

LA DEPRESION EN LA INFANCIA COMO ENCRUCIJADA BIOLOGICA Y SOCIAL

Dr. D. José Luis Alcázar Fernández

Dr. D. Prudencio Rodríguez Ramos

SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN DEPRESIONES INFANTILES.

Sevilla, febrero 1983

Entendemos la depresión como el conjunto de manifestaciones de un conflicto que se le plantea al individuo en un momento de su curva vital y que emerge en su comportamiento visible (conductas) y no visible (pensamientos y sentimientos) de diferentes maneras según su momento evolutivo. Por ello creemos que, en su expresión, existirán notables diferencias entre el adulto y el niño.

En la última década asistimos a un incremento de la atención dirigida hacia la depresión de la infancia y la adolescencia, y en el momento actual parece existir un proceso de focalización de la investigación sobre este tema a nivel mundial, como en otras etapas anteriores sucedió con las disfunciones cerebrales mínimas o, más recientemente, con los trastornos del aprendizaje.

Este interés se aprecia por el gran número de los trabajos de investigación aparecidos en las publicaciones especializadas de diferentes países, tanto en los aspectos etiológicos como en los diagnósticos y asistenciales.

Resalta igualmente la aparición de diversos criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil y de los que algunos de ellos son una adaptación y otros aplicación directa de los establecidos en escalas para adultos. Este hecho, a nuestro juicio, ya introduce una distorsión al presuponer una semejanza adulto-niño (ya padecida en la psiquiatría infantil con anterioridad), y pueden dejar fuera características propias de estas etapas del desarrollo de la vida.

Los criterios de Weimberg, Cytryn y McKnew, Kovacs-CDI, KIDDIESADS de Puig-Antich y DSM-III, entre otros, son

los que encontramos utilizándose con más frecuencia en los trabajos revisados sobre las investigaciones en la depresión infantil.

Consideramos para la investigación científica un logro importante el poder establecer unos criterios comunes; sin embargo, nos resistimos, en el trabajo clínico diario, a entrar, utilizando una analogía, en las cadenas industrializadas, y preferimos seguir con las pautas del paciente trabajo artesanal, tan necesario en el contacto con el niño.

El auge que en el presente tienen las investigaciones neurobiológicas, así como el gran desarrollo de las áreas psicosociales en el estudio de la conducta humana, produce un aluvión de datos y nuevas aportaciones a utilizar como variables en la formulación de hipótesis de trabajo sobre el tema que comentamos. Todo ello aconseja cautela y prudencia en su utilización, así como el transcurso de un tiempo adecuado para su decantación.

En niños y adolescentes, las investigaciones biológicas se realizan tomando como punto de comparación los hallazgos y estudios previos en adultos deprimidos. Tal es el caso de los trabajos que analizan las respuestas del test de supresión de dexametasona (DST), obteniendo resultados asimilables a los de los adultos (Irl Extein y cols., Puig-Antich y cols. y Poznansky y cols.).

Los modelos psicogenéticos y sociogenéticos otorgarían a las depresiones de las primeras etapas del desarrollo de la vida, unas características especiales, ya que es en estos ciclos donde están ocurriendo las interacciones del individuo con el ambiente que van a ser fundamentales en la estructuración y asentamiento de la futura personalidad del individuo.

Observar «in vivo» el proceso de desarrollo de una estructuración depresiva, de un programa de vida negativo,

es una oportunidad exclusiva de la psiquiatría infantil y por ello debemos observar con interés sus mecanismos propios, evitando extrapolaciones de la experiencia de adultos, y siguiendo en su sentido natural la evolución del proceso.

Es dentro de esta postura desde la que orientamos nuestra comunicación, procurando un enfoque holístico sin rechazar las diferentes posiciones que analizan las depresiones en la infancia.

A continuación se refiere el caso de una niña de 4 a. y 7 m. de edad, atendida en consulta por presentar desde hacía 6 semanas unos cambios en su conducta habitual. Consistían éstos en expresiones continuadas de tristeza, llanto fácil y pérdida de interés en sus actividades (juegos, relación con otros niños, falta de iniciativa), no mostraba su vivacidad de movimientos habitual, ni expresiones de alegría o bienestar.

Presentaba una ambivalencia afectiva hacia los adultos con los que convivía, mostrando unas veces un deseo de protección con conductas regresivas («ñoña, pesada y exigente»), así como en otros momentos irritabilidad, con llanto y coraje.

