

# *La depresión infantil en el niño (0-5 años) y su repercusión en el desarrollo psicomotor*

**M. Segovia Morán.** *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

**J. Rebollo Roldán.** *Profesor Titular. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

## **RESUMEN**

La inespecificidad de los cuadros depresivos infantiles que se muestran de manera encubierta y latente en el 90% de los casos (Citrin y McNew, 1968), la frecuencia de situaciones de comorbilidad que desdibujan los límites de los diversos trastornos y que afectan al desarrollo psicomotor del niño, fundamentalmente en la etapa sensomotriz del niño (de 0 a 18 meses, según Piaget) (Shaffi, 1997), es el objetivo de este estudio, en el cual se describe la variabilidad expresiva de éstos y su repercusión en el estado tónico postural y como consecuencia en su capacidad de adaptación a su entorno, ya que se parte de la premisa de que la capacidad de movimiento es difícilmente diferenciable de la capacidad intelectual en esta primera etapa del niño.

*Palabras clave:* Depresión, tonicidad, anhedonia, excitabilidad.

## **ABSTRACT**

The unspecificity of the infant depressive descriptions which are showed into a hidden and latent form, in 90% of the cases (Citrin and McNew, 1968), the frequency in comorbidity situations, that blur the limits of several child's disturbances and that affect to the psychomotor development, especiality in child's sensoriomotor stage (0-18 months, by Piaget) (Shaffi, 1997), is the objective of this study, in which it's described the expressive variability of these ones and their repercussion into different areas of development.

*Key words:* Depression, tone, anhedonia, slowness.

## **INTRODUCCIÓN**

Las manifestaciones afectivas y emocionales del bebé comprenden, desde el malestar difuso bastante diferenciado arraigado en el cuerpo y expresado a través de la vida motriz y tónica o en ciertas angustias muy primitivas, como las de una caída sin fin, o las de una disociación de las partes del cuerpo que llevan al bebé a agarrarse, a aferrarse o bien reunir las dos mitades de su cuerpo. El estado tónico

postural del niño es variable e influenciabile tanto por estímulos internos como por estímulos externos, pues la vida afectiva y relacional del niño se imprime y se expresa a este nivel en el cuerpo (Thomas y Ajuriaguerra, 1948).

## **ESTADO TÓNICO POSTURAL DEL NIÑO**

El bebé desde que nace se va a comunicar a través del cuerpo, va a utilizar el lenguaje

corporal. Así lo estableció con claridad H. Wallon al referirse a un «diálogo tónico» en la relación con el otro, que se instaura mucho antes que cualquier intercambio verbal.

Es obvio decir que será de vital importancia un estado normotensional de sus músculos para facilitar la función postural, antigravitatoria y de locomoción, tan necesarias para relacionarse con el entorno, y que sus posibilidades motrices innatas se desarrollen con normalidad.

Sherrington definió el tono muscular como una reacción refleja a propósito, un reflejo propioceptivo cuyo inicio está en el mismo músculo tónico. Se puede concluir diciendo que, el movimiento nace del estado tónico muscular, que es la base de la postura y de la adaptación coordinada postural.

A los bebés se les podrá clasificar como normo, hiper o hipotónicos.

El tono muscular muestra amplias variantes en el primer año de vida. Los recién nacidos suelen presentar un tono muscular elevado. Del primer al tercer día, éste suele expresarse como hipotonía generalizada. Para recobrar luego, de nuevo y poco a poco, su tono muscular en el cuarto y quinto día en los que se alcanza valores máximos que seguirán en los meses siguientes, en que se apreciará muy poco balanceo de miembros, mínima extensibilidad y pasividad indirecta de la cabeza al finalizar el tercer mes y durante el cuarto; esto va cambiando progresivamente de modo que el tono muscular va descendiendo hasta detenerse, pasado el año, cuando existe una clara hipotonía fisiológica. Hacia el cuarto mes la cabeza ya casi no se balancea, mientras que los miembros se han ido aflojando progresivamente hasta llegar a una pasividad indirecta clara hacia el año de vida (Coriat, 1974). La pasividad directa en los miembros, especialmente en los superiores, de persistir, es también perjudicial porque impide al

niño observar algo de real importancia para él y su buen desarrollo: sus propias manos.

Es importante saber también a la hora de examinar al bebé que el tono muscular varía según las circunstancias que rodean al niño, tanto un ambiente hostil como la ausencia de unos vínculos afectivos normales pueden alterar el normal desarrollo psicomotor del niño.

