

Inter-contextos de la “Depresión” Infantil El Contexto como Epistemología Práctica y Recurso Psicoterapéutico

Raúl Medina Centeno Ph.D.
Universidad de Guadalajara-Instituto Tzapopan. México

Resumen

Este trabajo de investigación clínica se enfoca en niños y niñas de diez a dieciséis años en condiciones de pobreza con síntomas de depresión mayor. Se estudia la infancia, la depresión, la psiquiatría tradicional y el modelo sistémico como “contextos”. Se presenta un caso clínico donde, en la primera entrevista, se explora los diversos contextos cotidianos que vive la familia con la finalidad de establecer un diagnóstico e intervención. Se encontró que el trabajo precario, la doble jornada de la madre, una vivienda deficiente ubicada en un barrio inseguro, el imaginario cultural de la familia tradicional y la falta de una red de apoyo son los contextos que dan sentido a los patrones relacionales que generan el síntoma. Como conclusiones, se puede decir que, 1. La depresión infantil es redefinida como un malestar inter-contextual. 2. El “contexto” se considera, para la terapia familiar, como una epistemología práctica y un recurso psicoterapéutico.

Palabras claves: contexto; depresión; infancia; diagnóstico sistémico.

Inter-Context of Childhood and Adolescence Depression. Context as a Practical Epistemology and Psychotherapeutic Resource

Abstract

This clinical research focuses on children from ten to sixteen years old in condition of poverty with symptoms of major depression. Childhood, depression, traditional psychiatry and the systemic model are analyzed as “contexts”. A clinical case is presented where, in order to establish a diagnosis and intervention, the daily context in which the family lives is explored on the first interview. Precarious work, the double-shift at work of the mother, a deficient housing in an insecure neighborhood, the cultural imaginary inherent to the traditional family and the lack of an extra-family support network are the contexts that give meaning to the relational patterns that generate the symptom. The following conclusions could be drawn: 1. Childhood depression is redefined as an inter-contextual malaise. 2.

In family therapy, "context" is considered as both, a practical epistemology and a psychotherapeutic resource.

Keywords: *context; depression; childhood; systemic diagnosis.*

Pedro es un niño de 14 años, ingresa a un hospital psiquiátrico por intento de suicidio -intentó ahorcarse en el baño de su casa, su hermana de 12 años lo rescató, jalándolo hacia abajo para que se rompiera el tubo donde estaba amarrado el lazo-. La niña pidió ayuda a un vecino para que hablara a una ambulancia.

Fue llevado de inmediato a un hospital de emergencias donde lo revisaron, sin encontrar daño grave físico. Los padres acuden de inmediato a emergencias. Pedro fue transferido e internado al hospital psiquiátrico de menores de la ciudad. Era la primera vez que intentaba quitarse la vida. Le diagnosticaron "depresión mayor" y tuvo una intervención con medicamentos antidepresivos.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2017) define a la depresión como "trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (...) puede conducir al suicidio" (p. 1). Alertan que en el mundo está creciendo en porcentaje el número de niños, niñas y adolescente con síntomas de "depresión". En México la depresión infantil también va en aumento, se ha convertido en un problema de salud creciente que es necesario investigar y sobre todo intervenir. La encuesta nacional de los hogares del INEGI (2014) señala que el 14.6% de niños y niñas entre siete y 14 años de edad han tenido síntomas de depresión, este porcentaje se incrementa con adolescentes hasta el 28.9%. Según el INEGI (2017) actualmente "existen dos millones de niños, niñas y adolescentes que padecen depresión en nuestro país. Añade que el suicidio infantil de 10 a 17 años es de 4.3 por cada 100 mil" (p. 1).

Estas estadísticas muestran una preocupante problemática sobre la salud de la infancia. A pesar de que la psiquiatría tiene una descripción diagnóstica pormenorizada e intervención clínica sobre este malestar, las cifras van en aumento y alcanza a los niños y niñas. Esto indica una crisis en el sistema de salud para prevenir e intervenir ante este problema

La depresión como diagnóstico e intervención y por otra parte la infancia como etapa del desarrollo requieren un análisis crítico, actualizado y cuidadoso. Este trabajo de investigación clínica exploratorio propone re-conceptualizar el diagnóstico de la "depresión" infantil mediante el análisis de los diversos "contextos" en que

viven los niños y las niñas. Los resultados son los siguientes: 1. Se amplía el foco encontrándose inter-contextos que le dan sentido al malestar sistémico familiar que produce la depresión infantil. 2. Esto tiene efectos terapéuticos hacia la familia, aumenta la conciencia de los integrantes de la familia sobre su forma de vida y la relación con el malestar. 3. La creencia y epistemología familiar sobre la depresión es re-definida como un malestar principalmente social, que se encuentra en el campo de poder de los propios actores. 4. La familia lo enfrenta con mayor eficacia desapareciendo síntomas y malestar. Las conclusiones de este estudio exploratorio clínico son: La re-definición de la depresión – no como problema biológico o individual - como un problema de la cotidianidad contextual de la persona y los grupos de pertenencia. Ante este hallazgo, se propone al contexto como epistemología práctica y recurso psicoterapéutico para una terapia familiar crítica.

El contexto

Nos detendremos aquí para revisar el término de "contexto", que guiará el estudio y la intervención del malestar denominado depresión en población infantil en niños y niñas de diez a dieciséis años. El origen de la palabra contexto, proviene del latín *contextus* que significa *unirse*. El término es una de los que más se usa en el lenguaje científico y argot cotidiano. Actualmente se da por sentado el concepto y nos remite al imaginario de circunstancias y ocasiones donde se da el fenómeno que queremos explicar, por ejemplo: "el embarazo de adolescentes se da en contextos y circunstancias específicas", o "hubo un mal entendido, porque se sacó de contexto lo que dije".

