

Agresividad y depresión en la infancia

Aggressiveness and depression in childhood

Por Delfina Miller y Ana Inés Machado

RESUMEN

El presente artículo busca profundizar, desde la perspectiva psicoanalítica, en la agresividad y la depresión en la infancia, sus posibles orígenes, las relaciones existentes entre ambas y su incidencia en la organización de la personalidad del niño.

Luego de definir y operativizar los términos Agresividad y Depresión a los efectos de este estudio y desde una perspectiva psicoanalítica, damos muestras de un aspecto del trabajo empírico en el que se empleó un diseño cuanti-cualitativo, recogiendo los datos a través de la Escala de evaluación de problemas emocionales y conductuales, (Child Behavior Check List, CBCL), (Achenbach, 1991), así como de una Historia de Desarrollo Protocolizada. La muestra, seleccionada por conveniencia, quedó conformada por 82 niños de Montevideo, representantes de medios socioeconómicos diferentes (bajo, medio y alto). La media de edad fue 6,2 años, con una prevalencia del 64% de varones.

Pudimos concluir a la luz, tanto de la investigación bibliográfica como del estudio empírico, que agresividad y depre-

SUMMARY

The present paper seeks to deepen in aggressiveness and depression during childhood, their probable origins, the relationship between them and their impact on the organization of children's personality, from a psychoanalytical perspective, based on both conceptual and empirical research.

After defining and operationalizing aggression and depression in psychoanalytical terms, some relevant aspects of the empirical work in which a quantitative and qualitative design was used are detailed. Data was collected to assess emotional and behavioral problems using the Child Behavior Check List (CBCL, Achenbach, 1991) and a protocolized developmental history of the child. Convenience sampling was employed to evaluate 82 children, 5 to 8 years old, living in Montevideo, belonging to different socio-economic groups (low, medium and high). Mean age was 6.2 years and 64% of the sample was boys.

In the light of both the literature review and the present empirical research, it was concluded that aggression and depression are present in childhood, as

sión están presentes de forma sobresaliente en la infancia, resultando las formas más frecuentes de expresión de las dificultades de regulación emocional. Ambas tienen importantes consecuencias sobre diferentes aspectos del desarrollo y suelen expresar indistintamente la indefensión, la defensa o la destructividad dirigida hacia sí mismos o hacia los demás.

Palabras clave: Agresividad - Depresión - Infancia

the most frequent expressions of emotional regulation difficulties in this stage. Both impact different developmental aspects of children in significant ways and often mask helplessness, defense or destructiveness directed toward themselves or others.

Key words: Aggressiveness - Depression - Childhood

INTRODUCCIÓN

La agresividad y la depresión a menudo co-ocurren en la población infantil habiendo sido documentada ampliamente la relación entre ambas en muestras clínicas a través de diversos métodos de evaluación (Angold & Costello, 1993). En muestras no clínicas, la correlación entre diversos tipos de agresión y síntomas depresivos tiende a ser más bien moderada (Messer & Gross, 1994).

Por otro lado, estudios clínicos en niños y adolescentes han demostrado que existe una alta comorbilidad entre el Trastorno Depresivo y aquellos Trastornos de Conducta caracterizados por la agresión (Angold & Costello, 1993), que en población de entre 9 y 12 años de edad oscila entre un 7.97 y un 10.91% (Quiggle, Garber, Panak & Dodge, 1992; Rudolph & Clark, 2001).

Por nuestra parte y a partir del relevamiento de los casos atendidos en el período 2003-2008 por los alumnos de cuarto año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica del Uruguay como práctica de Psicodiagnóstico, pudimos constatar que el motivo de consulta más frecuente resultó ser la agresividad (afectividad disregulada) seguido de los problemas en el rendimiento escolar (evidencia de escasa presencia y uso de herramientas cognitivas). Comprobamos que frecuentemente la agresividad correspondía a una manifestación conductual propia de un bajo desempeño intelectual en el que predominaba la impulsividad, la disregulación afectiva, las bajas herramientas cognitivas y la ausencia de empatía. O sea que en su gran mayoría nos encontrábamos frente a

trastornos de los llamados *externalizantes* (Achenbach, 1991), que por su condición provocaban conmociones en el entorno tanto familiar como escolar, que motivaban la consulta.

Se trataba, en su gran mayoría de niños provenientes de un medio socioeconómico muy carenciado, con una muy escasa contención familiar, es decir, miembros de familias numerosas, habitualmente monoparentales, donde la violencia y el descuido son moneda de intercambio frecuente y en las que prima la necesidad de supervivencia. Estos niños llegaban a la Policlínica muchas veces traídos por sus abuelos y con el propósito de responder a la institución escolar (que suele presionar para que realicen la consulta) y con la expectativa de recibir indicaciones que les permitan controlarlos.

En este punto tomamos contacto con una investigación epidemiológica realizada por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Universidad de la República (Viola, Garrido & Vázquez, 2008) que nos llamó especialmente la atención, pues si bien coincidía con nuestras apreciaciones de que los diagnósticos más frecuentes en la infancia están basados en una disregulación de la afectividad, nos informaba de una presencia sensiblemente mayor de los síndromes internalizantes (especialmente depresión y ansiedad) frente a los síndromes externalizantes (conductas negativas y delincuenciales). Dichos niños con síndromes internalizantes constituían un grupo de portadores silenciosos, que no representaban un problema evidente para padres ni para maestros, razón por la cual no consul-

taban por ellos, lo que podía explicar porque en nuestro relevamiento no eran tan notorios.

Decidimos entonces profundizar el estudio, para valorar la prevalencia de ambos síndromes (agresividad y depresión), así como su presentación, con el objetivo de construir un perfil psicológico que los caracterizara. Focalizamos en primer lugar en la agresividad preguntándonos si en muchos casos no sería una forma de defenderse de una depresión escondida. Nos planteamos si nos hallábamos ante una expresión simple de destructividad o si se trataba de una depresión enmascarada cuyo objetivo era la ilusión de fortaleza.

Consideramos que se hace necesaria una evaluación clínica perspicaz que pueda diferenciar cuando la agresión se vuelve un fin en sí misma y cuando es simplemente la máscara de una debilidad, cuyo único objetivo es la defensa. En el primer caso la experiencia nos muestra que el pronóstico suele ser muy reservado y que los tratamientos psicológicos suelen no ser suficientemente eficaces. En el segundo caso, en la medida en que se haga una intervención adecuada se podrán obtener buenos resultados.

Nos propusimos entonces el presente estudio como una línea de investigación derivada del proyecto de la Tesis de Doctorado denominada "El afecto y su regulación en la organización de la personalidad desde una perspectiva psicoanalítica" (Miller, D., 2013).

La relevancia de este estudio se justifica entonces por varias razones:

1) Su implicancia para la validez de los sistemas de clasificación diagnóstica

(Higa-McMillan, Smith, Chorpita & Hayashi, 2008; Lilienfeld, 2003; Seeley, 2002; Wolff & Ollendick, 2006);

2) Su contribución al establecimiento de futuros modelos explicativos con mejores ajustes a la realidad (Lilienfeld, 2003; Seeley, 2002);

3) El mejoramiento de diseño de nuevos y más acertados tratamientos (Angold et al., 1999; Ezpeleta, Granero & Domech, 2005; Jensen, 2003; Keiley, Lofthouse, Bates, Dodge & Pettit, 2003; Seeley, 2002; Subbarao et al., 2008; Wolff & Ollendick, 2006)

4) Por las repercusiones de la comorbilidad entre ambas problemáticas en términos de gravedad, respuestas al tratamiento y cronicidad (Beyers & Loeber, 2003; Clark & Watson, 1991; Clark, Watson & Reynolds, 1995; Teesson et al., 2005; Youngstrom, Findling & Calabrese, 2003).

Antecedentes

Comenzamos entonces la investigación bibliográfica, en especial desde la perspectiva psicoanalítica, acerca del estado del arte en lo que respecta a la afectividad, y específicamente a la conducta agresiva en escolares en relación a evidencias de ánimo depresivo.

La conducta afectiva influye decisivamente a partir del nacimiento en la organización de la personalidad (Izard, 1978, citado en Kernberg, 1976). Una función biológica central de las pautas afectivas innatas (con sus manifestaciones en el comportamiento, comunicativas y psicofisiológicas) es avisar al ambiente (la persona que cumple las funciones maternas) de las necesidades del bebé y de esa manera iniciar la co-

municación entre el bebé y la madre que señala el comienzo de la vida intrapsíquica (Emde, 1988).

Las respuestas afectivas tempranas, relativamente toscas e indiferenciadas, evolucionan hacia afectos diferenciados con componentes subjetivos específicos, implicaciones cognitivas y conductas características. Los afectos serían los motivadores de las interacciones tempranas entre el bebé y su mamá, interacciones que se irían internalizando y en su internalización promoverían las representaciones tanto del *self* como del objeto.

