas del terapeuta gestáltico infantil, para continuar con nuestro objetivo de promover el darse cuenta, la actualidad y la responsabilidad

BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1995). MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, *DSM-IV, BREVIARIO, Criterios diagnósticos*, Ed. Masson, España.

FREUD, Anna, (1986). *NORMALIDAD Y PATOLOGÍA EN LA NIÑEZ*, Ed. Paidós, Argentina.

JIMÉNEZ H. Manuel (1996). *PSICOPATOLOGÍA INFANTIL*, Ed. Aljibe, España.

KEPNER, James (1992). *PROCESO CORPORAL, un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*, Ed. Manual Moderno, México.

MARCELLI, D.; De Ajuriaguerra (1996). *PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO*, Ed. Masson, España, 3a. ed.

MOSQUEDA Montiel, Ma. del Pilar (1996) Tesis profesional “*MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA: UN APOYO PARA EL ESTUDIANTE DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO, MODELO EDUCATIVO SIGLO XXI FASE II*”, Universidad del Valle de México, México.

OAKLANDER, Violet (1999). *DISCURSO DE INICIO DEL COLEGIO PACIFIC OAKS, El valor para transformar el futuro*, www.silcom.com/-armisa/pacoaks.html.

OAKLANDER, Violet (1998). *VENTANAS A NUESTROS NIÑOS, Terapia gestáltica para niños y adolescentes*, Ed. Cuatro Vientos, Chile, 4a. ed.

PERLS, Fritz (1985). *YO, HAMBRE Y AGRESIÓN*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2ª reimp.

PERLS, Fritz (1992). *EL ENFOQUE GESTÁLTICO & TESTIMONIOS DE TERAPIA*, Ed. Cuatro Vientos, Chile.

PERLS, Fritz (1998). *SUEÑOS Y EXISTENCIA*, Ed. Cuatro Vientos, Chile, 12a. ed.

POLSTER, Erving y Miriam (1997). *TERAPIA GESTÁLTICA, perfiles de teoría y práctica*, Ed. Amorrortu, Argentina, 4ª reimp.

SALAMA P. Héctor; Villarreal B. Rosario (1992). *EL ENFOQUE GESTALT, una psicoterapia humanista*, Ed. Manual Moderno, México, 2a. ed.

ZINKER, Joseph (1997). *EL PROCESO CREATIVO EN LA TERAPIA GESTÁLTICA*, Ed. Paidós, México.