

# EL TEST DE APERCEPCION TEMATICA (TAT) EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION INFANTIL

SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN DEPRESIONES INFANTILES  
Sevilla, 25-26 de Febrero de 1983

AUTORES: A. BLANCO PICABIA.\*  
M. PEINADO GIRALDEZ.\*\*  
M.C. MONTES REGUERA.\*\*  
L. RODRIGUEZ FRANCO.\*\*  
J. RODRIGUEZ SACRISTAN.\*\*\*

\*: Jefe de la Unidad de Psicología Clínica del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Universitario de Sevilla.

\*\* : Psicólogo Colaborador del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Universitario de Sevilla.

\*\*\*: Catedrático de Psiquiatría Infantil.

## INTRODUCCION

El interés por el estudio de la Depresión Infantil adquiere progresiva fuerza, particularmente en los últimos años a raíz de los estudios de diversos autores, entre los que, a modo de ejemplo, podríamos destacar a Nissen (1971).

Sin embargo, es preciso hacer constar que este auge es debido más a la calidad e importancia de los trabajos aparecidos que a la cantidad de los

mismos que en función de la trascendencia del problema hubiera sido de esperar.

Con mayor frecuencia estos trabajos se encuentran referidos a formas de expresión y manifestación clínicas, como es el caso de la DSM III (Spitzer y cols., 1980), a los equivalentes depresivos (Sperling, 1959) o a los aspectos conceptuales, como la obra del citado Nissen (opus cit.), o la de Shulterbrandt y Raskin (1977).

Estos trabajos representan ya un

notable avance en el conocimiento de la Depresión Infantil, aunque hasta el momento resultan insuficiente, a la vista de los resultados de Frommer (1968), Rutter (1971), McOnville (1973), Cytryn y McKnew (1974), Graham (1974), Petti (1978), Kovacs, (1981) y Birlisson (1981) entre otros, poniéndose de manifiesto en todos los casos la dificultad de aceptación de unos criterios válidos para su diagnóstico.

En este marco de referencia, se encuadran las Escalas de Evaluación (Rating Scales) en un intento de analizar, identificar y valorar la Depresión Infantil, y que ya representan los primeros intentos en el "Index de Hampstead" de Sandler y Joffer (1965), aunque en la actualidad se dispone de un gran número de ellas; por citar ejemplos, podríamos mencionar la CDS de Lang y Tisher (1978), la CDI de Kovacs y Beck (1977), la BID de Petti (1978) o la de Birlisson (1981) por traer aquí solamente las más divulgadas de las que utilizan la autoevaluación. Otras requieren la intervención de observadores, como es el caso de la "Peer Nomination" de Lefkowitz y Tesyni (1980), o las entrevistas estructuradas como la de Kovacs (1978) o la de Puig Antich y Chambers (1978).

En contraste, la utilización de las Pruebas Proyectivas de una forma sistemática y ordenada, es escasa, probablemente dada la complejidad intrínseca de las mismas y las dificultades derivadas de la falta de interés por estas Técnicas en los momentos en que se produce la mayor preocupación por el estudio de la Depresión Infantil.

Esto ocasiona que sean con excesiva frecuencia ignoradas, por lo cual el número de publicaciones en torno a este tipo de instrumentos es prácticamente nulo.

Existe en la bibliografía más actual un limitado número de estudios referidos a la utilidad de las Pruebas

Proyectivas en el caso de las depresiones enmascaradas, como es el caso de los trabajos de Toolan (1962), Guibert y Dabosville (1967).

Sin embargo, tan sólo existen referencias muy someras en lo que se refiere al estudio de los signos clínicos de la auténtica depresión infantil, a través de este tipo de pruebas, como son los trabajos de Rapoport (1977), los de Dougas y Mouren (1979), Nissen (1971), Jeudi de Grissac (1971), Kohler (1972) o el de Narbona, Aguirre y Sacristán (1982), éste último en nuestro país en adolescentes con limitaciones físicas crónicas.

Concretamente, Rapoport (opus cit.) basándose en los criterios diagnósticos de Cytryn y McKnew (opus cit.) para la Depresión Infantil, habla de la utilización del TAT como instrumento de elevada fiabilidad, utilizando únicamente cuatro de las láminas de la prueba, aunque siempre enfocando su manejo bajo el prisma de los criterios clásicos de la interpretación psicodinámica.

Debemos hacer constar que el citado estudio de Narbona, Aguirre y Sacristán (opus cit.), es el único dentro de la extensa bibliográfica consultada en el que se intenta específicamente una sistematización objetiva de los resultados del TAT en una población depresiva infantil, si bien ésta se realizó mediante los criterios y datos normativos propuestos por Murray (1971) para adultos de la población americana.

En nuestro caso, y aceptando asimismo plenamente los criterios básicos de Cytryn y McKnew (opus cit.) en lo que se refiere a las formas de manifestación de la Depresión Infantil (nivel de la fantasía, nivel de la expresión verbal y nivel comportamental), consideramos que el TAT reúne los requisitos imprescindibles y necesarios para poder explorar estos tres niveles de expresión de una forma operativa y

eficaz, al igual que lo considera Rapoport (opus cit.). Sin embargo, la subjetividad de las interpretaciones según la normativa clásica de interpretación y corrección, y la falta de criterios adecuados y adaptados a esta situación específica, constituyen un escollo que debemos y nos proponemos superar.

En este punto, nos planteamos la siguiente cuestión: ¿Es posible preguntarle al TAT si en las respuestas que de él obtenemos se encuentran implícitos los signos diagnósticos de la Depresión Infantil con la suficiente garantía de validez, fiabilidad y objetividad como para poderse utilizar dicho test con este fin?

De resultar afirmativa la respuesta, consideramos que esta prueba se convertiría, al igual que hoy lo es sobradamente en adultos, en un instrumento de elección para detectar, evaluar y analizar las características de la existencia de los signos de Depresión Infantil en la fantasía, el lenguaje y las conductas del sujeto, y esto tanto a nivel del comportamiento objetivo que puede ser extraído de los relatos, como en ese otro aspecto más descuidado por las Rattng Scales que resulta de la interpretación más profunda de la dinámica de la personalidad del sujeto. Por todo ello, consideramos que sería posible obtener una amplia gama de matices individuales, que sin duda permitirían estudiar objetivamente el amplio abanico de aspectos y manifestaciones que lleva implícito el concepto y que explicita la clínica de la Depresión Infantil.

## MATERIAL Y METODO

Para nuestro trabajo hemos utilizado dos muestras compuestas por 60 sujetos procedentes de la misma población infantil, correspondiente a la

que regularmente recibe sus enseñanzas en colegios de Sevilla, ubicados en la zona urbana, pertenecientes en su integridad a un nivel sociocultural medio-bajo.