Teorías neuropsicológicas actuales presuponen la existencia de un almacenamiento de recuerdos afectivos en el cerebro límbico, que permite la reactivación de aspectos no solamente cognitivos sino también afectivos de la experiencia vivida, en especial aquellos aspectos subjetivos que colorearon afectivamente dicha experiencia (Arnold, 1970).

Por lo tanto, podemos decir que los afectos actúan como el sistema de motivaciones más temprano y están íntimamente ligados a la fijación a través de la memoria de un mundo internalizado de relaciones objetales (Kernberg, 1976).

Al decir de Cole y cols. (2008), las emociones, resultando capitales para el desarrollo, también vuelven al niño más vulnerable, aún cuando sean básicamente adaptativas. Lo adecuado es que resulten una señal a partir de la cual se puedan desplegar estrategias efectivas, para lo cual se deben de poder registrar diferentes emociones y justamente eso sería lo que nos mostraría la capacidad

del niño de permeabilidad para detectar y responder a las diferentes alternativas. De ello se deduce que la rigidez en la aparición de determinada emoción sería un predictor de patología.

En las primeras semanas el niño puede ya manifestar diversas emociones: enojo, tristeza, alegría, miedo, interés y sorpresa, y antes de cumplir el año ya aparecen estrategias rudimentarias para regularlas, por ejemplo el *self-soothing* (Gormally et al, 2001; Sroufe, 2000). En el segundo año se hacen presentes los rudimentos de culpa, vergüenza, y orgullo (Cole, 1994; Lewis & Sullivan 2005), resultando ya los niños de dos años capaces de comprender la alegría, la tristeza, el enojo, y de darse cuenta de cómo éstas afectan al entorno y al comportamiento (Lewis & Michaelson, 1993, citado en Cole, 1994). Recién es entre los dos y los cinco años que los niños desarrollan la capacidad de regular sus emociones lo suficiente como para aprender, generar y mantener vínculos de amistad a la vez que obedecer normas, y es esta una de las razones por las cuales es en esa etapa cuando comienza con más fuerza el aprestamiento escolar (Calkins & Hill, 2007 citado en Cole, Luby & Sullivan, 2008).

Podemos ver entonces que las emociones acompañan y aparecen ya desde los primeros momentos de la existencia humana, siendo su identificación, diferenciación y en definitiva su regulación lo que caracteriza su lugar en el desarrollo de la personalidad. Aunque diversas emociones coexisten, cada una de ellas sostiene un aspecto particular del reconocimiento y la adaptación del niño a su entorno.

Es a la luz de estas consideraciones que nos planteamos la relación entre depresión (síndrome internalizante) y agresividad (síndrome externalizante), lo que, a primera vista, parecería algo llamativo, ya que al observar sus manifestaciones externas comprobamos que la primera se caracteriza por inhibición, retraimiento, tristeza, falta de deseos y de energía, en tanto que la agresividad se suele expresar a través de inconductas marcadas y evidentes.

Sin embargo, tal como lo presentamos en la Introducción y como lo evidenció luego nuestro estudio, es frecuente que ambas manifestaciones se den a la vez y que en ocasiones una parezca evidenciar la presencia de otra, como por ejemplo en el caso de la depresión enmascarada. Todo esto tiene claras implicancias para el diagnóstico, la consideración del pronóstico y para el tratamiento.

Vayamos entonces a los resultados que hemos obtenido en nuestra investigación en la cual realizamos la evaluación de la regulación afectiva de niños (n=82) de tres escuelas correspondientes a distintos niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto), y se valió de distintas técnicas, entre las que se encuentra el CBCL (Child Behavior Check-List), un formulario de reporte parental que ha sido validado para la población uruguaya. La media de edad fue 6,2 años, con una prevalencia del 64% de varones. De acuerdo a dicho reporte de los padres (CBCL) y tomando en cuenta los puntos de corte establecidos por Achenbach (1991), autor de dicha técnica, comprobamos en primer lugar que el 27% de los niños evidencian rango clínico (o sea que evidencian problemas emocionales

y/o conductuales con una entidad tal que pueden ser diagnosticados) y 9% están en zona de riesgo (no evidencian un trastorno, pero tienen síntomas de tal entidad que hacen necesario un seguimiento para controlar su evolución) (Figura 1). Ello significa que solamente del 63% de la muestra los padres no reportan en los niños problemas significativos. Esto ya es un tema de gran importancia que nos proponemos analizar.

Al profundizar en cuáles serían esos problemas informados por los padres (Figura 2) vemos que destaca claramente la agresividad, el síndrome depresivo-ansioso y los problemas atencionales. En los tres síndromes y también en todos los restantes, son los varones los que aparecen como más problematizados.

Figura 1. Categorización de la muestra según la escala de problemas emocionales y conductuales del CBCL (n=82) (Problemas Totales)

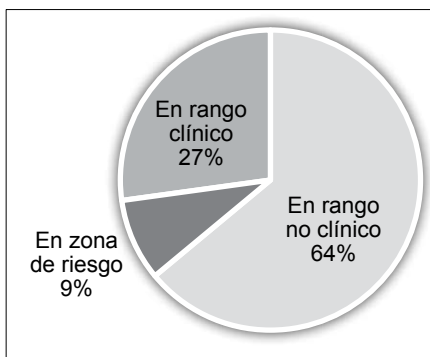
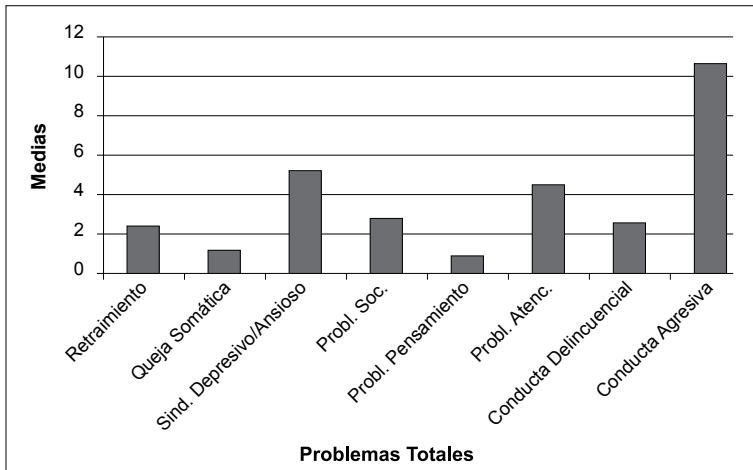


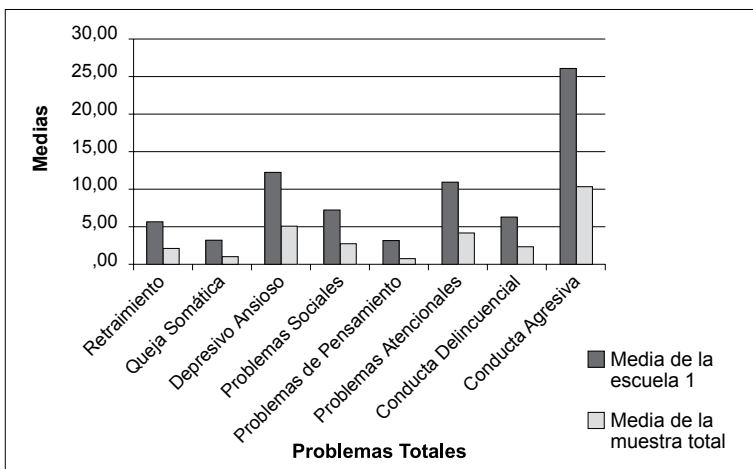
Figura 2. Prevalencia de problemas emocionales y conductuales (Problemas Totales) referidos por los padres (CBCL) en la muestra completa (N=82)



Si nos centramos ahora en los niños pertenecientes a un medio socioeconómico más carenciado al analizar el perfil de los niños con rango clínico nos encontramos con que predomina la conducta agresiva y el síndrome depresivo ansioso, lo cual nos mostraría los dos polos en los cuales el afecto disregula-

do puede expresarse: o bien a través de una fuerte necesidad de defensa y ataque o bien a través del desgano, la tristeza o la inhibición, todos los cuales pueden ser indicadores de desvalimiento y vulnerabilidad difiriendo solamente en la forma de tramitarlos (*Figura 3*).

Figura 3. Perfil de niños con rango clínico en problemas emocionales y conductuales, CBCL, escuela 1, (n=26).