Por otra parte, el "contexto" como categoría conceptual para el análisis e investigación social tiene su origen en la filosofía pragmatista que trata de estudiar un evento específico y relevante. Tradicionalmente han sido los antropólogos y sociólogos que han tomado el contexto como categoría de investigación empírica para estudiar el parentesco y las organizaciones políticas respectivamente. En la actualidad la psicología social la retoma para definir el contexto en términos generales como actos sociales simbólicos, traducido como un campo dialógico o narrativo que se desarrolla en colaboración (Goodwin & Duranti, 1994). La idea general del contexto como categoría empírica ha sido utilizada por varios académicos que enfocan la investigación de lo psicológico en los aspectos microsociales. Por ejemplo Goffman (1986) re-conceptualiza la categoría de contexto por la de "escenario", para explicar la identidad. Wittgenstein (1987) como "juegos del lenguaje y forma de vida". Y por otra parte, Shotter (1989) insiste que el estudio de la narrativa personal debe de situarse siempre en un "marco social organizado".

Goodwin y Duranti (1994) proponen organizar en cuatro categorías el contexto para tener firmeza empírica: Lugar (setting): el marco socioespacial en el cual se encuentra situada las relaciones. Conducta ambiental: La forma en que los actores usan sus cuerpos y conductas como un recurso para enmarcar y organizar el habla. Lenguaje: La manera en que el lenguaje en sí mismo invoca contexto y provee contexto a otros hablantes. Contexto extrasituacional: El marco cultural desde donde la conversación toma lugar dando por sentado una gran cantidad de conocimientos y prácticas que permite que los hablantes puedan entenderse mutuamente. Este modelo sobre el contexto nos ha proporcionado una guía que orienta el diálogo y la exploración en el contexto clínico con problemas de depresión infantil.

El contexto como categoría de investigación para lo psicológico ha venido a redefinir una gran cantidad de conceptos que fueron investigados desde la psicología individual o las neurociencias. Al respecto Goodwin y Duranti (1994) presentan como ejemplo la investigación del aprendizaje en niños y niñas. Los resultados arrojan que el aprendizaje académico en las escuelas no se explica por las capacidades de los individuos o ejercicios cognitivos, sino por el contexto donde se encuentran. Señalan que la observación se amplía, y con ello aparecen una serie de factores que impactan en el aprendizaje, re-conceptualizando el aprendizaje como un contexto donde los adultos colaboran junto con los niños y niñas con ciertas estrategias culturalizadas para la resolución de problemas, el uso cotidiano de lo aprendido, el reconocimiento mutuo, la colaboración y el escenario lleno de retos para explorar. Todo esto se acerca a un tipo de "zona de desarrollo próximo" propuesto por Vigotsky en 1987 y 1989 (Medina & Pereira 2017).

La infancia como contexto histórico-social

La infancia como la conocemos actualmente, es decir como etapa del desarrollo o categoría autónoma, aparece en el estado moderno. Paralelamente, Alzate (2004) menciona que son varios los autores que conciben la infancia como una construcción sociocultural (Ariès, 1986,1987; Cunningham, 1999, DeMause, 1991).

En términos generales coinciden en señalar que la infancia es una organización históricamente determinada y no un hecho natural biológico e inexorable. Ariès (1986,1987) señala que existían niños pero no infancia, es decir los niños y niñas, no conformaban una categoría autónoma, específica, diferente; su periodo era breve con una estricta dependencia a los adultos. A través de estas con-

clusiones fundamentadas en su estudio enmarcado en la vida social-cotidiana mediante el análisis la representación de la pintura por siglos; evidencia que a partir del siglo XIII comienza a aparecer formas de representaciones de niños y niñas desde una visión secular como ángeles y el niño Jesús. En el siglo XIV se observa la iconografía donde incluyen a aparte del niño Jesús, la infancia de la Virgen y otros Santos. Es hasta los siglos XV y XVI que se puede advertir en el arte niños y niñas en compañía de adultos, pero no es hasta el siglo XVII que se ven pinturas de niños y niñas solos, en un mundo aparte de los adultos. Según Ariès (1986) esto marcó una nueva sensibilidad hacia los niños y niñas, y es el inicio de la categoría de infancia. Impactando en la vida cotidiana de los niños y las niñas en los diversos contextos.

Con esta evidencia, Ariès (1986) admite que es el inicio de una nueva etapa en el desarrollo humano, llamada infancia; con repercusiones en su vida cotidiana: la segregación en un mundo aparte de los adultos, un mundo privado. Apareciendo un nuevo fenómeno social, el control hacia la infancia. Ariès (1986) añade que curiosamente los niños y niñas antes tenían más libertad hasta que apreció el concepto de infancia. Pues con ello la sociedad se manifestó por un tipo de moral para los niños y niñas, generando instituciones para prepararlos a la edad adulta. Por ejemplo, se diseñaron espacios solo para infantes en las escuelas, en hospitales, internados, etc. Curiosamente en aquella época no existía la adolescencia. De niños pasaban a ser adultos. Por otro lado DeMause (1991) también desde la historia pero apegado a al modelo psicogénico, parte de la creencia de que la familia es la fuerza central del cambio de una sociedad y en especial la función socializante de los padres hacia sus hijos e hijas. Este autor estudió en específico la evolución a través de la historia de las relaciones emocionales y de cuidado de los padres hacia sus hijos e hijas, y clasificó seis tipos que dan cuenta del progreso de las prácticas de crianza y con ello la constitución de la infancia: infanticidio, abandono, ambivalencia, intrusión, socialización y ayuda. Señala que las dos últimas iniciaron a mediados del siglo XX.

Otro investigador relevante en este tema fue Cunningham (1999) con su publicación "La invención de la infancia", menciona al igual que Ariès que en el siglo XVIII inicia una visión secular de la infancia y por lo tanto cambios significativos en la conceptualización de esta. Resalta que también tuvo una gran influencia en los cambios de la infancia los filósofos del siglo XIX, por una parte Locke quien le daba importancia a la educación de los hijos e hijas, y por otra parte Rousseau quien abogaba por la felicidad de los niños, quien pronunció la clásica frase que "los niños sean niños". Esta idea todavía está presente, aunque se observa el cuidado y educación con fuertes dispositivos de control, tal como lo auguraba Ariès (1986).

Cunninghan (1999) apunta que es en el siglo XX cuando se proclama a la infancia como categoría independiente y autónoma. Ya a mediados de siglo con este pronunciamiento, la infancia como campo empírico inicia a tener un enorme poder, antes que la categoría de género. Este cambio importante genera que a nivel legislativo se hable sobre la protección y los derechos de los niños, como una nueva era de respeto a la infancia; por ejemplo la declaración de los derechos de los niños y las niñas de la ONU. También con esta transición social, aparecen profesionales especialistas en la infancia, como pedagogos, psicólogos, abogados, médicos, etc. Que configuran el escenario sobre el que se construye la infancia como la conocemos hoy, con la consigna de asegurar a los niños y niñas una infancia apropiada.

