

LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS. Dificultades
diagnósticas y técnicas psicológicas
para su evaluación

Azucena Borelle

Introducción

La depresión en la infancia se manifiesta de un modo diferente al que habitualmente podemos esperar en los adultos. Su variada sintomatología está presente, a su vez, en otros cuadros psicopatológicos al tiempo que varía según la edad, lo que con frecuencia puede llevar a confusión.

La incidencia creciente de este trastorno en los niños justifica nuestro interés y nos invita a poner en foco sus formas de presentación, su diagnóstico diferencial y la posibilidad de contar con recursos para su detección temprana.

En el año 2008, un grupo de docentes¹, en el seno de la actividad académica, llevamos a cabo una investigación que intentaba detectar sintomatología depresiva en niños de 7 a 12 años de población sin motivo de consulta. Habíamos implementado entonces, un inventario de depresión infantil (CDI- Child depression inventory), diseñado originalmente por Kovacs (1992); y una técnica proyectiva gráfica, el Test Persona Bajo la Lluvia (PBLI) a los que me referiré mas adelante. Los resultados de dicha investigación fueron altamente significativos en la medida en que el porcentaje de niños con síntomas depresivos excedía lo esperable para una población no consultante. Sin embargo la presentación de tales resultados motivó el cuestionamiento, atendible, de que los niños evaluados pertenecían a la clase social baja y que, otros factores, de tipo socio económicos además de los estrictamente psicológicos, podrían estar fuertemente implicados en los hallazgos. Por tal motivo, llevamos a cabo una segunda investigación sobre un total de 200 niños de 7 a 12 años, esta vez con una población perteneciente a la clase media

¹ Borelle, A., De la Fe, A., Krisnik, N., Torres de Lugea, S. (2013). Depresión en niños. Inventario de depresión infantil y test persona bajo la lluvia: análisis de los datos obtenidos en una muestra de 200 niños de 7 a 12 años. En Ponencia llevada a cabo en el IV Congreso Internacional de Psicología FIUC. Bertella, A. (Presidencia). Buenos Aires, Argentina.

alta y alta, sin motivo de consulta. La similitud de los resultados, no dejó lugar a dudas respecto a que los factores socio económicos no parecían determinantes en la incidencia de sintomatología depresiva en niños de población general.

Desde entonces, el tema ha formado parte de nuestras inquietudes y reflexiones teórico clínicas que constituyen el eje del presente capítulo.

El contexto actual

El modelo de sociedad actual ha impuesto cambios sustanciales en las interacciones familiares. En las clases medias los padres se hayan sujetos a compromisos laborales de alta carga horaria; los lazos sociales amparantes son deficitarios en una cultura de características individualistas; los ideales de éxito imponen a los hijos un sinnúmero de actividades que excluyen, las más de las veces, el juego por el juego mismo sometiendo al niño a metas que sobrepasan sus posibilidades evolutivas bajo la promesa de un futuro mejor. En las clases bajas, las necesidades básicas son cada vez más difíciles de sostener y los niños se incorporan tempranamente a la lucha por la supervivencia a través del trabajo callejero o a la mendicidad.

La soledad es un sentimiento presente en los distintos estratos sociales y las vivencias de desamparo se reproducen a velocidad como podemos constatarlo en nuestros consultorios con demasiada frecuencia.

Si nos detenemos por un momento, y sólo para tomar un dato de la compleja trama de lo que llamamos contexto actual, en las condiciones emocionales de las madres en el tiempo que sigue inmediatamente al nacimiento de un niño, veremos que existe un lugar de vacancia para nuestras intervenciones como agentes de salud. Sabemos que durante el primer año de vida se constituyen organizaciones y microestructuras psíquicas esenciales para el desarrollo posterior del infante y que, el vínculo materno filial es, en este sentido, determinante. Sin embargo, los acompañamientos efectivos a las madres para que puedan desarrollar la función maternal deseable, son casi nulos. Los adelantos tecnológicos y científicos en medicina, permiten monitoriar el desarrollo del embarazo de manera exitosa y prevenir una gran cantidad de problemas favoreciendo el nacimiento de niños sanos desde el punto de vista biológico. Las actividades tendientes a facilitar las condiciones del parto se traducen en cursos de pre parto, información e inclusión del padre en el proceso. ¡Celebramos todos estos adelantos! Pero, ¿qué pasa después? Luego de tantas atenciones, la madre se encuentra sola con su bebé en el mundo real, tan distinto al que cuentan las revistas para padres que no cesan de pregonar la maternidad como un hecho maravilloso, el de mayor plenitud y felicidad para una mujer. La adaptación a la nueva realidad se hace en soledad, sin la compañía de otras mujeres cercanas, familiares, vecinas, amigas que, mas allá de las intenciones, no están disponibles para el rol de verdaderas “madrinas”

como sucedía en épocas en que las mujeres no estaban, todavía, incorporadas al mundo del trabajo y constituían una comunidad femenina de “socorros mutuos”.

Las dificultades propias de la crianza, determinadas por la necesidad de ser presencia incondicional para un bebé demandante, se vuelve muchas veces frustrante y conspiran contra el ideal de la buena madre. Pero eso es inconfesable. La nueva madre se ve llamada a silenciar lo que podría ser interpretado como una falla en sus condiciones maternas o una duda sobre el amor hacia su hijo. No es raro encontrar en nuestra práctica mujeres angustiadas y deprimidas en los meses que siguen al parto, y podría objetarse que se trata de una muestra sesgada por tratarse de pacientes y por tanto con perturbaciones preexistentes, si no fuera que también lo escuchamos en mujeres cercanas cuando el grado de intimidad permite la confesión. Las alteraciones vinculares que se promueven a partir de estas situaciones debieran ser un llamado de atención para nosotros y el punto de partida de campañas de prevención. Madres deprimidas que demandan, a su vez, a sus parejas una presencia imposible, desajustes en la relación conyugal sumado a la angustia que supone reintegrarse a la actividad laboral y desprenderse tempranamente del niño dejándolo a cuidado de terceros, a veces desconocidos, no parecen constituir el ambiente ideal para las primeras interacciones.

La mención de estos aspectos, es sólo a los fines de caracterizar, aunque sin duda de manera parcial, las dificultades que deben afrontar los padres y los niños en un tiempo socio-histórico que Bauman (2005) llamara “modernidad líquida” aludiendo a una sociedad en la cual los vínculos afectivos se vuelven inestables, efímeros, transitorios y se desplazan como los líquidos y que, Elizabeth Rudinesco (2000) describe de manera ejemplar como una sociedad de individuos deprimidos, diferente a aquella en la que se originó el psicoanálisis anudado a la histeria, desnudando al hombre contemporáneo que, alejado de los ideales colectivos hace un culto de su sí mismo.

