

**G. Callicó Cantalejo**  
**M. Domingo Bochmann**  
**E. Requena Varón**

La depresión infantil: una  
revisión del tema a propósito de  
un caso clínico

Departamento de Personalidad  
Evaluación y tratamiento psicológico  
Facultad de Psicología  
Universidad de Barcelona

*Childhood depression: a revision  
connected to a clinical case*

**Correspondencia:**

C/ Guipúzcoa 29-33 ent.7  
Barcelona 08020

**RESUMEN**

La polémica que siempre ha suscitado el diagnóstico de depresión en psicopatología infantil actualmente recae en la forma y en el momento evolutivo en que ésta puede manifestarse. El presente artículo revisa diferentes puntos de vista sobre el diagnóstico, la etiología, la estructura familiar, el pronóstico y el tratamiento de la depresión infantil. Asimismo, se presenta un caso de trastorno depresivo en un niño de cuatro años, que sirve para ilustrar los apartados mencionados.

**PALABRAS CLAVE**

Depresión infantil; Depresión enmascarada;  
Conductas autoagresivas.

**ABSTRACT**

*The polemic arisen by the diagnosis of depression in childhood psychopathology is at present in the form and evolutive moment in which it can manifest itself. This article is a review of different points of view on the diagnosis, etiology, family structure, prognosis and the treatment on childhood depression. Also, a case of depressive disorder in four year old child is presented, which shows the above mentioned sections.*

**KEY WORDS**

*Childhood depression; Disguised depression; Self-aggressive behaviours.*

## INTRODUCCIÓN

A través de este trabajo pretendemos resituar la visión actual alrededor de la polémica depresión infantil. Siendo éste un diagnóstico controvertido, revisamos diferentes opiniones sobre el tema, y presentamos un caso clínico ilustrativo que refleja como a una edad muy temprana se puede manifestar un funcionamiento propio de un cuadro depresivo subyacente lo que da pie a valorar la depresión infantil de un modo diferente según el momento evolutivo en que aparezca.

Aproximadamente unos 15 años atrás, no se creía posible la existencia de la depresión como entidad clínica en la infancia. Aunque actualmente es aceptada por la mayoría de autores, existen aún enormes discrepancias sobre la forma en que ésta puede manifestarse.

En una revisión del tema, Cantwell y Carlson (1987)<sup>(1)</sup> hallan cuatro orientaciones diferentes acerca del cuadro clínico de la depresión en la infancia.

- Unos autores rechazan la existencia de la depresión como cuadro comparable al adulto en el niño. Por motivos diversos (super-yo no suficientemente desarrollado, autoconcepto inestable, aceptación de sustitutos parenterales con facilidad...), se niega la aparición de este cuadro antes de la pubertad.
- Otros clínicos y teóricos aceptan la inclusión de la depresión dentro de la psicopatología del niño, asemejándola a la depresión adulta pero añadiendo que, en el niño, además de la sintomatología adulta, aparecen síntomas únicos peculiares. Desgraciadamente, no hay unanimidad sobre cuáles son estos síntomas únicos ni tampoco si deben estar presentes forzosamente para diagnosticar el trastorno. El DSM-III-R<sup>(2)</sup> conceptualiza la depresión básicamente semejante en todas las edades, siendo esos síntomas únicos no esenciales en la manifestación y diagnóstico del trastorno.
- Otra conceptualización posible de esta entidad es la que considera que la depresión en la infancia existe pero aparece de forma distinta que en el adulto. Los síntomas únicos y peculiares pueden enmascarar las características centrales (tristeza, apatía...) del síndrome depresivo. Tradicionalmente se considera que bajo las quejas somáticas, la hiperactividad, la agresividad, la violación de reglas sociales, la enuresis... puede encontrarse una base depresiva cuya manifestación se halla muy lejos de los síntomas típicamente depresivos pero que constituyen formas de depre-

sión enmascarada o equivalentes depresivos. Precisamente este gran abanico de formas depresivas que prácticamente podría abarcar toda la psicopatología infantil, hace que el término depresión enmascarada esté muy desacreditado en algunos círculos<sup>(3)</sup>. Tampoco existen criterios claros para el diagnóstico diferencial de si una determinada manifestación psicopatológica en el niño es un equivalente depresivo o no.