Buscaremos entonces precisar, en la medida de lo posible, la relación entre la agresividad (que constatamos como motivo de consulta más frecuente en nuestro estudio retrospectivo) y la depresión en la infancia (que se presenta en primer lugar como síndrome patológico de acuerdo a estudios epidemiológicos). Nos preguntamos ¿Estaremos sobreponiendo conceptos y agresividad y depresión no son más que diferentes presentaciones de un mismo fenómeno? ¿Es que ambas pueden tener un mismo origen y por eso se pueden manifestar indistintamente? ¿Es que la presencia de una de ellos favorece la aparición de la otra?

Para comenzar podemos decir que ambas expresiones son deseables y necesarias en la infancia. El enojo, la rabia y la agresividad son afectos que se hacen presentes desde etapas muy tempranas (Cole, Luby & Sullivan, 2008; Fonagy & Target, 2001; Kernberg, 1976; Winnicott, 1990), contribuyendo de manera especial al desarrollo de características positivas como el crecimiento, la ambición, la defensa, la sensación de fortaleza y seguridad. Por otro lado la depresión como experiencia afectiva básica, vinculada a la experiencia del desamparo, de la frustración, de la pérdida (Anthony & Benedek, 1983; Klein, 1946; Sroufe, 2000) es también natural en los niños.

En ambas resulta deseable que sean adaptativas (Cole, Luby, Sullivan & 2008), que se constituyan en una señal a partir de la cual se pueda organizar la respuesta (Fonagy & Target, 2003; Winnicott, 1990), que estén en relación al estímulo que las provoca (Fonagy, Gergerly, Jurist & Target, 2004), que su in-

tensidad no suma al sujeto en una situación de desvalimiento (Winnicott, 1990), que estén en definitiva al servicio de la protección y el fortalecimiento del sujeto y que le ayuden en su conocimiento y adaptación.

Las expresiones externalizadas (agresividad por ejemplo), suelen tener su máxima expresión en la edad preescolar (Campbell, 2002 citado en Hill, Degan, Calkins, & Keane, 2006), para ir decreciendo en la medida en que los niños van desarrollando sus capacidades cognitivas que les permiten significar, procesar y en consecuencia regular su afectividad (Tremblay, 2000), siendo factores determinantes en la elección la forma de significación, procesamiento y regulación así como el contexto en el que se desarrolla el niño que va a proponer modelos a la vez que reforzar o corregir respuestas.

Agresividad

Ahora bien, ¿qué consideraremos como “agresividad” a los efectos de este trabajo? Resulta especialmente compartible la propuesta de Marcelli (2007) de que la definición dependerá en gran medida de la perspectiva del investigador. La significación de este término no es unívoca existiendo diferencias marcadas entre neurofisiólogos, etólogos, sociólogos, psicólogos o psicoanalistas. Sin embargo, y especialmente en referencia a la infancia y a las Teorías del Desarrollo, la agresividad es un concepto central y no podemos dejar de preguntarnos como psicólogos: ¿es primaria o secundaria?, ¿es reactiva o instrumental?, ¿está al servicio del crecimiento y la maduración o desorganiza y re-

trasa el desarrollo?, ¿es evitable o inevitable?, ¿es normal o patológica?, ¿qué relación tiene con la impulsividad?

Con respecto a su origen, desde el punto de vista psicoanalítico, se han hecho diferentes planteos. Algunos autores ven la agresividad como un instinto innato. Para éstos la agresividad es un instinto de destrucción y no una forma de defenderse frente a lo que no se consigue dominar de otra manera. Desde esa perspectiva la agresividad sería una fuerza que se opone al desarrollo del yo (Freud, 1920, 1923/1980; Kernberg, 1976; Klein, 1946).

Otros autores ven la agresividad como un fenómeno protector ante situaciones de destrato o abandono (Fairbairn, 1954; Winnicott, 1965; citados en Fonagy, 1994) provocadas en el individuo por factores externos que lo llevan a sentirse frustrado. Balint (1968, citado en Fonagy, 1994) plantea la agresividad en relación a la necesidad de dependencia y afecto del niño.

Los teóricos de la Psicología del Yo (revisados por Hartmann, 1964) ven a la agresividad como una reacción frente al conflicto inherente a la adaptación, como una reacción frente al displacer y a la depresión (Brenner 1982, citado en Fonagy, 1994). Los teóricos del apego la ven como evidencia de un apego inseguro (Bowlby, 1989).

Es necesario entonces delimitar más el concepto para poder profundizar en el tema. Coincidiendo con Agurriaguerra (1976) consideraremos la agresividad como la fuerza que sostiene la lucha del sujeto, y podríamos decir del yo, por su conservación y fortalecimiento. Siendo la base de la fortaleza, de la iniciativa,

de la ambición, de la decisión y el valor, sería una disposición innata del comportamiento que va a ser disparada por estímulos externos o internos que estarían en relación tanto con el crecimiento como con la frustración.

La agresividad como respuesta natural tendría su origen en la defensa de uno mismo, de su territorio, de su posicionamiento o jerarquía dentro del mismo.

Resulta especialmente difícil concluir acerca de sus componentes ya que no es posible dejar de lado ni lo biológico (que incluye lo cerebral, bioquímico, hormonal), ni lo temperamental (disposición innata básica) ni tampoco lo social (ambiente como determinante tanto de su desencadenamiento como de su utilización).

En su expresión (autoagresividad o heteroagresividad) aparecería como no patológica en la medida en que resulta adaptada, acorde al estímulo que la dispara y surge en respuesta a un estímulo específico, no manteniéndose una vez que se ha respondido a éste. En la medida en que se transforma en una manifestación caracterológica crónica se volvería patológica (Kernberg, 1994). Podemos, a su vez, considerarla como una actividad-descarga, como una pulsión o como un afecto. En tanto actividad-descarga, volvemos nuevamente a lo planteado acerca de los afectos: son varios los autores (Freud, Winnicott, Kernberg) que nos hablan de un ejercicio cuya finalidad sería simplemente liberar tensión. Aquí estamos haciendo referencia a respuestas muy primitivas, carentes de un sustrato representacional, que se darían de forma espontánea y con escasa conciencia.

En la medida en que el sujeto significa, registra y relaciona, la agresión va de alguna manera consolidándose como pulsión y en su internalización más permanente, en su integración a la trama de fantasías característica del sujeto podrá ser considerada como un afecto. Diferentes autores discuten entonces acerca del origen de la agresividad. Tanto natura como nurtura son considerados como modelos parciales: los niños nacen con su temperamento y son afectados de forma diferente por la privación. Entonces se puede concluir que un entorno facilitador y suficientemente bueno se vuelve más importante para los niños con dificultades en su temperamento. Lo que importa es que el entorno resulte suficientemente bueno para cada niño en particular. Deben considerarse igualmente dos aspectos de la agresividad: el acto agresivo por un lado y la fantasía que lo acompaña por otro. Nos interesa especialmente esta última, sostenida en representaciones objetales internalizadas, a la que se puede diferenciar de lo que sería simple descarga o impulsividad. A su vez, y en relación a la consideración de la fantasía que acompaña las manifestaciones visibles, quisiéramos especificar nuevamente que agresividad (fuerza, impulso) y agresión (manifestación hostil) no son inherentemente patológicas sino que pueden ser parte de una respuesta saludable. Lo importante es diferenciar, más allá del acto agresivo, cuando la manifestación tiene como finalidad la destrucción o cuando está al servicio de alcanzar una meta (fortalecimiento o defensa). Es decir cuando está relacionada con un senti-

miento de desprotección, desvalimiento o frustración y cuando busca simplemente la destrucción del objeto disfrutando o no con ello.

Desde los orígenes, el psicoanálisis considera estas diferentes opciones: la agresividad como fuerza vital al servicio de la conservación, el desarrollo o la defensa, o la agresividad como fuerza destructiva que puede ir o no asociada al placer. No parece que la opción sea elegir entre estos orígenes o fines de la agresividad, sino tomarlos en cuenta para determinar en cada caso a que correspondería dicha manifestación. A esto puede agregarse que el sentido que tenga la agresividad va a resultar determinante en la conformación de la personalidad.

Otto Kernberg (1976), tomando en cuenta esta perspectiva, propone diferentes expresiones de la agresividad que corresponderían a diferentes niveles de procesamiento mental. Por un lado la ira, a la que considera como un afecto primario que tiene como fin eliminar una fuente de dolor o incomodidad y que supone un esfuerzo desesperado por restaurar una sensación de autonomía ante situaciones altamente frustrantes, percibidas inconscientemente como la activación amenazante de relaciones objetales totalmente malas y persecutorias. Por otro lado el odio, que se presentaría en diferentes formas, resultando no patológico cuando es una respuesta a un peligro real, objetivo, de destrucción psicológica o psíquica, a una amenaza a la supervivencia de uno mismo y de sus seres queridos. Será patológico cuando se transforme en una predisposición caracterológica crónica.

