

# Psicoterapia psicodinámica familiar dirigida a un paciente adulto joven con diagnóstico de depresión

## *Psychodynamic family psychotherapy aimed at a young adult patient with depression diagnosis*

*Arual Omar Vázquez-Marfil y Eréndira Estrella Vázquez-Vargas*

Universidad Autónoma de Yucatán<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Arual Omar Vázquez-Marfil, A20219021@alumnos.uady.mx.

### RESUMEN

Ante la creciente preocupación global por la salud mental, la población en su conjunto ha comenzado a acercarse a la psicoterapia para tratar sus síntomas y trastornos y así mejorar su calidad de vida. Acorde con esta preocupación e interés es que ha surgido la motivación para generar un programa de intervención para trabajar no solamente con el paciente que sufre los síntomas o que recibe un diagnóstico, sino también con su familia, la que es vista comúnmente como un personaje externo a su vida y que en muchas ocasiones sólo complementa, acompaña o supervisa el proceso, pero que pocas veces se ve incluida como parte esencial del propio paciente, a excepción de que algún conflicto la afecte particularmente. A partir de la investigación circular propuesta por González (1997), en la que se aborda el trastorno depresivo en su modalidad distímica, el presente trabajo es un estudio de caso desde la terapia psicodinámica, enfoque que trata como paciente a la familia en conjunto y no únicamente al solicitante, respetando sus procesos individuales, dándole la importancia y escuchando a cada uno de sus miembros. Mediante esta intervención, se analizó el impacto psicoemocional que padecían los familiares de un paciente con diagnóstico de depresión, para lo cual se diseñó y aplicó una intervención psicodinámica familiar a través cuatro fases: diagnóstico, intervención, consolidación de objetivos y cierre, observándose que tal intervención favoreció un afrontamiento positivo en la dinámica de la familia, en beneficio de la estabilidad emocional del paciente.

**Palabras clave:** Depresión; Estudio de caso; Psicoterapia familiar; Intervención psicodinámica.

### ABSTRACT

*Given the growing global concern for mental health, the general population has begun to approach psychotherapy to treat symptoms and disorders and improve their quality of life; it is by this concern and interest that the motivation arises to generate an intervention program that joins efforts to work not only with the patient who presents the symptoms or who receives the diagnosis but also with the family, commonly seen as external to the patient's life and who sometimes comes to complement, accompany or supervise the process. Family, however, is rarely included as part of the process, except when the conflict affects the family directly or in a support group. The present work*

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Km 1 de la carretera Mérida-Tizimín, 97305 Cholul, Yuc., México, tel. (999)943-20-98, correos: A20219021@alumnos.uady.mx y [estrella.vazquez@correo.uady.mx](mailto:estrella.vazquez@correo.uady.mx).



*is a case study from the "circular investigation" proposed by González (1997), in which depressive disorder involves its dysthymic modality from psychodynamic therapy. This approach treats the family as a whole, respecting their processes, giving importance, and listening to each member, not just the applicant. Through this intervention, we examined the psycho-emotional impact experienced by relatives of patients diagnosed with depression. Subsequently, a psychodynamic family intervention was designed and applied through four phases: diagnosis, intervention, consolidation of objectives, and closure. The intervention favored improved coping in family dynamics and benefitted the patient's emotional stability.*

**Key words:** Depression; Case study; Family psychotherapy; Psychodynamic intervention.

Recibido: 15/07/2022

Aceptado: 17/02/2023

La depresión es una enfermedad mental que aqueja cada vez más a los adultos jóvenes de todo el mundo, siendo una de sus características principales lo discapacitante que resulta si no es diagnosticada y tratada a tiempo por un especialista. Sin embargo, los síntomas y causas de la depresión suelen pasar desapercibidos por los familiares, amistades y redes sociales cotidianas del paciente. Es precisamente por ello que resulta importante poner especial atención en la familia, ya que sus miembros suelen ser quienes conviven de forma más cercana con dicho paciente, y quienes generalmente son los primeros que advierten los síntomas iniciales de la enfermedad, a pesar de ignorar el diagnóstico; a la vez, son quienes, además del paciente, padecen más de cerca las consecuencias de tales síntomas.