La asignación de los sujetos a una y otra de las muestras se ha realizado en función de sus puntuaciones en la versión adaptada de la CDI de Kovacs y Bech (1977) a esta misma población por Sacristán y Cardozo (1981).

De esta forma, en la muestra considerada control se incluyeron 30 sujetos escogidos aleatoriamente de entre los que en la mencionada Escala obtuvieron puntuaciones inferiores a 6 puntos (indicación de "depresión ausente") mientras que en la experimental se agruparon los 30 individuos que obtuvieron las puntuaciones más elevadas, siempre por encima de 10 puntos (depresión ligera a severa), y en todos los casos, procedentes de las mismas aulas y grupos escolares.

La muestra control está compuesta por 11 niñas y 19 niños, con edades comprendidas entre los 11 y 15 años, y con una media de edad de 12.46.

La muestra experimental detectada por la mayor incidencia de rasgos depresivos a través de la adaptación española de la CDI, se compone de 5 niñas y 25 niños, cuyas edades oscilan entre los 11 y 15 años, con una media de 12.69.

Todos ellos cursaban estudios de 6º, 7º y 8º de Educación General Básica (EGB). Ver CUADRO I.

Ambas muestras fueron sometidas a idénticas condiciones de aplicación de la prueba psicológica por un mismo profesional especializado, siguiendo en todo momento las instrucciones ofrecidas por Murray (1971), y habiéndose seleccionado de antemano las 10 láminas que este mismo autor reconoce de mayor capacidad de estimulación, y por tanto más apropiadas para la población infantil.

CUADRO I

	Edad	Sexo		Nivel Cultural			
		Varón	Hembra	6º EGB	7º EGB	8º EGB	
GRUPO CONTROL	$\bar{X}$ 12'46 DT 1'20	64 %	36 %	40 %	36'16 %	23 %	
GRUPO EXPERIMENTAL	$\bar{X}$ 12'69 DT 1'35	83.3 %	16.6 %	40 %	20 %	40 %	

DESCRIPCION DE LAS MUESTRAS.

El registro de las historias se efectuó con la sistemática clásica, sin que hasta aquí se introdujera ninguna innovación destacable en el desarrollo de la prueba con respecto a la normativa estandar.

Llegado a este punto, se procedió a la recogida de los principales signos psicopatológicos que, propuestos por diversos autores, recopilados por Ajuariaguerra (1974) y sintetizados por Lefkowitz (1980), pudieran pertenecer de forma más relevante y significativa a la constelación de la Depresión Infantil, así como ser reconocidos e identificados en los relatos recogidos.

Dichos signos fueron agrupados en relación a tres áreas referenciales de la proyección, enmarcándolas en:

1. Características referentes a la figura del HEROE o protagonista de las historias.
2. Características referentes al AMBIENTE en que se desarrollaban las escenas y que rodeaban al héroe.
3. EXPECTATIVAS que expresa el sujeto en función del desarrollo de los relatos y su terminación.

De cada una de las AREAS antes mencionadas, se seleccionaron aquellos ASPECTOS que las definían y especificaban.

Finalmente, estos ASPECTOS se valoraron en función de unos ítems o RASGOS concretos que consideramos representativos de los anteriores y suponen una definición objetiva y operativa de la información que puede ser recogida de las historias, y que se expresan en el CUADRO II.

Cada uno de estos RASGOS se valoró de 0 a 4 en función de los criterios objetivos y definidos que se presentan en el Anexo del presente trabajo, de tal forma que la puntuación 0 correspondía siempre a la ausencia de todo signo valorable en ese rasgo, y

4 a la intensidad o frecuencia máxima de esos signos.

La fase posterior del trabajo consistió en efectuar una comparación estadística de las puntuaciones totales obtenidas en ambas muestras, así como de las referentes a cada uno de los rasgos, que se realizó en el Servicio de Bioestadística e Informática Médica del Hospital Universitario de Sevilla, utilizando un microordenador de 48 Kb de memoria principal, y programación BASIC, y mediante el estadístico "U de Mann-Whitney.

Queremos hacer constar aquí nuestro agradecimiento a D. Julio Moreno Gonzalez, Jefe de dicho Servicio, cuya insustituible colaboración ha resultado fundamental para el desarrollo del presente estudio.

## RESULTADOS

En los CUADROS III y IV se exponen los resultados directos obtenidos de la aplicación de la Escala de Objetivación de Rasgos Depresivos en la Infancia a las historias narradas respectivamente por las muestras control y experimental.

En el CUADRO V se reflejan los resultados obtenidos al aplicar el estadístico "U de Mann-Whitney" a las puntuaciones expuestas en los CUADROS III y IV, junto a los niveles de significación de dicho estadístico.

## DISCUSION

Como hemos tenido ocasión de comentar en la Introducción del presente trabajo, dentro de la creciente atención que en los últimos años se viene registrando por el estudio y conocimiento de la Depresión Infantil,

CUADRO II

Areas	Aspectos	Rasgos
HÉROE	Deseos	de muerte de aislamiento de evasión de comprensión
	Sentimientos	Tristeza Soledad Desaliento e Impotencia Ansiedades y Miedos
	Actitudes	Desvalorización Abatimiento y Pasividad Dependencia
	Vivencias	Debilidad Irritabilidad
	Temporalidad	Pasado Futuro
AMBIENTE	Vacío	Falta Pérdida
	Daño	Peligro Daño Físico Agresiones
	Contenido	Intereses Personalizaciones
ESPECTATIVAS	Desenlaces	Futuro Próximo Futuro Lejano

ESCALA DE OBJETIVACION DE RASGOS DEPRESIVOS  
EN EL T.A.T. INFANTIL.