En un trabajo titulado *Depresión. ¿Epidemia o Patologización de la Tristeza?*², Costanza, (2017), expone los resultados de una investigación que tuvo por objetivo identificar la estructura de las Representaciones Sociales de depresión en población general de C.A.B.A. Señala en su ponencia, siguiendo lo enunciado por la Organización Mundial de la Salud, que la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo y es responsable de unas 850 mil muertes cada año, principalmente por suicidios, siendo que para el año 2020 la Depresión podría convertirse en la segunda causa de discapacidad social.

La autora contextualiza la depresión en correlato con las construcciones sociales y dinámicas que están en íntima relación con momentos históricos, sociales y culturales de una comunidad. Utilizando como referencia el pasaje de la *sociedad disciplinaria* de Foucault, caracterizada por la aparición de hospitales

² Trabajo presentado en XXI Congreso Nacional de Psicodiagnóstico XXVIII Jornadas Nacionales de ADEIP. “Integrando perspectivas en contextos diversos”

psiquiátricos, cárceles, cuarteles y fábricas, a *la sociedad del rendimiento* del siglo XXI, representada por gimnasios, torres de oficinas, bancos, aviones, shoppings, laboratorios; muestra cómo la sociedad disciplinaria genera locos y criminales mientras que la sociedad del rendimiento produce depresivos y fracasados y concluye que *el lamento del depresivo “Nada es posible” responde a una sociedad que cree que “todo es posible”*. La premisa del rendimiento genera un “cansancio a solas” que aísla y divide.

La depresión en tiempos de infancia

Los períodos depresivos son casi inherentes a la vida de un individuo, por tal motivo algunos autores se han esmerado en diferenciar el *afecto* depresivo de la *enfermedad* depresiva, el *momento* depresivo de las *formas de ser* depresiva, las *fases* depresivas de los *procesos* depresivos (Ajuriaguerra, 1977).

M. Klein, D. Winnicott, M. Malher, han utilizado el término depresión como fases normales del desarrollo del niño pequeño, sin embargo durante mucho tiempo se ha cuestionado este término aplicado antes del período adolescente ya que desde la conceptualización freudiana de la depresión del adulto, es la interacción entre distintas instancias psíquicas de la personalidad la responsable del cuadro y faltando la completa diferenciación tópica en la infancia, no podría hablarse de verdaderas depresiones infantiles. A pesar del peso de esta premisa teórica, el tema de la depresión infantil ha seguido un curso de creciente interés desde diferentes posturas conceptuales: psicodinámicas, cognitivistas, neuroquímicas, entre otras y plantea en la actualidad dificultades diagnósticas relevantes.

Las clasificaciones diagnósticas en la infancia constituyen un área siempre problemática que obliga a mantener una actitud prudente y cauta.

“..Distintos autores señalan esta dificultad y se deciden por clasificaciones sintomáticas. Otros agrupan bajo una misma rúbrica organizaciones que tienen ciertos elementos en común. Así, se habla de patologías límite, de frontera, actuales, del actuar, de déficit, de desvalimiento (orgánico, psíquico y comunitario), todas las cuales remiten a organizaciones psíquicas bien diferenciadas de las organizaciones neuróticas y psicóticas en la infancia” (Borelle, Russo, 2013, pag.111).

Desde la perspectiva clásica de J. Bergeret (1975), la existencia de estados límite en los niños admite distintas modalidades de temprana inscripción psíquica: las indiferenciadas de tipo anaclítica, las psicopáticas o perversas y las psicósomáticas. Las tres organizaciones poseen zonas en común a pesar de manifestarse de manera diferente. Presentan fallas en la constitución del narcisismo secundario, angustia de pérdida de objeto, angustia depresiva que

conduce a un trabajo permanente de autorregulación narcisística y dependencia objetal de tipo anaclítica.

Dado el tema que nos ocupa, interesan especialmente las organizaciones indiferenciadas de tipo anaclítica, entre las cuales los trastornos del humor con momentos hipomaniacos y depresivos ocupan un lugar importante.

Por su parte la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R- 2000) (2004), ubica las organizaciones límite entre las categorías clínicas de base (eje I) y entre las subcategorías, propone la *patología narcisista y/o anaclítica, depresiones crónicas, abandonismo*, asignándole como características los retardos del desarrollo afectivo; las tendencias regresivas; el sufrimiento depresivo con incapacidad de recibir ayuda; la voracidad sin posibilidad de saciedad, las angustias de separación, de pérdida, de abandono y crisis de pánico; los sentimientos de minusvalía y los defectos en la regulación de la autoestima.

A diferencia de la CFTMEA, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV; V) incluye los trastornos del estado de ánimo en niños bajo los criterios diagnósticos para adultos y específicamente en el orden sintomático (estado de ánimo deprimido, pérdida del interés o capacidad para el placer, pérdida o aumento significativo de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e ideas recurrentes de muerte).

Por nuestra parte destacamos la importancia de manejar criterios psicodinámicos y no solamente descriptivos, ya que el conocimiento de la estructuración subjetiva dará posibilidad de distinciones mas precisas y abordajes pertinentes en un trastorno cuya regla es la comorbilidad, la cual lleva, con frecuencia, a reducir la problemática a alguna de sus manifestaciones mas salientes. Así por ejemplo, el llamado *trastorno negativista desafiante*, puede ser la cara visible de un proceso depresivo en niños que instrumentan la agresividad como lucha antidepresiva. O bien, un cuadro que se presenta como déficit atencional, constituir un síntoma depresivo de falta de concentración, hiperactividad y búsqueda de suministros narcisísticos que regulen la autoestima.

Para complejizar aún más la cuestión, los observables clínicos de la depresión infantil varían de manera sustancial según sea la edad del niño. Desde las clásicas descripciones de Spitz (1961) en el primer año de vida (hospitalismo), hasta la depresión en adolescentes (conductas disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, desinterés por el autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y pensamientos relativos al suicidio); pasando por la primera infancia y hasta los 7 años en que la depresión infantil se manifiesta fundamentalmente

bajo la forma de ansiedad (rabieta frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas, pérdida de interés por los juegos, entre otros síntomas) y en niños de 7 años hasta la edad púberal (con expresiones de apatía, tristeza, aburrimiento, culpabilidad, baja autoestima, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus pares).