- La cuarta orientación sugiere la existencia de similitudes y analogías entre el cuadro clínico de la depresión infantil y la adulta.

A estas controversias, se suma la dificultad de aceptar la depresión cuanto más pequeño es el niño. Así, López-Ibor, citado en Medina y Moreno<sup>(3)</sup>, no la admite antes de los cinco años basándose en que no es posible la vivencia de tristeza en los primeros años de vida.

Lebovici y Soulé, citados en Penot<sup>(4)</sup> hablan de vivencia depresiva en el niño y de las dificultades para detectarla en el marco escolar y familiar ya que suele estar enmascarada por otros trastornos de conducta, no asociados comúnmente a la sintomatología depresiva del cuadro adulto. A esto hay que añadir, como citan varios autores, la tendencia de los adultos a negar estos estados en el niño.

Un factor que marca la diferencia entre depresión en la infancia y en la adultez es, sin duda, tal como señalan Medina y Moreno<sup>(3)</sup>, el proceso de maduración que introduce unas variables intervinientes que hacen que la atipicidad se convierta en norma en la psicopatología de las edades infanto-juveniles. De acuerdo con Campo<sup>(5)</sup>, un determinado sentimiento puede expresarse de distinta manera según el grado de evolución del psiquismo, a través de la conducta, de la fantasía, del estado de ánimo o de la verbalización.

Otros autores sitúan la polémica y las confusiones que se producen en este tema en la no diferenciación entre lo que podría considerarse cuadro clínico, síndrome y síntoma. Asimismo Cantwell y Carlson<sup>(1)</sup> se refiere a la necesidad de diferenciar el síntoma, el síndrome o el trastorno depresivo. En este mismo sentido, Bene, citado por Campo<sup>(5)</sup>, subraya el aspecto defensivo de las manifestaciones de la depresión en el niño y como esto suele hacerla pasar desapercibida.

Dentro de la literatura psicoanalítica, aún se produce más confusión al hablar de la posición depresiva, descrita por Klein<sup>(6)</sup>, como un momento genético-evolutivo normal en el desarrollo y cabe diferenciarlo del sufri-

82 miento depresivo patológico al que nos referimos cuando hablamos de la depresión.

## CASO CLÍNICO

Presentamos a continuación el caso de un niño de cuatro años con síntomas pertenecientes a un cuadro depresivo. A partir de los datos que en este caso nos proporciona, planteamos distintas cuestiones respecto a la depresión como son el diagnóstico, la etiología, la estructura familiar, el pronóstico y el tratamiento.

El niño acude a la consulta debido a las conductas manifestadas últimamente que ponen en peligro su integridad física. La madre explica que el niño dice que es Supermán. Se lanzó desde un andamio de dos metros de altura aunque sin consecuencias graves. También se le sorprendió cuando intentaba hacerlo en el balcón de su casa (un quinto piso).

La exploración diagnóstica consistió en tres entrevistas con la madre y tres sesiones de juego con el niño.

La anamnesis nos revela que fue un niño precoz en su desarrollo. Anduvo a los 8-9 meses. Empezó a hablar muy pronto y claro. Controló los esfínteres al año.

La madre lo describe como muy nervioso. Nunca ha dormido bien, se despierta frecuentemente y va a la cama con su madre, que duerme sola porque el padre prácticamente no se acuesta para dormir. El niño siempre ha sido poco comedor, se interrumpió la lactancia materna al mes por este motivo.

Durante el primer año fue cuidado por su abuela materna, luego fue a la guardería.

