



---

# SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS: ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ESCOLARES DE LA ZONA SUR DE MADRID CAPITAL

Valentín Martínez-Otero Pérez<sup>1</sup>  
Universidad Complutense de Madrid

## Resumen

Desde hace relativamente pocos años ha aumentado el interés por la depresión infantil. Con anterioridad, se negaba la posibilidad de su presentación en los niños: la infancia era, por fuerza, una "etapa feliz". Con todo, no siempre hay acuerdo teórico respecto a este trastorno y no resulta fácil hacer un diagnóstico, pues cuanto menor es el niño la sintomatología depresiva más se diferencia de la que presentan los adultos. Pues bien, este artículo se basa en una investigación encaminada a rastrear casos de depresión infantil en población escolarizada. A partir del trabajo realizado se revisan relevantes cuestiones teóricas sobre las causas y las consecuencias de la depresión en la niñez, al tiempo que se brindan pautas preventivas para aplicarse sobre todo en los centros escolares. *Palabras clave:* Depresión, infancia, sintomatología, población escolar, prevención.

## Summary

The interest for child depression has increased during recent years. Previously it was thought that childhood was certainly a "happy period" and consequently it was ignored the possibility that children could suffer this medical condition. Even nowadays, within the theoretical debate, there is not always an agreement about this illness. It is not easy to make a medical diagnosis since the younger the children are, the more difficult is to find the depression symptoms as they differ greatly from the ones found in adults. This article is based in a previous research that aimed to find cases of child depression within the school population. Taking this research as a starting point, it was reviewed the relevant theoretical questions about the causes and consequences of depression during the childhood. At the same

---

<sup>1</sup> Universidad Complutense de Madrid, Correo Electrónico: [valenmop@edu.ucm.es](mailto:valenmop@edu.ucm.es)

time the article reveal preventive measures to be applied mainly in schools.

*Key words:* Depression, childhood, symptomatology, school population, prevention.

Ninguna franja etaria escapa a la depresión; sin embargo, en la infancia y en la adolescencia hay unas notas diferenciales respecto a la depresión en la edad adulta. Como dice Alonso Fernández (2001, 103), las diferencias en la sintomatología depresiva de niños y adultos decrece a medida que aumenta la edad de los primeros. Esto es lo que explica que por debajo de los 3 ó 4 años la depresión presente una marcada expresión propia. Del Barrio (2000, 229) indica que las características de la depresión infantil hay que buscarlas en el hecho mismo de ser niño, esto es, en la inmadurez biológica, en el cambio acelerado y en la heteronomía.

Desde hace pocas décadas ha aumentado el interés por la depresión en los primeros tramos vitales. Con anterioridad, se negaba, por ejemplo, la posibilidad de su presentación en los niños: la infancia era, por fuerza, una “etapa feliz”. Aun cuando la dolorosa evidencia se ha abierto paso, a veces surgen los desacuerdos teóricos y las desigualdades en los informes acerca de su frecuencia.

El primer estudioso de la depresión infantil es Spitz (1946), quien acuñó las nociones de “hospitalismo” y “depresión anaclítica” para referirse al cuadro clínico observado en inclusas y orfanatos que presentaban los niños pequeños separados de sus madres. Otro pionero en la investigación de la depresión infantil es Bowlby, quien corroboró los hallazgos de Spitz. Bowlby (1999, 72), por ejemplo, en un excelente estudio sobre los vínculos afectivos, señala que la separación de un niño pequeño de su querida figura materna desencadena, por lo general, procesos de duelo de índole patológica.

Algunos trabajos alertan de la extensión de la depresión en la infancia. Así, Del Barrio *et alii* (2004,6) señalan un aumento de la depresión infantil y citan varias fuentes (Del Barrio *et alii* 1997; Winkley 1996; Mestre 1992).

Nuestro temor apunta en la misma dirección. Más allá de que aumente la incidencia de los trastornos depresivos entre la población infantil, su prevalencia es suficientemente digna de consideración. Los datos ofrecidos por Del Barrio (2000, 26-27) revelan que aproximadamente un 8% de los niños españoles entre 8 y 11 años presentan sintomatología depresiva. En edades inferiores, por debajo de los seis años la prevalencia es menor.