Estos conocimientos son necesarios para realizar la estimulación precoz, a partir de la cual se puede trabajar para conseguir patrones de extensibilidad o pasividad cercanos a la normalidad, o evitar los daños que ello podría ocasionar en la evolución del niño. Así, por ejemplo, el niño hipotónico suele adaptar su masa corporal al lugar donde se encuentra, y le hace menos inquieto, menos observador, con lo que limita su campo de experiencia. Mientras que, por otro lado, los que presentan hipertonia suelen manifestar excesiva rigidez que les dificulta, a menudo, los pasos adecuados para adaptarse al movimiento por sí mismos.

### **ETIOPATOGENIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN LOS PRIMEROS CINCO AÑOS**

Partiendo de una actitud abierta, que permita la coincidencia de varios factores causales, resumimos las diversas posibilidades etiopatogénicas que facilitan, originan o configuran las depresiones infantiles desde una visión biológica:

1. La herencia genética que hace al niño más vulnerable para padecer la depresión.
2. Factores bioquímicos y neuroendocrinos.
3. Teorías circadianas del sueño.

Esta vulnerabilidad del niño, relacionada con un modelo de estrés familiar, va a facilitar los fenómenos depresivos en la infancia. Las situaciones estresantes familiares, que con mayor frecuencia se encuentra en los antecedentes de la depresión infantil, se asocian a relaciones disfuncionales en la familia, con dificultades interpersonales y con problemas en la comunicación entre sus miembros. En general, se piensa que los efectos del estrés familiar y social tienen mayor repercusión cuando los acontecimientos ocurren en edades tempranas. Es decir, que se pueden encontrar también niños depresivos con una madre físicamente presente pero no disponible afectivamente.

También tiene mucho peso la presencia de una madre depresiva a través de mecanismos de aprendizajes de tipo vicario y por modelado, por una vía interpersonal, con menos protección y soporte familiar y por la relación deteriorada que se establece (Cummings y Davis, 1994). Así, tanto una madre depresiva como la presencia de cualquier trastorno psicopatológico en los padres puede condicionar la evolución del niño.

El que los padres sufran trastornos afectivos, o de otro tipo, no sólo significa que pueden existir factores genéticos implicados en la etiopatogenia, sino también factores ambientales, con trastornos en la interacción familiar, falta de apoyo emocional al niño y menor capacidad de la familia para resolver los problemas cotidianos, circunstancias todas que ensombrecen el pronóstico del cuadro depresivo (Warner y cols., 1992).

### **LAS DEPRESIONES PROPIAS DE LOS CINCO PRIMEROS AÑOS DE VIDA**

Una forma de depresión infantil es el cuadro clínico de la depresión anaclítica descrito

por R. Spitz (1946) que es, evidentemente, el más característico, tanto por su franca sintomatología (estado de apatía masiva con rechazo de contacto o indiferencia hacia el entorno) como por sus condiciones de aparición en el lactante de más de seis meses con llanto y retraimiento durante 2 o 3 meses, pérdida de peso, insomnio, vulnerabilidad de su organismo, retraso en el desarrollo psicológico, rigidez expresiva y contacto humano huido. Esta sintomatología se hace más intensa cuando la privación emocional es total, con lo que se origina la llamada situación de hospitalismo (Spitz, 1965), creando en el niño una situación de pasividad total, afectación motora, con lentitud motora muy evidente, movimientos corporales espásticos incluso después de una rehabilitación intensiva, movimientos extraños de los dedos, parecidos a movimientos descerebrados o atetoides y disminución progresiva en el cociente de desarrollo que puede alcanzar un nivel promedio de moderado a grave.

Otra forma de depresión de los cinco primeros años es la llamada sensomotriz (Sheffi, 1997) que no tiene un origen deprivativo, que afecta especialmente a la etapa sensomotriz del niño, que cursa con sintomatología de tristeza, inhibición y retraimiento, con disforias, llanto, expresión facial sobria, inhibición del lenguaje y el contacto visual, con apatía y afectación del comportamiento motor, el sueño, la interacción madre-hijo, el desarrollo cognitivo y la salud.

Finalmente otra forma de los primeros cinco años son la depresión precoz (Rodríguez Sacristán, 1995) y la depresión mayor del niño de 3 a 5 años (Shaffi, 1997) que se caracteriza por un humor irritable; la disminución del interés por sus actividades habituales, con menos capacidad de protesta; la disminución de sus iniciativas y del repertorio de interacciones sociales, falta de alegría y

posibles trastornos en el sueño, la alimentación y el peso corporal.