En la actualidad otros aspectos que han contribuido a que se empodere la infancia, como concepto y realidad empírica, son los medios de comunicación que aliados con el consumismo, se han convertido en presa del mercado, generando nuevas necesidades que han conducido a un tipo de "infancia materialista". En algunos grupos procrear y criar hijos se concibe como una gran empresa a la que se le dedica mucho tiempo, dinero y energía. Sumado a las dinámicas económicas y sociales actuales, las transformaciones de la familia tradicional, generados principalmente por los cambios de roles de las mujeres, han propiciado un nuevo juego parental que no termina de acomodarse (Medina, Linares, Fernández, Vargas & Castro, 2018). Otro factor que ha contribuido a la construcción de la infancia ha sido el divorcio –como un derecho conyugal–, este condujo a ampliar el abanico de tipos de familia, en especial las familias reconstruidas, conformadas por hijos de matrimonios anteriores e hijos del nuevo matrimonio. También las familias uniparentales, las familias de homosexuales, entre otros arreglos familiares, contribuyen a ampliar el concepto parental que incide directamente en la infancia.

En el último lustro ha destacado un avance en el reconocimiento y la legislación sobre la diversidad de familias, con el fin de proteger la integridad y desarrollo de los niños y niñas. Con ello, han surgido otros debates y tensiones en diversos contextos: académico, profesional, religioso, etc., apareciendo lo que algunos denominan "ideología de la infancia", vinculado con la ideología de género. En conclusión, estos estudios muestran que la infancia es una construcción sociocultural. Es un contexto que encuentra sentido en las diversas circunstancias socio-históricas, el cual que la infancia es un contexto dinámico, relativo y social. Esta mirada sobre la infancia, tal como lo veremos más adelante, se convierte en un recurso para intervenir sobre su malestar.

La depresión como contexto

El concepto de la depresión como diagnóstico y etiqueta psiquiátrica es relativamente nuevo. Aunque su constitución ha venido evolucionando por siglos. Aguirre (2008) presenta un análisis histórico del término; en él señala que sus orígenes se remontan en la cultura griega, con el concepto de "melancolía": heredera de la "bilis negra" que describía los síntomas de descontento, abatimiento, soledad, desesperanza y malhumor. Este fue retomado más tarde en el Renacimiento. Sin embargo, antes en la Edad Media la redefinen como "Acedia" para referirse al "tedio del corazón" y describía síntomas de tristeza, dejadez, inhibición, apatía, angustia y pereza.

El término "depresión" se constituye por primera vez en la Ilustración.

Los primeros que la refieren como diagnóstico etiológico fueron Blackmore en 1725, y Whytt que en 1764 se refirió al término como "depresión mental", Pinel por su parte, en 1801 alude a la "depresión de espíritu", mientras que Tuke en 1813 se refiere a la "depresión de la mente" y Beard en 1869 habla de "agotamiento del sistema nervioso" (Aguirre, 2008, p. 10).

Más tarde a principios del siglo XX de la mano de Bleuler, quien hace una clasificación de la depresión como enfermedad maniaco-depresiva y alteración de la afectividad; distingue entre la distimia melancólica, la distimia irritable y la ciclotimia. A partir de ahí todos los DSM organizan los diversos tipos de depresiones en trastornos afectivos y clasifican las depresiones en dos grandes grupos: depresión mayor y distímica. La primera en su descripción clásica, se conoce como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración, que a su vez inciden en la vida diaria durante un largo período de tiempo y se teme por la aparición de ideación suicida o el suicidio. La segunda clasificación es de carácter depresivo crónico, algunas características son la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado. En esta época de auge industrial, el término "depresión" nace de la hidráulica como una metáfora al proceso de presión y depresión. También Aguirre (2008) señala que actualmente el término "depresión" es tomado como metáfora por otras disciplinas tales como la economía, sociología y la geografía para referirse al "hundimiento vital".

Otra tradición que retoma la depresión, como diagnóstico, es el psicoanálisis. Desde Freud a Bowlby la depresión ha sido uno de sus campos emblemáticos, a través de la vinculación de la pérdida y el duelo con la melancolía. Aunque Bowlby (1993) le incluye el apego que caracteriza a la pérdida signifi-

cativa. Vale la pena detenernos en las observaciones de Bowlby (1993) para él, los síntomas de una persona depresiva surgen en torno a la pérdida emocionalmente significativa, y se presenta de diversas formas: por ejemplo la imposibilidad mantener una relación estable con los padres a pesar de los esfuerzos por satisfacer sus exigencias y sus expectativas. Es decir, la persona no logra acceder al reconocimiento de los seres amados, incluida la pareja, quienes a su vez lo rechazan y castigan independientemente de los esfuerzos de la persona en buscar de su amor. Dentro de esta lógica, otra dimensión que conduce a la depresión, son las pérdidas reales por muertes o separaciones.

En resumen Aguirre (2008) señala que "la depresión ha tenido pues, a lo largo del tiempo, tres principales nombres, melancolía, acedia y depresión, que significaban una misma realidad: el abatimiento, la postración, el hundimiento, la distonía, el descenso a la oscuridad vital y a la muerte" (p. 11). Hasta aquí las concepciones antes revisadas, constituidas en diversos momentos históricos, sitúan la explicación e intervención del malestar de la depresión en el individuo y su cuerpo.

La etiqueta diagnóstica como contexto

Los diagnósticos o modelos clasificadores son instrumentos referidos a una realidad y son una guía para la intervención. Sin embargo, en últimos tiempos se ha abierto un debate y con ello una crisis en la psiquiatría como resultado de lo inscrito en el DSM-5. Dentro de la propia psiquiatría surgieron críticas al abuso del modelo clasificatorio; por una parte cuestionan la creación desmedida de categorías diagnósticas de trastornos mentales, no solo para adultos, también en niños y adolescentes, argumentando que dichas "patologías" son invenciones en contubernio con las empresas farmacéuticas (González & Pérez, 2007; Carlat, 2010; Frances, 2014). Por otra parte, los resultados de la investigación longitudinal de 20 años sobre los uso de los antipsicóticos y antidepresivos muestran que no han tenido efectos terapéuticos sino de control, produciendo otros problemas secundarios como la adicción al medicamento y afección biológica en varios órganos del cuerpo (Harrow, Jobea & Faulla, 2014; Kirsch, 2010; Hammer, Batty, Seldenrik, & Kivimaki, 2010).