En esta investigación se realiza un rastreo de casos (*screening*) en población infantil escolarizada. La imposibilidad de realizar un estudio sobre la depresión de mayor alcance nos ha obligado a circunscribirnos a colegios de la zona sur de Madrid capital. A partir del trabajo realizado se revisan relevantes cuestiones teóricas sobre las causas y las consecuencias de la depresión en la etapa infantil, al tiempo que se brindan pautas preventivas para aplicarse sobre todo en los centros escolares.

## LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

La sintomatología depresiva en la edad escolar es más fácil de detectar que en la etapa preescolar, entre otras razones porque los niños a medida que crecen describen mejor, aunque no sin dificultad, cómo se encuentran. Alonso Fernández (2001, 106-107) indica que entre los 5 y 12 años, la detección de un estado depresivo requiere atender a dos vertientes. De una parte, la *interno-subjetiva*, sobre todo en lo que se refiere a las quejas y expresión del niño sobre su estado de ánimo. De otra, la *externa-objetiva*, que supone prestar atención a cuatro dimensiones básicas, sobre las que es muy valiosa la información proporcionada por padres, cuidadores y profesores: humor depresivo (tendencia al llanto, sentimiento de indefensión y miedos), anergia (escasa participación en juegos y actividades, dificultad para concentrarse), discomunicación (silencio, dificultad

para hacer amigos) y ritmopatía (falta de apetito, alteraciones del sueño). En definitiva, en el espectro comportamental de los niños depresivos es fácil encontrar llanto, miedo, torpeza, inhibición, mala alimentación, alteraciones del sueño, así como desobediencia/rebeldía, fracaso escolar, dolores de cabeza, vómitos, glotonería, etcétera.

En definitiva, dentro de la sintomatología depresiva en la edad escolar podemos encontrar los siguientes síntomas:

- Tristeza, llanto.
- Irritabilidad.
- Ansiedad.
- Desmotivación, desinterés.
- Anhedonia (disminución acusada de la capacidad de experimentar placer).
- Pérdida o aumento del apetito.
- Cansancio o pérdida de energía.
- Agitación o inhibición psicomotriz.
- Alteraciones del sueño.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. Fracaso escolar.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Ideación suicida.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Baja autoestima.
- Autoagresiones.
- Cefaleas.
- Alteraciones digestivas.

Sin instrumentos de detección ni entrevistas realizadas por expertos, no siempre es sencillo reconocer la depresión infantil. Ha de agregarse que los niños, en general, tienen menos facilidad que los adultos para describir su experiencia interna, aunque evidentemente, según se dijo con anterioridad, hay que contar con ella. Con todo, el deterioro de las relaciones con los familiares, amigos y

compañeros, el descenso del rendimiento académico, el aislamiento, los cambios alimenticios, las quejas y dolores corporales, el absentismo escolar injustificado, etc., pueden ponernos sobre la pista de la depresión.

Como bien recuerda González (1995, 24), la nocividad de la enfermedad depresiva, que puede incluso conducir al suicidio, exige una identificación, evaluación y tratamiento adecuados.

La etiología de la depresión infantil puede ser variada. A menudo en la depresión infantil se produce una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Méndez 2002, 89). Evidentemente ningún niño está libre de sufrir esta enfermedad, aunque cabe señalar algunos factores de riesgo, entre los que sobresalen los problemas familiares y escolares. Es cierto que los conflictos pueden ser causas o consecuencias de la depresión, pero aquí nos interesa principalmente su condición de desencadenantes. Entre las situaciones más depresógenas han de destacarse la separación de los padres, la falta de afecto, el maltrato, el abuso sexual, el cambio de escuela, los accidentes, las enfermedades, las catástrofes, los atentados, etc.

Sin perder de vista que la familia debe garantizar afecto y comunicación suficiente con el niño, al igual que educación y horarios apropiados y regulares, en este trabajo nos interesa especialmente concienciar a las instituciones escolares de la importancia de prevenir en lo posible la depresión mediante la creación de un ambiente saludable. Por supuesto, los centros educativos han de ser sensibles a la situación de los alumnos que eventualmente sufran depresión, y ser conscientes del relevante papel que pueden desempeñar en su recuperación.