NOMBRE		SERVICIOS				ACTIVIDADES				VICENCIAS		TEMPORALIDAD		VACIO		AMBIENTE				OPORTUNIDAD		ASPECTATIVAS																
		RESERVA		COMUNICACION		TRABAJO		DEPORTES		CULTURA		PASADO		FUTURO		FALTA		PERDIDA		PELIGRO FISICO		DAÑO FISICO		AGRESION		INTERESES		PERSONALIZACION		FUTURO PROXIMO		FUTURO LEJANO						
nº de orden	EDADES	CURSO E. G. D.	TOTALES	MUERTE	AISLAMIENTO	EVASION	COMPRENSION	TRISTEZA	SOLEDAD	DESALIENTO E IMPOTENCIA	ANSIEDADES Y MIEDOS	DESVALORIZACION	ABATIMIENTO Y PASIVIDAD	DEPENDENCIA	DEBILIDAD	IRRITABILIDAD	PASADO	FUTURO	FALTA	PERDIDA	PELIGRO FISICO	DAÑO FISICO	AGRESION	INTERESES	PERSONALIZACION	FUTURO PROXIMO	FUTURO LEJANO											
1	11 6ª	14				1		1	1	1	1		3		1				1	1	2																	
2	13 7ª	14						1	1	1		2	1		1				1	1	1	2		1														
3	13 7ª	12								1		3			2				2				1		3													
4	14 6ª	15						1											3	1		4		3														
5	11 6ª	9						1		1		2										3		3														
6	14 7ª	14				1				3		1	2		2					2		4																
7	11 6ª	16										1																										
8	13 6ª	22						1				4							3	1	3	3		4														
9	11 6ª	14						1		1					2				2	3	4	4		4														
10	13 7ª	23				2		2	2	1		3	2						2	3	4	4		4														
11	12 7ª	11				3		1		1		1							1		2	2		2														
12	12 7ª	16						1		1		4									1	4		4														
13	12 6ª	19				1		1				2			2				1		2	2																
14	11 6ª	20				1						3							1		3	4																
15	14 8ª	21				1				1			2						1		4	2		4														
16	13 8ª	8								2		3							1		1	1																
17	15 8ª	6								1											1	1		1														
18	13 7ª	19				4				2									2		1	1		1														
19	11 6ª	12						1	2			1			1						4	4		4														
20	11 6ª	7							2												4	4																
21	14 8ª	23				2			1			1			2				1		2	2																
22	13 7ª	15						1	1					2					1		3	4		4														
23	12 7ª	18				1		1		1		2	3		3				1		3	1		3														
24	14 8ª	14						1		2					2				3	1	1	1																
25	12 7ª	17								2		3							1	2	2	1		4														
26	14 8ª	14				1				1		4			1				1		4	4		4														
27	12 7ª	15										3							1		4	4		4														
28	11 6ª	12						1							1				2		4	4		4														
29	13 8ª	12				1			1										1		2	1		1														
30	11 6ª	19				1		1				4			1					2	4	4		4														
			T=3	T=16	T=3	T=17	T=9	T=26	T=5	T=6	T=12	T=2	T=0	T=0	T=34	T=35	T=68	T=17	T=55	T=6	T=52	T=6	T=0	T=6	T=52	T=6	T=1											

GRUPO CONTROL





CUADRO V

Rasgo	U	Nivel de Significación
Muerte	435,0	N.S
Aislamiento	420	N.S
Evasión	395,5	N.S
Comprensión	435,5	N.S
Tristeza	320	P<0,05
Soledad	269	P<0,01
Desaliento	438	N.S
Ansiedades y miedos	253	P<0,01
Desvalora	242	P<0,01
Abatimiento y Pasividad	428,5	N.S
Dependencia	253,5	P<0,01
Debilidad	420,5	N.S
Irritabilidad	297,5	P<0,02
Situación en tiempo pasado	390	N.S
Situación en tiempo futuro	390	N.S
Falta	353,5	N.S
Pérdida	380,5	N.S
Peligro físico	422,5	N.S
Daño físico	371	N.S
Agresión	405	N.S
Intereses	420	N.S
Personalización	417,5	N.S
Futuro próximo	234,5	P<0,01
Futuro lejano	450	N.S
Puntuaciones totales	106	P<0,01

Aplicación de la U-Mann Whitney a los resultados directos de la corrección del T.A.T.

el interés por los instrumentos diagnóstico útiles y específicos para este fin es más que actual. Y dentro de esa actualidad son muy escasos, como también hemos expuesto, aquellos trabajos en los que se manejan con esta finalidad las Técnicas Proyectivas y más concretamente el TAT de Murray que aquí nos ocupa.

Partiendo de la base de que en ningún caso esta falta de utilización de este tipo de pruebas obedece a la demostración científica de su ineficacia, sino que por el contrario, los escasos trabajos referentes al tema coinciden en afirmar su manifiesta utilidad, dicha falta consideramos puede justificarse por tres causas:

1. La complejidad, laboriosidad y duración cronológica que precisan para su uso las Técnicas Proyectivas.
2. La subjetividad y falta de criterios claros y operativos que adorna a las Técnicas Proyectivas a la hora de concretar situaciones o signos específicos o de analizar rasgos concretos.
3. La coincidencia cronológica y el paralelismo entre el aumento del interés por el estudio de la Depresión Infantil y el auge de la elaboración y utilización de las Escalas de Evaluación Clínica.

Sin embargo, nosotros consideramos que a estas críticas cabría anteponer una serie de factores positivos que compensarían, y aún justificarían esos inconvenientes, y que son las múltiples posibilidades del empleo de tan clásicas pruebas y más concretamente del TAT. En primer lugar, pensamos que las dificultades y aparente escasa rentabilidad de su uso, serían superadas con creces en el momento en que utilizadas por manos entrenadas, pudieran producir el máximo de sus muchas posibilidades y

sentar el amplio abanico de información que de esta prueba es posible obtener. En segundo lugar, la hasta ahora falta real de objetividad en las apreciaciones y resultados de este instrumento, consideramos que pueden ser subsanadas mediante adecuada concreción, ordenación y sistematización de la información implícita en las historias resultantes de la aplicación de la citada prueba. Y este es el objetivo de nuestro trabajo.

Finalmente, habría que constatar que difícilmente se puede aceptar que ninguna otra de las pruebas hasta ahora utilizadas analice y valore real y simultáneamente estas tres áreas que con Cytryn y McKnew (1974) consideramos acogen las manifestaciones posibles de la Depresión en el niño y el adolescente, ya que ninguna otra puede mostrarnos al tiempo, las fantasías, las expresiones verbales y las conductas implícitas y explícitas de un sujeto.

Considerábamos pues, una laguna que era preciso cubrir la ausencia en el arsenal diagnóstico y evaluativo del clínico, de unos criterios concretos, objetivos y fiables, con los que evaluar el TAT. particularmente en niños, y con los que captar en él la ausencia o presencia y el peso con que esta se produjera, de los niños y señales que definen el cuadro que hemos dado en llamar Depresión Infantil.

Para ello, hemos seleccionado de la población que nos ocupa, infantil-adolescente, dos muestras definidas y que consideramos representativas en lo que el factor presencia-ausencia de síntomas de Depresión Infantil se refiere. El criterio utilizado para determinar dicha presencia o ausencia fue la CEDI, versión española de la CDI de Kovacs y Beck, cuyas probadas y elevadas fiabilidad y validez suponían un criterio discriminativo a nuestro juicio suficiente y muy valioso como

elemento diferencial.