Se observaron trastornos del sueño (dificultad en su conciliación, tardando hasta tres horas en dormirse, siendo luego irregular y fraccionado) y marcada pérdida de apetito y de energía.

No se recogían quejas somáticas ni expresiones de disminución en su autoestima de forma directa, pero estaba presente una marcada ansiedad de separación referida a la madre, que se hacía presente en el momento de entrar en la guardería («mamá, quédate conmigo, tengo miedo de que no me vengas a buscar»).

En su guardería se apreciaba una disminución de su participación en las áreas de integración social y tareas pedagógicas, habiendo sido hasta ese mo-

mento una niña abierta y comunicativa, con una buena relación con la profesora y sus compañeros, así como interesada en los aprendizajes.

Durante la entrevista la niña mostraba una expresión de apatía, con actitud pasiva, sentada en una silla, con poco interés de mantener conversaciones o participar en juegos. El diálogo tenía poca continuidad, la voz era monótona, sin variaciones según los distintos temas que se suscitaban. Su velocidad de movimientos era lenta y la expresión facial se mantenía en el aspecto apático-triste descrito.

La actitud de la niña resultaba aún más llamativa en lo referente a la pasividad, falta de interés y enlentecimiento psicomotor, al compararla con las anotaciones de la primera consulta, en la que fue vista para estudiar el estreñimiento funcional.

Dada la corta edad de la niña se dispusieron entrevistas con la madre y una amiga de la madre, que convivía con ellas; también se solicitó un informe de la guardería. Completando los datos de unas y otras fuentes, se observó que coincidían en las apreciaciones.

La familia nuclear está constituida por la niña y su madre; conviven con ellas una compañera de la madre y la hija de ésta. Ambas mujeres son solteras y alternan sus trabajos de auxiliar de clínica con el cuidado de las niñas. Con la aparición del nuevo bebé en el grupo, la niña mostró una descompensación afectiva, comportándose de forma regresiva (solicitud de biberón y chupete y conductas propias de un estadio de desarrollo anterior). Estos hechos tuvieron lugar un año antes de la fecha de consulta, normalizándose en tres meses.

En este momento creemos oportuno hacer una breve descripción de las circunstancias familiares en que se desenvolvía el grupo.

La madre era la cuarta de un conjunto de ocho hermanos, que habían vivido bajo un estricto control matriarcal, describiendo dicha figura como normativa y exigente, y siendo notable la falta de referencias en este sentido al abuelo paterno. La abuela materna mantenía el control del grupo familiar manejando sentimientos de culpa y vergüenza, con los que conseguía conductas de sobreadaptación en todos los hijos. Probablemente podamos referir a esta situación los orígenes de los comportamientos de baja autoestima, inseguridad, pasividad y dependencia, así como los cuadros depresivos, mayores y menores, que han aparecido posteriormente en todos los hermanos. El caso más acusado fue en la hermana mayor, con intento de suicidio, que motivó el ingreso y tratamiento con TEC.

La madre ha sufrido trastornos diagnosticados de depresión desde los dieciséis años y ha sido tratada en diversos centros. Alguno de los episodios fue severo, con marcadas ideas de suicidio, lo que motivó su ingreso en un centro, donde tuvo tratamiento farmacológico y psicoterápico. A partir de este momento los episodios depresivos han sido leves y menos frecuentes. Hasta el proceso terapéutico, su único intento de individuación y salida del grupo familiar fue intento de integración de un grupo misionero. Al terminar la psicoterapia lleva a cabo su salida del grupo familiar y decide tener un hijo sin contar con la opinión del padre, un hombre casado que convivía regularmente con su familia y con ella. La aceptación del triángulo y la falta de proyecto de futuro era aceptada y respetada en apariencia por ella. En la entrevista la madre refirió la intolerancia de la niña a verla llorar en sus episodios subdepresivos («mamá, no llores, no quiero que llores, lloro yo»).

La relación del padre con la niña ha tenido tres episodios de inicio de rela-

ción, mantenimiento y posterior separación. A partir del sexto mes de embarazo el padre dejó las relaciones; reapareció en el quinto mes de vida de la niña y mantuvo contactos frecuentes y periódicos que se interrumpieron entre el octavo y el noveno mes. Un segundo episodio similar de más duración tuvo lugar entre los dos años y dos años y medio. A los tres años y medio se reinician los contactos regulares entre el padre y la niña.