En este afán, Medina (2014) señala que esta tradición arropada por el discurso objetivista, muestra un reduccionismo perverso con consecuencias desastrosas para muchas personas y sus familias. Un tipo de ciencia con mucho poder, porque dentro de su discurso de verdad y racionalidad inactiva cualquier crítica y se instaura también dentro del campo del poder positivo (Fou-

cault, 1983,1992). En este mismo orden de ideas, Tomkiewicz (2004) señala que la clasificación psiquiátrica contiene errores metodológicos que "no constituye sólo una falta grave en el plano académico y teórico; es también y sobre todo una falta extremadamente peligrosa en el plano práctico" (p. 44). Véase el caso del diagnóstico de la homosexualidad considerada como patología o actualmente el de Déficit de Atención TDH en niños, niñas y adolescentes. Estos diagnósticos universales o mejor dicho totalitarios, pueden ser analizados con la categoría de contexto también. Al respecto Bateson (1992) explica que cuando las palabras se convierten en etiqueta, inactivan a la persona para enfrentar su "enfermedad", y con ello a todo su contexto de referencia, nombrándolo como "efecto dormitivo". Esta observación del poder de la etiqueta en el individuo ha sido estudiado también por el sociólogo Goffman (1995) quien hace referencia al estigma como escenario que conduce a la exclusión y con ello a un tipo de profecía autocumplidora.

Al respecto Wiener y Marcus (1994) apuntan que la depresión, al igual que las demás psicopatologías nombradas en los DSM's son construcciones socioculturales. Argumentan que la psiquiatría como matriz sociocultural no escapa de practicar un tipo de lenguaje que comparte creencias, rituales, conocimientos tácitos y una historia en común. Todos estos elementos se encuentran omnipresentes en sus explicaciones y prácticas, generando un único camino hermético y lineal hacia la intervención de la depresión. En suma, las etiquetas diagnósticas no son referencias o representaciones pasivas, son contextos organizados, coordinadores de narrativas y prácticas sociales, que constituyen un tipo de realidad. Por tanto, es posible argumentar que los diagnósticos, cualquiera que sea este, son contextos activos.

El modelo sistémico como contexto

El paradigma sistémico es otro modelo que enfoca el estudio de la sintomatología psicológica en el contexto, en particular refieren a interacciones triangulares repetitivas. Fue el antropólogo Bateson (1992, 1993, 1993b) quien fusiona magistralmente la teoría de los sistemas y la cibernética para investigar la conducta humana. Bateson (1992) parte de la creencia de que la "mente" está íntimamente vinculada a su entorno, es decir, sin el referente contextual del psiquismo, sería imposible explicarlo y mucho menos comprenderlo.

Desde este enfoque son diversos los autores que proponen un modelo e intervención para la depresión, en este trabajo retomamos el diagnóstico sistémico de Linares (1998, 2012, 2103) y Linares y Campo (2016), quienes apega-

do a la filosofía sistémica, sitúa el malestar psicológico en las relaciones de las personas, y en especial en el grupo de pertenencia más importante: la familia. En concreto parten de la idea de que a través del juego triangular recurrente matizado por la ausencia nutrición emocional, el malestar se hace presente.

Linares (1998, 2012, 2103,) propone enfocarnos en la parentalidad y la conyugalidad, para dar cuenta del maltrato mediante la triangulación manipulativa o desconfirmarmadora, dicho maltrato es considerado por este autor como la antesala de la psicopatología. Para Linares (1998, 2012, 2013) la descripción de las personas sobre sentirse o no aceptado mediante el reconocimiento y la valoración, es la narrativa que conducirá al terapeuta a descubrir y dilucidar la relación triangular patológica o nutricia, y con ello distinguir los diversos síntomas. Para estos casos propone un diagnóstico relacional como "metáfora guía", que tiene como principal objetivo desenredar la trama triangular y reconstruir las relaciones amorosas entre las personas. Linares y Campo (2016) basan su diagnóstico sistémico explicativo en la tipología diagnóstica psiquiátrica, por esta razón es común encontrarse con los conceptos de depresión mayor y distímica.

La depresión distímica como contexto sistémico

Para Linares y Campo (2016) los depresivos distímicos y neuróticos: aparecen cuando existen triangulaciones manipulativas, como parte de los problemas conyugales, que se caracterizan por tener una pelea simétrica –utilización de uno de los hijos o hijas en contra del otro cónyuge, provocando ansiedad a través de la triangulación de uno de los hijos. Este cuadro necesita, según Linares y Campo (2016) de otro ingrediente para que aparezca el síntoma depresivo: la pérdida. En este caso puede cristalizarse en el padre o la madre, quien fue anteriormente una figura de apego importante, y que ahora lucha con el otro progenitor.

Es un triángulo emocional de doble banda, dirían los expertos en el juego del villar, por una parte toma partido con el progenitor que lo atrajo hacia el problema conyugal con altos componentes de lealtad, y por otra la pérdida de una figura de apego desde que nació. Este juego triangulado por largos periodos, no es asimilado por el hijo o la hija y su cuerpo; logrando efectos negativos en su desarrollo, por ejemplo un adolescente que ha crecido dentro de una relación triangulada, verá afectada su autonomía, y con ello es posible la llegada de la ansiedad, pesadez, desmotivación, tristeza y depresión.

La depresión mayor como contexto sistémico

En cambio la depresión mayor, según Linares y Campo (2016) no está vinculada a un juego triangular, existe una calma y satisfacción conyugal y no es necesario atraer a un hijo en contra del otro. Aunque la pareja se caracteriza por tener una complementariedad rígida, el problema se enfoca en carencias parentales, en especial las funciones socializadoras. Los hijos son hipersocializados y sobre exigidos. Esto genera que se sientan sometidos a un alto grado de exigencia normativa, una responsabilidad exagerada que pueden revestir diversas formas de parentalización. Si fracasan en exigencia y expectativas parentales, son descalificados mediante el maltrato a su persona.