Al observar las características de ambas muestras podemos contemplar diferencias, a nuestro parecer, poco valorables en lo que se refiere a la distribución por sexos. Estimamos que esta diferencia en cuando a las frecuencias de ambos sexos en las dos muestras pueden justificarse por dos vías: por un lado, la mayor frecuencia de varones que de hembras en las aulas; lo cual justificaría el que en ambas muestras se encuentren más representados; por otro lado y dado que en la selección de los sujetos no ha intervenido otro elemento que el azar, dentro de los grupos diferenciados por el CEDI, consideramos que la menor presencia de hembras en el grupo experimental podría ser interpretado como un indicador indirecto de una mayor morbilidad de la Depresión Infantil en la población masculina. En cualquier caso, el hecho de que el objetivo de nuestro trabajo sea el comprobar la posibilidad de obtener a través del TAT idénticos resultados que a través del CEDI, resta parcialmente trascendencia a dicha diferencia.

Por otro lado, consideramos más importantes la similitud de las medias y desviaciones típicas de las edades de ambas muestras, toda vez que dicho dato ha sido considerado, por diversas circunstancias, de alta trascendencia. Así, Rutter (1970), encuentra una mayor incidencia de la Depresión Infantil en niños de 14 a 15 años que en niños de 10 a 11.

No sólo es por esta circunstancia, sino también por la diversidad sintomática hallada por Chess y Thomas (1972), Lapouse (1966), Macfarlane, Allen y Honzik (1954), Werry y Quay (1971), en función de las distintas edades de los niños, lo que nos obliga en este tipo de estudios a controlar de forma extremadamente minuciosa

esta variable. En esta misma línea encontramos los trabajos de Birleson (1980) cuando afirma que el hecho de que el niño sea un organismo en desarrollo, cuyos estados de ánimo fluctúan rápidamente, complica la situación diagnóstica.

Así pues, ambas muestras son comparables y representativas y sus rendimientos, por ende, válidos para nuestros fines.

En relación a la Escala por nosotros utilizada a la hora de objetivar los rasgos implícitos en las historias del TAT, consideramos conveniente justificar que ésta ha sido elaborada partiendo de las orientaciones de Murray (1951 y 1971), y estructurado los rasgos en función de las posibilidades genéricas de expresión de los rasgos psicopatológicos descritos por diversos autores y recopilados por Ajuria-guerra (1974), de tal forma que quedarán recogidas todas las opciones, en aquel momento precisibles, de manifestaciones de los signos y síntomas depresivos en los niños, e incluyendo en esos rasgos de forma encubierta las indicaciones de Niessen (1971) y Lefkowitz (1980).

Los rasgos aislados fueron valorados de 0 a 4 en cada caso, según que cada uno de esos rasgos estuviera ausente en las historias narradas o apareciera con toda su intensidad. De esta forma conseguimos una evaluación ajustada a criterios claros, objetivos y generalizables que nos permitía cuantificar en cada sujeto el peso de cada rasgo depresivo y, aparte de posibilitarnos el elaborar un perfil característico de cada individuo, nos permitía obtener un "peso" o puntuación total con que cuantificar su situación depresiva.

Para la elaboración estadística de nuestro trabajo utilizamos la U de Mann Whitney. Esta prueba no paramétrica es una de las más poderosas

de su género y constituye la alternativa más útil ante la prueba paramétrica cuando se quieren evitar las restricciones que impone ésta técnica, tales como conocer la distribución, homogeneidad de varianza, etc. Dicha prueba permite comparaciones entre muestras independientes informándonos de si dos grupos han sido tomados de la misma población.

Al aplicar este estadístico a las puntuaciones directas de la Escala de objetivación en las dos muestras, se obtuvieron los resultados que se exponen en el cuadro V.

Allí podemos ver como, en relación a las puntuaciones totales de la Escala, ésta se muestra como un indicador válido y con una capacidad de discriminación muy significativa entre las dos muestras, con lo cual consideramos que queda demostrada la utilidad de este tipo de aproximaciones al diagnóstico y estudio de la Depresión Infantil mediante el TAT.

Un análisis más pormenorizado, y por ello más interesante si cabe, nos muestra la existencia de diferencias estadísticamente muy significativas en algunos RASGOS que corresponden a diversos ASPECTOS, tanto del héroe de los relatos (tales como sus Sentimientos, Actitudes y Vivencias), como del Desenlace de las historias.

En relación a los Sentimientos que el sujeto sitúa en el héroe de sus historias, cabe destacar que los niños con rasgos depresivos tienden a presentar de una forma significativamente valorable Sentimientos de Tristeza y de Soledad con mayor frecuencia que los del grupo control.

El primero de estos RASGOS, se encuentra orientado en nuestra Escala de manera que a través de él indagamos fundamentalmente el componente endógeno del cuadro, por lo que en una primera aproximación podemos pensar que se trata de igual síntoma

que aquel que aparece en los cuadros Depresivos Mayores de adultos.

Sin embargo, la más elevada significación del RASGO de Soledad, en relación al mencionado de Tristeza, y con el que pensamos se encuentra muy relacionado, nos hace concluir que el niño con rasgos depresivos tiende a presentar de una forma más significativa Sentimientos de Soledad que de Tristeza, hallazgo que consideramos de gran importancia por cuanto supone de contrastación con el cuadro depresivo adulto.

Ello, pensamos, que es relacionable con el hecho de que los sujetos de nuestras muestras se encuentran en todo caso en un momento evolutivo en el que es de la mayor trascendencia el proceso de socialización (Copersmith, 1967), abandonando ya el refugio y la seguridad familiar y valorando cada vez con mayor intensidad los sentimientos de cohesión, aceptación y adaptación al grupo social al que pertenece, ya que es en esta edad cuando el grupo de iguales ejerce una cada vez mayor influencia sobre el sujeto y la posición que él ocupa dentro de este grupo; esto tiene un considerable efecto, no sólo en el concepto que se forma de sí mismo, sino también en el desarrollo de la identidad, las actitudes y los valores, y como agente socializador (Olds y Pappalia, 1979).

Por ello, no es de extrañar que surja esta indicación diagnóstica de los rasgos depresivos en aquel aspecto que es valorado por el interesado como de la mayor importancia en su momento presente.

De esta forma, los sujetos del grupo experimental se encuentran de alguna forma "distintos" de sus compañeros con los que habitualmente comparten su tiempo y actividades, en el sentido de que se encuentran en cierta medida segregados, no participando de la

dinámica de éstos ni compartiendo las vivencias colectivas.

Por otro lado, el niño con rasgos depresivos presenta una mayor incidencia que el que carece de estos rasgos, en lo que se refiere a los Miedos y Ansiedades, elacionados primordíalmente en el caso del apartado correspondiente de la Escala por nosotros utilizada con los sentimientos de inseguridad e indecisión, asociados con el miedo al fracaso.