Para él, el origen del odio estaría en una fijación a una relación traumática con un objeto fundamentalmente necesitado que se experimenta como totalmente malo. Este proceso conduciría a la destrucción de la capacidad del sí mismo para relacionarse con el objeto. El objeto será, entonces, visto como cruel, omnipotente y destructivo. La relación libido-agresión se ve afectada: la agresión domina al placer y le da sentido a éste. El niño se identifica con ese objeto malo y con esa forma de relación y busca otros objetos sobre los cuales proyectar ese odio, atacándolos, desvalorizándolos, maltratándolos. Establece vínculos coercitivos, controladores, no empáticos, de contacto superficial (en ocasiones seductor), teñidos por la baja autoestima. Esto condiciona al sujeto y menoscaba su yo.

Habría, para Kernberg, diferentes formas de odio: la más extrema que exigiría la eliminación física del objeto (personalidades antisociales), las tendencias y apetencias sádicas que buscarían mantener una relación con el objeto odiado condensando la agresión y la excitación libidinal, el deseo de dominar al objeto que evidenciaría una predominancia de los componentes anal-sádicos, y por último la identificación con un super-yo estricto y punitivo que daría lugar a las ideologías vindicativas u odio autodirigido.

Me parece de suma importancia, a los efectos de este trabajo, tener especialmente en cuenta dos aspectos del planteo de Kernberg (1976): por un lado la consideración de si la agresividad aparece o no asociada al placer, y por otro lado si toma en consideración o no al

objeto sobre el que se expresa. Ambos aspectos resultan determinantes para la comprensión y la regulación de las manifestaciones agresivas.

No es, entonces, nuestra intención mantenernos en la simple descripción de un sistema de actitudes (punto de vista neurofisiológico), ni de una secuencia de comportamientos externos acompañados de intencionalidad (punto de vista etológico), sino centrarnos en la elaboración fantasmática interna, vivenciada, sentida y expresada por el individuo en una conducta internalizada o externalizada, cuyo origen sólo es accesible a través de la interpretación inductora (Marcelli, 2007).

Depresión

Vayamos ahora a la consideración de la depresión. La tristeza, la conmoción ante la sensación de vulnerabilidad, es propia de la infancia. Lo que diferencia la tristeza normal de la depresión no es la presencia del humor triste sino la dificultad para resolver esa tristeza al punto que se vuelva permanente y comprometa otros dominios del comportamiento.

Esta idea de que la depresión está vinculada a la imposibilidad de resolver situaciones estresantes ha sido ya investigada (Forbes, Fox, Cohn, Galles & Kovacs, 2006, citados en Cole, 2008). Escasas estrategias de afrontamiento generan una sensación de desborde y de indefensión que hacen al niño proclive a la depresión.

Asimismo, investigaciones han demostrado que los niños que pueden generar una depresión manifiestan dificultades para sentir emociones positivas tales como disfrute, entusiasmo, orgullo e in-

terés (Cole, Luby, & Sullivan, 2008). Podríamos considerar a la Depresión como un Trastorno Afectivo que puede presentarse desde el momento mismo del nacimiento y a lo largo de toda la vida. Esta afirmación que hacemos tan fácilmente ha tenido sin embargo sus controversias a lo largo de la historia ya que por un lado hay quienes niegan su existencia dentro de la infancia (al sostener que el niño carece del desarrollo psíquico necesario para reaccionar ante las pérdidas con determinados mecanismos defensivos) y por el otro, quienes sostienen que su presentación dentro de esta etapa suele estar tan enmascarada por diversos trastornos del comportamiento que da una impresión engañosa lo que impediría que se pueda identificarla.

Fue primeramente la Psicología del Yo (dentro de la corriente psicoanalítica), los estudios factoriales de Ackerson y Achenbach, Edelbrock (Achenbach, 1991), y el ascenso del paradigma cognitivo referido a la indefensión aprendida quienes demostraron fehacientemente que esta entidad mórbida se presenta en la infancia.

Debemos sin embargo consignar que no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto ya que si bien puede presentar una sintomatología semejante (disforia, anhedonia, trastornos del sueño y de la alimentación, baja autoestima, aislamiento social) posee además algunas características específicas que están directamente relacionadas al momento del desarrollo en que se presenta.

¿Podremos entonces hablar de depresión en la infancia? De acuerdo a lo es-

tamos planteando, para hacerlo con propiedad deberemos en primer lugar precisar si hablamos de una experiencia afectiva básica, de importancia psicológica general, o de una enfermedad (síndrome regresivo clínico).

Como experiencia afectiva básica podemos decir que parece haber consenso entre los autores en que los niños sufren este afecto, que en general aparece relacionado a elementos de desamparo, frustración, miseria o pérdida. Se le considera como un afecto básico, que en muchos individuos se podrá convertir en el afecto de alternativa y que en todos deberá integrar la gama de reacciones posibles. También se coincide en que, al igual que la angustia, se puede constituir en una señal relacionada con las posibilidades de pérdida de objeto. Sería entonces una experiencia afectiva básica deseable y constitutiva de la personalidad.

Para considerarla un trastorno nos resulta de utilidad diferenciar la consideración del síntoma depresivo (experiencia de tristeza, pérdida del interés o del placer, escasa responsabilidad) del síndrome depresivo (síntomas de estado de ánimo negativo acompañados por ciertos trastornos somáticos, cognitivos o conductuales) y del Trastorno Depresivo (persistencia del síndrome), ya que lo que parece estar en discusión no son los dos primeros sino simplemente la existencia de un desorden depresivo.

En términos metapsicológicos podríamos entender la sintomatología depresiva por un lado como un investimento libidinal menor de lo normal en la representación de sí, agresión insuficientemente fundida con la libido y orientada

hacia sí mismo, lo que interferiría con el desarrollo del yo a la vez que generaría conductas que surgirían en respuesta a la defensa y a la restitución. Estos síntomas podrían presentarse aislados o implicar una participación total de la personalidad, una regresión más completa y una profunda disminución del sentido de realidad.

Y ¿cómo nos llegan estos niños “deprimidos” a la consulta? Aquí volvemos a nuestro cuestionamiento inicial: paradójicamente sucede que estos niños generalmente son llevados a la consulta psicológica no por la evidencia de ánimo depresivo directamente sino porque resultan irritables, desafiantes, negativos, con arrebatos emocionales intensos en casa o en la escuela, o con quejas físicas sin causa aparente (cefaleas, dolores de estómago), o hiperactivos, impulsivos, agresivos, y en general niegan tener algún problema.

Es decir que ya desde el comienzo el diagnóstico se vuelve complejo ya que su presentación no corresponde habitualmente con la idea que las personas no especializadas pueden tener acerca de la depresión y en consecuencia no consultan por ella. Esto hace que tenga sentido nuestra pregunta acerca de la relación existente entre la depresión y la agresividad.

La expresión de la agresividad y de la depresión: externalización e internalización, desvalimiento y disregulación

Vayamos ahora a las diferentes formas en las que se pueden manifestar y regular agresividad y depresión, para lo cual retomaremos el planteo de la Introduc-

ción de este trabajo con respecto a la alta frecuencia de niños con disregulación afectiva caracterizada por una conducta agresiva en nivel clínico, expresada por síndromes tanto externalizantes (comportamientos manifiestos desajustados, agitación psicomotora, desobediencia y comportamiento oposicionista o delincuente) como internalizantes (enmascarando vivencias de desvalimiento, depresión, ansiedad).

Para ello y en función del destacado lugar que han tomado los términos Internalizante y Externalizante dentro de la psicopatología actual que considera la regulación de los afectos como primordial, habría que comenzar por caracterizarlos tomando como referencia lo planteado por Western, Shedler, Bradley y DeFife (2011). Los sujetos que evidencian síndromes externalizantes suelen ser hostiles, expresando su agresividad directamente, en ataques de rabia o mostrándose críticos, controladores u oposicionistas. Sospechan de los otros, manifiestan conflictos con la autoridad y parecen siempre dispuestos a querellar. No muestran empatía, estando siempre pendientes de demostrar su valía. No reconocen sus carencias y culpan de ellas a otros. Tienen muy poco *insight* acerca de las motivaciones de su conducta y tienden a sentirse maltratados por los demás. No logran establecer vínculos profundos o estables. Su personalidad se enmarca dentro del tipo antisocial, psicopático, paranoide o narcisista.