Nueve meses antes del comienzo del episodio depresivo se desarrolló un nuevo proceso de acercamiento del padre con visitas prolongadas y salidas en compañía de la niña (en ocasiones salían el padre, la madre y la niña). El final de este proceso de relación padre-hija estuvo influenciado por los tres miembros de la familia: el padre inició una disminución de la duración de las reuniones con la hija y, aparentemente, también de un interés durante los momentos de reunión, apreciable tanto en el comportamiento («ahora está menos conmigo»), como en la irregularidad de las reuniones.

La niña comenzó a expresar su frustración ante estos cambios con expresiones en las que pueden identificarse contaminaciones de pensamientos de los adultos que la rodeaban («así no me gusta estar con papá, así no quiero que venga, viene poco», etc.); estas expresiones eran referidas a la madre, pero no al padre.

La madre aprobaba explícitamente las expresiones de la niña y decidió interrumpir las entrevistas con el padre que ya se habían deteriorado en calidad y frecuencia. Seis meses después de esta interrupción comienzan a aparecer los síntomas referidos en la niña. Habiendo sido este intervalo normal en cuanto al comportamiento de la niña.

Para completar la información sobre este caso, comentaremos algunos as-

pectos de los antecedentes personales de la pequeña.

El embarazo, parto y desarrollo psicomotor no presentan anomalías reseñables. Tuvo un ingreso al año de edad por infección urinaria. La adquisición del lenguaje fue normal. No hay trastorno de sueño ni episodios de pérdida de conciencia.

En su comportamiento sociofamiliar destaca la afirmación de la madre de la necesidad de la niña de estar siempre con las figuras adultas y siendo un centro principal de atención.

En el área de control de esfínteres aparecen desde los primeros meses algunos datos interesantes.

El control fue dentro de la edad normal. Se refiere un estreñimiento pertinaz desde una edad muy temprana, por lo que se llegó a establecer un ritual alrededor del problema entre la niña y las dos figuras adultas con las que vivía.

Posteriormente, se agudizó el problema y requirió tratamientos médicos diversos e incluso, en dos ocasiones, la atención de urgencia en un establecimiento hospitalario con aplicación de enema.

Como consecuencia de todo ello, la niña comienza a manifestar su temor a los contactos físicos en los momentos de aseo personal por revivir las experiencias pasadas y temer su repetición.

Es en esta etapa (tres años) cuando es atendida en consulta por primera vez debido a estas manifestaciones de conductas conflictivas, que se resolvieron con una intervención consistente en reorientar las respuestas del ambiente frente a las conductas de la niña.

El tratamiento se realizó a tres niveles:

— Farmacológico: establecido con Imipramina 10 mg cada 24 horas, hasta alcanzar 20 mg/día.

- Psicoterapéutico: integrando a la niña en sesiones de ludoterapia, en las que se fomentó la simbolización del conflicto de pérdida de la figura paterna, y resolución de la misma.
- Orientación familiar: se mantuvieron entrevistas con la madre para favorecer una actitud receptiva hacia las expresiones de la niña, tanto en necesidades afectivas como en preocupaciones por la relación con el padre. También se informó a la madre sobre la conveniencia de apoyo a la niña en los momentos depresivos, pero también de valoración positiva en toda acción que supusiera no depresión.

Desaparecidas las manifestaciones depresivas en la niña se han realizado entrevistas de control de la evolución a los 6 y 9 meses del inicio del cuadro. En ambas reuniones se aprecia una estabilización de la evolución positiva. Sin reaparecer síntomas de tipo depresivo ni apreciarse alteraciones significativas en las relaciones familiares, sociales o escolares.

DISCUSION

En primer lugar consideramos conveniente revisar los factores causales o desencadenantes del trastorno depresivo, no buscando únicamente una etiología psicosocial, sino teniendo en cuenta que estos factores pueden precipitar o acelerar una reacción afectiva biológica a partir de un componente genético determinado y que, en ausencia de este componente genético, pueden ser los agentes únicos del trastorno afectivo.

— En la familia de la madre existe una historia de dos generaciones con diagnósticos de trastorno depresivo, ex-

tendiéndose en la segunda a toda la familia.