En nuestra opinión, los niños de nuestra muestra experimental se percatan del Sentimiento de Soledad antes mencionado, y en consecuencia experimentan estas situaciones de ansiedad de forma muy negativa, al desconocer los motivos y causa que lo originan.

En lo que respecta a las Actitudes adoptadas, las diferencias con significación se centran fundamentalmente en la de la Desvalorización y la Dependencia, actitudes entre otras que ya Felavell (1966) y Beglis (1973) consideran de importancia por el efecto que poseen sobre la capacidad de relación con los demás.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, éstos RASGOS pensamos que pueden estar orientados a una actividad autocrítica y de baja estima propia, entendidas éstas como posturas adoptadas ante la problemática que sin duda presentan, por lo que en este punto coinciden nuestros resultados con los hallazgos clínicos en los Depresivos Adultos.

Por otra parte, el niño depresivo entendemos que se siente más incapaz o con mayores dificultades para actuar por sí mismo que sus compañeros y creemos que por ello mantienen unos niveles de Dependencia, con los difieren de los demás, contribuyendo a potenciar todos los signos de inseguridad y exceso de autocrítica. Este hallazgo coincide con los encontrados

por Campbell (1964) al afirmar que los niños inseguros, los dependientes y los que no conocen su posición cierta dentro del grupo, son más susceptibles de ser influidos por éstos, lo que abre una perspectiva de intervención terapéutica si controlamos de forma adecuada las relaciones de este niño con su grupo de pertenencia, si consideramos como Berenda (1950) que la influencia es muy poderosa en esta edad.

Por último, y todavía en lo que respecta al AREA relacionada con el héroe, son muy significativas también las diferencias entre las dos muestras en lo que se refiere a las Vivencias de Irritabilidad, que a la vista del sistema de puntuación incluido en el Anexo de este trabajo, serían significativas de un marcado grado de descontrol emocional en el niño con rasgos depresivos, al reaccionar mediante respuestas inusuales por su intensidad a aquellos estímulos ambientales que no suscitan este tipo de respuestas en los sujetos de la muestra control. Ello nos indica la presencia en su dinámica íntima de una hiperactividad y una labilidad afectiva que caracterizaría a este tipo de niños, así como la escasa capacidad para posponer y adecuar sus impulsos a los socialmente aceptable y comprensible que también es propio de estas edades, pero que resulta de un grado notablemente superior en la muestra de sujetos depresivos.

En relación a las Expectativas con que se prevee por parte del sujeto el devenir y concretamente en lo que se refiere al Futuro Próximo, comprobamos que a partir de nuestros resultados las frecuencias de finales tristes o desgraciados en las historias del grupo experimental es significativamente mayor que la del grupo control, lo que interpretamos como la presencia de una actitud más pesimista o negativamente en lo que respecta a las

consecuencias inmediatas del estado en que se encuentran estos sujetos. En cierta forma, podemos pensar que existe la conciencia en el niño depresivo de que sus problemas presentes no tendrán una salida airosa y eficaz en un futuro próximo.

No obstante, es conveniente resaltar que los niños de nuestras muestras no poseen aún la necesaria y suficiente apacidez de anticipación y planificación como para prever o tener en consideración aspectos a largo plazo sino que más bien sus Expectativas más lejanas se centran en el futuro inmediato, es decir, en aquellas situaciones que acontecerán en un tiempo no excesivamente prolongado, lo que explica la inexistencias de diferencias significativas en el RASGO de Futuro Lejano.

Es importante destacar el hecho de que en el AREA AMBIENTAL no aparezcan RASGOS que posean poder discriminatorio entre ambas muestras. Ello no puede ser interpretado en ninguna forma en el sentido de que el medio ambiente en que se inserta el niño no incida en su situación, sino que el sujeto se encuentra en un periodo en que se produce progresivamente un alejamiento del modo-de-ser egocéntrico (Olds y Papalia, 1979). El niño paulatinamente, va a poder ir adoptando y aceptando posturas y condiciones diversas o distintas a las suyas propias, pero en este momento se encuentra excesivamente centrado en sus propias dificultades, que temporalmente apartan los estímulos ambientales del marco directo de intervención e influencia personal del niño.

Así pues, y a la vista del Cuadro V, podemos comprobar que es en el AREA relacionada con las características del héroe, donde se establecen fundamentalmente las diferencias, y más concretamente en los Aspectos de Sentimientos, Actitudes y Viven-

cias, así como en la visión de Futuro del protagonista de las historias, en las que se encarna toda la problemática y visión de sí mismo del sujeto.

Según esto, la Depresión Infantil representa un cuadro por el que se aislaría el sujeto de su entorno, impermeabilizándose y centrándose más en sí mismo; tales manifestaciones depresivas se expresarían en su propio ser, con una ignorancia u olvido de la motivación ambiental que le rodeara.

Por otra parte, consideramos de interés hacer algunas observaciones fruto de un análisis detenido de aquellos rasgos que se seleccionaron inicialmente con la hipótesis de su implicación en la Depresión Infantil y que han demostrado su ineficacia diagnóstica.

Así, en lo que respecta a los Deseos de Muerte, ya Papalia y Olds (1979) consideraban que ésta se vivencia de forma distinta en función de la edad del niño, aunque según los mismos autores en el momento evolutivo en que se sitúan nuestras muestras, existe ya la conciencia de que la muerte llega a todos y su aparición no tiene por qué considerarse como castigo sino final lógico del ciclo vital.

En ninguna de las dos muestras detectamos de forma importante Deseos de Muerte, que tan frecuentemente aparecen en la clínica de adultos, aunque se presenta con una notable, pero no significativa, incidencia en ambos grupos como inherente al Peligro Físico que se considera habitual en el desarrollo de la actividad vital y al que se hayan expuestos todos los sujetos, incrementada su atención probablemente por las diversas advertencias que a esta edad suelen ofrecer los mismos padres y el ambiente en general. Esto se ve corroborado por las altas puntuaciones que se registran en el RASGO de Agresión, donde se recoge, en ambas muestras, la preocupación que procede de un medio

exterior que por inexperiencia y desconocimiento es vivido como hostil.

A la vista de los resultados ya expuestos en lo que al RASGO de Soledad se refiere, era esperable que el concerniente a Deseos de Aislamiento no tuviese significación, y de hecho es baja la puntuación obtenida en ambas muestras, lo que nos confirma nuevamente que el proceso de socialización se encuentra en marcha, valorándose en consecuencia aquellas actitudes y actividades encaminadas a facilitar dicho proceso, no siendo esto ni más ni menos claro en los depresivos que en los otros.