Los sujetos con *síndromes internalizantes* son aquellos en los que predominan la depresión y la ansiedad, que suelen ser emocionalmente inhibidos y teme-

rosos, socialmente vergonzosos y evitativos, a la vez que tienden a sentirse inadecuados y a culparse de sus dificultades. No se atreven a expresar sus deseos o impulsos. Suelen ser pasivos y a sentirse desvalidos, impotentes, a merced de fuerzas ajenas a ellos. Permanecen rumiando sus problemas y a la vez que sienten un gran vacío, se les hace difícil expresar abiertamente su rabia hacia los otros y en cambio la expresan hacia ellos mismos. Su personalidad se enmarca dentro del tipo depresivo, ansioso, dependiente, evitativo y esquizoide.

Ahora bien, si pensamos en el mecanismo psíquico en juego, podríamos decir que la modalidad externalizante, con su recurso inmediato a la acción y a la descarga seguramente en pos de la regulación, parecería corresponder a un nivel más primario, a una trama representacional más pobre, frente a la imposibilidad de procesamiento de los estímulos que generan alguna reacción afectiva, como ya se planteó anteriormente.

Por su parte cuando la agresividad aparece unida a un síndrome internalizante, camuflando el desvalimiento y la minusvalía, regulando la reacción afectiva frente a ellos, parecería necesitar de un procesamiento mental mayor, unido a una cierta elaboración de la imagen de sí apoyada en una mayor introyección (aún cuando la imagen de sí sea deficiente). Las relaciones de objeto irían más allá de la necesidad de satisfacción, las representaciones del objeto y del *self* estarían diferenciadas, ya que el sentimiento de desvalorización parecería requerir de una conciencia de *self* y de una cierta capacidad autorreflexiva,

así como de una cierta evaluación de secuencias causales.

Aún cuando la internalización y la externalización implican mecanismos psíquicos diferentes, varias investigaciones (Achenbach, 1993; Cole et al., 1994) muestran que se presentan con una muy alta comorbilidad y que ésta es sostenida justamente por la conducta agresiva. Los resultados del estudio denominado "El afecto y su regulación en la organización de la personalidad desde una perspectiva psicoanalítica" (Miller, D. 2013) al que hicimos mención anteriormente, apuntan, como vimos, en la misma dirección. Según lo observado en las fig. 4 y fig. 5, aquellos niños detectados con síndrome internalizante en un nivel clínico, obtuvieron puntajes también altos en escalas vinculadas al síndrome externalizante, y viceversa.

Figura 4. Perfil de los niños con Síndrome Internalizante en nivel clínico de acuerdo al CBCL, muestra completa, (n=20)

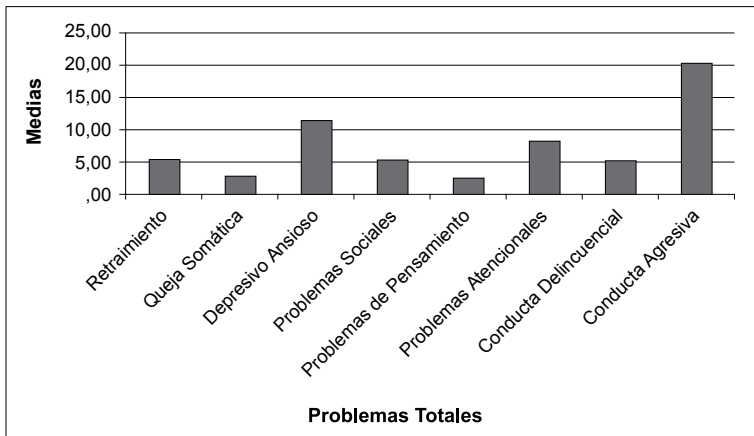


Figura 5. Perfil de niños Síndrome Externalizante en nivel clínico, de acuerdo al CBCL, muestra completa, (n=18)

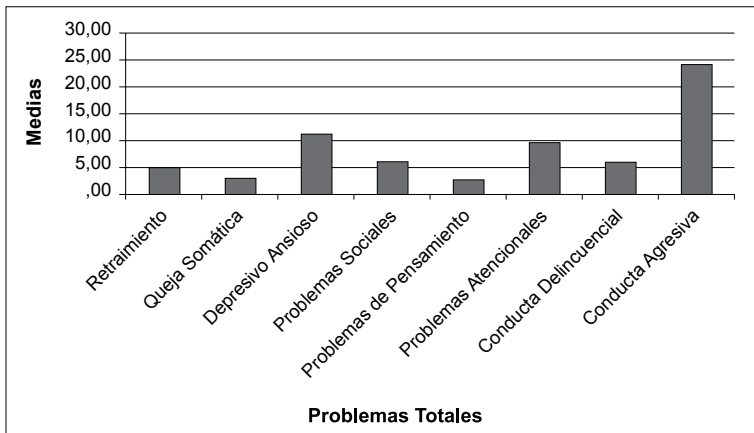
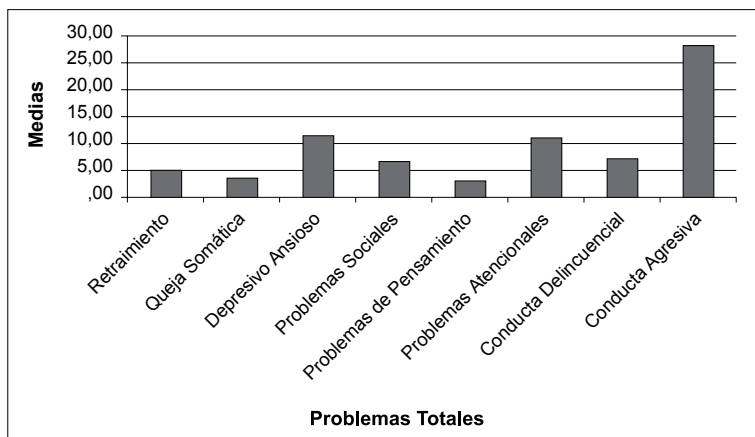


Figura 6. Perfil de niños con Conducta Agresiva en rango clínico, de acuerdo al CBCL, muestra completa, (n=13)



Vemos en las tres figuras que la conducta agresiva es la escala con más puntuación seguida de la depresión/ansiedad y también a la de problemas atencionales. Esto nos podría estar indicando que en el sujeto que no puede hacerse cargo de ciertos estímulos la señal afectiva que marca su presencia, dispara o bien la inhibición (internalización) o bien la acción (externalización), en lugar de dar lugar a un procesamiento mental y a una elaboración de la sensación (señal afectiva) que le resulta intolerable, para con ello lograr una respuesta más equilibrada.

Podemos decir entonces que cuando no se logra una adecuada regulación nos encontramos frente a una afectividad que invade, que no logra ser adecuadamente significada ni procesada y que por su misma fuerza puede llevar a vivirlo todo como una amenaza o un ataque. El sujeto deberá en esta situación mantenerse en guardia consumiendo así buena parte de su energía.

No quedaría en estas condiciones energía para otras funciones, que se verían claramente afectadas.

Tanto los planteos teóricos como las investigaciones empíricas nos muestran la relación entre la dificultad de regulación, el aumento de afectos negativos (agresividad y depresión por ejemplo) y el pasaje a la acción sin el suficiente respaldo representacional. Son éstas las condiciones que estarían en la base de las manifestaciones afectivas disreguladas.

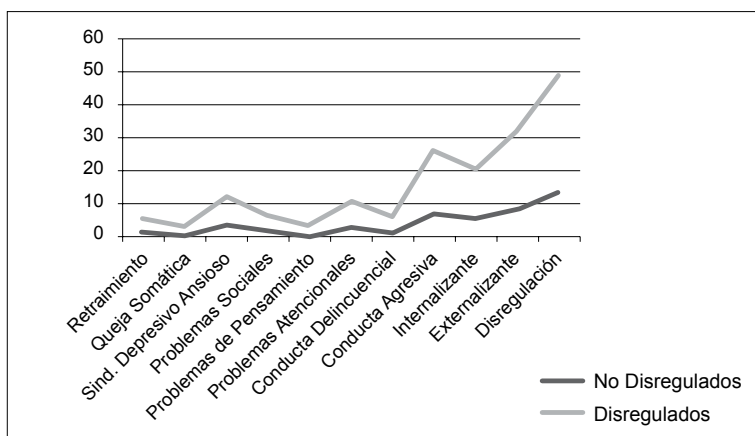
Es en esta línea que se desarrollaron las investigaciones de Althoff, Retew, Ayer y Hudziak (2010); Holtman, Buchmann, Esse, Schmidt, Banaschewski y Laucht (2010), acerca de la Escala de Disregulación, que incluye conjuntamente la conducta agresiva, los síntomas depresivo-ansiosos y problemas atencionales, como manifestaciones de afectividad disregulada, y que demuestran las consecuencias sumamente negativas que esta asociación puede tener para el

individuo (consumo de alcohol o drogas, suicidio, alteraciones graves en la personalidad en la adolescencia o adultez). Cerca de 1-2% de las muestras epidemiológicas, de 6-7% de muestras psiquiátricas infantiles y de 13-20% de niños con TDA/H cumplen con los criterios de esta escala (Holtmann et al., 2008; Hudziak et al., 2005; Volk & Todd, 2007). El perfil ha mostrado ser altamente he-

redable y estable a lo largo del tiempo (Ayer et al., 2009; Biederman et al., 2009; Hudziak et al., 2005).