Nos llaman la atención algunos accidentes ocurridos al niño, como quemarse con la estufa, y otras conductas como darse golpes, morderse, que él justifica diciendo que se lo hace porque es muy malo. En la escuela lo castigan continuamente por su mal comportamiento. La madre no halla relación entre estos sucesos y el motivo de consulta.

Durante la primera entrevista que mantenemos con la madre, el niño que está presente rompe parte del material que la psicóloga le ha ofrecido, mirándola fijamente a la cara y guarda los trozos rotos en el bolso de su madre, la cual no se ha enterado de nada.

La madre se nos aparece muy pasiva y poco receptiva hacia su hijo. El padre, ausente en las entrevistas, es descrito como hiperactivo, tienen tres trabajos, prácticamente no se acuesta para dormir y siempre va corrien-

do a todos lados. La madre también trabaja fuera de casa.

A continuación transcribimos un fragmento de una sesión de juego diagnóstica con el niño, que creemos puede ayudar a clarificar los comentarios posteriores.

"El niño coge la plastilina y empieza haciendo la forma de un avión, lo hace volar, después modela un cohete espacial que sale lanzado, mientras juega con esto empieza a explicar espontáneamente a la psicóloga: ¿Sabes, qué he visto en la calle? Una furgoneta volcada.

Psicóloga: ¿Qué crees que habrá pasado?

Que se le han roto los frenos..... Me he encontrado unos amigos en la calle antes de venir, estaban haciendo tonterías.

Psicóloga: ¿Tonterías?

Uno le decía al otro: ¡Te voy a matar!, y estaba vivo. Continúa haciendo más naves espaciales.

¿Esta cuerda para que es? (se refiere al cordel que hay en el material de juego). Saber, mi papá iba a volcar como la furgoneta.

Psicóloga: ¿Cómo es eso?

Porque iba muy deprisa.... y yo tenía mucho miedooooo...

Coge el cordel, lo ata a un barco, después atraviesa la plastilina por el medio y pasa el cordel. Después lo saca y lo hace pasar a través de su silla, empieza a darle vueltas de forma que queda la silla atada, hace varios nudos, lo desata y vuelve a empezar haciendo la misma operación.

¿Podré llevarme la cuerda? En casa tengo una pero se me enreda, ésta de aquí no se enreda, yo quiero ésta"

## DISCUSIÓN

### Diagnóstico

El problema del diagnóstico en el caso de la depresión infantil es doble, por una parte por carencia de instrumentos, por otra parte la dificultad de su elaboración, dada la confusión alrededor del concepto mismo de depresión infantil como ya hemos explicado anteriormente.

En general, se ha destacado la importancia de la entrevista diagnóstica aunque se han desarrollado algunos instrumentos diagnósticos específicos de la depresión infantil (DICA Herjanic; SCI, Kovacs; K-SADS-P,

Puig-Antich y Chambres citados en Cantwell y Carlson<sup>(1)</sup>.

También se ha considerado al niño como informador fiable (Rutter y Graham, 1968; Herjanic y cols., 1975; citados en Cantwell y Carlson<sup>(1)</sup>).

Han habido diversos intentos de clasificación de los trastornos afectivos en la infancia (por ejemplo, Carlson y Cantwell<sup>(7,8)</sup>; Citryn<sup>(9)</sup>; Frommar<sup>(10)</sup>; McConville<sup>(11)</sup>; Weinberg<sup>(12)</sup>). Es un terreno poco investigado pero que apunta hacia la existencia de posibles subtipos. En general, se acepta que la semiología de la depresión en el niño está ligada a la edad y al momento de desarrollo. Es posible la conjunción de síntomas similares a los de la depresión adulta, no obstante, en el niño la depresión también puede manifestarse a través de la conducta y no del estado de ánimo<sup>(5)</sup>. Es evidente que el desarrollo afectivo e intelectual mediatiza la forma de presentarse el sentimiento depresivo. En etapas evolutivas más tempranas, la manifestación es somática; a medida que el niño crece tiene otras vías de comunicación: conducta, estado de ánimo, verbalización.

