



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO: Monografía

Depresión en la infancia en niños escolarizados

Estudiante: Alison Luzardo Fernández

C.I: 4.215.439-2

Tutora: Prof. Adj. Mag. Evelina Kahan

Montevideo, Uruguay

31 de octubre, 2016.

Índice:

<i>Resumen</i>	3
Introducción.....	4
Capítulo I Etimología, Definición y Prevalencia	
1.1 Etimología.....	5
1.2 Abordaje de diferentes autores.....	5
Capítulo II Criterios diagnósticos.....	7
Capítulo III Mitos y causas de la depresión infantil	
3.1 Derribando Mitos.....	9
3.2 Síntomas y criterios diagnósticos de depresión infantil y adolescente.....	11
Capítulo IV Epidemiología y factores intervinientes de la depresión infantil	
4.1 Epidemiología a nivel Mundial.....	14
4.2 Factores intervinientes en la depresión infantil.....	17
Capítulo V Como actúan las defensas maníacas en los cuadros de depresión infantil	
5.1 Defensas y accidentología.....	20
Capítulo VI Modelo biológico y Psicológico de la depresión	
6.1 Modelo biológico de la depresión.....	23
6.2 La depresión a nivel neurobiológico.....	23
6.3 Una mirada psicoanalítica.....	24
Consideraciones finales.....	27
Bibliografía.....	29

Resumen:

El presente trabajo monográfico aborda la problemática de la depresión infantil e invita a la reflexión sobre un tema recurrente y preocupante para las familias afectadas y para toda la sociedad.

Se tomarán aportes y estadísticas de varios autores a nivel mundial, de Latinoamérica así como también a nivel de Uruguay.

Las estadísticas indican un aumento significativo de la depresión infantil, aspecto que torna alarmante dicho problema. Los adultos, con frecuencia, desconocen cómo abordar la problemática, dejando ello a los niños en una situación de vulnerabilidad importante.

En el este trabajo, se comenzará desarrollando la etimología de la palabra, continuando con el concepto de depresión en general, para arribar a una definición de depresión infantil y conocer sus causas. Se pretenderá derrumbar algunos mitos existentes, y articular los conceptos teóricos con un caso clínico.

Se dará cuenta a su vez acerca de los síntomas esperables para la edad cronológica del niño y los factores intervinientes en éste trastorno como son los factores facilitadores, factores de riesgo y por último los de protección. Se presentará también la predisposición genética de la depresión y la afectación a nivel neurobiológica. Como la depresión tiene impacto a nivel de los pensamientos y en el funcionamiento del organismo, las consecuencias de esto se reflejan en el bajo funcionamiento a nivel cerebral.

Culminando se brindará una mirada psicoanalítica de la depresión infantil.

Palabras claves: Depresión – Infancia – Síntomas.

Tema: Depresión en la infancia en niños escolarizados.

Introducción

El presente trabajo hace un recorrido integrando aportes bibliográficos y estudios estadísticos sobre la depresión infantil. Es pertinente remarcar que en Uruguay existe escasa literatura sobre esta temática.

La depresión infantil se constituye como un tema preocupante en la sociedad uruguaya, por el aumento significativo de casos, y porque con frecuencia no es diagnosticada a tiempo, quedando el niño en una posición de riesgo, viéndose afectada su calidad de vida pudiendo tener un desenlace irremediable como la muerte.

Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo y Ugo (2010) afirman que la depresión adolescente últimamente ha sido catalogada entre las enfermedades que mayor sufrimiento causa a las personas, convirtiéndose en uno de los principales motivos de consulta clínica.

Según el Ministerio de Educación y Cultura de Uruguay, la temática de la depresión infantil tiene que ocupar un lugar importante en la formación docente desde la primera infancia hasta la educación media (Muñoz, 2016).

El interés por el tema elegido surge a partir de una práctica clínica realizada en la Facultad de Psicología, UDELAR, en la cual se trabajó con una niña de 9 años que fue traída a consulta por su madre, la cual manifestó: “cambios de conducta, distracciones y actitudes agresivas” a raíz de la separación de sus padres.

Capítulo I: Etimología, Definición y Prevalencia

1.1 Etimología:

La palabra depresión deriva del vocablo latín depressio, - *ōnis*. (2014)

1. f. Acción y efecto de deprimir o deprimirse.

4. f. Psicol.y Psiquiatr. Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

De acuerdo con su etimología la palabra "*Depresión*" significa literalmente

hundimiento, impresión bastante cercana a la que tienen los sujetos deprimidos cuando expresan la sensación de estar en el fondo de un "*pozo negro*".

1.2 Abordaje de diferentes autores.

Según la OMS (2016)

- La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión.

La prevalencia mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

La depresión en general, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2016).

Esta puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio y si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos. Cuando tiene carácter moderado o grave puede necesitarse medicamentos y psicoterapia profesional.

Robert Burton (1621) se refiere al concepto de melancolía en los adultos y por primera vez se hace alusión a la melancolía en la infancia. No obstante, la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que permite el estudio de los procesos interiorizados. Pero es recién en el año 1975 que la depresión infantil fue aceptada como concepto por el National Institute of Mental Health adquiriendo el valor como psicopatología, logrando así la importancia de su estudio y tratamiento y la utilización del concepto por parte de la comunidad científica.

Del Barrio (1997) define la Depresión Infantil como un trastorno afectivo; el niño o adolescente que está en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo ello. Pero un acercamiento a sus síntomas y criterios diagnósticos completará con más precisión esta primera aproximación” (p.15).

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento; siendo el eje principal de la depresión infantil, la tristeza.

Capítulo II: Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos internacionales que se utilizan para evaluar la depresión, se toman de los manuales de: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la *American Psychiatric Association (DSM V)*.