Para este tipo de familias es más importante la socialización que el amor y cuidado. Si el progenitor con menos poder le da apoyo emocional a su hijo o hija y no es secundado por el progenitor que tiene más poder, esto no tiene verdadero efecto nutricional en el niño o niña, porque quien define la naturaleza de la relación es el conyugue con más poder. Otro elemento relevante es que está prohibido expresar carencias emocionales, la familia se muestra como perfecta hacia su comunidad, -la honorable fachada- por lo que el niño o la niña, será descalificada cuando intenta expresar su inconformidad (Linares & Campo, 2016). Generalmente cuando los niños y las niñas llegan a la adolescencia se convierte en un problema sustantivo, ya que este no encuentra la mirada nutricia de sus padres para consolidar su identidad. Las únicas salidas posibles es huir –una forma es el embarazo para niñas-, para encontrar esta falta de nutrición con sus iguales, una pareja o el suicidio (Linares & Campo, 2016).

Caso Pedro

Este trabajo tiene la finalidad de conocer los contextos que constituyen la tristeza infantil y de los adolescentes, para ello presentamos aquí uno de los casos de nuestro estudio, que propone un modelo de primera entrevista para hacer visible dichos contextos que conducen a una niño, niña o adolescente a vivir tristeza, autolesionarse, pensar en la muerte o quitarse la vida.

Continuamos con el caso Pedro, que presentamos al inicio de este trabajo.

Los psiquiatras recomendaron una psicoterapia familiar. Acudieron al Instituto Tzapopan. La madre llamó al Instituto para pedir la cita. Se le pidió que vinieran a esta primera sesión todos los miembros de la familia. La familia fue atendida por un grupo de estudiantes de la maestría de terapia familia supervisado por un profesor-clínico.

Contexto de presentación

Se presenta el equipo terapéutico y se hace el encuadre donde el padre firma de conformidad: costo, permiso para grabar las sesiones y el uso de la información confidencial de las sesiones exclusivas para el tratamiento y formación. Siempre y cuando se resguarde la identidad de la familia y sus miembros.

Genograma familiar

Madre 45 años, tiene escolaridad máxima de secundaria y trabaja para una empresa maquiladora. El Padre tiene 46 años, estudió también solo la secundaria y trabaja como vigilante en un estacionamiento de una plaza comercial. Pedro de 14 –el paciente identificado- está actualmente estudiando la secundaria, la hermana de 12 años está terminando la primaria y su hermano de 10 años también estudia la primaria.

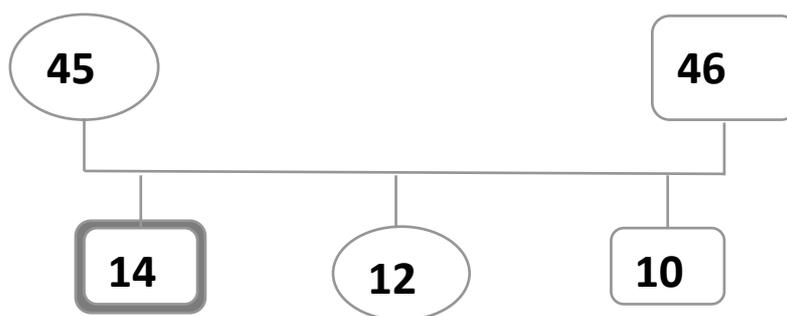


Figura 1. Genograma de la familia de Pedro.

Fuente. Elaboración propia, con base en el caso.

Contexto cotidiano

Después de la presentación para establecer el genograma familiar, edad, escolaridad, y actividad: En seguida –sin tocar el tema del motivo de consulta- continuamos preguntando sobre su vida cotidiana, se les pide que describan un día normal entre semana.

La Madre toma la palabra y describe lo que hacen todos los días comunes. La madre prepara la comida en la noche de 8 a 9 pm para el día siguiente. Se levanta a las 5 am y despierta a todos, hace el desayuno y desayunan, el padre sale a las 6 am a trabajar, a las 6:30 am la madre lleva a sus hijos a la escuela, ellos inician clases de 7am a 2pm. La madre llega a las 8:00 am a su trabajo, una

empresa maquiladora y sale a las 6pm, se dirige a su casa y llega a las 7:00 pm. Por otra parte, el padre comenta que él sale de su casa a las 6:00 am hacia el trabajo, tiene que estar a las 7:00 am. Trabaja como vigilante de estacionamiento de una plaza comercial. Sale a las 7pm y regresa a su casa a las 8:00 pm.

Sobre sus ingresos, perciben ambos menos de 400 dólares al mes. También hablan sobre los derechos y servicios que les otorgan en el trabajo, la madre afirma que ninguno de los dos tienen seguridad social y salud. Añade que cada tres meses renuevan contrato para no generar antigüedad y tener derechos a pensión u otros beneficios.

De las condiciones de vivienda, la señora señala que no es casa propia y alquilan por un cobro de 150 dólares cada mes. Tiene dos cuartos, en uno duerme los padres y en otros Pedro, su hermana y hermano. Viven en una zona marginada de la ciudad sin calles pavimentadas, aunque sí tienen luz y agua potable.

Seguimos preguntando ¿quién va por los niños a la escuela, les da de comer y los cuida mientras que ellos regresan del trabajo? La madre afirma que Pedro se encarga de todo, somos insistentes para que nos relate Pedro cuáles son sus responsabilidades.

Pedro en voz baja señala que como están en la misma escuela todos, espera a su hermano y hermana hasta que salgan. Que la casa está solo a diez cuadras de la escuela, aproximadamente un kilómetro, lleva a sus hermanos caminando hacia su casa, llegan, abre la puerta entran todos y cierra con llave, añade que el barrio es peligroso, que hay muchos pandilleros y mariguanos, que está prohibido salir. Pedro calienta la comida que su madre preparó en la noche previa, le sirve a su hermano y hermana. Después pueden ver la tele dos horas, a partir de las 5pm tienen que hacer la tarea.

Le preguntamos a Pedro que desde cuando hace esto, y señala que desde hace dos años. Añade que para él no es problema hacerlo, pero que desde hace seis meses sus hermanos ya no le hacen caso, y cuando llega la mamá, que ve que no han comido todo, está el tiradero y no hacen la tarea, la mamá le reclama a él.