Frecuentemente lo que observamos son mecanismos de defensa frente a los sentimientos de depresión. Ajurriaguerra<sup>(13)</sup> considera que a partir de los dos-tres años es más usual hallar conductas de protesta y de lucha contra la depresión que el estado de depresivo genuino y cita como ejemplos de defensa contra la depresión -además de los comportamientos de oposición, cólera o rabia- las manifestaciones agresivas y autoagresivas y los trastornos de comportamiento, robo, fuga y conducta delictiva. Klein<sup>(6)</sup> habla de reparación depresiva y de defensas maníacas como dos respuestas posibles y opuestas a los sentimientos que experimenta el bebé cuando empieza a percibir la madre como persona global -albergando tanto aspectos buenos como malos- y la ambivalencia de sentimientos que ello le despierta.

En el caso expuesto, debido a la presencia de conductas tipo Supermán, se consideró necesario un diagnóstico diferencial para descartar una posible psicosis. A lo largo de las sesiones diagnósticas, queda patente que el niño sabe que no es Supermán y que posee un buen contacto con la realidad. En cambio, hallamos una serie de síntomas que están presentes en los criterios para la depresión de Feighner (RD), Spitzer (RDC) citados en Cantwell y Carlson<sup>(1)</sup> y DSM-III-R<sup>(2)</sup>. Estos síntomas son: a) presencia de conductas peligrosas para la integridad del niño; b) trastornos del sueño; c) trastornos de la alimentación; d) agitación; y e) conducta

desadaptativa en la escuela. Otros indicios que hallamos de la presunta base depresiva del trastorno de conducta del niño son las referencias al tema de la muerte relacionándolas con otras personas e historias de accidentes y autoagresiones repetidas. Autores como Duché<sup>(14)</sup>, Riquet, Gessell y Bakwin citados en Ajurriaguerra<sup>(13)</sup> han establecido un paralelismo entre las conductas suicidas manifiestas y la propensión a los accidentes en algunos niños.

Desde un diagnóstico dinámico, nuestro niño habría reaccionado con defensas maníacas ante la depresión<sup>(6)</sup>. En las entrevistas diagnósticas emerge con fuerza la hipótesis de una reacción maníaca a los sentimientos depresivos. El tema de la muerte está muy presente en sus verbalizaciones. Se detectan sentimientos de omnipotencia en el niño, reforzados por la conducta pasiva de la madre. Por ejemplo, se le escapa continuamente y nunca sabe dónde está su hijo.

Según la teoría psicoanalítica, los sentimientos de culpa de pueden aliviar a través de la búsqueda, consciente o inconsciente, de castigos. En su grado máximo, algunos comportamientos aparecen como la evidencia directa del sentimiento de culpa o de la necesidad de castigo, cuya vinculación, por lo menos temporal, con un episodio depresivo es evidente: heridas repetidas, actitudes peligrosas, castigos incesantes en la escuela, etc. También puede darse la aparición de conductas autoagresivas o conductas suicidas. Por otro lado, las limitaciones cognitivas pueden impedir al niño comprender la noción de futuro y de muerte, por lo que quizás es preferible hablar de conductas cuya finalidad es autoagredirse en lugar de hablar de conductas suicidas. En este sentido, consideramos que la conducta de Supermán estaría relacionada, por una parte a una conducta autoagresiva junto con las conductas de pegarse, morderse, sufrir accidentes y que sería la forma de expiar la culpa por lo malo que el niño se siente; por otra parte, creemos que supone una identificación con su padre -que por la hiperactividad que realiza podemos considerarlo un superhombre- así como por la noción que provoca en el niño la falta de límites, de frenos y las fantasías de omnipotencia.