— La niña ha sufrido varias experiencias de pérdidas de vínculos fuertes (padre) y de las relaciones positivas que este vínculo implicaba. En tres ocasiones se establece una relación madre-hija, y las tres se rompen (posible aparición de angustia paradójica). La ruptura suele ser de forma rápida, sin transición, dejando una sensación de frustración apreciable en el último episodio, aunque se mezcle con inducciones de la madre. En ninguno de estos tres episodios se ha compensado el vínculo perdido con algún objeto sustituto que permitiera mantener la relación y las consecuencias afectivas positivas de la misma.

— En la relación madre-hija pueden apreciarse algunos rasgos de rechazo larvado, o al menos de relación afectiva ambivalente (vivencia de la niña como carga, idealización de su papel de madre, «racionalización» para inducir el último episodio de pérdida, proyección de los propios deseos de evitar experiencias frustrantes), que también puede apuntarse entre los factores desencadenantes señalados por los diversos autores. Las relaciones con las figuras adultas de la casa también cambiaron a raíz del nacimiento de la nueva niña.

Ante todo ello, nos atrevemos a suponer una conflictiva en la pequeña, pérdida en el laberinto de emociones, del que le será difícil salir por sí misma si no se actúa también sobre el sistema familiar. Trataremos de esbozar en un esquema cómo podrían ser los planteamientos.

OPCION 1

— Si viene papá y está coan él:	(angustia paradójica).
Miedo a la pérdida posterior, «Primero disfruta y después sufre...»	Conflicto con mamá:
	La traiciona. Esta con «su agresor».

OPCION 2

— Cuando está con mamá: «Sólo conmigo estarás bien... pero puedes ir con papá...». (Doble vínculo). Confusión.

RESULTADO

— Situación emocional: Ambivalencia entre atracción y rechazo. Agresividad hacia los dos; represión de la misma y sustitución por miedo, ante las posibles consecuencias de su manifestación:

— Pérdida de afecto, protección y cuidados; sería igual a desaparición.

— Temor al castigo. Culpa, ansiedad, depresión.

Estructuración fóbico-ansiosa, stress, manifestaciones vegetativas, motóricas, intelectuales y sociales.

Si es excesivo: «no hay salida», proyección del pasado hacia expectativas negativas de futuro y construcción de un programa de vida, de una imagen de sí y del mundo distorsionada y generalizada, desesperación de no encontrar salida y posible estructura de una situación vital depresiva.

Todo niño tiene unas necesidades básicas, además de alimento, objetos materiales y techo, que sólo un entorno protector puede proporcionarle. En el caso de nuestra paciente surgen dificultades repetidas que pueden marcar deficiencias en su desarrollo. Estas quedarán resaltadas si continuamos comparando el desarrollo de la niña con un desarrollo tipo.

El niño necesita, a partir de cierto momento en que alcanza un estado de conciencia de posible pérdida, la certeza de tener asegurada la provisión en el futuro de esas necesidades para evitar la ansiedad (miedo) que produciría la posibilidad de su pérdida y que sería equivalente a su desaparición, a su no posibilidad biológica de ser. Aquí, el entorno debe transmitirle la sensación de

que tiene todo lo que ella necesita en cantidad suficiente y que está dispuesta a proporcionárselo.

Son las actitudes (de la figura de la madre), a través del contacto físico (tocar, acariciar, mecer), verbal (suavidad, ternura) y visual las que mostrarán a la niña cómo es el mundo y qué puede esperar de él. Momento crucial, ya que la generalización de este modelo de «su» mundo al «otro», en el futuro fijará su posición vital, afectiva y efectiva.

El paso siguiente, la necesidad de pertenencia a algo o a alguien, vemos que está frustrada pues el grupo familiar es mutante e inestable. Las conversaciones escuchadas, las ausencias del padre, las depresiones de la madre, la doble figura materna (madre, madrina), la venida de un nuevo niño, es un mundo caótico e inestable, no malo en sí, pero diferente a lo que ya comienza a ver en su alrededor.

El cómo ser que aprende de la madre sin el contrapeso del padre, lleva a unas conductas no contrastadas o compensadas y a una imitación de comportamiento que en un futuro podrían llevarla a una inadecuación.

Sus relojes internos, probablemente, se verán afectados en sus ajustes por todo esto y teniendo en cuenta la etapa adaptativa del organismo al ambiente, para la supervivencia, se adecuará a ese entorno y sus homeóstasis internas la prepararán a sensaciones, emociones y comportamientos válidos para el «mundo» (su mundo), aunque ello sea obsoleto e incluso perjudicial para el día de mañana.