Lo que antecede debe pensarse, además, en términos de la especificidad del diagnóstico en los niños. Es decir, la imposibilidad de hacer diagnósticos estructurales dada la incompletud de los procesos implicados en la constitución de la personalidad. El psiquismo infantil está en formación y lo seguirá estando hasta el final del período adolescente, por lo que el diagnóstico en la infancia sólo podrá mostrar el grado de estructuración al que se ha llegado. Hablamos entonces de pre- estructuraciones, o de organizaciones psíquicas para subrayar que se trata siempre de un diagnóstico “hasta nuevo aviso”. En tal sentido, hemos escuchado decir que no todos los niños deprimidos serán adultos deprimidos y esto es así en virtud de las transformaciones que puede seguir tal psiquismo en formación, permeable a las influencias, tanto de las condiciones ambientales como vinculares y, por supuesto, a la misma fuerza evolutiva. De manera inversa puede decirse que muchos adultos deprimidos, han transitado depresiones en la infancia, las cuales, no con poca frecuencia, pasaron inadvertidas.

Depresión sintomática y depresión latentes

Existen manifestaciones depresivas en la infancia que podríamos caracterizar como “productivas” en la medida en que producen síntomas mas o menos observables. A ellas

nos hemos referido en párrafos anteriores según los diferentes grupos etéreos. Pero debemos hacer notar que también existen “depresiones latentes” que transcurren silenciosas y constituyen el campo fértil para el desarrollo de patología posterior. Tal es el caso de los niños híperadaptados que se comportan conforme a lo esperable sin ocasionar preocupación en su entorno, generalmente buenos escolares, obedientes y disciplinados. Este silencio sintomático contrasta con las ruidosas eclosiones somáticas que suelen sobrevenir a posteriori de algún evento desencadenante (Borelle, Russo, 2017).

Las vivencias de pérdida y desamparo unidas a una insuficiente vida de representaciones, características de la pobreza de mentalización, es frecuente en los niños que presentan organizaciones límite con expresión somática.

En otros casos las depresiones latentes se mantienen como tales y se expresan productivamente en períodos posteriores de la vida.

La complejidad del diagnóstico en la infancia requiere de la convergencia de distintas miradas y no debiera restringirse a un relevamiento sintomático sino también incluir una investigación mas profunda de los aspectos psicodinámicos y

variables situacionales, entre otras. Los instrumentos de evaluación psicológica suelen aportar elementos de valor diagnóstico significativo a esta complejidad y es por eso que nos referiremos a ellos mas adelante.

El rol de la escuela en la detección de sintomatología depresiva

Desde muy temprana edad los niños pasan buena a parte del día en las instituciones escolares. Allí se producen muchos y muy importantes procesos que contribuyen al desarrollo cognitivo, social y afectivo. Y también allí las conductas que se apartan del patrón esperable “hacen ruido”. Los maestros suelen detectar rápidamente tales conductas y dan aviso a padres y directivos. No obstante, este privilegiado espacio de prevención, parece haber perdido, en algunos casos, la condición de tal, en la medida en que ha adoptado de manera desaprensiva un discurso técnico que no comprende ni necesita. Expresiones como *síndrome de déficit atencional, negativismo, bipolaridad*, entre otras, pueden escucharse como sentencias proferidas desde un lugar de saber “psi” que sólo sirve para levantar andamiajes defensivos, fundamentalmente en los padres.

Las criteriosas sugerencias de consultas profesionales que los docentes pueden hacer, se convierten en el eje de una pelea, abierta o encubierta que lleva, en ocasiones, a desestimar el mensaje mientras se trata de matar al mensajero. Algunos maestros ya aprendieron la lección y prefieren un silencio protector a quedar enredados en la burocracia educativa y el enojo parental. Sin desconocer el hecho de que existen mejores resoluciones de estas circunstancias, no parece vano el señalamiento dada la importancia que tiene el ámbito escolar en la detección precóz de las manifestaciones sintomáticas de los niños.

Las dificultades en el aprendizaje, el aislamiento, la agresividad, etc. son expresiones que se hacen notar mas frecuentemente en la escuela que en otros ámbitos y por lo mismo, se requiere de vías de comunicación adecuadas para dar curso a medidas oportunas de continencia, acompañamiento e información antes que a conductas expulsivas.

Instrumentos diagnósticos

Hemos mencionado en nuestra introducción la utilización de instrumentos de evaluación psicológica en la detección de sintomatología depresiva en la infancia. Dichos instrumentos resultan de utilidad cuando acompañan los datos de la entrevista inicial a los padres, la entrevista con el niño y se interpretan a la luz de las significaciones singulares de cada caso.

Dentro de las llamadas técnicas “objetivas”, el CDI, constituye un instrumento valioso que se aplica a niños entre 7 y 15 años de manera individual o colectiva

con un tiempo de realización del cuestionario que oscila entre 10 y 25 minutos. Su finalidad es la evaluación de la sintomatología depresiva. Es una prueba factorial que tiene baremos en puntuaciones percentiles, típicas, z y T para tres rangos de edad (7-8 años; 9-10 años; 11-15 años).

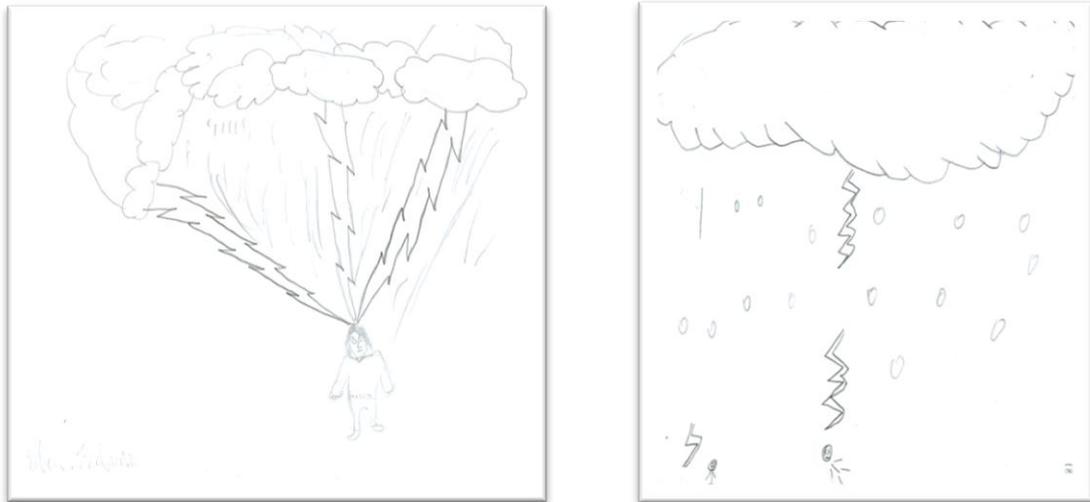
La versión actual consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciados en tres frases del estilo: “Estoy triste de vez en cuando”, “Estoy triste muchas veces”, “Estoy triste siempre”. El contenido de los ítems está distribuido en cinco escalas: 1) Estado de ánimo negativo, 2) Problemas interpersonales, 3) Inefectividad, 4) Anhedonia y 5) Autoestima negativa.