Según el DSM V (2014) la definición utilizada en el trastorno depresivo es llamado "*Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo*".

Tanto en el DSM V como en el CIE-10 no existe una clasificación diferencial y específica de la depresión infantil y de la adulta.

Los criterios diagnósticos del trastorno engloban diferentes características que las contiene a las dos. Como por ejemplo: accesos de cóleras graves y reiterados, manifestaciones verbales en forma de rabietas, mientras que en el adulto el estado de ánimo es depresivo la mayor parte del tiempo. Los episodios deben acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En la conducta emerge la agresión física hacia personas o propiedades, siendo la intensidad de la reacción desproporcionada a la situación vivida. Los accesos de cólera, son recurrentes produciéndose por períodos de tres o más veces por semana, unido a un estado de ánimo irritable la mayor parte del día y casi todos los días, descontrol conductual extremo en niños hasta 12 años de edad y evidenciado por parte de otras personas. Estas características del trastorno hace que estén presentes en dos de tres contextos en los cuales el niño convive como lo son el hogar, escuela y con compañeros y al menos en uno de ellos la situación vivida es grave.

Estos cambios psicomotores en niños y en adultos incluyen agitación, incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto, o enlentecimiento que puede ser en el lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos.

En lo que respecta al niño la disminución de la capacidad para pensar o de concentrarse para tomar decisiones, principalmente se ve reflejado en los centros de enseñanza donde los niños no logran retener información, se distraen con facilidad, reflejándose en sus notas, así como en la caída de su rendimiento.

En cuanto a las conductas basales: **a.** peso: los niños generalmente tienen dificultades para subir de peso, mientras que el adulto puede perder o aumentar demasiado rápido de peso, puede modificar su peso entre un 5% del total en un mes.

b. sueño: los trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), por lo general la hipersomnia en un niño no es común, si lo es el insomnio, puede ser el insomnio medio (se despierta por la noche y no puede dormirse), insomnio tardío se despierta demasiado pronto con imposibilidad de conciliar nuevamente el sueño.

Por último uno de los síntomas que comparten los niños y adultos son los pensamientos de muerte recurrente, ideas suicidas, así como intentos suicidios o su planificación.

En la niñez ocurren actos suicidas, llamados “accidentología”, los cuales son reportados como accidentes domésticos y no como un acto suicida en sí, y se considera un fenómeno que va en aumento.

Presentación sintomática de la depresión en niños, adolescentes

<u>Niños y adolescentes</u>
El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares
La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.

Figura 1 clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes.

Capítulo III: Mitos y causas de la depresión infantil

3.1 Derribando Mitos

Diagnosticar una depresión en la edad infantil puede no ser fácil, quienes pueden alertarse de cambios significativos y prestar atención a determinados comportamientos que afectan al niño en su desenvolvimiento normal son los adultos cercanos como padres, maestros y/o profesores.

Derribar algunos mitos que están arraigados en la sociedad ayuda a comprender que la depresión no solo es cuestión de adultos.

Fernández Siendones (2006) destaca algunos mitos comunes en torno a la depresión infantil:

- 1.- Los niños no se deprimen.
- 2.- La depresión infantil es una etapa del desarrollo humano normal.
- 3.- La depresión infantil es una enfermedad poco frecuente.
- 4.- La depresión infantil se presenta con una sintomatología — enmascarada.
- 5.- La depresión infantil no existe antes de una edad determinada.
- 6.- La depresión infantil es una enfermedad transitoria.

Los mitos alrededor de ésta patología en la niñez existen, ya que la infancia es el resultado de una construcción biológica pero también de una construcción social. Por lo tanto en cada sociedad preexiste un constructo propio de infancia, en nuestra sociedad el adulto tiene por creencia que la niñez es la etapa más feliz, que está salvaguardada por la inocencia y que pondrá al niño en un estado seguro.

En diferentes épocas se ha manejado el concepto de niñez como una alegría y felicidad permanente, se creía que la tristeza y la preocupación no se encontraban en ésta etapa.

Sin embargo, en el mundo real existen niños/as deprimidos que están llenos de preocupaciones, incluso más que un adulto, puesto que su desarrollo cognitivo no le permite encontrar explicaciones racionales a gran parte de las cosas que le ocurren, además de preocuparse no sólo por los problemas reales, sino también por los imaginarios; esto puede generarle un sentimiento de inseguridad y conducir a emociones negativas y por lo tanto a la depresión infantil (Bermúdez, Ma. , Bermúdez, A. 2004 pág. 221).

Los mitos sobre la depresión infantil al parecer estarían focalizados en el sentir del adulto, a diferencia de lo que realmente le ocurre al niño cuando se le ha diagnosticado una depresión. Los adultos no saben manejar sus propios sentimientos muchas veces sintiéndose culpables (Jean-Claude Arfouilloux, 1986).

Esto podría ejemplificarse con lo expresado por el padre de la niña que se trabajó en clínica el cual manifestó sentimientos de culpabilidad por la depresión de sus hijas. Este comentó: *"Es culpa mía! me molesta que pasen por esto! nunca pensé que iba a tener que hablar de un psiquiatra me hago cargo de mi 50%. Yo soy culpable de que les esté pasando esto"*.

A los padres les cuesta aceptar el diagnóstico de depresión de sus hijos y actúan negándolo o tratándolo de manera equivocada. El diagnóstico provoca una conmoción que termina desestabilizándolos, enfrentando amenazas internas y externas que le serán dolorosas.

Se les llaman padres negadores que ponen en juego sus propios mecanismos de defensas, en estos casos el mecanismo de negación, refleja una incapacidad para enfrentar su propia realidad (Breznitz, 1983).