En ese momento la madre agrega, que si es así que desde hace varios meses, que Pedro no ha hecho bien tu parte. Y que sí se enoja pero que es normal.

Hasta aquí el padre no dice nada solo escucha.

Sobre las responsabilidades asignadas a Pedro le preguntamos ¿cómo te sientes por no cumplir con lo que le toca?, y ahí llora y no dice nada. La Madre insiste en tono agresivo que no es fácil para nadie, que todos en la familia tienen que cooperar.

Continuamos preguntando a Pedro cosas muy puntuales. Cuando llega tu Mamá a la casa en la tarde, ¿qué te dice? Me reclama que ¿por qué no hago

bien las cosas?, que si lo hacía bien antes, y ahora no, que ¿por qué me distraigo?, que ¿Qué desleal soy?, yo solo le digo que ya no me hacen caso y le pido disculpas. La madre insiste en que es importante que "agarre la onda" –que entienda- que todos tienen una responsabilidad para que funcione bien la familia.

Preguntamos a Pedro que cómo le reclama y que tipo de palabras usa su madre.

Se tensa la sesión. Hay una pausa de silencio de un minuto. La hermana y el hermano menor se le acercan a Pedro, les tocan la mano jugueteando, mostrando un tipo de solidaridad hacia él.

Pedro con ese apoyo emocional, contesta: me regaña. Le preguntamos ¿cómo y qué te dice? ¡Me avienta hacia la pared y me dice ¡que me pasa "hijo de la chingada", "pinche maricón" no sabes hace bien tu trabajo!, ¡eres un inútil! ¿En qué tono? – Insistimos-, gritando, dice Pedro y llora. La madre se nota molesta y el padre callado. La hermana y el hermano siguen cerca de Pedro tocándolo.

Continuamos conversando sobre sus diversos contextos para tener un panorama más amplio. Le preguntamos a Pedro, su hermana y hermano si salen a jugar a la calle y si tienen amigos en el barrio, o son invitados por algún vecino a su casa, los tres contestan que no, que los papás señalan que el barrio es malo, que no hay buenos vecinos, que es mejor que se queden en su casa. La niña señala que solo tiene amigos en la escuela donde juega en el recreo, pero que no los ve fuera de ahí. También les preguntamos si tienen algún familiar que viva en el barrio o cerca, los papás señalan que no, ellos vienen de Michoacán –un estado vecino- y que sus familiares viven en el pueblo de este estado o también han emigrado. Que casi no los visitan, solo en navidades, por el trabajo y la falta de recursos no les es fácil visitarlos. También les preguntamos a los padres si ellos tienen amigos o amigas en la ciudad con quien conviven, señalan que no.

Continuamos contextualizando su vida cotidiana y preguntamos sobre los fines de semana. Pedro, su hermana y hermano comentan, que todos salen al supermercado, en un tono de alegría como si fuera una gran aventura. Para comprar los productos y comida que ser requiere para la semana. Que no tienen dinero para ir al cine o a un restaurant. Que por lo regular ven la tele en la casa, señalan los padre para descansar de las largas jornadas de trabajo de la semana.

Receso para preparar la devolución

Acordamos dividir la devolución en dos partes, una solo con los padres y la otra con toda la familia.

Después de conversar el equipo terapéutico, regresamos con la familia. Les pedimos a los niños que salieran por un momento y nos quedamos solo con los padres. Les hicimos saber que todo el equipo concuerda con que la mamá se encuentra sobre saturada, y que en su desesperación por mantener a la familia en sus funciones, le grita a Pedro, que lo entendemos que no es fácil ya que ella es la encargada de esa labor. Pero también le hicimos saber que percibimos que las cosas son más complejas, y los invitamos a ambos a analizar y reflexionar en casa juntos como papás, con base en lo que se ha conversado en esta sesión. Que conversaran abiertamente solo entre ellos dos sobre si esta situación que viven actualmente, con los múltiples contextos como el trabajo, la falta de una red de apoyo familiar o de amigos en el barrio, un barrio peligroso, la falta de tiempo de ocio entre la familia, etc., si todo esto creen que ¿estaba conectado con el malestar que sufre Pedro? Y si era así, en esta etapa de la familia en que los hijos se convirtieron en adolescentes que requieren de distintos cuidados y necesidades, ¿qué tendrían que hacer ahora juntos como papás para enfrentar esta situación?

En ese momento el Padre interrumpe, y perplejo de la situación que aparentemente desconocía, señala que van hacer todo lo posible por resolver esta situación, añade: mi hijo no tiene que cuidar a sus hermanos, lo vamos a resolver. Lloro un poco y confieso que está asustando con lo que hizo su hijo Pedro, creía que todo estaba bien. La madre dirige la mirada retadora a su marido, no se siente cómoda.

Invitamos a los hijos a entrar la sesión, les decimos que agradecemos a todos por haber venido a la sesión a apoyar a Pedro. En especial a la hermana y hermano. Reconocemos a Pedro la gran labor que ha realizado en estos dos años cuidando a sus hermanos, dejando cosas y tiempo personales. En ese momento Pedro sonriendo señala: ¡Ahí están enteritas! Añadimos que reconocemos en él la gran lealtad que tiene hacia su familia y en especial a su madre para apoyarla en esta gran labor.

Agradecemos a toda la familia y acordamos una próxima sesión en 15 días.

Contexto sistémico: diagnóstico relacional-nutricio

Tal como se ha observado en la entrevista de la primera sesión, la pareja es armónica, tienen una complementariedad rígida, cada quien cumple con sus roles, él solo trabaja fuera de la casa y ella está encargada de trabajar y cuidar de los niños, es decir cumple con una doble jornada. Él se muestra periférico ante la familia. Observamos que ella tiene más poder en la relación conyugal y parental,

condiciones de inseguridad y el miedo limitan aún más la libertad de la familia.

Es por ello que Pedro carece de una red de apoyo personal fuera de la familia, como amigos y compañeros significativos, por esta razón no encuentra salidas de reconocimiento más allá de la familia. Al respecto Cyrulnik (2005) señala que por lo regular cuando un niño o niña no encuentra nutrición emocional e incluso es maltratado, este de manera "natural" buscará en otros contextos tutores o amigos que ofrecerán "apaciguar las emociones y de implicarlo en un proyecto de existencia" (p. 47). Que no es el caso de Pedro y toda la familia. Están atrapados sin salida. Una condición de la depresión familiar en condiciones de pobreza material y emocional de nuestro tiempo.