Reflexionamos particularmente sobre los factores ambientales escolares depresógenos, a sabiendas de que su impacto en el niño depende en gran medida de su personalidad. Es bien sabido que un mismo acontecimiento no tiene igual efecto dependiendo de quien lo experimente. En este sentido, se sabe que el niño

inseguro, ansioso y con baja autoestima está más expuesto a la depresión. Tampoco nos centramos, pese a su importancia, en otro tipo de factores, como los hereditarios, que también pueden ser responsables de esta enfermedad.

### **Ambiente escolar depresógeno**

Con las aclaraciones ofrecidas en los párrafos anteriores estamos en condiciones de ofrecer una lista no exhaustiva de fuentes escolares de depresión:

- La falta de sensibilidad hacia la diversidad, que se traduce en mayor o menor cuantía en desconfianza, hostilidad y exclusión. Este rechazo se ceba sobre todo en alumnos que tienen rasgos étnicos, físicos o psicológicos diferentes, por ejemplo, algunos inmigrantes y discapacitados.
- La tecnificación en los centros educativos está introduciendo un considerable cambio en las relaciones humanas, ahora mucho más dependientes de la máquina y menos del contacto personal con el profesor y los compañeros. El uso inadecuado o abusivo de la tecnología con facilidad genera aislamiento y enajenación en los alumnos.
- Las malas relaciones y la fragilidad de la comunidad educativa. Un buen número de centros escolares están hoy transidos de rivalidad feroz y de individualismo. El mundo de la escuela se halla asimismo sacudido por la violencia, hasta el punto de que en algunos centros se pone en grave peligro la integridad personal y la educación se torna misión imposible. Los alumnos se deprimen con más facilidad en un ambiente de este tipo que puede ser verdaderamente traumatizante y aun aterrador.
- La descompensación del discurso educativo. En la infancia y en la adolescencia el discurso meramente instructivo y dogmático, a menudo acompañado de sobrecarga de exigencias, críticas y deberes, es totalmente desaconsejable por revelarse frío, distanciador y extenuante.
- El predominio de la rigidez y la verticalidad en las estructuras y estilos gestores, lo que dificulta la participación responsable y la comunicación

fluida, sincera y comprensiva de los miembros de las instituciones escolares.

## **PSICOMETRÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

Entre las diversas pruebas clínicas destinadas a detectar la depresión, hay que destacar las escalas o cuestionarios integrados por preguntas relacionadas con los síntomas propios de la enfermedad. Como cabe suponer, estos instrumentos pueden ser de gran ayuda a la hora de identificar el problema y buscar la solución. Describimos sumariamente a continuación algunos de los que pueden utilizarse y que han sido publicados por TEA Ediciones:

### **- Inventario de Depresión Infantil, CDI, 2004**

- . Autora: María Kovacs.
- . Aplicación: Individual o colectiva.
- . Ámbito de aplicación: 7 a 15 años.
- . Duración: Entre 10 y 25 minutos.
- . Puntuaciones en *depresión total* y en las escalas que la constituyen: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima baja (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.).

### **- Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión, CECAD, 2007**

- . Autores: L. Lozano González, E. García Cueto y L. M. Lozano Fernández.
- . Aplicación: Individual o colectiva.
- . Ámbito de aplicación: 7 a 25 años.
- . Duración: Entre 10 y 20 minutos.
- . Se evalúa de forma global la *ansiedad*, la *depresión* y tres aspectos relacionados: inutilidad, irritabilidad y pensamientos automáticos/intrusivos.

- **Cuestionario de Depresión para Niños, CDS, 2000**

- . Autores: M. Lang y M. Tisher.
- . Aplicación: Individual o colectiva.
- . Ámbito de aplicación: 8 a 16 años.
- . Duración: Entre 30 y 40 minutos.
- . Se obtienen dos puntuaciones generales independientes: total depresivo y total positivo. *Total depresivo* consta de seis subescalas: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimiento de culpabilidad, varias situaciones depresivas. *Total positivo* ese compone de dos subescalas: ánimo-alegría y positivos varios.