Por otro lado, ambas muestras obtienen igual incidencia en el RASGO de Evasión, que interpretamos como el inicio de la ruptura de los niños de esta edad con el mundo infantil anterior, y presupone el comenzar la apertura de nuevas relaciones y en consecuencia, una ruptura de la sistemática vital de la existencia, que no diferencia substancialmente los sujetos depresivos de los otros.

Consideramos, a la vista del modo en que se recoge este RASGO en nuestro Cuestionario, que expresaría más que auténticos "Sentimientos de Evasión", la preocupación por parte del sujeto del cambio que en él y sus contactos con el mundo circundante se está produciendo, el rechazo que habitualmente se produce a esta edad, y no más claramente en el depresivo que en el normal.

Así pues, la escasa incidencia del RASGO Deseos de Comprensión puede extrañarnos en un principio, pero teniendo en cuenta el surgir en esta etapa de desarrollo del pensamiento operativo formal, con el que el adolescente o preadolescente comienza a captar no solo el estado inmediato de las cosas sino también a entender los posibles estados que éstas podrían asumir, esta discrepan-

cia entre como son las cosas y como podrían ser (en el hogar, en la escuela,...) (Piaget 1954), es lógico suponer que si rechaza su mundo circundante, producto de su creciente espíritu crítico, no expresará grandes deseos de ser comprendido por él.

Por esta misma razón, la actitud crítica que comienza a surgir, se pueden sentir ambos grupos muy frustrados por el ambiente, aun los no depresivos y así puntuar alto en el RASGO que hemos denominado Desaliento.

En relación al RASGO Abatimiento y Pasividad podemos pensar que las semejanzas en cuanto a incidencia y puntuación entre ambos grupos podría muy bien, también aquí, ser consecuencia de la situación del niño a estas edades, pues aunque está expuesto a una serie creciente de influencias extrafamiliares, las relaciones con los padres siguen siendo, para la mayoría de los niños, el factor más importante de influencia en su vida (Mussen, Conger, Kagan 1979). Igual ocurre con las relaciones con otros adultos de prestigio como pueden ser los profesores, etc. Este "sometimiento" es experimentado habitualmente por el sujeto al iniciar esta etapa de "discrepancia", de crítica.

El RASGO Debilidad aparece sin apenas puntuación en ambos grupos. Consideramos que esto podría ser debido a la posibilidad señalada por Erikson (1950) de que los niños a esta edad dan una importancia primordial al trabajo y utilizan su actividad para merecer el aprecio de sus propios esfuerzos.

Por último, queremos hacer constar que no consideramos a nuestra Escala de Objetivación de Rasgos Depresivos en el TAt Infantil como un instrumento diagnóstico elaborado y definitivo en su totalidad, sino que más bien representa un ensayo sobre lo que entende-

mos que puede llegar a ser la interpretación objetiva del TAT. Se trata pues, de una muestra de cómo a través de este instrumento podemos obtener una información muy válida desde cualquier punto de vista, para el estudio, evaluación y diagnóstico de la Depresión Infantil.

Colegimos que ha quedado suficientemente probada la validez de este tipo de valoraciones, a la vez que podemos considerar al TAT como un instrumento de elevada fiabilidad y validez para el fin con que se ha utilizado.

Ahora bien, la Escala propuesta es tan sólo un avance, que entendemos necesita de posteriores reformulaciones y ampliaciones a otros momentos evolutivos, pero que abre una posibilidad diagnóstica por la que puede orientarse posteriores estudios.

Los RASGOS hallados no significativos quizás puedan ser formulados nuevamente de forma que aporten una información más específica y estricta en ocasiones a las AREAS a que se han destinado, como también merece nuestra atención al añadir algunos otros que recojan nuevas informaciones sobre aspectos que no han sido estudiados o reflejados en la Escala.

## CONCLUSIONES

A la vista de todo lo hasta aquí expuesto consideramos justificado el poder llegar a afirmar:

- 1º) La Escala de Objetivación de Rasgos Depresivos en el TAT aplicado a niños permite diferenciar con una muy elevada seguridad a aquellos que obtienen las puntuaciones más altas en el CEDI de los que consiguen las más bajas.
- 2º) Se demuestra que esta capacidad discriminativa se apoya en los

rasgos denominados: tristeza, soledad, ansiedad-miedo, desvalorización, dependencia, irritabilidad y perspectiva de futuro inmediato.

- 3º) Los restantes rasgos manejados en la presente Escala no se muestran útiles para el diagnóstico de la Depresión Infantil y por consiguiente proponemos su eliminación o sustitución por otros más eficaces, tarea en la que ya nos estamos ocupando.

) Consideramos probada la utilidad del TAT para la detección de la existencia de la depresión en los niveles de la fantasía, la verbalización y el comportamiento de los niños.

## RESUMEN

En el presente trabajo se estudia la posibilidad de aplicar a una prueba proyectiva, que tradicionalmente se caracterizó por su subjetividad, criterios objetivos y estandarizados que permitan llegar al diagnóstico de Depresión Infantil, salvando los riesgos de desviación hasta ahora existentes y los inconvenientes de la complejidad de manejo que le acompañaban.

Para ello se propone la utilización de una Escala de Objetivación de Rasgos de la Depresión Infantil, que se reproduce en el apéndice del presente trabajo, y se comprueba su utilidad y eficacia comparando los rendimientos obtenidos al aplicarla a dos muestras heterosexuales de una misma población escolar y de análogas características. Tales muestras se seleccionaron al azar de entre los grupos que obtienen puntuaciones extremas, las más altas y las más bajas, en el CEDI (versión española realizada por Cardoze y Sacristan de la CDI de Kovacs y Beck, 1977) y los resultados fueron comparados mediante la U de Mann Whintney.



Los resultados obtenidos demuestran como al Escala ofrece, en su conjunto a través de las puntuaciones totales, una muy elevada capacidad de discriminación de ambas muestras, con una  $P < 0,01$  y por consiguiente se constituye en un instrumento de suma utilidad para el diagnóstico de la Depresión Infantil.

El análisis particular de los distintos apartados o rasgos que la constituyen nos muestra como sólo siete de los 24 que la constituyen son los que individualmente soportan el peso de tal capacidad de discriminación, resultando los restantes de una eficacia mucho menor. Proponemos en consecuencia una reducción del número de apartados, sustituyendo aquellos que resulte de interés por otros de mayor utilidad y limitando por otro lado la extensión de la Escala.

Por otra parte se intenta justificar la relación interna existente entre los rasgos que covarian en cuanto a estructuras de personalidad se refiere y su significación psicopatológica.