Dentro de nuestra casuística encontramos a un 18,9% de niños diregulados, que, de acuerdo al Child Behavior Check List (Achenbach 1991), evidenciaban las siguientes performances en lo que refiere a su comportamiento y afectividad.

Figura 7. Cuadro comparativo de puntuaciones medias obtenidas por niños disregulados y no disregulados de acuerdo al CBCL.



Los niños diregulados presentaron además problemas asociados de sueño, alimentación, higiene, lenguaje, orientación, vínculos, enseñanza, evolutivos, familiar y actitudinales. Se hace entonces evidente la consecuencia de la disregulación sobre las manifestaciones de los niños, lo que nos da una pauta de las consecuencias negativas a que hacíamos referencia. Por otro lado parece importante destacar la relación que permanentemente se ha comprobado tanto en la clínica como en los estudios teóricos, entre la agresividad y la necesidad

de fortalecimiento e individuación, más allá de su connotación destructiva que parecería relacionada al fracaso en procesar el desvalimiento.

Cabría entonces preguntarse si será su relación con el desvalimiento y el desamparo lo que subyace a las manifestaciones agresivas más allá del mecanismo psíquico (internalización o externalización) a través del cual se expresen. Freud (1926/1980) plantea que la indefensión y el desvalimiento, están en relación con la falta de dominio del niño frente a las excitaciones producidas

tanto por las necesidades básicas como por las funciones corporales. Desde su punto de vista, el desvalimiento lleva al niño a una reacción casi automática de ansiedad que lo hace dependiente de una ayuda externa. Una vez que el niño se da cuenta de que a través de esa ayuda puede aliviar su tensión, lo que va a provocar su ansiedad va a ser la posibilidad de perder dicha ayuda.

Luego, al plantear la segunda tópica destaca que este desvalimiento puede “apoderarse” del yo, que va a sentirse disminuido frente sus propios impulsos y exigencias (Freud 1923/1980) o en general frente a una excesiva tensión que no sabe cómo manejar (Freud 1926/1980). Y aquí es, a nuestro entender, donde podría surgir la agresividad. Finalmente y de acuerdo a lo que planteado, resulta deseable que el afecto se constituya en una señal a partir de la cual se pueda organizar la respuesta (Fonagy & Target, 2003; Winnicott, 1990), que esté en relación al estímulo que lo provoca, al servicio de la protección y el fortalecimiento del sujeto, y que le ayude en el reconocimiento de sí mismo, de sus herramientas y sus carencias, y que su intensidad no suma al sujeto en una situación de desvalimiento (Winnicott, 1990). Esto es lo que hace que el afecto sea adaptativo, más allá de su valencia (Cole et al., 2008; Fonagy, 2004).

Estas condiciones no se cumplen cuando el sujeto se siente desvalido, lo que lo lleva a interpretar los estímulos como amenazantes y en consecuencia a defenderse frente a ellos (agrediendo) o dejándose ganar por la indefensión (depresión).

Entonces ¿cómo relacionamos agresividad y depresión en los niños?

Resultan de especial interés en este punto los planteos de Donald Winnicott (1990), quien conceptualiza a la agresividad como una defensa (inclusive en los trastornos disociales) y la depresión como el fracaso de dicha defensa, lo que deja al sujeto librado a su propia sensación de indefensión. Sostiene que la agresividad resultará peligrosa cuando escape al control del sujeto, constituyéndose en la dramatización de una realidad interna no tolerable y expresada a través de *actings* (reacciones en corto circuito) que distancian al sujeto de su *self* verdadero, impidiéndole la representación, significación y procesamiento de sus estados mentales.

En contraste con esta perspectiva que relacionaría el desvalimiento con la ansiedad y con la expresión agresiva, otros psicoanalistas (Bibring, 1953; Bleichmar, 1996; Luborsky, 2001; Maltzberger, 2004; Rosenfeld, 1959) han asociado dicho constructo exclusivamente con la depresión. Bibring, fue el primero en conectar desvalimiento y depresión, sosteniendo que el desvalimiento no es una manifestación de depresión sino que la subyace, y que ésta constituye el efecto de la fragilidad del yo y no de los conflictos que no puede manejar. Desde la perspectiva de Bibring, la indefensión se refiere a la representación de sí que refleja la incapacidad de satisfacer sus propios deseos y a una fuerte fijación a ciertos deseos, que no puede sustituir por otros más realizables. La depresión es vista entonces como una reacción básica a situaciones de frustración nar-

cisista que el yo no puede controlar, independientemente de qué las haya causado (Bibring, 1953, p. 40). A partir de dichas situaciones surge el afecto depresivo y la inhibición. Podría agregarse que también en la infancia suele surgir la agresividad aún enmascarando esa depresión.

Bleichmar (1996) desarrolló más tarde estas ideas sosteniendo que un sentimiento de indefensión con respecto a la fuerza de los deseos constituye el núcleo común de todas las depresiones. También consideró los diferentes caminos que podían llevar a la indefensión, como por ejemplo agresión, culpa, narcisismo patológico, ansiedad persecutoria, identificación y déficits del yo para enfrentar las situaciones traumáticas. En estos planteos ya se encuentra presente la agresividad, así como la interrelación entre las manifestaciones internalizantes y externalizantes.

Las investigaciones empíricas basadas en el Core Conflictual Relational Theme (CCRT, Luborsky & Crits-Christoph, 1998), demostraron que en la depresión el desvalimiento está relacionado con deseos insatisfechos. ¿No se podría decir lo mismo en el caso de la agresividad?

También a la luz de las propuestas de Blatt (2006), podemos preguntarnos cómo se relacionan agresividad y depresión, con la tendencia a la afinidad o a la autodefinición, al apego o a la individuación. A partir de la consideración de esta polaridad Blatt construye un modelo según el cual la personalidad se desarrollaría en una transacción dialéctica entre la afinidad (relaciones personales cada vez más maduras, íntimas, satis-

factorias) y la autodefinición (sentimiento de identidad cada vez más diferenciado, integrado y realista). Cada uno de estos aspectos se desarrollaría en relación con el otro. Así, en la medida en que tengamos relaciones interpersonales más satisfactorias, más fuerte será nuestro sentimiento de identidad y más cohesivo nuestro *self*. En consecuencia cuánto más seguros de nosotros mismos, más satisfechos (menos deprimidos) y menos se presentará la necesidad de actitudes defensivas (menos agresividad injustificada).

Pero, ¿qué sucede si estos aspectos no se desarrollan dialécticamente? ¿Será en esos casos cuando el individuo busca a través de la actuación la forma de compensar su indefensión, o de recuperar un sentimiento de fortaleza y dominio? Blatt identifica dos tipos de depresión relacionados con las manifestaciones conductuales agresivas. En primer lugar la depresión anaclítica caracterizada por sentimientos de soledad, abandono e indefensión y marcada por grandes temores que pueden llevar a la actuación destructiva en la medida en que no se registra la respuesta buscada frente al pedido de amparo y amor. En segundo lugar la depresión introyectiva que se caracterizaría por sentimientos de escasa valía, inferioridad, fracaso y culpa que necesitan ser compensados con éxito y dominio, y que en consecuencia también podrían expresarse a través de manifestaciones agresivas.

Entonces puede subyacer un ánimo depresivo a las manifestaciones agresivas. Esto resulta fácilmente reconocible en los niños en quienes es frecuente que la depresión se evidencie a través

de irritabilidad, enojo, peleas, mal comportamiento en la escuela, dificultades en el relacionamiento con pares. Esta depresión, que se reconoce como una depresión enmascarada, resulta mucho más común que la evidencia de tristeza, anhedonia o inhibición, que serían los síntomas típicos de depresión, pero de presentación más habitual en los adultos y no en los niños.

Para identificar estas depresiones enmascaradas deberemos recurrir a la visión subjetiva de los niños de sus propias vivencias, ya que el comportamiento manifiesto podría llevarnos a catalogar los síntomas como correspondientes a un trastorno externalizante (por ejemplo un trastorno oposicionista desafiante) y no a uno internalizante (depresión).

¿Qué consecuencias puede tener la escasa regulación de las emociones negativas?