Cómo en todo proceso de diagnóstico psicológico que utilice instrumentos de evaluación, la integración de técnicas psicométricas y proyectivas, fortalece la validez de las hipótesis. Por tal motivo, es que buscamos correlacionar los resultados del CDI con una técnica sensible a la captación de las características de la sintomatología depresiva en la infancia. El *Test Persona Bajo la Lluvia (PBLI)*, mostró su pertinencia y fue puesta a prueba con una muestra significativa de casos. Se trata de una *técnica proyectiva gráfica* de autoría imprecisa ya que se la conoce por transmisión oral a partir de una variante del Dibujo de la Figura Humana (Hammer, 1967). Posee una consigna sencilla (“*Dibuje una persona bajo la lluvia*”) que se ha utilizado prioritariamente en el área de la psicología laboral y, escasamente, en el área clínica. Debemos su sistematización a los trabajos de Querol (1997) en el área clínica, educacional y laboral. Además de los aspectos que habitualmente se desprenden del análisis de la figura humana, agrega, por su parte, las significaciones que dependen del factor “lluvia” entendida como un estímulo que puede promover representaciones ligadas a las vivencias que el sujeto tiene de su exterioridad. Ha sido utilizado en investigaciones correspondientes al ámbito de la psicopatología infantil en la detección de indicadores de abuso y maltrato en el área forense (Colombo, Barilari, Beigbeder, 2004), en psicósomática para conocer las capacidades de procesamiento mental de los estímulos (Borelle, Maid, De Luca, 2013- 2017) y, como ya hemos adelantado, para la detección de sintomatología depresiva en niños escolarizados (Torres, Borelle, Krisnik, De la Fe, Laur, 2006- 2013³). Sus características son apropiadas para la proyección de los sistemas defensivos frente a estímulos externos y de la imagen de sí mismo. Los elementos del entorno y protectores revisten especial interés dada la posibilidad de proyectar sobre ellos las cualidades específicas con que cada niño vivencia su relación con el afuera. El paraguas: como elemento protector, es el objeto que permite amortiguar el impacto del estímulo externo. Se interpreta como una representación posible de lo para-excitatorio. Así considerado, será significativa su presencia o ausencia y

³ Borelle, A., De la Fe, A., Krisnik, N., Torres de Lugea, S. (2013). Depresión en niños. Inventario de depresión infantil y test persona bajo la lluvia: análisis de los datos obtenidos en una muestra de 200 niños de 7 a 12 años. En Ponencia llevada a cabo en el IV Congreso Internacional de Psicología FIUC. Bertella, A. (Presidencia). Buenos Aires, Argentina.

en qué medida cumple su función de protección (si cubre la cabeza total o parcialmente). Da cuenta de la calidad de recursos que posee el sujeto para filtrar los estímulos. Las nubes, suelen vincularse a la presión ambiental amenazante y generalmente proveniente de las figuras parentales. Interesará, si están presentes, qué tipo de nube realiza (pesada, sombreada, nube techo – cuando va de margen a margen de la hoja-, directamente sobre la cabeza). La lluvia es el representante más específico de la exterioridad. Es importante consignar si ocupa toda la hoja, si es sectorizada, torrencial, si hace impacto sobre la figura humana. También se tienen en cuenta sus cualidades, fina, gruesa o con volumen. La presencia de rayos suele estar asociada a la vivencia potenciada de una exterioridad hostil y resulta muy significativa la relación espacial que presentan respecto de la figura humana. El entorno en su conjunto, el tipo de objeto incluido y su función darán cuenta de movimientos proyectivos vinculados a la protección, la vivencia de desamparo entre otras posibilidades.

En los gráficos que siguen, correspondientes a niños con sintomatología depresiva severa, según el Inventario de Depresión Infantil (CDI), puede observarse la presencia de nubes pesadas de las que se desprenden rayos dirigidos a la figura humana, la cual carece de todo elemento de protección. Las imágenes, independientemente de todo análisis sistematizado, impactan por su fuerte contenido y aportan alguna evidencia sobre las posibilidades proyectivas de la técnica.



Nuestra investigación mostró que los niños deprimidos expresaban en sus dibujos, escasez o falta de recursos yocicos para enfrentar situaciones adversas, intensos sentimientos de desprotección y una posición pasiva, autoagresiva o heteroagresiva frente a un medio exterior vivido como hostil. La característica más significativa en el PBLI es el hecho de que los elementos: ausencia de paraguas, lluvia torrencial, rayos y nubes pesadas, aparecen *reunidos* en la composición gráfica mientras que en niños no deprimidos aparecen aislados.

Además de las técnicas proyectivas gráficas, la inclusión de *técnicas proyectivas verbales temáticas* en el conocimiento del funcionamiento psíquico del niño, resulta de sustancial importancia dada su ductilidad para movilizar la emergencia de representaciones inconscientes- preconscientes ligadas a afectos relacionados al desarrollo psicosexual, a la conflictiva edípica y a las características vinculares involucradas. Las más utilizadas en nuestro medio son el Test de Apercepción Temática para Niños (CAT-A) y el Pata Negra (PT). No obstante desde hace ya varios años, venimos utilizando el Test de Apercepción Temática (TAT) en niños a partir de los 6 años, escolarizados, dada la utilidad que presenta a la hora de explorar el mundo representacional del niño, sus capacidades de mentalización, y por lo tanto, el grado de estructuración psíquica alcanzado. Los trabajos de Debray (1987) en Francia, fueron motivadores para que, desde la década del 90, lo incluyéramos en el ámbito académico en las cátedras dedicadas al psicodiagnóstico. Russo, S. y Torres, S. (2003-2011), han tenido el mérito de sistematizar su aplicación en población Argentina y reunir los aspectos teóricos y clínicos en dos volúmenes dedicados al TAT desde la perspectiva de la Escuela Francesa.