Se comprende el mundo a través de «interpretar» indicadores y señales del ambiente que movilizan, «confirmando», expectativas ya establecidas.

Hacia los cuatro años la niña habría estructurado ya un bastidor con una serie de expectativas de sí misma (si es o no hábil y capaz para resolver sus ne-

cesidades) y del mundo (si es o no aceptada, qué puede esperar de él de positivo o de negativo). El bastidor entra automáticamente en acción, programando respuestas que sólo con un control consciente se pueden redefinir, pero que no resulta fácil, ya que, al automatismo de la respuesta condicionada y reforzada por la repetición se une la modulación emocional y vegetativa del impulso.

El bastidor se forma por una serie de estereotipos que las personas van insertando conforme a sus experiencias e información, para adecuarse al medio y sobrevivir en él y prevé respuestas incluso para situaciones no explícitamente vividas aún.

Sería un esbozo de guión de vida estereotipado y condicionante de su futuro estar en el mundo. Punto de referencia de su posición existencial y de la «del otro» (relación sujeto-objeto), vivida en este caso desde una posición básica depresiva que le llevaría a alejarse del objeto, con el cual no tiene posibilidad de compartir sus cuidados, información y tiempo.

Para que haya cristalización tiene que haber concentración. En los primeros años se van concentrando las experiencias que cristalizan en el síndrome depresivo del adulto.

En primeras etapas hay «reacciones químicas» (dos cosas diferentes forman algo nuevo. Se crean, se troquelan experiencias).

En segundas etapas hay «transformaciones físicas» (las experiencias suelen ser «variaciones sobre un tema»).

El niño tiene unas posibilidades de ser, unas necesidades biológicas, psicológicas y sociales (en orden progresivo) y unas tareas consecuentes a realizar para llenarlas y que van desde un mínimo de posibilidades de contacto con el medio para satisfacer sus necesidades (como es llorar para llamar la

atención sobre él y chupar para incorporar el alimento que calma su destar y colma sus necesidades de supervivencia), hasta las habilidades más o menos desarrolladas en el adulto a través del aprendizaje para adecuarse al medio.

La incapacidad para cumplir estas tareas puede surgir en el niño, en el entorno o en los dos, con lo que aparece el conflicto. A partir de ahí, y si en el tiempo básico que transcurre antes de adoptar una identidad (hasta los ocho años más o menos), no se colman las lagunas en sus aprendizajes, se comenzará a recorrer un camino semejante a la representación del infinito () («nada ha cambiado porque nada es diferente ya que todo es igual»).

Si la presión del programa no sobrepasa unos límites, el sentido de realidad y un apoyo o reorientación puede ayudar a actualizar y modificar el bastidor; en caso contrario se seguirán empleando los mismos códigos de respuesta e interacción aprendidos.

¿Podría aquí plantearse un condicionamiento de las estructuras biológicas a través de reforzarse unos circuitos por mayor utilización que otros?

Los síntomas diana de esta vivencia dolorosa del ser y que constituirían el cuadro clínico, estarían condicionados por la fase evolutiva en que se encuentre el organismo, a través de la estructura que en ese momento predomina en su desarrollo. A nuestro juicio, la secuencia probable sería: estructuras neurovegetativas y áreas motóricas, alteraciones en los aprendizajes de conductas sociales y trastornos del humor, con toma de conciencia de los propios estados del ánimo.

Si bien en alguna medida todas las áreas se afectan, unas primarían sobre otras según la etapa de infancia, adolescencia y edad adulta en que nos encontremos.

La existencia de un «locus minor resistentiae», también es valorable ya que probablemente ésa será la vía elegida para la manifestación de la situación de conflicto, incluso emergiendo sobre otras y erigiéndose en síntoma principal.

Este planteamiento parece una razonable hipótesis para argumentar las diferencias existentes entre las manifestaciones de una depresión en el niño y en el adulto.

El cuadro depresivo como tal surgiría en una época de reciclaje y regeneración donde el buscar en sí mismo la información necesaria para resolver una relación objetal dada y que debió aprender en una etapa de su evolución, el individuo encuentra una laguna, un hueco, y no tiene salida según su modelo, su guión, su bastidor.