La hipótesis del alivio de culpa a través del castigo concuerda con la de la depresión enmascarada -a través de los mecanismos defensivos -en el caso expuesto (el niño constantemente es castigado en la escuela). También durante la entrevista, cuando rompe parte del material que se le ha ofrecido, parece querer provocar

84 a la psicóloga para que ésta le castigue, ante la ineficacia de su madre para ponerle límites.

### **Etiología**

La etiología de la depresión varía en función del marco teórico del que se parta. Cantwell y Carlson<sup>(1)</sup> comentando un estudio de Akiskal y McKinney citan cinco escuelas que contemplan de alguna manera la depresión infantil: psicoanalítica, conductual, sociológica, existencial y biológica. En su integración concluyen que, al menos, cuatro grandes áreas intervendrían en el trastorno depresivo: factores genéticos, factores fisiológicos, estresores psicosociales y factores evolutivos.

Volviendo a nuestro caso clínico, no hallaríamos estresores psicosociales propiamente dichos pero sí un ambiente familiar que puede favorecer la aparición de reacciones depresivas: un padre ausente y una madre poco sensible a las necesidades de su hijo y con reacciones imprevisibles. Así, por ejemplo, en la primera sesión diagnóstica con el niño, éste ruega a su madre que entre con él. La madre parece acceder pero cuando llega al despacho, sale corriendo y deja al niño solo con la psicóloga, llorando desconsoladamente. Como hemos señalado anteriormente, el desarrollo evolutivo, moldea la forma de presentación de la depresión siendo a los cuatro años lo más frecuente conductas de protesta, agresividad o cólera.

Dentro de la escuela psicoanalítica se diferencian cuatro modelos diferentes de depresión. Nosotros nos centraremos en el modelo denominado de agresión internalizada que tiene sus orígenes en Freud y Abraham, y que posteriormente fue más elaborado por Kellin. Según esta autora, la predisposición más significativa hacia la depresión reside en el fracaso del niño en introyectar la representación mental de su objeto amado dentro del self, fracaso que puede devenir porque el sujeto se siente incapaz de proteger su objeto amado de sus propios impulsos agresivos. El sujeto entonces puede sentirse albergando dentro suyo representaciones mentales -principalmente los padres- dañadas, produciéndose una identificación del yo con estos objetos dañados. Toda esta situación conduce a un sentimiento de maldad que no será posible proyectar al exterior, sino que se verá incorporado a la imagen de uno mismo. Todo ello creará un sentimiento de culpa que, según Grinberg<sup>(15)</sup>, es el resultado de una tensión creciente entre el yo y el super-yo, que se manifiesta como una

necesidad de castigo. La crueldad del super-yo proviene de la propia hostilidad que retorna en contra de sí mismo y el buscar castigo, a través de portarse mal, sirve para aliviar este sentimiento de culpa.

Para Ajurriaguerra<sup>(13)</sup>, habría dos elementos fundamentales en la etiología de los procesos depresivos. El primero derivaría de la capacidad para elaborar las pulsiones agresivas, en el caso expuesto, observaríamos el fracaso en esta elaboración a través de las conductas autoagresivas; y el segundo, de la experiencia de pérdida o de separación en el pasado del niño depresivo, que se manifestaría en nuestro caso, no por la pérdida real de uno de los padres, sino por la ausencia del padre en la vida cotidiana del niño, y de la madre en cuanto a realizar su función materna protectora.

### **Estructura familiar**

Algunos estudios en este campo intentan hallar factores genéticos que actúan en el trastorno depresivo en la infancia<sup>(1)</sup>, pero no se cuenta todavía con ningún resultado definitivo al respecto.