La clínica de las depresiones infantiles es florida, polimorfa y comórbida que, siguiendo la teoría del afecto de Watson y Tallegen (1985), supondría:

1. Una pérdida del afecto positivo (el afecto positivo refleja la medida en que un niño se siente activo, entusiasta, alerta, con energía y participación gratificante) del bajo afecto positivo. Las características dominantes son: la anhedonia, el desinterés, la torpeza y desánimo, el aplanamiento y la falta de entusiasmo.

2. Aumento del afecto negativo (representa un factor de malestar subjetivo y participación desagradable, con predominio de sentimientos negativos como el disgusto, la ira, la culpa, el miedo, el nerviosismo, la insatisfacción, etc.

3. Finalmente podría existir una hiperactivación fisiológica del sistema nervioso autónomo que origine síntomas como aceleración cardíaca, irregularidades respiratorias, temblores, etc.

## LA DEPRESIÓN Y EL ESTADO TÓNICOPOSTURAL DEL NIÑO

La sintomatología depresiva afecta diferentes aspectos psicomotrices en el niño. Sin ánimo de simplificar, se utilizará la clasificación de Watson y Tallegen para ver cómo la vida emocional, en este caso la depresión infantil, participa y afecta en el tono, la postura y la motricidad, en la comprensión de numerosas dificultades como los trastornos tonicomotores, y de manera general, en la apreciación del bienestar o del malestar del niño.

Por un lado, la pérdida del afecto positivo en el niño caracterizado por anhedonia, apla-

namiento, desinterés y pérdida de energía vital conlleva un estado hipotónico muscular que cursa con hipomotilidad, lentitud motora y monotonía que contrasta con la diversidad de las conductas del bebé normal en su infinita variedad de movimientos. La movilidad corporal «pegajosa», las iniciativas psicomotrices se van a encontrar disminuidas y las respuestas motrices a las sollicitaciones estarán debilitadas. Esta actitud del niño va a condicionar la recepción de información propioceptiva, que es fundamental para la maduración del esquema corporal, la regulación del equilibrio tónico ocular y postural y la ejecución de los elementos más simples.

También la falta de solidez, en caso de hipotonía mantenida desde el interior y de no poder controlar sus propios movimientos, pueden engendrar un sentimiento de desorganización, de incompletud y de vacío. Esta actitud obstaculiza el establecimiento de relaciones fluidas con el niño (Mazet y Stoleru, 1990).

Por otro lado, el alto afecto negativo que es un factor de distrés en el que predominan sentimientos de irritabilidad, trastornos de conductas, agitación nerviosa, inquietud, disomnia, se va a reflejar en el tono muscular en hipertonia, convirtiendo los movimientos corporales en espásticos y torpes. Dificulta su relación con el objeto e inhibe el contacto visual, con la extraordinaria importancia que tiene la información visual, siempre en relación directa con la información propioceptiva (Gagey y Weber, 2001).

## CONCLUSIONES

El estado tónico postural del niño es variable en todo momento y está cambiando continuamente. El tono muscular es influenciado tanto por estímulos internos como externos.

La comorbilidad y el polimorfismo que caracteriza la depresión infantil, sugiere que es la que origina esa variabilidad de expresión del tono fuera de los límites de la normalidad, donde la aparición de síntomas de afectos negativos se vería reflejada en la hipertonicidad del niño y la pérdida de afectos positivos se expresaría con una marcada hipotonicidad.

En definitiva, la corporalidad y sus alteraciones son la vía de expresión preferente de los problemas depresivos en estos primeros años de vida y se ve reflejado en el retraso del desarrollo psicomotor del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

- Coriat, L.: *Maduración psicomotriz en el primer año del niño*. Buenos Aires: 1974.
- Gagey P.M. y Weber B.: *Posturología. Regulación y alteraciones de la bipedestación*. Barcelona: Masson, 2001.
- Matas, S. y cols.: *Estimulación Temprana de 0 a 36 meses*. Buenos Aires: Humanitas, 1991.
- Mazet, F. y Storelu, S.: *Psicopatología de la primera infancia*. Barcelona: Masson, 1990.
- Rodríguez Sacristán J. y Caballero Andaluz R.: *Depresiones en la infancia y adolescencia*. En: *Formas Clínicas y Diagnósticos de la Depresión*. Fundación Valgrande 1990, 119-142.
- Salvador, J.: *La Estimulación Precoz en la Educación Especial*. Barcelona: Ceac, 1989.
- Sandín, B.: *Ansiedad, miedo y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson, 1997.
- Shafii M. y Shafii L.: *Depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
- Thomas A. y Ajuriaguerra J.: *L'axe corporel. Musculature et innervation*. París: Masson, 1948.
- Watson, D., y Tallegen, A.: *Toward a consensual structure of mood*. *Psychological Bulletin*, 98: 219-235. 1985.