Además de estos cuestionarios de acreditada fiabilidad y validez científicas, se cuenta con otras vías evaluadoras, como la entrevista psicológica más o menos estructurada, la observación y la información aportada por el propio niño. En realidad se trata de caminos exploratorios complementarios que deben estimarse de modo conjunto.

#### INVESTIGACIÓN REALIZADA

La investigación se realizó durante el curso 2006-2007. Tras seleccionar el Inventario de Depresión Infantil (CDI), se aplicó la prueba en el primer trimestre del curso y posteriormente se corrigieron los cuestionarios y se extrajeron las conclusiones durante el resto del año académico. La investigación, autofinanciada, se ha realizado en su totalidad por el investigador Dr. Valentín Martínez-Otero, quien agradece a la Dra. María del Carmen Bravo, del Servicio Informático de Apoyo a la Docencia y a la Investigación de la Universidad Complutense de Madrid, haber realizado el análisis estadístico de los datos.

## Muestra

La muestra total está compuesta por 181 alumnos de cuarto curso de Educación Primaria pertenecientes a cinco centros (3 privados y 2 públicos) de la zona sur de Madrid capital. La media de edad de los alumnos es 8'9 años.

Ofrecemos los siguientes datos descriptivos sobre la muestra:

- 99 niñas y 82 niños.
- 131 alumnos de centros privados y 50 de centros públicos.
- 153 alumnos nacionales y 28 inmigrantes.

De los 28 alumnos inmigrantes 25 proceden de países iberoamericanos, 1 de China, 1 de Marruecos, 1 de Ucrania.

## Instrumento utilizado

Se aplicó colectivamente el Inventario de Depresión Infantil (CDI), de Kovacs (2004), descrito parcialmente con anterioridad. Esta prueba fue contestada directamente por cada niño, como autoinforme. Del propio manual de la prueba extraemos los datos siguientes:

- El CDI es un instrumento que contiene 27 ítems, cada uno de ellos desglosado en tres enunciados que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente:

*. Estoy triste de vez en cuando.*

*. Estoy triste muchas veces.*

*. Estoy triste siempre.*

- El contenido de los ítems del CDI cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión.

- Los datos que se obtienen de las contestaciones al cuestionario aportan conocimiento sobre *depresión total* en el niño o adolescente y sobre las escalas que la constituyen: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.).
- El CDI puede utilizarse como instrumento de rastreo para localizar a niños o adolescentes que presentan alta sintomatología depresiva.

Los valores de corte utilizados en esta investigación se corresponden con los establecidos en el manual del CDI (2004, 37) para cada género y edad.

### **Análisis de datos**

Tras corregir la prueba se realizaron diversos cálculos: porcentajes, frecuencias, prueba Chi-cuadrado, estadístico exacto de Fisher y t de Student con contraste de igualdad de medias.

Presentamos a continuación algunos porcentajes en la muestra, así como la estadística descriptiva correspondiente al género, tipo de centro y nacionalidad:

#### **Porcentajes**

- **8'28% sintomatología depresiva total: 5'52% sintomatología leve y 2'76% severa.**
- 10'10% sintomatología depresiva en niñas.
- 6'09% sintomatología depresiva en niños.
- 8'49% sintomatología depresiva en nacionales.
- 7'14% sintomatología depresiva en inmigrantes.
- 8% sintomatología depresiva en centros públicos.
- 8'39% sintomatología depresiva en centros privados.

**Estadística descriptiva por género**

<i>Centro</i>	<i>Nº observ.</i>	<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Varón	82	Edad	8.9146341	0.4216727	8.0000000	10.0000000
		Total	9.7804878	4.7532299	0	26.0000000
		Disforia	3.6707317	2.8719799	0	14.0000000
		Autoestima	6.1097561	2.6897432	0	12.0000000
Mujer	99	Edad	8.9494949	0.3879232	8.0000000	10.0000000
		Total	9.3030303	5.7400394	1.0000000	28.0000000
		Disforia	3.6767677	3.4841574	0	21.0000000
		Autoestima	5.6060606	2.8313773	1.0000000	14.0000000