Según Polaino Lorente<sup>(16)</sup>, las actitudes de los padres lógicamente han de contribuir a moldear el comportamiento de sus hijos: el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos.... todos ellos factores que están implicados en el trastorno depresivo.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que los casos de niños deprimidos suele haber uno de los padres con síntomas de depresión. En este sentido, Ajurriaguerra<sup>(17)</sup> en una revisión sobre estudios del medio familiar, llega a las mismas conclusiones y considera que esto podría generar dos hipótesis etiológicas: 1) ha operado un mecanismo de identificación del niño con el padre depresivo; 2) se genera en el pequeño un sentimiento de que esta figura es inaccesible, incapaz de ofrecer gratificación.

Levovici y Soulé citados en Penot<sup>(4)</sup> señalan que en la depresión infantil, el padre suele estar ausente o con funciones parentales bastante nulas, inestable, presente en las fantasías del niño por su omnipotencia. La madre suele ser joven y presentar un carácter imprevisible, con variaciones del humor, evitativa de la vivencia depresiva a través de acciones intempestivas. Todo esto lleva a dificultar o imposibilitar la internalización de unas figuras paternas de referencia estables.

A lo largo de nuestra exposición, se han presentado datos de la constelación familiar del caso que concuer-

dan con la hipótesis etiológica presentada anteriormente de la identificación del niño con su padre -a través de querer ser Supermán-, cuya conducta apunta, al menos, un estado de hipomanía.

### Pronóstico

Lebovici y Soulé citados en Penot<sup>(6)</sup>, haciendo referencia a varios estudios sobre el pronóstico de la depresión infantil, concluye que la presencia de trastorno afectivo en la infancia no es pronóstico de un futuro trastorno afectivo en la adultez en la mayoría de los casos. No obstante, debido a que la mayoría de estas investigaciones se refieren casi siempre a diagnósticos de depresión mayor o de psicosis maníaco-depresivas, la mayoría de las veces basados en criterios diagnósticos muy adultomorfos, es posible que se detecten menos diagnósticos de los existentes, ya que pensamos que una personalidad que se estructura sobre un sufrimiento depresivo de fondo, sin duda está más predispuesta a sufrir en un futuro un trastorno de este tipo.

Estos autores indican que el mayor riesgo de pronóstico, la evolución hacia una psicosis disociativa en la adolescencia, ocurre en pocos casos, otro riesgo es la evolución hacia trastornos de conducta con rasgos psicopáticos (defensivos de la depresión).

Torras y Cantavella<sup>(7)</sup> consideran que el niño y el adolescente evolucionan siempre, ya sea hacia una mayor integración y consolidación de su personalidad, ya sea hacia una pérdida de la integración y una mayor desestructuración y riesgo de enfermedad mental abierta. De esta forma, el diagnóstico en psiquiatría y psicología infantil es evolutivo y, por tanto, no hay diagnóstico definitivo. En este sentido, queremos señalar que este estado de evolución puede favorecer el pronóstico en el caso de que se efectúe un tratamiento.

### Tratamiento

En general, los resultados de los antidepresivos no son buenos en la infancia. La mayoría de autores se decantan, en cambio, por un abordaje psicoterapéutico.

Ajurriaguerra considera que cuanto más pequeño sea el niño, más importante es la ayuda que debe suministrarse a la familia.

En el caso expuesto, se indicó iniciar una psicoterapia para el niño y entrevistas psicoterapéuticas con ambos padres, debido a que sus propias dificultades -la

hiperactividad del padre y la pasividad de la madre- repercutían sin duda en la problemática del niño.

85

### CONCLUSIONES

A partir de los trabajos revisados y el caso descrito quedan patentes las dificultades que plantea la depresión infantil principalmente por la falta de acuerdo en la clasificación diagnóstica, por la extrapolación que entonces se lleva a cabo desde el diagnóstico adulto y por las resistencias que suscita el reconocimiento de la psicopatología infantil.