La construcción narcisista del adulto lleva a que éste intente proyectar sus propios ideales en el niño, y se encuentra con una realidad distinta a la idealización que se formó de su hijo. En consecuencia los niños deben cargar con éstas expectativas narcisistas de sus padres y al mismo tiempo con su tristeza no entendida y rechazada por el adulto (Corte, 2009.p.47)

El resultado de esto, es que los niños tienen la percepción de que sus padres no se hacen cargo de lo que está pasando generando en ellos una cuota

de agresividad, confusión e impotencia. Cuando el niño presencia este tipo de desajustes por imitación aprenderá a descontrolarse de la misma forma que sus padres. La inestabilidad alimenta el temor y la intranquilidad. (Del Barrio et al., 1997)

Al niño se lo puede ver triste, deprimido, pero no es capaz de quejarse, ya que no es consciente de lo que le pasa. En casi todos los casos el niño se muestra como aislado por momentos, o de forma continua, exterioriza poco o casi ningún interés por casi todo. Se presenta como “aburrido de todo”. Sufre un descontento general, con poca capacidad y predisposición para el disfrute. En ocasiones manifiesta el sentirse rechazado, no querido, se lo ve deseoso de alejarse de las actividades u objetos que lo frustran.

Tomando el caso de la niña, comentó haber asistido con su hermana a una fiesta dónde había varios niños, sin embargo ellas jugaron solas, al ser cuestionada sobre esto. Manifestó *“No se acercaban a mí!”*

3.2 Síntomas y criterios diagnósticos de depresión infantil y adolescente

Definir y diagnosticar los estados depresivos en los niños y adolescentes no presenta mayor dificultad que en los adultos, si se trabaja en base a los síntomas o síndromes identificados como característicos para la edad cronológica y de desarrollo del paciente (Nisse, 1987).

Para Pearce, (1979) los síntomas más importantes en la depresión infantil son: la tendencia al suicidio, el temor a la muerte, los trastornos que afectan el sueño y el apetito, acompañado de fobias y obsesiones, irritabilidad e hipocondriasis, síntomas accesorios como el negarse a ir a la escuela, sentimiento de culpa o mutismo.

Es significativo conocer la sintomatología de la depresión infantil ya que posibilita el diagnóstico y el tratamiento adecuado. Dentro de ésta patología tenemos síntomas específicos y otros difieren según la edad cronológica del niño.

A continuación un cuadro con síntomas depresivos según las edades.

Entre los 3 a 6 años 	El síntoma de presentación más frecuente es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional. En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).
Niños de 7 a 12 años a edad puberal 	Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas: a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales. c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

Figura 2 Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.

Haciendo referencia a los síntomas mostrados en el cuadro anterior se extrae que, en edades tempranas los niños muestran más síntomas de carácter exteriorizado (Weiss, 1992) mientras que en la adolescencia los síntomas tanto cognitivos como afectivos son interiorizados y se presentan con mayor intensidad (Del Barrio, 1997, Servera, 2002).

Retomando el caso clínico de la niña de 9 años de edad se visualizaron algunos de los síntomas descritos en el cuadro citado, ataques de rabietas, agresividad e irritabilidad, golpeando a su hermana cuando se enojaba consigo misma, lo cual se muestra en esta viñeta: *“Sí, cuando se tranca me da una rabia (se agarra los cachetes y se apreta con fuerza quedando colorada)”*. *“Me apreto los cachetes y a veces me arranco los pelos...nos llevamos mal con mi hermana chiquita nos pasamos pegando, cuando estamos “solitas”*. *“ Me pelea a mí, yo le*

pego y ella me pega a mí.”

Otro síntoma que aquejaba a la niña frecuentemente eran los dolores abdominales, lo cual la dejaba sin ir a la escuela, y en una oportunidad cuando estaba en una fiesta “me dolía la panza” *“Aaaaahhhh! antes de ayer me levante con dolor de estómago cuando se fue mamá, nunca vomite, me quedé con el novio de mamá que se llama R, me puso un paño de agua fría”*

Así mismo aparece el insomnio como un síntoma recurrente y que muchas veces en la noche no podía dormir quedándose despierta. *“Prendemos la tele algunas veces nos dormimos, yo me quedo despierta por las dudas que pase algo.”*

Dificultades en la concentración. *“No sé ...yo me olvido de todo.(agarra la pizarra y dice) Esto es una especie de imán que borra todo. Porque por ejemplo hoy me olvide de tu nombre y el de él.”*

La idea de suicidio se visualizó en el juego, ya que en varias ocasiones tomó una muñeca que ponía en el borde de la caja de juego y la tiraba hacia dentro de ésta, y en una ocasión caminó en el borde de la baranda en el espacio físico donde tuvo lugar la consulta y se impulsó quedando colgada mirando hacia abajo, *“Yo igual me tiro para abajo”*.

Así como Fisher (citado en Carrasco, 2010) observó que la sintomatología depresiva es más frecuente en adultos que tienden a la introversión y a la inestabilidad emocional, también se arribó a la misma conclusión en un estudio con niños españoles ya que existe una relación entre neuroticismo y depresión (Del Barrio et al. 1997).

Haciendo énfasis en los niños, la OMS estima que el 3% de la población infantil sufre depresión infantil. La depresión en niños se ha incrementado dramáticamente en los últimos años, alrededor del 7 al 14 % de los niños sufre un episodio de depresión mayor antes de cumplir los 15 años.

A nivel mundial la prevalencia de depresión infantil alcanza porcentajes entre el 8 y 20%.

Mientras que en algunos países europeos como por ejemplo España las cifras sobre depresión infantil bordean el 11.5%.

La realidad latinoamericana difiere en cantidades según cada país (Cárdenas, Sarmiento, Serrano 2011), afirman que en Hispanoamérica se encuentran datos alarmantes que indican una incidencia del 35% al 43%.