Las respuestas verbales obtenidas a partir de la implementación de una técnica proyectiva, son el resultado de una compleja trama de procesos, entre los que destacamos, el trabajo de ligadura entre representaciones cosa y representaciones de palabra así como la articulación entre representaciones y afectos. El preconsciente es, siguiendo la primera tópica freudiana, el lugar donde se produce la ligadura entre representaciones de cosa y las representaciones de palabra. Dicho proceso de ligadura dependerá de la capacidad funcional de la mencionada instancia psíquica. La funcionalidad está determinada, en primer lugar, por la cantidad de representaciones disponibles y esto, a su vez, depende de factores tanto constitucionales como de la estructuración psíquica de cada sujeto, en la que los vínculos tempranos juegan un papel preponderante.

Las Técnicas Proyectivas Verbales (TPV) en su modalidad temática narrativa, presentan un estímulo visual a partir del cual el niño deberá realizar un relato, es decir, deberá poner en marcha un determinado trabajo psíquico caracterizado por la posibilidad de verbalizar, bajo las leyes del proceso secundario, las representaciones inconscientes movilizadas por el estímulo, regidas por el proceso primario; por lo tanto, deberá realizar un proceso de secundarización. Este proceso de secundarización sólo será posible si cuenta con un sistema preconsciente con suficientes formaciones representativas de palabra.

Recapitulando y para decirlo de un modo más llano, la representación es una *re*-presentación, un volver a presentarse algo que, en primera instancia, fue una percepción. Sin embargo, para que una percepción pueda constituirse en representación, es condición que aquella haya quedado inscripta en el psiquismo y pueda, así, ser catectizada y re-presentarse.

La inscripción psíquica de una percepción depende, entre otros factores, de las condiciones primarias que rodean la estructuración del psiquismo temprano, es decir el vínculo materno-filial.

Al hablar de los caminos de la subjetivación, Janin (2011), plantea que el aparato psíquico no está constituido de entrada, sino que sigue un camino de estructuración que va de la tendencia a “arrojar de sí” lo perturbador (tendencia al cero pulsional -principio de Nirvana-) a la inscripción de las vivencias (Principio de Constancia). Es este un camino complejizador del aparato psíquico que tiene como aliado a las vivencias de placer, las cuales dejarán rastros o huellas que pondrán freno a la tendencia a cero.

Las vivencias, entendidas como el modo particular en que un suceso se inscribe en cada sujeto, dejan marcas. Tales marcas o inscripciones están sujetas al momento particular de estructuración del psiquismo, es decir a las características de la pulsión, al tipo de defensa operante y al tipo de pensamiento propio de dicho momento. No es el acontecimiento en sí lo que se inscribe, sino el acontecimiento a la luz de los mencionados atravesamientos que lo transforman en vivencia.

A las vivencias de placer se agregan las de dolor y las vivencias calmantes. Mientras que las vivencias placenteras encarnan movimientos inscriptores (de permanencia en el psiquismo), las de dolor, tenderán a ser desalojadas promoviendo movimientos des-inscriptores. Las vivencias calmantes, por su parte, permitirán que las vivencias dolorosas, mitigadas por el consuelo materno (caricias, palabras, etc.), sean inscriptas a pesar de todo.

Asimismo, el agente maternal, le dará a las vivencias una significación, sin la cual el niño quedaría funcionando en el nivel de las sensaciones-percepciones sin palabras. El universo de palabras que otorgan significado proviene del otro e irá contribuyendo a la construcción de significados propios en el curso del desarrollo.

De lo dicho se desprende que la calidad de los cuidados maternos, la capacidad empática, el holding, ocupa un lugar importante en la tendencia inscriptora o des-inscriptora del aparato psíquico en formación, tendencias solidarias con la complejización o descomplejización psíquica respectivamente.

Si ahora pensamos que es necesario que exista una huella, una marca que al ser catectizada eleve la percepción al “estatus” de representación, entenderemos que los vínculos tempranos desempeñan un papel fundamental en lo que será, a posteriori, el espesor de representaciones preconscientes. Espesor que, como fuera dicho, es condición para el trabajo elaborativo que establece los enlaces entre representaciones que permitirán la construcción de un producto discursivo secundarizado.

Cuando evaluamos el material de una TPV narrativa, ya sea del CAT, TAT o PN, y mas allá de cual sea el sistema de análisis que estemos utilizando, generalmente, reparamos en lo que podríamos denominar la calidad del relato. ¿Es

un relato que enumera los elementos perceptuales del estímulo o se trata de una interpretación de los mismos a partir del propio mundo de significaciones subjetivas?

Esta distinción, aunque limitada, resulta sustancial a la hora de ir conociendo el funcionamiento mental del niño.

La Escuela Francesa del TAT abordó la temática haciendo hincapié en los diversos modos discursivos, mecanismos de defensa, el rol del yo, etc. Elaboraron una teoría del TAT fundamentada en la metapsicología freudiana. V. Shentoub y sus colaboradores (1987), basados en estos conceptos, plantearon una administración diferente a la de su autor, H. Murray. Sus valiosos aportes exceden la aplicación a la técnica específica (TAT), mostrando un modo de pensamiento que presta especial atención a los procesos que se ponen en marcha para transformar los contenidos latentes movilizados por el estímulo, en relatos transmisibles, es decir, secundarizados:

“La transmisibilidad es a la vez asunto de la lengua común, de consenso social, de coherencia del discurso pero también de repetición y convergencia, si se admite que transmitir es hacer conocer. En ese sentido, el sujeto examinado “se hace conocer” mediante las “marcas” a la vez temáticas y lingüísticas que recorren el discurso como un hilo rojo”. (Husain, Rossel, 2001, p 45).

Dentro de esta línea teórica, R. Debray, (1987) hace referencia a dos tipos de discurso, el primero, que llamaremos enumerativo, diferenciándolo de los relatos descriptivos con finalidad defensiva a la manera obsesiva, pone en evidencia la pobreza de representaciones con resonancia fantasmática. Es el producto de un funcionamiento psíquico que se mantiene en el nivel de la percepción más que en el de la representación. Podría describirse de la siguiente manera: 1) la consigna invita a realizar una historia a partir de un estímulo perceptual (lámina), 2) se inicia un camino regresivo desde el sistema percepción-conciencia hacia los sistemas donde se almacenan las representaciones de cosa y de palabra, 3) no encontrándose la “materia prima” para elaborar una respuesta (insuficiencia de representaciones, vacíos representacionales), se produce, entonces, un camino progrediente que vuelve a tomar al estímulo perceptual como objeto y el niño sólo puede aludir a los elementos manifiestos de la lámina. Son relatos “enchapados a la realidad”, expresión que alude al hecho de estar adheridos al mundo externo sin la originalidad que otorga la vida de fantasía constituida a partir del conflicto y la puesta en marcha de mecanismos defensivos, es decir, de los ricos psicodinamismos de la vida psíquica.