**Estadística descriptiva por centro público-privado**

<i>Centro</i>	<i>Nº observ.</i>	<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Privado	131	Edad	8.9083969	0.3605633	8.0000000	10.0000000
		Total	8.7862595	5.2403870	0	26.0000000
		Disforia	3.1221374	2.9535452	0	14.0000000
		Autoestima	5.6488550	2.8008890	0	12.0000000
Público	50	Edad	9.0000000	0.4948717	8.0000000	10.0000000
		Total	11.4400000	5.0392743	3.0000000	28.0000000
		Disforia	5.1200000	3.4383195	0	21.0000000
		Autoestima	6.3200000	2.6606735	1.0000000	14.0000000

**Estadística descriptiva por nacionalidad (español, inmigrante)**

<i>Nacional.</i>	<i>Nº observ.</i>	<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Español	153	Edad	8.9019608	0.3763521	8.0000000	10.0000000
		Total	9.2091503	5.2058338	0	26.0000000
		Disforia	3.3137255	2.9300408	0	14.0000000
		Autoestima	5.8823529	2.8002377	0	14.0000000
Inmigrante	28	Edad	9.1071429	0.4973475	8.0000000	10.0000000
		Total	11.2142857	5.6263740	3.0000000	28.0000000
		Disforia	5.6428571	3.9647921	0	21.0000000
		Autoestima	5.5714286	2.6447512	1.0000000	10.0000000

## Resultados y discusión

- A un nivel de confianza del 99% las puntuaciones medias en *depresión total* y *disforia* son significativamente más altas en los centros públicos que en los privados.
- A un nivel de confianza del 99% las puntuaciones medias en *disforia* son más elevadas en alumnos inmigrantes que en autóctonos.

Aun cuando en la muestra analizada se observa que el porcentaje de niñas con sintomatología depresiva (10'10%) es superior al de los niños (6'09%) no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones medias entre ambos géneros, algo que sí se advierte en la adolescencia (Martínez-Otero 2007).

De las tres variables consideradas (sexo, nacionalidad y carácter del centro de enseñanza) es en el tipo de institución escolar donde se registran diferencias significativas en los valores medios de *depresión total* y *disforia*, más elevados en centros públicos. Por otro lado, el hecho de que las puntuaciones medias en *disforia* sean más altas en alumnos inmigrantes, con mayor presencia en las instituciones de titularidad pública, nos anima a seguir abogando, en general, por entornos formativos de calidad y, en particular, por programas de educación intercultural e inclusiva. Se sabe que los inmigrantes están expuestos al estrés del asimilacionismo y a situaciones de rechazo de tonalidad racista y xenófoba. La ausencia o endeblez de los programas interculturales en los centros escolares deja a los alumnos inmigrantes en situación de vulnerabilidad a la segregación y a la hostilidad, con las consiguientes consecuencias psicopatológicas. Estos negativos efectos aumentan en los casos en que los escolares carecen del necesario soporte sociofamiliar y económico. Cuando los alumnos disponen en su entorno extraescolar de suficientes recursos psicológicos y materiales es más fácil preservar la salud mental.

## CONCLUSIONES

En aras de la prevención (primaria, secundaria y terciaria) de la depresión en la infancia es preciso insistir en que este trastorno debe investigarse mucho más en esta franja etaria. La depresión en la adultez está muy estudiada, pero no sucede lo mismo en la niñez. Por otro lado, es sabido que a medida que desciende la edad de los niños la detección se torna más complicada y presenta una sintomatología singular si se compara con la observada en adultos.

Los cambios acelerados que acontecen en la sociedad y en la escuela exigen un mayor interés hacia una enfermedad que no respeta a ningún grupo de edad. Entre las causas de la depresión en la población escolar hay que considerar conjuntamente:

- El aumento de la tecnificación y la debilitación de las relaciones humanas en los centros de enseñanza.
- La inadecuada política educativa intercultural, que lleva a un significativo número de escolares a sufrir hostilidad o exclusión.
- La debilitación de la institución familiar, lo que deja a un buen número de alumnos sin los recursos personales suficientes para hacer frente a los conflictos cotidianos.
- La sobrecarga de actividades en un ambiente de hipercompetitividad.