Mantilla y cols. (2003) realizó un estudio en una muestra de 239 niños escolarizados de clase alta y baja de la ciudad de Bucaramanga, Colombia a los que se les aplicó una versión abreviada del CDI (Children Depression Inventory) de 10 ítems. Se encontró que el 9.2% se encontraba deprimido; y que la sintomatología depresiva aumentaba con la edad y el grado de escolaridad.

Un estudio en Quito, Ecuador (2009) en 195 niños/as de sexto y séptimo año de educación básica, encontró una prevalencia del 41% de sintomatología depresiva y su asociación con factores psicosociales.

En América del Sur más específicamente en Brasil, Bandim, Sougey y Carvalho (1995) reportan el 12,5% de depresión en los niños. Barbosa y Gaião (2001) revelan el 22% de síntomas depresivos en niños de Paraíba. Curatolo (2001) halló el 21% en Sao Paulo. Así mismo, una pequeña incidencia de síntomas depresivos fue observada en otras ciudades brasileñas.

En Uruguay el primer Estudio Epidemiológico Nacional relativo a Salud Mental Infantil (2008) se concluyó que unos 80.000 niños de entre 6 y 11 años tienen algún trastorno “internalizado”. Sin embargo, los resultados muestran como los adultos se preocupan más por los trastornos externalizados, es decir “por lo que se ve”, pero lo más preocupante es la angustia que sufre el niño y

que escapa a toda medición posible (Garay, Capezzuto, Díaz, Vázquez, Balbuena, Luquez y Freira, 2015).

Las políticas de prevención y tratamiento no solo se encuentran con la dificultad de la magnitud, sino también con esa capa de invisibilidad que minimiza el problema, *“no puedo mandar a 80.000 niños al consultorio porque saturo el sistema”* (Viola citada en Garay et al., 2015, p.30).

Dicha autora plantea que en el Hospital Pereira Rossell se registra un promedio de 146 ingresos anuales de chicos con intentos de autoeliminación menores de 15 años, estadística constante en los últimos tres años. Dicho estudio concluye que al igual que la depresión en los adultos, la depresión infantil puede ser causada por múltiples factores bio-psico-social que pueden estar relacionados con la salud física, sucesos de la vida diaria, la historia familiar, medio ambiente, alteraciones bioquímicas y la predisposición genética (Bardesio, M. 2008).

Con respecto a los factores bio-psico-social en Uruguay (Viola, 2008) afirma que el deterioro socioeconómico, el desempleo, la falta de esperanza del entorno, afecta al niño más de lo que se supone *“la pobreza no lo explica todo, pero colabora”*.

Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en niñas que en niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (Del Barrio, 1997).

En cuanto a la clase social, (García Muñoz, 2013) señala que la depresión se encuentra con más frecuencia en niños de clase baja y media ya que estas reflejan la falta de estabilidad del entorno a diferencia de clase alta.

4.2 Factores intervinientes en la depresión infantil

a. Factores facilitadores

Se engloban en esta categoría un entorno familiar problemático, enfermedades, entre otros que favorecerían la aparición del trastorno depresivo en el niño. Como así también las excesivas críticas y las expectativas desajustadas de los padres, los engaños amorosos, desencadenan en el niño el descontento consigo mismo, socavando la autoestima del mismo.

Carrasco (2010), plantea la existencia de una vulnerabilidad biológica y otra psicológica frente a la depresión infantil.

En cuanto a lo biológico, la depresión es mayor en hijos de padres con el mismo trastorno o con otras problemáticas como alcoholismo, drogadicción, etc. Por otra parte importa la predisposición de las influencias tempranas ya que una madre deprimida presta menos cuidado y atención y las interacciones con el bebé son negativas y estresantes. Los antecedentes de abuso sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino son factores de riesgo.

En cuanto a la vulnerabilidad psicológica: la personalidad del niño juega un papel importante así como el vínculo con la familia. El temperamento presenta una base genética - biológica, este puede influir a la hora de la experiencia y aprendizaje y específicamente en el contexto social que logra ser decisivo para su desarrollo. La depresión puede ser un comportamiento aprendido, una forma desadaptada de sobrellevar los problemas.

b. Factores de protección

Dentro de los factores de protección se establecen las relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, que permiten desarrollar vínculos afectivos positivos y estables en los cuales el niño puede construir una autoestima adecuada.

Algunos estudios muestran que aquellos niños que tienen un contacto cotidiano con la naturaleza evidencian menores niveles de estrés. Este aporta pruebas empíricas acerca del efecto amortiguador de la naturaleza del entorno residencial y del entorno escolar sobre el estrés de los niños, de manera que cuanto mayor es el acceso de los más pequeños a las áreas naturales cercanas, mayor es su capacidad para sobrellevar situaciones adversas (Corraliza y Collado, 2011).

Así mismo logros personales alcanzados por el niño, cuando son valorados por su entorno más cercano actúan como factores de protección así como prácticas de deportes y voluntariado favorecen la socialización.

c. Factores de riesgo

Se distinguen en esta categoría factores de riesgos endógenos y exógenos. Los endógenos están relacionados con una predisposición hereditaria, producida por alguna alteración bioquímica. Dentro de los factores exógenos aparecen los relacionados con el medio ambiente, familiar y cultural, particularmente estos dos últimos ejercen una mayor influencia sobre el niño.