El vacío en las clasificaciones diagnósticas de la depresión infantil dificulta la comprensión de este síndrome, dando lugar a confusiones. En este sentido, observamos que no se tiene en cuenta que la sintomatología, la expresión y la vivencia del trastorno será diferente según la edad y el nivel madurativo, y, si bien en el adulto es posible generalizar, la evolución del niño da pie a manifestaciones y significados de sus conductas diferentes según sea ésta.

Nos parece necesario resaltar la necesidad de observar y comprender los síntomas infantiles integrándolos en un cuadro clínico con significado, en cada momento evolutivo, que oriente posteriores decisiones.

Por otro lado, nos parece de fundamental importancia poder detectar el trastorno depresivo en la infancia ya no sólo por el sufrimiento que supone para el niño -sufrimiento que en muchas ocasiones está enmascarado- que sin duda interfiere en su rendimiento, aprendizajes, relaciones y desarrollo en general, sino también por la posibilidad de actuar de una forma más precoz a través de un tratamiento con pronóstico mucho más favorable cuanto antes se inicie éste, dada la plasticidad y la mayor posibilidad de reorganización que el abordaje del tratamiento ofrece en edades tempranas.

Creemos que a través del caso expuesto hemos podido ilustrar además de la existencia del trastorno depresivo en la infancia, cómo ésta puede manifestarse en edades muy tempranas.

Por último, queremos destacar algunos aspectos que se han puesto de evidencia a lo largo de este trabajo:

- Actualmente se acepta plenamente la posibilidad de depresión en la infancia;
- No hay acuerdo unánime sobre su forma de presentación pero se tiende a aceptar la polisintomatología del cuadro.

- 86 - Parece que una determinada estructura familiar favorece la aparición de síntomas depresivos en el niño: - El pronóstico es bueno si nos atenemos a que el niño está en un momento de evolución constante.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cantwell DP, Carlson GA. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Martínez Roca. Barcelona, 1987.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R*. Washington, DC, 1980.
- 3 Medina A, Moreno MJ. *Epidemiología etiopatogenia y terapéutica de las depresiones*. Espaxs, Barcelona, 1988.
- 4 Penot B. La depresión en el niño. En: Lebovici S, Soulé M, Diatkine E, eds. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. V. 3 Biblioteca Nueva. Madrid, 1989.
- 5 Campo AJ. La depresión en la infancia y la psicoterapia psicoanalítica de las severas manifestaciones. *Rev Catalana de Psicoanàlisi* 1984;2:79-94.
- 6 Klein M. *Psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*. (1948) Obras completas V. II. Paidós. Buenos Aires, 1980.
- 7 Carlson GA, Cantwell DP. A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population: interview data. *J Am Acad Child Psychiatry* 1979;18:587-589.
- 8 Carlson GA, Cantwell D. Unmasking masked depression. *Am J Psychiatry* 1980;137(4):445-449.
- 9 Citryn L, McKneww DH Jr. proposed classification of childhood depression. *Am J Psychiatry* 1972;129:149-155.
- 10 Frommer EA. Depressive illness in childhood. En: Coppens A, Walk A, eds. *Recent development in affective disorders*. Ashford, Kent: Headley Brothers 1968:117-136.
- 11 McConville BJ y cols. Three types of childhood depression. *Can J Psychiatr* 1973;18:133-138.
- 12 Weinberg WA y cols. Depression in children referred to an education diagnostic center. *J Pediatr* 1973;83:1065-1072.
- 13 Ajurriaguerra J de. *Manual de Psicopatología del niño*. Ed. Toray-Mason. Barcelona, 1982.
- 14 Duché DJ. Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatr Infant* 1964;7(1):1-114.
- 15 Grinberg L. *Culpa y Depresión*. Alianza. Madrid, 1983.
- 16 Polaino Lorente A. *La depresión*. Martínez Roca. Barcelona, 1985.
- 17 Torras E, Cantavella F. E.N.E.T. Classificació diagnòstica en Psiquiatria i Psicologia infantil. *Ann Med* 1984;70(10):290-293.