También se los llama relatos banales porque se construyen a partir de la evidencia, extremando el cliché y son característicos de los funcionamientos mentales que se fundan en fallas tempranas de la organización psíquica y que han dejado como resultado vacíos representacionales.

El segundo tipo de producto discursivo está constituido, en contraste con el anterior, por aquellos relatos caracterizados por la interpretación del estímulo según la conflictiva básica del niño. Pone de manifiesto la subjetividad en juego dando por resultado un producto original, singular, ya sea en la línea de las organizaciones neuróticas como en la de las organizaciones psicóticas. La diferencia estará dada, entre otras cosas, por su cercanía o alejamiento de la realidad representada por la lámina estímulo. Pero aún en el caso de los relatos con mayor distorsión perceptual, se trata de una historia que da cuenta de la fantasía que habita el sujeto.

La característica particular de cada organización psíquica (rasgos histéricos, fóbicos, obsesivos) le dará su tinte particular a la historia, mostrando cuales son las fantasías dominantes y las defensas utilizadas.

¿Qué tipo de relato podríamos esperar en un niño con sintomatología depresiva?

No creemos que debamos buscar un patrón único de respuestas, pero seguramente hallaremos algunos elementos comunes en la medida en que las capacidades elaborativas están descendidas y las vivencias de pérdida o desamparo impiden el despliegue pleno de la mentalización. En el ejemplo que sigue⁴, correspondiente a un niño con clara sintomatología depresiva, se observa un tipo de relato restrictivo, con apego perceptual, tiempos breves de construcción de los relatos y con contenidos determinados por un mundo subjetivo ligado a vivencias de pérdida y muerte. Se pone en evidencia la escasez de recursos para procesar el estímulo perceptual y la mentalización pobre que da cuenta de una trama representacional insuficiente.

Ejemplo, niño 13 años:

Lámina 1 (El niño y el violín) TR. 5". *Un chico que lo obligan a tocar el violín y él no quiere... y a estudiar pero él no quiere ninguno de los dos.* (15")

Lámina 2 (La escena campestre) TR. 5". *Una mujer que quiere estudiar pero la obligan a estar en la granja.* (Deja la lámina en el escritorio y toma la goma y juega con ella). (10") *¿No sería mejor que estén en color?*

Lámina 3 VH (Reclinado en el diván) TR.5". *Un chico que se desmaya por tomar cerveza... no, mejor que le pegan y se desmaya sobre un banquito. ¡Ah, no! Es una chica jorobada.* (15")

⁴ Material facilitado por la Lic. Esp. Marianela Maida, correspondiente a una presentación académica de la evaluación diagnóstica a un niño de 13 años.

Lámina 4 (Mujer que retiene al hombre) TR. 5". *Un hombre que se tiene que alejar de su mujer.* (8")

Lámina 5 (Mujer de edad en la puerta) TR.2". *Una mujer en un pasillo.* (4")

Lámina 6 VH (El hijo que se va) TR.4". *Un hombre que va a visitar a su mamá.* (6")

Lámina 7 VH (Padre e hijo) TR. 7". *El abogado le está diciendo algo al acusado.* (10")

Lámina 8 VH (La intervención quirúrgica) TR.10". *Un nene... que le hacen una operación y después se va con un traje.* (16")

Lámina 10 (El abrazo) TR.7". *¿Qué es esto? No sé qué es... (mira la lámina) Si supiera qué es, te lo diría.* (15")

Lámina11 (Paisaje primitivo de piedras) TR.6." *Algo brillante en una tormenta pasando por un risco.* (10")

Lámina 12VN (El bote abandonado) TR.3". *Una canoa al lado de un árbol.* (5")

Lámina13 V (Sentado en el umbral) TR. 2" *Un chico esperando en la puerta.* (6")

Lámina 19 (Cabaña en la nieve) TR.10". *La da vuelta. La mira. Nada.* (11")

Lámina16 (Blanca) TR. 5". *Un hombre en la nada y se muere.* (9")

El tipo de legibilidad de este protocolo es ajustado a la realidad con un predominio de los factores C (inhibición del pensamiento) y D (comportamental), y una producción alterada por los mecanismos puestos en juego que redundan en un desempeño parcial por el impacto fantasmático subyacente. Esto evidencia, una mentalización de calidad parcial/pobre.

La integración de conductas lúdicas, gráficas, verbales, tanto como la de los instrumentos psicométricos y proyectivos en la evaluación diagnóstica de niños se reconoce como condición necesaria, en contraste con los diagnósticos que sólo se basan en las conductas manifiesta o en escalas "objetivas" dejando sin explorar los aspectos dinámicos de la constitución subjetiva.

Ilustración clínica⁵

El que sigue es un caso ejemplar para la diferenciación diagnóstica entre sintomatología depresiva, trastorno negativista desafiante y déficit atencional,

⁵ Viñeta facilitada por la Lic. Esp. Marianela Maida, correspondiente a una presentación académica de la evaluación diagnóstica a un niño de 13 años, de la que ya se ha mostrado el protocolo TAT en pag. 11

siguiendo las expresiones mas usadas en la actualidad, en un niño púber. Los padres refieren el siguiente motivo de consulta:

(madre) “En principio el colegio insiste en que Federico necesita una terapia por ciertas actitudes de él dentro del colegio. El pediatra también me dijo que por ahí era importante, que a veces se lo ve con baja autoestima, él se ve gordo aunque no tiene un sobrepeso importante. Tiene actitudes muy infantiles para la edad. Tiene pocas ganas de ir al colegio porque tiene problemas con los compañeros. Lo cargan. Todo esto hace que nosotros estemos preocupados. Ahora le cuesta dormirse... ese tipo de cosas. Desde muy chico que tiene ciertas actitudes. Y después con ciertas cosas que pasaron. Hace 4 años falleció mi hermano, al año, hace 3, falleció mi papá. Eso como que potenció todo eso que a él le pasaba. El miedo, el no querer crecer. Esa es una de las cosas que más dice, o que su vida no tiene sentido. Esas son frases que viene repitiendo hace rato. Y bueno, nosotros le hablamos. Y a él se le pasa, pero esto vuelve. Se pone en actitudes caprichosas. Le decía al pediatra que le haga exámenes por si estaba enfermo. El doctor le decía que no hacía falta y él insistía por qué se sentía cansado. Hace planteos que, o no son propios de la edad porque son muy infantiles, o también, son muy pensados. Como que él piensa mucho todo el tiempo. Y, bueno, en la escuela hace escenas de... como de quedarse dormido, o de llanto o de gritos, o de pelea. Pero no pelea, porque no tiene mala conducta, no me llaman nunca por mala conducta. Sino de ponerse a gritar porque no lo dejan hacer tal cosa. Las notas son bajísimas. Pero eso no sería el mayor problema, es lo que se refleja de su falta de atención, el no estar preocupado por cosas de la escuela. Porque se ocupa todo el tiempo de estar pensando en otras cosas, que está cansado, que tiene sueño, que no me gusta ir, o que lo molestan. Hubo como un mes que estuvo con lo de la perra. Se había escapado una perra pero cuando él tenía 4 años. Y ahora estuvo un mes llorando. Por ahí un día se ponía a llorar y no paraba. Hasta que se calmaba. Entonces no le hacíamos caso. Eso también lo hacía en el colegio. Entonces en el colegio nos llamaban y nos decían “qué le pasa a Federico”. Y todos empezamos a hablar y el discurso de todos era el mismo: “hace mucho que se fue. No podes llorar.” Porque él pensó que nosotros le mentimos, que la perra se había muerto. Pero no, se había escapado de verdad. Bueno, así ocupa su tiempo en otras cosas, en pensamientos que se le cruzan. Y no estudia, no se concentra. Cuando él quiere, sí. Todos en el colegio dicen que es muy inteligente, pero no lo demuestra”

.....

“A natación no quiere faltar. En eso está pendiente del horario, que llegue a horario, no faltar. Nada que ver con la escuela. Hay que llamarlo varias veces, que se cambie... si puede buscar una excusa para no ir, y la puede encontrar, la usa. Con las faltas está al límite. ... la semana pasada, me llama, dice que salió para el colegio, que se olvidó el remedio que tenía que tomar a las 3 de la tarde y volvió. Cuando volvió sintió que el corazón le latía muy fuerte y que tenía mucho dolor

de cabeza. Le dije “quedate en casa, descansá”. Después ese día lo llevé al doctor y le dijo que no tenía nada. Hace esas cosas: me duele la cabeza, me duele la pierna, me duele el brazo, una mano. Pero... yo noto que es bastante actor... todo lo sobreactúa. Hace teatro de todo”.

.....

“No quiere dejar de ser chico. O también, me pedía que le compre algún juguete y yo le decía que ya estaba grande para esas cosas. Después se lo terminé comprando porque se puso a llorar. Los compañeros están en otras cosas, y él todavía quiere las figuritas, el yoyó. Ahora está con el yoyó. ¡13 años tiene! Por otro lado, tiene planteos maduros, en cuanto intelectuales. Me dicen los profesores, cuando analiza una poesía, una lectura, él hace una interpretación mucho más madura que otros. En ese sentido, en lo intelectual, puede captar. Eso también, me parece que es lo que le pasa, piensa demasiado. En cambio los otros chicos, por ahí, están viendo si tienen novia, si no. Y él como no está todavía, está entrando en la pubertad, pero no hay mucho de lo físico que se haya desarrollado. Y él dice: “¿Creceré lento?”. Le digo: “Cada uno tiene su tiempo”. Se ve más chiquito. Es el más chiquito del curso, los otros ya van a cumplir 14”.

El padre agrega:

“Es un chico enojado. Se fastidia. Dice: “Ya te dije que no me digas eso.”... se queja, se enoja. Nos pasó cuando volvíamos de Bariloche que le cambiaron el asiento. Él quería ventanilla. Hizo un escándalo. Es un papelonero. No había forma... le dijeron que lo iban a bajar porque él no se quería sentar en el lugar que le correspondía. Yo le cambio el lugar por el de él. Cuando hice el Check in, nos tocan todos los asientos por separado. Cuando a él le toca, era justo ventanilla. Pero era el de la salida de emergencia y no permitían que menores de 15 años, se sienten en la salida de emergencia. Él decía: “Dame una explicación de por qué yo no voy a poder abrir esa puerta. Tengo 13 años, pero tengo fuerza suficiente como para abrir la puerta.” Bueno, pero era una regla. Primero, se fue a la cabina a discutir con el piloto. Después ya no había forma de pararlo, el avión empezaba a andar. Y le dijeron: “Te tenés que sentar y ponerte el cinturón sino te tenemos que bajar.” Y dijo: “Y bueno, bájenme, me bajo, me quedo”. Y esto lo hace en el colegio también. Dice: “¿Para qué me sirve esto?”.

.... A veces le cuesta aceptar límites. Le cuesta. Tiene 3 apercebimientos: por quedarse en el salón cuando tiene que salir al recreo. Dice que no quiere ir al patio. Otra vez porque tiene sueño. Y otra por discutir con un amigo, un amigo que viene a dormir a casa. Porque a los dos le pusieron amonestaciones. Están todo el fin de semana juntos, se llevan re bien, y en el colegio se pelean y los sancionan. Igual, estas son cosas que pasan. No es lo importante. Lo que más nos preocupa a nosotros, o al menos a mí, es que diga, que su vida no tiene sentido, que no quiere crecer o que tiene miedos”.

.....

Tiene una relación dependiente con su abuela y con nosotros. Con los adultos en general, desafía las reglas, es desafiante con las figuras de autoridad. El gran problema de él es ir a la escuela, cumplir horarios y escuchar a alguien que no tiene ganas de escuchar. Y dar cosas que no le gustan dar”.

Lo dicho contrasta con la descripción que los padres hacen de su hija mayor altamente cargada de atributos positivos que la colocan en un lugar de “hija ideal”.

Los instrumentos de evaluación administrados, mostraron la presencia de *depresión severa* (CDI) en la cual todas las subescalas se encuentran elevadas; una edad de Maduración Visomotora (Bender) inferior a lo esperable para la edad y capacidad intelectual (Raven) término medio. Las pruebas proyectivas, por su parte, pusieron en evidencia un pobre control de sus impulsos, una necesidad de pasar a la acción sin posibilidad de reflexionar y respuestas agresivas unidas a un bajo nivel de tolerancia a la frustración. Las relaciones con los otros se caracterizan por un estado de control y alerta, reticencia al vínculo con otros a través del desprecio y la desvalorización. Con las figuras parentales el vínculo se expresa en términos de sometimiento o rebeldía ante el cumplimiento del deber.

Cómo puede observarse, estos resultados podrían corresponder a distintos diagnósticos, por lo que es necesario un análisis mas profundo que explore la historia vivencial de los padres y del niño, tanto como el impacto disruptivo de las pérdidas y sus posibilidades de elaboración. La escucha atenta durante la entrevista clínica, será decisiva para interpretar los elementos sintomáticos y no la mera enumeración de conductas manifiestas.