En cuanto a:

a) Familia: es la encargada del desarrollo emocional del niño, y su vez puede ser desencadenante de depresión en éste cuando hay malas relaciones entre progenitores. Logran convertirse en un factor de riesgo de depresión en el niño si mantienen un vínculo maltratador, violento, con normas muy rígidas o de lo contrario altamente permisivas y con un distanciamiento afectivo. Se constata que el índice de niños con depresión provienen de familias desestructuradas y maltratadoras o con padres con depresión. (Garay, et. 2015)

b) Cultural (escuela): Desde los distintos enfoques conceptuales se contempla el rendimiento académico como un elemento constante en el cuadro depresivo infantil; se considera al fracaso escolar como el síntoma más representativo tras el cual el niño/a oculta la depresión

enmascarándola (Toolan, 1962; Glaser, 1967; Cytryn y McKnew, 1974; Tisher, 1987). En un estudio realizado en los Estados Unidos tomando como muestra niños y niñas con fracaso escolar se encontró que el 13% padecía depresión, tasa que se eleva al 58% en el estudio con niños y niñas que presentaban trastornos de aprendizaje (Weinberg et al., 1973) y al 62% en el de Brumback et al. (1980).

En España, Doménech y Polaino-Lorente (1990) encuentran una mayor incidencia de depresión en los repetidores de curso (6'4%) que en los no repetidores (2'7%).

Desde concepciones cognitivas se alude a problemas de concentración y enlentecimiento del pensamiento como síntomas relacionados a la aparición del síndrome.

Waserman (2008) hace alusión a que gran parte de los niños depresivos padecen problemas de aprendizaje. Los trastornos que inciden en el comportamiento y en el aprendizaje en los centros educativos, derivan de la imposibilidad del niño para poder concentrarse y atender. Estas son situaciones que el autor vincula con las defensas maníacas, estas se instalan especialmente contra los afectos depresivos que aparecen en el niño y que éste no puede manejar. Frente a la situación depresiva, aparecen las defensas maníacas negando su realidad psíquica y su mundo exterior, dando lugar a sentimientos de omnipotencia.

Waserman (2008) mantiene la hipótesis de que debajo de esta sintomatología de exaltación, de dificultades y de concentración se esconden afectos depresivos que resultan de la separación del objeto con apego emocional. Y que son cubiertos por defensas maníacas mayormente desconocidas por profesionales no pertenecientes al área de salud mental, confundiéndose con causas orgánicas.

El niño no puede dejar de moverse por eso cae en depresión, no logra concentrarse en una sola cosa por lo tanto debe mantenerse activo todo el tiempo y esto hace que baje su rendimiento en todas las actividades que quiera emprender.

Por ejemplo, en la consulta la niña no podía concentrarse en jugar por un período prolongado pasando de un juego al otro, la mayoría de las veces sin terminarlo. En estos fragmentos de la entrevista puede verse como la niña comenzó a jugar se aburrió y cambió de juego. Así mismo si perdía en el juego no podía continuar ya que no lograba controlar su frustración. *“Bien! Me tiene harta el juego, voy a poner... recién me di cuenta porque me ganó porque, lo puse recontra rápido por eso se complica! lo voy a poner para jugar más lento.”* *“Bien! Este partido es un amistoso pero en los amistosos quiero ganar igual, en todo quiero ganar no pierdo ni a la bolita, cuando pierdo me caliento”, “Voy a jugar al otro! hay estoy harta de este juego”.*

Sandler y Joffe (1965) desarrollaron un acercamiento a las manifestaciones sintomáticas de la depresión en la niñez, estos aseguran que mayoritariamente los psiquiatras están de acuerdo que la depresión melancólica no se encuentra en la sintomatología de los niños con depresión.

Horowitz & Garber (2006) plantean que un primer episodio de depresión temprana eleva el riesgo de episodios depresivos, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, con tasas de recurrencia que van del 45% al 72% en los tres a siete años subsiguientes.

Capítulo V: Como actúan las defensas maníacas en los cuadros de depresión infantil

5.1 Defensas y accidentología

Antes de la manifestación de las defensas maníacas en la infancia hay un primer momento depresivo que es antecesor de ésta manifestación, y es difícil de detectar porque es inmediatamente ocultado.

Sandler y Joffe (1965) hablan de transformación en lo contrario del afecto como maniobra defensiva. El niño es incapaz de hacer frente a esos afectos depresivos que son alterados y ocultados por sentimientos de excitación. Los autores lo llaman comportamiento de payaso.

Waserman (2008) considera que al transformar los afectos depresivos en la hipermovilidad y la euforia hace que el niño se presente como muy alegre, pero en realidad lo que está haciendo su psiquismo es manteniendo, ocultando o frenando los afectos depresivos.

Detrás de un comportamiento tan alegre existe la posibilidad de desarrollar un trastorno maníaco, es la sintomatología característica que acompaña a estos niños. Este síntoma de alegría puede estar relacionado con la falta de atención y la accidentología que por lo general se presenta en este tipo de trastorno.

La accidentología que caracteriza a la depresión infantil está relacionada con el acting out con el pasaje al acto y en este caso los intentos encubiertos de suicidio.

Freud, (1901) incluye los accidentes dentro de los actos fallidos llamándolos “daños autoinfligidos”, estos equivaldrían a intentos suicidas con intencionalidad inconsciente que se disfrazan como accidentes casuales, que son el resultado del encuentro entre los impulsos autodestructivos del individuo y sus defensas.

Klein, (1932, p113) pequeños accidentes repetidos que alguna vez pueden poner en peligro la vida del niño, simbolizarían el comienzo de intentos de suicidio.

En palabras de la niña: *“abrí la canilla del baño para lavarme las manos y yo sentía que era fría, me quede hablando con F y no sentía que estaba caliente y entonces me queme”*.

Las defensas maníacas actúan en el niño evitando o defendiendo el contacto con los afectos depresivos, generando un desorden que se caracteriza por la hipermotilidad. Es la dificultad con la que tropieza el niño a la hora de la concentración y la atención. Se caracteriza por su exaltación y ansiedad, implica una motricidad permanente sin ningún fin u objetivo.