Tomando agresividad y depresión como expresiones de afectos negativos veamos las consecuencias que puede tener su regulación, considerando que las dificultades que surgen del fracaso en regular las emociones negativas incluirían, a su vez, otras características tales como quedarse pegado a los estímulos inquietantes, dificultad en contener las reacciones impulsivas, muy escasa capacidad de planificación y de hacerse cargo de las situaciones conflictivas o de enfrentar la evaluación e interpretación del ambiente social de manera global e imparcial, poca capacidad de explorar el ambiente en que se mueven, y en controlar y ser dueño de su propia conducta. Todo ello contribui-

ría a una muy baja autoestima, que en ocasiones trataría de compensarse a través de representaciones de sí contradictorias, a la vez que generaría una alta dependencia.

Entonces, altos niveles de afectividad negativa y un bajo nivel de tolerancia a la frustración, harían predecir, a largo término, tanto problemas relacionales como actitud social negativa (Bradley, 2000; Fonagy, 2004).

La importancia y masividad de las actuaciones, el desprecio o la inconsciencia en relación a los objetos externos, nos llevaría a veces a dudar del funcionamiento del principio de realidad, aún cuando tampoco podemos decir que triunfa el principio del placer. Lanzándose de lleno a través del acto, devoran los objetos que se encuentran en el campo dónde se han lanzado, sería lo que Green (1975) nos aportaría al respecto. Podría decirse que de acuerdo a estos estudios la capacidad esencial de regular adecuadamente los afectos se vería seriamente comprometida cuando estos parecen usurpar una función de la representación, la de encadenar las vías utilizadas para dar un significado, convirtiéndose en un alto riesgo para la organización psíquica y favoreciendo la aparición de patología.

Debido a que estos niños no podrían inhibir sus reacciones o tendencias negativas, no podrían llevar a cabo planes efectivos para hacerse cargo de sus respuestas o controlar su atención para reducir el impacto de experiencias tempranas negativas, convirtiéndolas en experiencias más positivas. O sea estos niños podrían ser incapaces de usar su afectividad como una señal que los

orientara hacia un objetivo, lo que los haría sentir más vulnerables al favorecer la interpretación de los estímulos como peligrosos llevándolos a reaccionar frente a ellos con inhibición (más relacionada con la depresión) o con hostilidad (Fonagy, 1994).

La investigación contemporánea (Me-loy, 2001) corrobora, como en su momento plantearon Bowlby (1986) y Winnicott (1990), que existe una alta correlación entre los comportamientos destructivos y descontrolados de los niños escolares y factores tales como la interacción patológica entre y con los padres, los trastornos del apego, ambientes de gran tensión, abuso emocional y físico, negligencia y abandono. Se han encontrado también correlaciones entre los comportamientos agresivos de los niños pequeños y los trastornos de conducta o antisociales en adolescentes y adultos.

Trabajos recientes corroboran que estas condiciones tienen un impacto sobre el desarrollo del cerebro y en el modelo del sistema neurofisiológico de regulación de las emociones (Ledoux, 1999).

Se podría decir que estos niños parecen no haber tenido el suficiente diálogo afectivo, en el marco de seguridad que puede brindar el apego seguro, como para formar herramientas que les permitan identificar, pensar, reflexionar, acerca de sus afectos. Tampoco han compartido instancias en las que se les atribuya un significado estable y moral a los afectos (en el sentido primario de buenos y malos, positivos y negativos, constructivos o destructivo). En ausencia de estos intercambios afectivos se

han ido desarrollando patrones alterados de apego y el sentido de sí mismo se ve alterado y empobrecido. Sus relaciones objetales alteradas no incitan a la búsqueda de aceptación a través de identificaciones positivas. Aparece una seria dificultad en la internalización, en la identificación con reglas y parámetros internalizados.

En cambio todo esto parece generar reclamos narcisistas inagotables (Tyson & Tyson, 2000) que si bien les pueden permitir reconocerse como agentes activos de sus acciones, no les permiten ver que son el resultado de sus propias opciones y que como tales generarán consecuencias de las cuales ellos también serán responsables. Es como si no pudieran comprender que no todos los deseos e intenciones se pueden llevar a cabo y menos aún impunemente, por el contrario simplemente suelen vivirlas como consecuencia de las provocaciones de las que se sienten objeto.

La autorregulación exige autorreflexión, identificación y comprensión de los estados afectivos, tolerancia a la frustración y capacidad de espera y de contención de respuestas automáticas y reflexas provenientes de los impulsos. Este uso permite al *self* tomar contacto con el afecto e incidir en su expresión generando una respuesta más adaptativa y sobre todo controlable.

Para la regulación es necesaria la intervención de diferentes funciones: percepción (a-percepción), memoria (para rescatar situaciones pasadas similares), imaginación (para poder prever las consecuencias), creatividad (para buscar alternativas), reflexión (para sopesarlas), etc. El sujeto debe entonces integrar es-

tas informaciones para luego decidir lo más adecuado y recién allí actuar. Y, más allá de que este proceso puede tener lugar de forma inconsciente y muchas veces de forma casi instantánea, es necesario contar con esas herramientas y especialmente con la capacidad de organización para integrarlas.

La imposibilidad de lograrlo genera desorganización y con ello tensión, lo cual aumenta la carga afectiva y dificulta aún más su regulación. Es éste el caso de la invasión de afectividad que en un intento de descarga puede generar una acción no racional, o una búsqueda de control de sí mismo a través del control del otro.

Cuando no logran el control suelen aparecer, más allá de la ansiedad, la furia o el terror. Todo este aumento de afecto suele volver a los niños hipervigilantes, y nos evidencia Tyson en sus investigaciones (2000) que este estado de alerta los lleva a prestar atención no solamente a las manifestaciones explícitas y verbales de quienes les rodean sino especialmente a las manifestaciones no verbales (movimientos del cuerpo, gesticulaciones, tono de voz).

Quisiéramos enfatizar la desorganización que generaría este proceso. Estos niños parecerían no darse cuenta de la entidad de su afecto aún en presencia de la desorganización. ¿Cómo podría reaccionar el psiquismo frente a lo que no puede admitir, procesar, o a lo que le es peligroso al punto de comprometer su integridad?

Algunas investigaciones evidencian que los modelos de procesamiento y de reacción se van formando tempranamente y en parte, a consecuencia de los

patrones de interacción que sufren esos niños, resultando al decir de Main (2002) duraderos y transgeneracionales.

Los padres que padecen un apego desorganizado o por lo menos inseguro, difícilmente podrán ayudar a sus hijos en este proceso de regulación, en parte porque tampoco lograrán diferenciar sus propias emociones de las del niño, con lo cual no podrán comprender que es lo que él siente y en consecuencia tampoco se lo significarán de forma adecuada, ni serán capaces de mantenerse asequibles y a la vez firmes y consecuentes con sus demandas y expectativas.

Los padres que no son capaces de confrontar las conductas desadaptadas en el niño, agresivas por ejemplo, no pueden transmitirle seguridad, antes bien envían aún sin darse cuenta el mensaje de que las emociones resultan terribles, peligrosas, y sobre todo incontrolables. Sin esta imprescindible base del cuidador, el niño se queda solo para manejar los afectos.

Fonagy nos aporta en este sentido, la idea de la precocidad con la que se van conformando estos patrones al evidenciar que algunas de estas capacidades de regulación ya se pueden observar a partir de los cuatro meses de edad y que a la vez en su conformación van marcando el desarrollo cerebral y a la vez se ven condicionadas por él (Fonagy, 1999).

A su vez, Hughes, Dunn y White (1998) comprueban en sus estudios el deterioro en el funcionamiento intelectual, en el área emocional y de comprensión, y también en la capacidad de llevar a cabo funciones de ejecución simple, en

los niños con trastornos de conducta, es decir con una evidencia de disregulación emocional.

Por último, y cómo forma de reafirmar las consecuencias de la regulación, haré mención a otro conjunto de proposiciones psicoanalíticas, contrastadas empíricamente, que relacionan la regulación de los afectos con el desarrollo moral temprano (moral self), generador de la empatía así como del sentimiento de reciprocidad, base de lo que Fonagy (1999) llama función reflexiva. Este sentido moral temprano está constituido tanto por la internalización de las prohibiciones como por la de ideales provenientes de las predicciones que el niño puede hacer de las reacciones parentales y no sólo de la conflictiva edípica (Emde, 1999).

El sentido moral aparece entonces relacionado con la regulación de los afectos y especialmente con las propuestas del cuidador en este proceso, en la medida en que ya en ese primario intercambio afectivo se transmiten los valores morales del cuidador, que serían vivenciados e internalizados por el niño. Esto a su vez refuerza la autoestima y da confianza al niño que puede entonces disminuir su temor frente a las conmociones afectivas y confiar en su posibilidad de regulación.