En cualquier caso, consideramos que a través del presente trabajo queda demostrada la utilidad del TAT para la detección de la existencia de los signos característicos de la Depresión Infantil y asimismo, pensamos que queda justificado el interés por el estudio de la posibilidad de obtener de forma organizada y específica, los resultados de la citada prueba.

## ESCALA DE OBJETIVACION DE RASGOS DEPRESIVOS

### 1. HEROE

#### 1.1.- DESEOS

##### 1.1.1.- De muerte

- 0) No aparecen deseos de muerte.
- 1) Aparece la idea de suicidio pero la rechaza totalmente.

- 2) Los demás estarían mejor si el muriera.
- 3) Piensa que estaría mejor muerto.
- 4) Se mataría su pudiera.

##### 1.1.2.- De aislamiento

- 0) Se interesa por los demás.
- 1) Le interesa la gente pero no se acerca.
- 2) Rechaza algunos contactos y apenas tiene sentimientos para los demás.
- 3) Ha perdido el interés por los demás, no le importan.
- 4) Desea únicamente estar solo.

##### 1.1.3.- De evasión

- 0) No huye de la situación presente.
- 1) Elude alguna situación.
- 2) Desea estar en otro ambiente.
- 3) Desea estar en otra familia y ambiente social.
- 4) Desea estar en otro sitio, ser otra persona y tener otra familia.

##### 1.1.4.- De comprensión

- 0) Le escuchan y le comprenden.
- 1) Algunos no le comprenden.
- 2) Sólo 1e comprendem algunos amigos/as y/o familiares.
- 3) Alguna persona lo comprende y escucha.
- 4) Nadie lo comprende ni escucha.

### 1.2.- SENTIMIENTOS

#### 1.2.1.- Tristeza y melancolía

- 0) No se encuentra triste ni llora habitualmente.
- 1) Se encuentra triste a veces por una causa justificada.
- 2) Algunas de las veces que esta triste no tiene causa.
- 3) Casi siempre se encuentra triste sin causa.
- 4) Siempre se encuentra triste, llora y tiene pena.

#### 1.2.2.- Soledad

- 0) Nunca se encuentra solo

- 1) Aparece por lo menos una vez en un rincón de la escena.
- 2) Aparece el sentimiento de soledad una vez.
- 3) Varias veces aparece sólo o la abandonan.
- 4) Siempre esta sólo o con mucha frecuencia nadie lo quiere.

#### 1.2.3.- Desaliento

- 0) El héroe no sufre desilusión ni decepción.
- 1) Aparece alguna decepción (algo que esperaba y no le dieron)
- 2) Aparecen dos o tres decepciones.
- 3) Aparecen de tres decepciones a cinco.
- 4) Aparecen más de cinco decepciones.

#### 1.2.4.- Ansiedades y miedos

- 0) No hay temor al fracaso.
- 1) Aparece indecisión o inseguridad en la acción por lo menos en una lámina.
- 2) Sentimientos de indecisión o inseguridad en más de una lámina (no lo hace porque seguro que le sale mal).
- 3) No lo hace por que le van a criticar.
- 4) No lo hace porque le van a atacar por sus fallos.

### 1.3.- ACTITUDES

#### 1.3.1.- Desvaloración

- 0) No aparecen sentimientos de inferioridad en ninguna lámina.
- 1) Al héroe le da vergüenza de algo.
- 2) Sentimientos de inferioridad (está en un nivel inferior al resto de sus coéteanos).
- 3) Autocrítica, al héroe le salen las cosas mal o tiene defectos.
- 4) Está lleno de defectos y piensa que nunca llegará a nada.

#### 1.3.2.- Abatimiento y pasividad

- 0) El héroe no aparece como sometido.

- 1) Sesomete a la cocción o autorepresión para evitar acusación, castigo o dolor.
- 2) Soporta una presión desagradable (insulto o injuria).
- 3) Se declara culpable, pide disculpas y promete ser mejor.
- 4) Aparecen cualquiera de los rasgos anteriores en más de una lámina, sean el mismo o distinto rasgo).

#### 1.3.3.- Dependencia

- 0) El héroe aparece independiente o ayuda a los demás.
- 1) Busca ayuda o consuelo y siente deseos de hogar en un lugar extraño.
- 2) Pide o depende de alguien en el ánimo, perdón, apoyo, protección, cuidado.
- 3) Desamparo en una crisis.
- 4) Se siente incapaz de valerse por sí mismo:

### 1.4.- VIVENCIAS

#### 1.4.1.- Debilidad

- 0) No aparecen sentimientos de debilidad.
- 1) Para hacer cualquiera cosa tiene que hacer un gran esfuerzo.
- 2) Por mucho esfuerzo que haga no lo hace tan bien como los demás.
- 3) Tiene que esforzarse mucho para hacer cualquier cosa.
- 4) No tiene fuerzas para hacer nada.

#### 1.4.2.- Irritabilidad

- 0) No aparecen peleas ni deicusiones.
- 1) Aparcen discusiones en una lámina por lo menos.
- 2) Aparecen peleas con agresión física por lo menos en una lámina.
- 3) Aparecen discusiones en más de dos láminas.
- 4) Aparecen peleas con agresió física en más de dos láminas.

### 1.5.- TEMPORALIDAD

#### 1.5.1.- Pasado

- 0) El héroe se sitúa en el presente.
- 1) Aparece el sentimiento de felicidad en el pasado por lo menos en una lámina (niños chicos más felices).
  - 2) Idem en más de tres láminas.
  - 3) Idem en más de cinco láminas.
  - 4) Idem en las diez.

#### 1.5.2.- Futuro

- 0) El héroe se sitúa en el presente.
- 1) Aparece el sentimiento de que a mayor edad real del niño se es más feliz, por lo menos en una lámina.
  - 2) Idem en más de tres láminas.
  - 3) Idem en más de cinco.
  - 4) Idem en las diez.

## 2.- AMBIENTE

### 2.1.- VACIO

#### 2.1.1.- Falta

- 0) No aparece el término de falta o carencia en ninguna lámina.
- 1) Aparece la carencia de algo que le gustaría tener o hacer.
  - 2) Aparece la carencia o fracaso como tal manifiesto en una lámina.
  - 3) Aparece la carencia o fracaso como tal en más de una lámina.
  - 4) Aparece el sentido de prueba material, carencia de cualidades o fracasos, en más de tres láminas.

#### 2.1.2.- Pérdida

- 0) No aparece falta o carencia de algo que se ha poseído anteriormente, en ninguna lámina.
- 1) Aparece la carencia de algo que tenía o hacia anteriormente.
  - 2) Aparece la carencia o fracaso como tal en una lámina habiéndolo poseído o tenido éxito anteriormente.
  - 3) Idem en más de una lámina.
  - 4) Aparece el sentido de prueba material, carencia de cualidades o fracaso habiéndolo poseído o tenido éxito anteriormente en más de tres láminas.