Las consecuencias de la hipermotilidad en la infancia con lleva a la incapacidad de concentrarse, con frecuencia piden que se les repitan las cosas aunque parecen no escucharlas, se distraen fácilmente, hacen un sinnúmero de preguntas sin aparentemente importarles las respuestas. No terminan lo que

comienzan, cambian permanentemente los canales de televisión, necesitan estar divirtiéndose constantemente y si no es así se sienten aburridos. Quieren estar en todos lados al mismo tiempo, gritan, hacen ruido principalmente en clase, se atropellan con objetos, persona, en el entorno. Tienen problemas para esperar turnos, tienen que estar en continuo movimiento, muchas veces corren en vez de caminar, son muy sensibles, se suben a los muebles, tienen que estar haciendo algo incluyendo a los que lo rodean. Son muy impulsivos y espontáneos y esto los lleva a aventurarse a realizar actividades que son peligrosas y muchas veces comprometen su integridad física. Waserman (2008)

En la depresión hay una retirada del interés por el objeto libidinal en el objeto exterior, es por eso que la atención falla en el niño. Así mismo en la manía los objetos externos están hipercatectizados y el individuo pasa de un objeto a otro frenéticamente. Esto hace que carezca de una concentración, acompañada de una constante dispersión, causando una superficialización relacional. El fin de establecer nuevos y rápidos contactos sería el beneficio de minimizar la experiencia de pérdida existente. Waserman (2008)

Como causa de ésta constante movilidad genera un estado de euforia maníaca donde hay fugas de ideas y la omnipotencia que caracteriza a la euforia da como resultado los “accidentes” que sería un castigo a su YO.

Para Freud (1901) el niño quedaría atrapado por una especie de función llamado “radar de atención”, quiere decir que el niño puede observar todo lo que está a su alcance del área de percepción pero no logra concentrarse ni hacer foco en alguna cosa que dicho radar esté detectando. Los momentos dolorosos o los impulsos peligrosos se reprimen para quitarle el monto de angustia implicado. Este dolor del cual se defiende trae como consecuencia la distorsión de la atención y de la realidad que los rodea. La superficialidad y la huida son las características más destacadas, se huye rápidamente de lo que le causa dolor de su realidad psíquica o frustrante. Al evadir la realidad se asegura un alivio momentáneo, pero a su vez trae como consecuencia el daño que está relacionado con los procesos de interiorización.

Capítulo VI Modelo biológico y Psicológico de la depresión

6.1 Modelo biológico de la depresión:

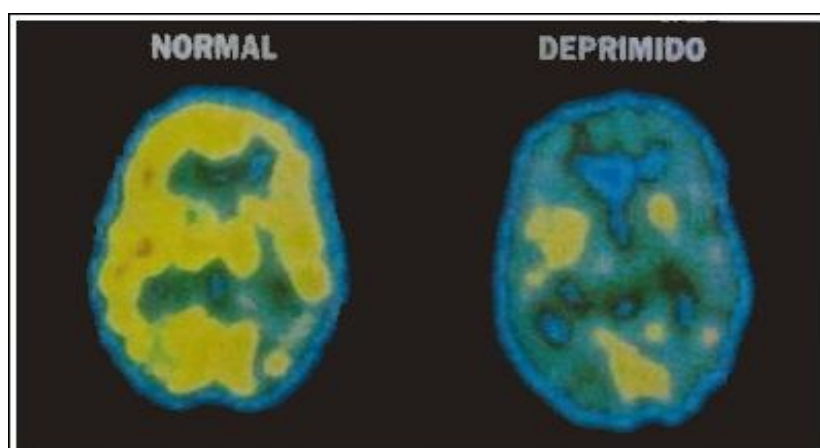
Winnicott 1988 plantea:

La persona entera es física si se la ve desde cierto ángulo, psicológica si se la ve desde otro. Existen el soma y la psique. Existe también una compleja evolución de la interrelación de ambos y una organización de tal relación, proveniente de lo que llamamos la mente. El funcionamiento intelectual, como la psique, tiene su base somática en ciertas partes del cerebro. Debe señalarse que es posible considerar la naturaleza humana de las tres formas indicadas, y estudiar las causas de la división de intereses. (p.29)

El término “*depresión*” pertenece al grupo de los “trastornos del estado de ánimo”. La depresión tiene un impacto a nivel de los pensamientos y el funcionamiento del organismo. Algunos de los síntomas más frecuentes de la depresión son: emociones negativas intensas, pérdida de interés, fatiga, cambios en el sueño y en la actividad sexual, el peso y el apetito, pensamientos negativos, pesimismo, baja autoestima, indecisión, ideación suicida y otros. En conjunto, estos síntomas impactan negativamente en la vida de las personas, ya sea a nivel del bienestar personal, el trabajo o las relaciones interpersonales. (Ifightdepression 2016).

6.2 La depresión a nivel neurobiológico

Tomografía de Cerebro con depresión



En la depresión están involucradas seis funciones cerebrales; el pensamiento o cognición, las percepciones, las emociones y regulación emocional, reacción ante la señal ambiental, regulación física o somática, regulación comportamental o social.

Todas las emociones, el estado de ánimo, pensamiento, percepciones y comportamientos implican las actividades de las neuronas a nivel cerebral. La información que transmite una neurona a otra se realiza mediante el proceso de sinapsis, entre una neurona y otra hay un espacio llamado “hendidura sináptica”. Para que la información de una neurona pase a otra se requiere de “neurotransmisores”, que son liberados por las neuronas durante la propagación de un impulso nervioso, este atraviesa la “hendidura” y actúa sobre la neurona siguiente. Un cerebro sano produce constantemente nuevas interconexiones neuronales como resultado de nuevas sinapsis, traduciéndose en diferentes emociones, pensamientos y comportamientos.