Podemos entonces concluir a la luz, tanto de la investigación bibliográfica como del estudio empírico, que agresividad y depresión están presentes de forma sobresaliente en la infancia, resultando las formas más frecuentes de expresión de las dificultades de regulación emocional. Ambas tienen importantes consecuencias sobre diferentes as-

pectos del desarrollo y suelen expresar indistintamente la indefensión, la defensa o la destructividad dirigida hacia sí mismos o hacia los demás.

Al tomar en cuenta tanto su alta comorbilidad como las diferencias tanto en lo que respecta al diagnóstico como al pronóstico de estos síntomas de disregulación afectiva, resulta de suma importancia poder acceder a la vivencia subjetiva que los sostiene (desvalimiento o destructividad) con el objetivo de implementar intervenciones pertinentes y efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACHENBACH, T.M. (1991). *Integrative Guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychology.
- ACHENBACH, T.M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF and YSR*. Burlington, University of Vermont.
- ANGOLD, A., COSTELLO, E.J. & ERKANLI, A. (1999). "Comorbidity". En *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, nº 40, 1, PP. 57-87.
- ALTHOFF, R., RETEW., D., AYER, L. & HUDZIAK, J. (2010). "Cross-informant agreement of the dysregulation Profile of the Child Behavior Check List". En *Psychiatry Research*, nº 178, PP. 550-555.
- ANTHONY, J. & BENEDEK, T. (1983). *Depresión y existencia humana*. Buenos Aires, Salvat.
- ARNOLD, M.B. (Ed.). (1970). *Feelings and emotions*. New York, Academic Press.
- BEYERS, J.M. & LOEBER, R. (2003). "Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents". En *Journal of Abnormal Child Psychology*, nº 31, 3, PP. 247-266.
- BIEDERMAN, J., PETTY, C.R., MONUTEAUX, M.C., EVANS, M., PARCELL, T., FARAONE, S.V., et al. (2009). "The Child Behavior Checklist-Pediatric Bipolar Disorder Profile predicts a subsequent diagnosis of bipolar disorder and associated impairments in ADHD youth growing up: A longitudinal analysis". En *Journal of Clinical Psychiatry*, nº 70, PP. 732-74.
- BLEICHMAR, H. (1996). "Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic therapy". En *International Journal of Psycho-Analysis*, nº 77, PP. 935-961.
- BOWLBY, J. (1986). *Vínculos afectivos*. Madrid: Morata.
- BRADLEY, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Nueva York, Guilford Press.
- CLARK, L.A. & WATSON, D. (1991). "Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications". En *Journal of Abnormal Psychology*, nº 100, 3, PP. 316-336.
- COLE, P.M., MICHEL, M. & TETTI, L.O. (1994). "The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective". En *Development*, nº 59, PP. 73-102.
- EMDE, R. (1999). "El progreso: las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y el psicoanálisis". En *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, nº 30, PP. 67-102.
- FONAGY, P. (1999). "Apegos patológicos y acción terapéutica". En *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, 4. Recuperado de <http://www.aperturas.org.4fonagy.html>.
- FONAGY, P. (2004). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona, Espaxi.
- FONAGY, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). *Affect regulation, Mentalization, and the development of the self*. London: Karnac.
- FREUD, S. (1920). Más allá del principio del placer. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. XVIII, 1-62). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.
- FREUD, S. (1923). El yo y el ello y otras obras. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. XIX, 1-66). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.
- FREUD, S. (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. XX, 71-162). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.
- GORMALLY, S., BARR, R.G., WERTHEIM, L., ALKAWAF, R., CALINOIU, N. & YOUNG, S.N. (2001). "Contact and nutrient caregiving effects on newborn infant pain response". En *Developmental Medicine & Child Neurology*, nº 43, 28-38.
- HARTMANN, H. (1964). *Essays on ego psychology*. Londres: Hogarth Press.
- HIGA-MCMILLAN, C.K., SMITH, R.L., CHORPITA, B.F. & HAYASHI, K. (2008). "Common and unique factors associated with DSM-IV-TR internalizing disorders in children". *Journal of Abnormal Child Psychology*, nº 36, 8, 1279-1288.
- HOLTMANN, M., GOTH, K., WÖCKEL, L., POUSTKA, F. & BOÏTE, S. (2008). "CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype: Severe ADHD or bipolar disorder?". En *Journal of Neural Transmission*, nº 115, PP. 155-161.
- Hudziak, J.J., Althoff, R.R., Derks, E.M., Faraone, S.V. & Boomsma, D.I. (2005).
- HUGHES, C., DUNN, J. & WHITE, A. (1998). "Trick or treat, uneven understanding of mind and emotion and executive dysfunction in "hard-to-manage" preschoolers". En *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, nº 39, PP. 981-994.
- KERNBERG, O. (1976). *Objects Relations: Theory and Clinical Psychoanalysis*. Nueva Jersey: Aronson.
- KERNBERG, O. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- KLEIN, M. (1946). "Notes on some schizoid mechanisms". En *Developments in Psychoanalysis*, Londres: Hogarth Press.
- LEWIS, M. & SULLIVAN, M. (2005) *The develop-*

ment of self conscious and evaluative emotions in early childhood. Nueva York: Guilford.

LILIENFELD, S.O. (2003). "Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions". En *Journal of Abnormal Child Psychology*, nº 31, 3, PP. 285-291.

LUBORSKY, L. (2001). "The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies". En *Psychoanalytic Dialogues*, nº 11, PP. 583-604.

MAIN, M. (2001). "Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego". En *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.aperturas.org.main.html>.

MARCELLI, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Buenos Aires, Elsevier Masson.

MELOY, J.R. (Ed). (2001). *The mark of Cain: Psychoanalytic Insight and the Pyscopath*, Hillsdale, Analytic Press.

MESSER, S.C. & GROSS, A.M. (1994). "Childhood depression and aggression: A covariance structure analysis". En *Behaviour Research and Therapy*, nº 32, 6, PP. 663-677.

QUIGGLE, N.L., GARBER, J., PANAK, W.F. & DODGE, K.A. (1992). "Social information processing in aggressive and depressed children". En *Child Development*, nº 63, 6, PP. 1305-1320.

ROSENFELD, H. (1959). "An Investigation of the Psycho-analytic Theory of Depression". En *International Journal of Psychoanalysis*, nº 40, PP. 105-129.

SEELEY, J.R. (2002). "Comorbidity between conduct disorder and major depression: Phenomenology, correlates, course, and familial aggregation". En *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, nº 62, 12-A, PP. 22-41.

TREMBLAY, R. (2000). "The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century?". En *International Journal of Behavioral Development*, nº 24, PP. 129-141.

TYSON, P. & TYSON, R. (2000). *Teorías psicoanalíticas del desarrollo: una integración*. Lima, Publicaciones Psicoanalíticas.

VIOLA, L., GARRIDO G. & VÁZQUEZ, A. (2008). "Estudio Epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos". *Publicación de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica*. Montevideo: GEGA.

VOLK, H.E. & TODD, R.D. (2007). "Does the Child Behavior Checklist juvenile bipolar disorder phenotype identify bipolar disorder?". En *Biological Psychiatry*, nº 62, PP. 115-12.

WOLFF, J.C. & OLLENDICK, T.H. (2006). "The co-

morbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence". En *Clinical Child and Family Psychology Review*, nº 9, 3, PP. 201-220.

WINNICOTT, D. (1990). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

YOUNGSTROM, E.A., FINDLING, R.L. & CALABRESE, J.R. (2003). "Who are the comorbid adolescents? Agreement between psychiatric diagnosis, youth, parent, and teacher report". En *Journal of Abnormal Child Psychology*, nº 31, 3, PP. 231-245.

RESEÑA CURRICULAR DEL AUTOR

Dra. Delfina Miller, es Doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Es además directora del Departamento de Psicología Clínica de la UCUDAL, Profesora Titular Investigadora y Coordinadora de la Maestría en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes. Es investigadora activa del Sistema Nacional de Investigadores (nivel Candidato a Investigador). Ha publicado diversos artículos en revistas arbitradas, Es evaluadora de Proyectos de Investigación para la Universidad de Buenos Aires (UBACyT) y para la Universidad de la República, Uruguay

E-Mail: delfinamiller@gmail.com

Lic. Ana Inés Machado es maestranda de la Maestría en Psicología Clínica en Niños y Adolescentes de la Universidad Católica del Uruguay. Es asistente de Investigación del Departamento de Psicología Clínica de la misma institución, e Investigadora Asociada de la Universidad de la República, así como docente del Instituto de Perfeccionamiento y Estudios Superiores (ANEP-CODICEN).

E-Mail: anainesmachadov@gmail.com