### 2.2.- DAÑO

#### 2.2.1.- Peligro físico

- 0) No aparece en el ambiente ningún elemento peligroso.
- 1) Se expone a peligro físico de fuerzas de la naturaleza, por lo menos en una lámina.
  - 2) Se expone a peligros físicos de fuerzas de la naturaleza, animales, etc., por lo menos en dos láminas.
  - 3) Peligro físico insoportable, desplome, choque de trenes, hundimientos, por lo menos en tres láminas.
  - 4) Peligro físico con muerte.

#### 2.2.2.- Daños físico

- 0) El héroe no sufre ningún daño.
- 1) Sufre heridas leves por lo menos en una lámina.
  - 2) Es herido (en más de una historia), por personas, en accidente, etc.
  - 3) Es herido de gravedad, peligra su vida, por lo menos en una historia (o en más de cinco heridas leves).
  - 4) Su cuerpo sufre desfiguraciones o mutilaciones.

#### 2.2.3.- Agresión

- 0) No aparece agresión en el ambiente.
- 1) Alguien daña la propiedad del protagonista.
  - 2) Alguien se burla de él, lo ridiculiza, insulta, avergüenza.
  - 3) Un criminal, banda, etc, ataca al protagonista.
  - 4) El protagonista es el malo y alguien se defiende, una autoridad le castiga...

### 2.3.- CONTENIDO

#### 2.3.1.- Intereses

- 0) Se interesa por las cosas de su medio ambiente próximo (colegio, juegos, comidas, etc.) y lejano (vacaciones)
- 1) Le interesan las cosas pero no se acerca (le gustan pero le dan igual).
  - 2) Rechaza algunos juegos, y apenas

tiene interés por las cosas.

- 3) Ha perdido el interés en la mayoría de las cosas, en más de tres láminas.
- 4) Absolutamente nada le interesa, en más de cinco láminas.

#### 2.3.2.- Personalizaciones

- 0) Se siente aceptado y querido por personas cercanas y lejanas.
  - 1) Se siente querido y aceptado sólo por su familia en general.
  - 2) Se siente querido y aceptado sólo en el ambiente escolar por profesores y amigos.
  - 3) Se siente querido y aceptado sólo por algunos amigos.
  - 4) Se siente rechazado por todo el mundo.

#### 3.- ESPECTATIVAS

#### 3.1.- DESENLACE

##### 3.1.1.- Futuro próximo

- 0) Aparece un final feliz en todas las láminas.
  - 1) Idem menos una.
  - 2) Idem entre cinco y ocho.
  - 3) Idem entre una y cinco.
  - 4) No aparece final feliz en ninguna lámina.

##### 3.1.2.- Futuro lejano

- 0) Tras el final de la historia no aparece un futuro desgraciado en ninguna lámina.
  - 1) Aparece un futuro desgraciado por lo menos en una lámina.
  - 2) Idem por lo menos en dos láminas.
  - 3) Idem por lo menos en cinco láminas.
  - 4) Idem por lo menos en diez láminas.

## BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. de Manual de Psiquiatría Infantil. TORA Y-MASSO.1974.
- BERENDA, R.W. The influence of the group on the judgments of children. NEW YORK: KING'S CROWN PRESS. 1950.
- BIRLASSON, P. "The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report." Young People'S Unit, Royal Edimburgh Hospital. 1980.
- CAMPBELL, J.D. Peer relation in childhood. In Hoffman and Hoffman eds. Review of chil development research. NEW YORK: Ressel-Sage Foundation. 1974.
- CYTRIN, L. y McKNEW, D.M. Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. A.M. J. Psychiatry 129:63-69. 1972.
- CYTRIN, L. y McKNEW, D.M. Proposed classification of childhood depression. A.M. J. Psychiatry 1974.
- COPERSMITH, S. The antecedents of self-esteem. SAN FRANCISCO: W.H. Freeman. 1967.
- DOUGLAS, M. y MOUREU, M.C. Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 10 ans. Presses Universitaires de France. 1980.
- DUGAS, M., MOUREN, M.C., LE HEUZEY, M.F. Pathologie du deuil chez l'enfant Rev. Neuropsych. Infant., 1979, 27, 4-5, 187-192.
- ERIKSON, E. "Childhood and society" NEW YORK. Norton. 1950.
- FROMMER, E. Depressive illness in childhood. Walk D. Eds. Recent Development in affective disorders, B.R., J. Psychiatry, special Publication. 1968.
- GRAHAM, P. Depression in pre-puberal children develop. med. child. neurol. 1974.
- GUIBERT, M. y DA BOSVILLE, Y. Aspect clinique des depressions infantiles Rev. Neuropsychiat. de L'ouest, 1967.
- JEUDI DE GRISSA C. P. "Apport du test de Rorschach à l'étude des états dépressifs de l'enfant et de l'adolescent". Thèse médecine. NANTES 1971.
- KOHLEK, C., COTTE, M.F., BERVARD, F. Etats dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. Lyon Medical 1972.
- KOVACS, M., y BECK, A.T. "An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In depression in childhood. Edited by Schullerbrand, J.G. and Raskin. Raven Press, NEW YORK. 1977.
- KOVACS, M. "Children'S depression scale". The Australian council for educational research limited. Hawthorn, Victoria, AUSTRALIA. 1978.
- KOVACS, M. "Definition and assessment of childhood dpressions" In prevention of mental illness-research, Frontiers (edby D.F. ricks). CAMBRIDGE. 1981.
- LANG, M., TISHER, M. "Children'S depression scale". The Australian research limited. Hawb thorn, Victoria, AUSTRALIA, 1978.
- LEFROWITZ, M.M., TESINY, E. "Assessment of childhood depression. J. Cons. Clin. Psychol. 1980.

- McCONVILLE, B.J., BOAG, J.D., PUROMIT, A.P. "Three types of childhood depression. Canad. Psychiat. Ass. J. 1973.
- McFARLANE, ALLEN y HONZIK. "A developmental study of the behavior problems of normal children between twenty-two months and fourteen years. Berkeley: Unir. of Calif. Press. 1954.
- MURAY, H.E. "Manual del Test de Apercepción Temática". BUENOS AIRES. Paidós. 1951.
- MURRAY, H.E. "Manual of the Tematic Aperception Test". Harvard College. BOSTON. 1971.
- MUSSEN, CONGER y KAGAN. "Desarrollo de la personalidad en el niño" Trillas (décima reimpresión) 1979.
- NARBONA AGUIRRE y RODRIGUEZ SACRISTAN. "Depresión e imagen de sí"