Los trastornos psiquiátricos como la depresión implican que algunas funciones del cerebro actúen por debajo de cierto nivel, y fuera de su equilibrio.

En las personas con depresión crónica, se cree que el origen puede estar en la infancia o en la adolescencia, a partir de comprobarse que algunas estructuras cerebrales pueden estar por debajo del volumen esperado.

El papel más importante en la sinapsis es desempeñado por dos neurotransmisores llamados, noradrenalina y serotonina entre otros.

Así como los tratamientos farmacológicos son importantes en la depresión los tratamientos psicológicos también lo son. Para que la psicoterapia tenga sus logros debe haber un involucramiento del paciente existiendo varias psicoterapias en relación a ésta.

6.3 Una mirada psicoanalítica

Analizando la depresión infantil desde el punto de vista de Klein (1934), ésta posibilitó un nuevo campo de entendimiento psicoanalítico de la personalidad y la psicopatología, al encaminar su estudio sobre las etapas más temprana del desarrollo en el niño. Fue la primera investigadora en utilizar la palabra

“depresión” y la utilizó haciendo referencia a la “posición depresiva”. La autora hace alusión a lo depresivo como un fenómeno valioso y esencial que sirve para la maduración de los individuos. Para entender la posición depresiva se debe considerar los estadios del desarrollo y la posición esquizo - paranoide.

La posición depresiva se vincula con la vivencia de dependencia del objeto, por lo tanto las defensas se dirigirán contra todo sentimiento de dependencia que se evitará, negará o invertirá.

Para Klein las defensas maníacas son importantes y positivas en el desarrollo, ya que protegen al Yo de la desesperación total, a medida que el individuo pasa por repetidas experiencias de duelo, reparación de pérdida y recuperación a lo largo de su desarrollo, la elaboración de la posición depresiva del Yo se fortifica y enriquece.

Las ansiedades están relacionadas con la ambivalencia, la culpa y las situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Los objetos externos buenos de la vida adulta siempre simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno, interno y externo, de modo que cualquier pérdida de la vida posterior reaviva la ansiedad de perder el objeto interno bueno y con ella todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva, empobreciendo y debilitando su Yo en su relación con la realidad (Segal 1986 p.83).

Según Freud (1917) y Abraham (1924) lo que da origen a la melancolía es la pérdida de ese objeto amado, el objeto amado puede ser real o alguna situación similar que contenga el mismo significado que el objeto amado. El resultado de esto es la instalación de este objeto dentro del Yo y a su vez trae como consecuencia la enfermedad.

Los autores hacen referencia a la pérdida en el estado depresivo, no a la pérdida del objeto real, sino a la pérdida del objeto dentro de sí, lo que representa el objeto para el individuo. Ese objeto que fue introyectado se hizo parte del propio YO. Por lo tanto cuando el objeto es perdido, para Freud se pierde una parte del propio YO.

Winnicott (1963) realiza una búsqueda sobre que existe dentro de lo más profundo de los estados depresivos, estos estados por un lado favorecen la unión del self y por el otro son causas de fuertes sufrimientos y malestares emocionales. Estos duelos y estados depresivos hacen que a medida que se madura, las depresiones favorecen un desarrollo emocional sano. Para el autor cuando un ambiente facilitador no es suficientemente bueno y contenedor el proceso madurativo del niño se debilita o se interrumpe.

Winnicott (1988) plantea que la salud de la psiquis debe evaluarse en función del crecimiento emocional y esta es una cuestión de madurez. El individuo es emocionalmente maduro según la edad que tenga. Los estados depresivos serían un retroceso en el desarrollo emocional volviendo a un estado más primitivo antes de la integración del self.

Consideraciones finales

En el recorrido del trabajo se pretendió dar cuenta de la importancia que está cobrando la depresión infantil ya sea a nivel mundial como en la sociedad uruguaya. Las estadísticas encienden alarmas dado que la depresión infantil está siendo diagnosticada en edades cada vez más tempranas.

En el diagnóstico de la depresión, se presentan dificultades ya que con frecuencia es confundida con otras psicopatologías como el Déficit Atencional, siendo por tanto mal diagnosticado el niño, con todas las consecuencias que ello ocasiona.

Se percibe que todas las creencias y mitos que rodean a la depresión infantil hacen que se desvirtúen los síntomas reales, dónde quedaría encubierto el verdadero sufrimiento del niño, la angustia que lo invade, el sentimiento de tristeza y la depresión en sí.

La idea suicida en la depresión infantil, no es puesta en práctica al inicio del trastorno pero en el transcurso se comienza a “jugar” con la posibilidad, llegando a suscitarse accidentes cada vez más seguidos que podrían determinar la muerte del niño.

A través de la agresividad o violencia en el hogar, en la escuela y en su contexto más cercano, el niño expresa lo que siente ya que no puede “poner palabras” o entender su sufrimiento. Estas conductas, son “llamados”, pedidos de auxilio, intentos para que el ambiente comprenda sus demandas, por lo tanto los vínculos que establece con las figuras de autoridad son muy importantes, busca en ellas enmendar el daño sufrido, y esto contiene una esperanza para él.

Otras realidades muestran a niños con depresión en una posición a la “deriva”, sin un sostén, sin referentes, generándole ello agresividad, confusión e impotencia. Con frecuencia, los niños deben sobrellevar su depresión en ambientes conflictivos, con padres que también son depresivos o luchar con aquellos que niegan el diagnóstico, en definitiva, personas desestabilizadas movilizadas por sus propios miedos.