Cabe mencionar que este panorama inter-contextual tiene su fuente y perpetuación en la pobreza gubernamental de México, carente de políticas efectivas de cuidado y bienestar a la niñez y la familia, con instituciones que en algunas ocasiones se convierten también en maltratantes (Medina, Nuñez, Vargas & Castro, 2013).

Resultados

Coincidimos con Linares y Campo (2016) quienes señalan que el objetivo de la psicoterapia con casos de depresión infantil es restaurar el amor. En otras palabras es el contenido nutricional que debemos desenredar y restaurar, es decir la narrativa emocional tiene el poder para que los diversos contextos –aunque estos sean adversos- y en especial la organización familiar pase a otra etapa relacional y la persona se apropie de otra forma de ser, y de paso dejar la patología.

Respecto a las alianzas del terapeuta, tienen como finalidad integrar al terapeuta al sistema familiar, para constituir un contexto terapéutico con el objetivo de re-orientar las narrativas del problema: del paciente a la relación, del cuerpo al contexto. Para ello es necesario conectar emocionalmente con los integrantes de la familia, en especial el paciente identificado y la persona que tiene más poder en la pauta relacional detectada: Pedro y la madre. Con ello la conversación terapéutica se enfoca en hacer visible para todos los diversos contextos sin hacer ver culpable a nadie, sino la co-responsabilidad en las posibles soluciones.

El imaginario de la familia tradicional como contexto

Esta familia ha compartido por generación la creencia de que una familia unida es aquella que cumple con sus roles pre-establecidos. El padre se ocupa solo de su labor fuera de casa. La madre, es la máxima autoridad ante los hijos.

Un buen hijo es quien obedece sin cuestionar. El amor se expresa y negocia mediante un buen desempeño en las tareas asignadas para cumplir con las expectativas parentales. La lealtad del hijo hacia su madre se mide por el buen desempeño sin disentir. Según DeMause (1991) tal como lo vimos arriba, el tipo de crianza de este tipo de familias, que se encuentran atrapadas entre la pobreza estructural y el imaginario de la familia tradicional, sería una mezcla entre abandono, ambivalencia e intrusión. Se puede observar en esta familia que los hijos respondan bien hacia sus obligaciones escolares y del hogar sin supervisión o ayuda parental, se encuentran abandonados, y por otra parte existe una terrible ambivalencia emocional, Pedro no se siente querido y reconocido, aunque la Madre lo exprese verbalmente. Y además se le asigna una tarea Pedro que no le corresponde: parentalización. Otro rasgo de estas familias es que por lo regular se venden hacia fuera como perfectas sin problemas, lo que Linares y Campo (2016) denominaron "la honorable fachada".

Conclusiones

Coincidimos con Aguirre (2008) quien desde la etnopsiquiatría concluye y en contra de la psiquiatría biologicista, que "la depresión no es inteligible al margen de la cultura... el ser humano se organiza socialmente (y se desorganiza y enferma) en el marco de una cultura" (p. 18-19). Por ello se propone explorar los diversos contextos cotidianos que le dan sentido al malestar personal, desde donde se movilizan los recursos personales, familiares y comunitarios. La exploración del contexto como pre-requisito para el diagnóstico: La exploración desde los diversos contextos cotidianos de la familia permitió "ver" puntos ciegos que una entrevista clínica tradicional no detectaría. Esta información contextual es relevante para cualquier diagnóstico y su consecuente intervención. Por ejemplo: hemos observado en este caso, como diversos contextos –precariedad laboral, doble jornada de la madre, el mito de la familia tradicional perfecta, resaltando un padre que no se involucran en la crianza de los hijo- le dan sentido a la sobresaturación y desesperación de la madre y su consecuente maltrato a Pedro.

El contexto como recurso psicoterapéutico. Pudimos observar en la familia que el diálogo contextual conduce a sus miembros a ampliar la conciencia y consecuente narrativa de una forma de vida que se encuentra íntimamente ligado al malestar de Pedro. Aparecen en la narrativa circunstancias que la familia tendrá que enfrentar. Por ejemplo: el Padre asume su responsabilidad y actúa cambiando de posición, de ser periférico, a acercarse a su esposa por una parte y por otra haciendo empatía con sus hijos. Cambiando su rol periférico por una más activo.

La nueva infancia y adolescencia en el contexto de la parentalidad, roles de género y modos de trabajo

Los niños, niñas y adolescentes de hoy son distintos a los de hace una generación atrás. En especial cabe destacar la transformación de la mujer, la cual ha ingresado a la universidad, al trabajo remunerado, etc. y que muchas de ellas realizan doble jornada laboral: hacia fuera y dentro del hogar. Otro contexto que ha impactado directamente en la infancia y su malestar, es el trabajo precario. Padre y madre trabajan todo el día fuera de casa para sobrevivir, sin tener servicios y beneficios básicos como seguridad social, vacaciones, prestaciones, etc. Esto ha provocado cambios estructurales en la parentalidad y con ello en la infancia. La carencia de tiempo de los padres ha conducido a un patrón en que los hijos e hijas no son cuidados y socializados por sus padres.

En este caso, no queda más remedio que la familia extensa participe activamente en las funciones parentales, o por otra parte, tal como lo vimos en el caso de Pedro, los niños y adolescentes enfrenta a temprana edad responsabilidades de cuidarse a sí mismo, gestionar sus deberes o cuidar a otro miembro de la familia sin supervisión –un tipo de maltrato que se denomina negligencia-. Con ello, se puede observar también una reducción significativa de espacios de recreo, ocio y esparcimiento familiar.

Depresión infantil en el marco de la inter-contextualidad

Este panorama inter-contextual debe de contemplarse siempre como parte de los protocolos clínicos de salud para diagnosticar e intervenir con mayor eficacia ante el malestar psicológico, si no es así, nos convertiremos en un contexto terapéutico ciegos, que explicaran el problema con un sesgo individualista y descontextualizante, que alimentará el malestar personal, familiar y comunitario.