Como se comentó anteriormente, en la familia se aprende a compartir el tiempo, los cuidados, la información y los objetos materiales y a llenar las necesidades existenciales. Posteriormente la inclusión en la sociedad, representa la prolongación del escenario donde desarrollar lo aprendido, buscando los objetos complementarios.

Las necesidades básicas son propias de la etapa infantil. En el adulto permanecen, conviviendo con la capacidad de adecuación y reprogramación, que en ocasiones se ve contaminada y neutralizada por la energía del substrato anterior y que las normas y figuras de liderazgo reforzarán positiva o negativamente. Para conseguir (X) tengo que hacer (X) (secuencia conductual). Este sería el modelo de programa a seguir.

Es el momento de introducir lo conveniente para cambios y correcciones, es decir, modificar el primitivo esquema. Si no, la entrada en futuras situaciones depresivas está asegurada (disminución de la autoestima, sentimiento de fracaso, culpa, apatía, temor a la autodestrucción...).

Estas situaciones traumáticas repetidas darían lugar a un estado de desesperanza e impotencia que reaparecería fácilmente con experiencias posteriores. Excesivas frustraciones podrían determinar una propia representación (en términos de Jacobson) poco energizada, y la representación emocional de ella sería una baja autoestima. Habría una autoinhibición para probar nuevas experiencias tras la repetición de otras traumáticas que han favorecido la cristalización de una imagen de sí mismo deteriorada.

El estudio de marcadores bioquímicos y psicofisiológicos en adultos con trastornos afectivos podrán ayudar a identificar en la infancia individuos de alto riesgo, mejorando así los métodos preventivos. Incluso se podrán clasificar subgrupos biológicos de niños deprimidos. Estas mejoras en la prevención del trastorno proceden de la psiquiatría de adultos, pero se espera del estudio de niños más información:

- Estudios longitudinales de niños diagnosticados de trastorno depresivo y de otros de alto riesgo; estudios de gemelos y adopción en padres deprimidos.
- Análisis de las poblaciones de alto riesgo detectando desviaciones del desarrollo y problemas de conducta que pueden suponer las primeras manifestaciones depresivas.

Los años de la infancia suponen una encrucijada irreplicable en la que los procesos madurativos del sistema nervioso permiten adquisiciones psicoafectivas, y éstas influyen muy probablemente sobre las modulaciones bioquímicas de los neurotransmisores. Neurotransmisores, estructuras, individuo, familia y sociedad son dimensiones complementarias que definen y son definidas

por el individuo mismo. Reflejos de una misma esfera contemplados desde distintos ángulos.

La amplitud de los estudios sobre los trastornos afectivos de la infancia aportará datos imprescindibles para la com-

prensión del fenómeno de la depresión. Estos datos hasta ahora quedaban ocultos por haber tenido su origen en épocas de la vida del individuo muy anteriores a las que habitualmente se comenzaba a estudiar el proceso.

BIBLIOGRAFIA

- BOWLBY, J.: «1) L'Attachement, Attachement et perte. 2) La separation. Angoisse et colères». Press Univ., France, 1978.
- CYTRYN, L.; MC KNEW, D. y BUNNEY, W. W.: «Diagnosis of Depression in Children: A reassessment». *Am. J. Psychiatry*, 137, 22-25, 1980.
- CHAMBERS, W. J.; PUIG ANTICH, J. y TABRIZI, M. A.: «The ongoing Development of the Kiddie-SADS (Exschedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children). *Read on the Am. Ac. of Child Psych.*, 1978.
- EXTEIN, I.; ROSEMBERG, G.; POTLASH, A. L. C. y GOLD, M. S.: *Am. J. Psychiatry*, 139, 1617-1619, 1982.
- JACOBSON, E.: «The Self and the Object World». International Univ. Press., New York, 1964.
- KOVACS, M. y BECK, A. T.: «An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. Depression in childhood». Raven Press, New York, 1977.
- POZNANSKY, E. O.; CARROLL, B. J. y BANEGAS, M. C.: «The Dexamethasone Suppressions test in prepubertal depressed children». *Am. J. Psych.*, 139, 321-324, 1982.
- PUIG ANTICH, J.; CHAMBERS, W. y HALPERN, F.: «Cortisol hipersecretion in prepubertal depressive illness: A preliminary report». *Psychoneuroendocrinology*, 4, 191-197, 1979.
- WEINBERG, W. A. y cols.: «Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment». *J. Pediatr.*, 83, 1065, 1973.