Para finalizar, resulta importante destacar la tarea del psicólogo en la consulta con niños, teniendo una escucha atenta a las necesidades que surgen, propiciando un espacio que permite al niño expresar sus sufrimientos y preocupaciones, así como potenciar sus fortalezas, brindando herramientas que le permitan enfrentar y superar la depresión. Otros aspectos fundamentales consisten en establecer un vínculo con los padres, que permita que el trabajo realizado con el niño en la consulta pueda ser continuado en su entorno y la creación de redes dónde el niño encuentre espacios, en el cual logre sentirse contenido, aumentando su confianza y restableciendo un equilibrio emocional.

Bibliografía

- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1982) *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson S.A.
- Bardesio, M. (2008) Depresión y suicidio infantil no avisan: “Déjenme vivir”. Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/pereira-rossell-atiende-un-intento-suicidio-infantil-cada-cinco-dias-n653633>
- Bermúdez, Ma. , Bermúdez, A. (2004). *Manual de Psicología Infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Breznitz, S. (Ed.) (1983). *The denial of stress*. Nueva York: International Universities Press.
- Cabrera Pérez, L., Jiménez Llanos, A (1999). *Revista de Investigación Educativa*, 1999, Vol. 17, n.º 1, págs. 89-106. Recuperado de: <http://revistas.um.es/rie/article/view/122291/114931>
- Cajigas-Segredo, N., Kahan, E., Luzardo, M., Ugo, M. (2010). Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v4n2/v4n2a03.pdf>
- Calvillo, N. (2004). Depresión en niños con trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Recuperado de: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/viewFile/11389/10744>
- Carrasco, I. (2010). Depresión en la infancia. Recuperado de: <http://www.cinteco.com/depresion-en-la-infancia/>
- Chen, X., Bubin, K.H. y LI, B. (1995). Depressed mood in chinese children: Relation with school preformance and family. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63, 938-947.
- Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes (2001). Madrid: Médica panamericana.

- Corraliza, JA. & Collado, S. (2011) *“La naturaleza cercana como moderadora del estrés infantil”*, Psicothema, 23, 221-226.
- Corte, P. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Del Barrio, V. (2007). El niño deprimido. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V. (1997). Depresión infantil. Barcelona: Ariel.
- Fernández Siendones, C. (2006). La depresión infantil: actualización 2003 – 2006. Barcelona: Centro Londres 94. Recuperado de: <http://www.centrelondres94.com>
- Fundación caza bajones. Recuperado de:
[http:// www.fundacioncazabajones.org/depresion_en_uruguay.php](http://www.fundacioncazabajones.org/depresion_en_uruguay.php)
- Freud, S. (1901). Psicopatología de la vida cotidiana. En Sigmund Freud Obras Completas, (Vol 6), 1996. Buenos Aires: Amorrortu.
- Garay, M., Capezzuto, B., Díaz, Á., Vázquez, L., Balbuena, M., Luquez, C., Freiria, R. (2015). Depresión Intento de Autoeliminación: Aspectos conceptuales y herramientas para enfermería. Uruguay: Ediciones Universitarias.
- García Muñoz, T. (2013). Estratificación Social y Educación. Recuperado de: [http:// www.univsantana.com/sociologia/TEMAS914.pdf](http://www.univsantana.com/sociologia/TEMAS914.pdf)
- Guerrero, L., Olarte, M., Oviedo, Y., Peña, F.(2009). Recuperado de:
<http://www.monografias.com/trabajos70/depresion-infantil-procesos-evolutivos/depresion-infantil-procesos-evolutivos>.
- Herrera, E., Núñez, A., Tobón, S., Arias, D.(2009). *Análisis bibliométrico de la depresión infantil*. Recuperado de:
www.redalyc.org/pdf/801/80111899005

- Horowitz, J. L., & Garber J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401-415.
- Klein, Melanie (1935). "Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States". Recuperado de: <https://nonoedipal.files.wordpress.com/2009/10/psychogenesis-of-manic-depressive-states.pdf>
- Klein, Melanie (1932). *El psicoanálisis de los niños*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Klein, M. (1932). *Neurosis en los niños en El Psicoanálisis de niños en Melanie Klein Obras Completas (Vol 2), 1987, (pp.113)*. Buenos Aires: Paidós
- Muñoz, M.J (2016, Julio 5). Entrevista con Maria J. Muñoz. Recuperado de: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-munoz-suicidio-depresion-infantil-adolescente-espacio-educativo-concurso>.
- OMS. (2016). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- ¿Qué es la depresión? (2016). Ifight Depression. European Alliance Against Depression. Recuperado de: [http:// www.ifightdepression.com](http://www.ifightdepression.com)
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Recuperado de: <http://www.rae.es/rae.html>
- Recuperado: <https://www.psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/klein-melanie-contribucion-a-la-psicogenesis-maniaco-depresivo.pdf>

- Salin-Pascual, R. (2009). La depresión: tristeza llevada a sus extremos y los medicamentos que la controlan. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos13/depre/depre>
- Sandler, J. y G. Joffe, (1965) "*Notes on Childhood depresión*". En Journal on Pshycoanlisis Nº 45.
- Sanmartín, J Maltrato infantil en la familia Española https://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/.../pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf
- Servera, M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil:una perspectiva conductual de sistemas* Madrid: Pirámide.
- Sobocki, P. (2007). Entrevista con Patrick Sobocki. Recuperado de: http://elpais.com/diario/2007/05/01/salud/1177970402_850215.html
- Waserman, M. (2008). Aproximaciones psicoanalíticas al juego y al aprendizaje: ensayos y errores. Bs. As.: Centro de Publicaciones Educativas y Materiales Didácticos.
- Weinberg, W.A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E.C. y Dietz, S.G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and Treatment. Journal of Pediatrics. Nº 83, 1065-1072.
- Winnicot, D. (1963/2009). *El valor de la depresión en El hogar, nuestro punto de partida*. Ensayos de un psicoanalista. Buenos Aires: Paidós.