El deterioro de la comunicación y de las relaciones escolares constituye un factor depresógeno. Por desgracia, no escasean los centros escolares que están presididos por la rivalidad feroz y el individualismo. No es extraño tampoco que el aislamiento y la despersonalización avancen a medida que la tecnología se usa inadecuada o abusivamente.

El mundo de la escuela se halla asimismo sacudido por la violencia, incluso en el nivel primario, hasta el punto de que en algunos centros se pone en grave peligro la integridad personal y la educación se torna misión imposible.

Así pues, a nivel preventivo primario, en los centros escolares son fundamentales las *medidas educativas* en un marco de convivencia. Es preciso promover la inclusión y la participación responsable de todos los educandos, así como la construcción de un clima social presidido por la cordialidad, la confianza y la seguridad.

La tarea preventiva de la depresión infantil en entornos escolares no puede prescindir del compromiso pedagógico con el cultivo de la *inteligencia afectiva* desde la temprana infancia. Sin descuidar el desarrollo físico ni intelectual, es fundamental promover el despliegue emocional. Si se renuncia a esta trascendental vertiente personal es más fácil que por la institución educativa se extiendan las sombras de la tristeza y de la depresión. Grosso modo los aspectos que más atención precisan en el terreno emocional son: la autoestima, la empatía, las habilidades sociales, así como el avance gradual en los procesos de identificación, expresión y canalización de los fenómenos afectivos en un ambiente de protección, alegría y optimismo equilibrados, lo que no supone en absoluto renunciar a la necesaria exigencia escolar ni a enseñar que es preciso superar obstáculos y posponer gratificaciones.

La implicación de la familia es igualmente básica. La creación de *escuelas de padres* es algo muy recomendable, pues les ayuda a desplegar su potencialidad emocional, comunicativa y formativa.

La labor de los psicólogos educativos suficientemente sensibilizados y preparados puede facilitar la detección de casos de depresión y la oportuna derivación hacia los profesionales e instituciones de salud mental.

En definitiva, al identificar algunos factores psicosociales de riesgo se han presentado algunas pautas preventivas que, además de neutralizarlos, favorecen la construcción de instituciones más saludables y genuinamente educativas.

## REFERENCIAS

- Alonso Fernández, F. (1994). *Vencer la depresión. Con la ayuda del médico, la familia y los amigos*. Madrid: Temas de Hoy.
- Alonso Fernández, F. (2001). *Claves de la depresión*. Madrid: Cooperación Editorial.
- Bowlby, J. (1999): *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Madrid, Morata.
- Del Barrio, M.V., Moreno, C. y López, R. (1997). "Ecology of depression of spanish children". *European Psychologist*. 2, 18-27.
- Del Barrio, M. V. (2000). *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*, Málaga, Aljibe.
- Del Barrio, M.V.; Mestre, M.V.; Tur, A. M. y Samper, P. (2004). "La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos". *Revista de Psicología General y Aplicada*. 57 (1), 5-20.
- González, S. (1995). "Iniciativas para la construcción de un CET-DE infantil". *Psicopatología*, 15, Nº 1, págs. 24-26.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil, CDI*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lang, M. Y Tisher, M. (2000). *Cuestionario de depresión para niños, CDS*. Madrid: TEA Ediciones.
- López-Ibor, J. J. (Dir.) (1995). *DSM-IV, Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Lozano González, L., García Cueto, E. y Lozano Fernández, L. M. (2007): *Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión, CECAD*. Madrid: TEA Ediciones.

- Martínez-Otero, V. (2007): "Síntomatología depresiva en adolescentes: Estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid capital", *Revista científica electrónica de Psicología*, nº 3, págs. 224-237.
- Méndez, F. X. (1999). *Depresión en la infancia y adolescencia*. Madrid: Klinic.
- Méndez, F. X. (2002). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid, Pirámide.
- Mestre, V. (1992). *La depresión en población adolescente valenciana. Un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Spitz, R. A. y Wolf, K. M. (1946): "Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatry conditions on early conditions, II". *Psychoanalytic Study of Child*, 2, 313-342.