Por mi parte, considero que las dificultades escolares, en este caso, responden a la falta de interés y energía necesaria, siendo que la maduración perceptivo motriz descendida, no alcanza a configurar un indicador de deficit neurológico. El negativismo del que los padres han dado algunos ejemplos, aparece en situaciones en las que, la ya pobre imagen de sí, se potencia a partir de eventos que el niño interpreta como desvalorizadores de sus capacidades. En tal sentido, podría decirse que el cuadro dominante es el depresivo y que es éste el que determina el resto de las manifestaciones clínicas. El análisis de los datos desgajado de la historia singular de este niño y su familia, conduciría a diagnósticos que “cierran” desde el punto de vista de los manuales descriptivos pero que conducirían a restringir las posibilidades terapéuticas desplegadas en un contexto de atención a la subjetividad. Las depresiones infantiles, pasan muchas veces, desapercibidas, quedando encubiertas tras el velo que imponen los diagnósticos manualizados.

Consideraciones finales

Ya sea por paradigmas epocales, ya sea por las vicisitudes de cada vida particular, por hechos culturales, sociales o económicos, lo cierto es que los cuadros depresivos constituyen un sello de nuestro tiempo. Frente a ello, los profesionales de la salud mental, nos vemos llamados a intervenciones de carácter tanto preventivo como asistencial y eso en la infancia se torna tanto más crucial. La visibilización del fenómeno depresivo en los niños es indispensable, habida cuenta de que sus manifestaciones no responden a los patrones que reconocemos en los adultos.

Las visiones reduccionistas, en cualquiera de sus formas, tanto psicólogos como biólogos no contribuyen a tal visibilización y oscurecen el campo sobre el cual debemos actuar. Las disquisiciones acerca de los factores etiológicos, son útiles si profundizan la comprensión con miras a acciones específicas pero son estériles cuando se limitan a la pretensión de sostener un poder en el vasto ámbito de la salud mental. En tal sentido nos pronunciamos a favor de la integración de metodologías de detección y abordajes y por ello, también, se ha intentado poner de manifiesto en el presente capítulo, la posibilidad de apelar a diferentes instrumentos, provenientes de distintas bases epistemológicas, para la ampliación de recursos de diagnóstico.

Si se piensa en planes de prevención, enseguida se pondrá en evidencia que éstos no pueden limitarse a la consideración de los factores psicológicos intervinientes, antes bien, deberían incluir aspectos que pertenecen al ámbito político económico, como por ejemplo las leyes laborales que atañen a las licencias por maternidad y los resguardos de los padres en los primeros años de vida de los niños.

Como agentes de salud, se impone salir al mundo. El pequeño espacio de nuestra consulta privada o pública, nos permite un margen de acción que, aunque importante, hoy resulta muy limitado. Se invierte en planes de prevención para el control de consumo de sustancias, del alcoholismo, de la ludopatía, etc. Pero creemos que se descuidan los primeros años de la vida y el amparo institucional de los padres en período de crianza. Se piensa poco en el lazo social, en las redes vinculares que nos sostienen y operan a beneficio de nuestro bienestar.

De un lado de la ventana vemos al niño deprimido; del otro lado, podremos observar el paisaje de una sociedad que se rompe buscando cumplir con ideales omnipotentes. Parece necesaria una reflexión que tenga en cuenta ambos lados del cristal. En eso estamos.

Referencias Bibliográficas

- Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Totay-Masson. American Psychiatric Association. DSM IV (1995). *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales* (versión española de la 4º edición de la obra original en lengua inglesa). Barcelona, Masson.

- Bauman, Z. (2005). *La Modernidad Líquida*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Bellak, L. y Bellak, S. (1979). *Test de Apercepción Infantil (CAT-A)-Manual*. Buenos Aires, Paidós.
- Bergeret, J. (1975). *Manual de psicología patológica*. Barcelona, Toray- Masson
- Borelle, A., Maidá, M., De Luca, F. (2013). “El Test Persona Bajo la Lluvia en Niños de Edad Escolar con Trastornos Somáticos”. *Revista Científica Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía*. Vol.12, N° 32. Buenos Aires, USAL, 2013.
- Borelle, A., Maidá, M., De Luca, F. (2017). El Test “Dos Personas”, su utilización en la detección de vulnerabilidad somática. Estudio de las pautas gráficas y verbales. En: *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(1), 17-35. Buenos Aires. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)
- Borelle, A. y Russo, S. (2013). *El Psicodiagnóstico de niños. Criterios de evaluación en las organizaciones neuróticas, psicóticas y límite*. Buenos Aires, Paidós.
- Borelle, A. y Russo, S. (2017). *Clínica Psicósomática. Su especificidad en la evaluación y el diagnóstico*. Buenos Aires, Paidós.
- Colombo, R.; Barilari, Z.; Beigbeder, C. (2004). *Abuso y Maltrato Infantil. Indicadores en “Persona Bajo la Lluvia”*. Buenos Aires, Cauquen.
- Corman, L. (1985). *El test Patte-Noire*. Barcelona, Herder
- Debray, R. (1987). Qu’apporte le T.A.T. a 6 ans?. *Psychologie Française*, 32-3.
- Hammer, E. (1967). *Tests Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires, Paidós.
- Husain, O; Rossel, S. (2001). “¿Que es un TAT Transmisible?”. En: *Psicodiagnosticar*. Rosario. Adeip. Vol. 11, pág. 39-47
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Buenos Aires, Noveduc.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory*). Toronto, Multihealth Systems.
- Polacino Lorente, A. (1988). *Las depresiones Infantiles*. Madrid, Ediciones Morata
- Querol, S.; Chaves Paz, I. (1997). *Adaptación y Aplicación del Test de la persona Bajo la Lluvia*. Buenos Aires, Psique.
- Rudinesco, E. (2000). *¿Por qué el Psicoanálisis?*. Buenos Aires, Paidós.
- Shentoub, V. (1987). “Thematic Apperception Test (TAT). Théorie et Méthode. En: *Psychologie Française*, 32-33, pág. 117-126.
- Spitz, R. (1961). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.

Torres de L., S.; Russo, S. (2003). *Test de Apercepción Temática – TAT – Una lectura psicoanalítica*. Buenos Aires, Biblos.

Torres de L., S.; Russo, S. (2011). *Actualización del test de apercepción temática. Una lectura psicoanalítica*. Buenos Aires, Biblos.