Trabajo, escuela, hogar-barrio, amigos, familia, pareja y terapeutas son siete contextos de obligados a revisar dentro de los protocolos clínicos con el fin de conocer la relación sistémica del malestar. Por ello se propone la psicología social clínica (Medina, 2011) como un modelo psicoterapéutico desde donde se puede abordar estas dimensiones de la realidad desde una epistemología y metodología integrativa de contextos.

El contexto como epistemología práctica y recurso para la psicoterapia

Ante lo dicho, consideramos al contexto como un tipo de epistemología practica que permite visualizar el sentido social de las relaciones circulares, del

comportamiento individual e incluso de la biología de las personas. Un tipo de epistemología que sitúa a la persona y la familia en una posición activa ante sus circunstancias. Es decir, el contexto como epistemología permite ir más allá de las descripciones u explicaciones puramente semánticas, individuales, cognitivas o biológicas. Para convertirse en una meta-conocimiento que estimula la conciencia socio-política para empoderar a las personas para la acción.

Ante esto estamos en contra de concebir la depresión como una enfermedad biológica o individual y etiquetar a un niño o niña como depresivos, y mucho menos doparlos como estrategia terapéutica. Este trabajo de investigación clínica muestra que la depresión infantil es una construcción inter-contextual. Por ello proponemos organizar la entrevista inicial explorando los diversos contextos de la vida cotidiana del paciente y su familia. La cual pone en descubierto la naturaleza sociocultural del malestar, redefiniendo la depresión como un acto "político", como un tipo de resistencia contra una forma de vida que los tiene atrapados, sin libertad, sin proyectos a futuro, aniquilando la voluntad y la esperanza, encontrándose con la muerte como la única salida digna. El contexto como recurso terapéutico re-ubica el malestar en la zona de influencia de la gente y por ende les devuelve el poder para enfrentarlo juntos.

Referencias

- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 8(3), 563-601. Recuperado en 8 de Enero 2018 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002
- Alzate, M. V. (2004). El "Descubrimiento" de la Infancia (I): Historia de un Sentimiento. Revista: *Repes*. Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira. Recuperado en 10 de Enero 2018 en <http://revistas.utp.edu.co/index.php/repes/article/viewFile/5299/2583>
- Ariès, P. (1986). La infancia. *Revista de Educación*, 281, 5-17.
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus.
- Bateson, G. (1992). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Planeta Carlos.
- Bateson, G. (1993a). *Una unidad sagrada: Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G. (1993b). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowlby, J (1993). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Carlat, D. (2010). *Unhinged: The trouble with psychiatry a doctor's revelations about a profession in crisis*. Londres: Free Press.

- Cunningham, H. (1999). Los hijos de los pobres: La imagen de la infancia desde el siglo XVII. El derecho a tener derecho. In *Infancia, derecho y políticas sociales en América Latina* (vol. 2, pp. 251-266). Santafé de Bogotá: Unicef.
- Cyrułnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa.
- DeMause, L. L. (1991). La evolución de la infancia. In L. L. DeMause. *Historia de la infancia* (pp. 15-92). Madrid: Alianza Universidad.
- Foucault, M. (1983). *La arqueología del saber*. México: Alianza.
- Foucault, M. (1992). *Enfermedad mental y personalidad*. México: Paidós.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Madrid: Ariel.
- Goffman, E. (1986). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Argentina.
- Goffman, E. (1995). *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Argentina: Amorrortu.
- González, H., & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Hammer, M, Batty, G. D., Seldenik, A., & Kivimaki, M. (2010). Antidepressant medication use and future risk of cardiovascular disease. *The Schottish Health European Health Journal*. (doi:10.1093/eurheartj/ehq430). Recuperado en 20 de Noviembre 2016 de <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2010/12/11/eurheartj.ehq438>
- Harrow, M, Jobea, T. H. & Faulla, R. N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*, 42(10), 25-36.
- INEGI (2014). *Encuesta Nacional de los Hogares*. Recuperado em 25 de Enero de 2018 en <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enh/2014/default.html>
- INEGI (2017). *Estadística a propósito del día del niño y día mundial para la prevención del suicidio*. Septiembre, Aguascalientes, México. Recuperado en 25 de Enero de 2018 en <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Kirsch, I. (2010). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. New York: Basic Books. Library.
- Linares, J. L. (1998). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J. L. (2013). Pasos para una Psicopatología Relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 119-146.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2016). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.

- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones: Terapia Familiar Crítica*. México: E-Libro, Red Américas, Psicología.
- Medina, R. (2013). El diagnóstico psicopatológico como marco social organizado: Ontología y epistemología. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 167-174.
- Medina, R., Nuñez, M., Vargas, E. & Castro, R. (2013). Pobreza y exclusión social institucionalizada en México: Definiciones, indicadores y dinámica sociológica. In E. Vargas, E. Agulló, R. Castro & R. Medina, *Repensando la inclusión social: Aportes y estrategias frente a la exclusión social* (pp. 241-268). Oviedo, España: Eikasía.
- Medina, R. & Pereira, M. (2017). La conciencia y el empoderamiento de la libre acción en la psicología de Vygotski. In J. Ramírez & A. C. Morquecho: *Repensar a los teóricos de la sociedad III* (pp. 191-214). México: Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de la Ciénega.
- Medina, R., Linares, J. L., Fernández, E., Vargas, E. & Castro, R. (2018). *Nuevo contrato familiar: Fortaleciendo el amor conyugal y la responsabilidad parental*. *Revista Mosaico*, 69, Marzo, 31-51.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión*. Recuperado en 22 de Enero 2018 en <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Shotter, J. (1989). El papel de lo imaginario en la construcción de la vida social. In T. Ibáñez (ed.), *El conocimiento de la realidad social* (pp. 135-155). Barcelona: Sandai.
- Tomkiewicz, S. (2004). El surgimiento del concepto. In B. Cyrulnik et al., *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Vygotsky, L. S. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo-Crítica.
- Wiener, M., & Marcus, D. (1994). A sociocultural construction of "depressions". In T. R. Sarbin & J. I. Kitsuse, *Constructing the social* (pp. 213-231). London: Sage.

Endereço para correspondência

topraul2002@yahoo.co.uk

Enviado em 02/03/2018

Aceito em 29/03/2018