En México, las estadísticas indican que 9.2% de la población mexicana ha tenido al menos un episodio de depresión en su vida (Cerecero *et al.*, 2020), lo que contrasta con el promedio mundial de 4.4% (Organización Mundial de la Salud, 2017). La población más afectada por la depresión son los adultos de 20 años o más (Secretaría de Salud, 2016), que es justamente la de mayor productividad económica. Resulta, pues, importante encaminar los esfuerzos hacia esta población que enfrenta retos cada vez mayores, al tiempo que se ve afecta-

da más frecuente y tempranamente por esta enfermedad mental. Tales datos dejan entrever que en el futuro cercano se diagnosticarán cada vez más casos de depresión asociados o detonados por nuevas pandemias, como la reciente de COVID-19, tanto en quienes hayan perdido a un ser querido como en el personal sanitario de adultos jóvenes, que se ha visto obligado a trabajar incansablemente. En el largo plazo, muchos de los niños y adolescentes que sufrieron los efectos de la mencionada pandemia se vieron afectados de manera profunda por sus consecuencias, y corren el riesgo de padecer depresión en el futuro.

La depresión no solamente incide en el paciente, en quien puede generar discapacidad o incluso la muerte, lo cual es preocupante por sí mismo, sino que también tiene efectos colaterales en los vínculos sociales de quienes la padecen —especialmente la pareja y familia— debido a que, al igual que otras enfermedades mentales, implica una considerable carga psicológica, física y económica para quienes conviven con tales personas (Durán, 2002). Ante una enfermedad mental como la depresión la familia establece mecanismos autorregulatorios para poder seguir funcionando, lo que provoca cambios conscientes e inconscientes en las interacciones entre sus miembros, lo que puede conducir al equilibrio o al desequilibrio; este último, pone en riesgo el bienestar de la familia y del paciente, así como la operación y funcionalidad del sistema familiar (Fernández, 2004).

Inevitablemente, todo lo anterior lleva a considerar a la familia como una víctima colateral de la depresión, cualquiera que sea el desenlace de la enfermedad. Es imperativo, pues, fijar la mirada en las familias de los pacientes con depresión a través de la siguiente pregunta: ¿Qué efecto producirá la psicoterapia psicodinámica familiar en pacientes adultos jóvenes con depresión y en sus familias? Atender las repercusiones que tiene la depresión en la familia y en el rol que cada integrante de esta asume en función del afrontamiento, debe ser tarea del psicólogo.

Los esfuerzos que lleva a cabo el sistema familiar son vitales para cumplir con los objetivos del tratamiento (Blanco, 2013). Para poder atender este padecimiento se suele trabajar a partir de un modelo individual o grupal; sin embargo, es también posible efectuar una intervención familiar que

pueda abordar las aristas previamente mencionadas. Nolasco (1988) señala lo siguiente: “La psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, primario: la familia. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia, vista como un todo orgánico. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar, sino más bien crear una nueva manera de vivir”. (p. 294).

Es bajo esta premisa que se decidió abordar el estudio de caso de la paciente “Danna” (seudónimo) a partir de un enfoque familiar encuadrado en el modelo psicodinámico, mismo que ha demostrado ser significativamente eficaz en el tratamiento de la depresión en diversos metaanálisis; en general, los resultados han mostrado mejoras significativas desde el pretratamiento hasta el postratamiento; asimismo, se ha probado que no hay una diferencia significativa entre la terapia psicodinámica y otras psicoterapias para tratar la depresión. Sin embargo, en el tratamiento de la ansiedad relacionada con la depresión la terapia psicodinámica resulta ser significativamente más eficaz que otros tratamientos (Driessen *et al.* 2015).

Un aspecto a considerar el uso y la eficacia del modelo psicodinámico en el caso de Danna es el tratamiento farmacológico indicado para dicha paciente. Por ejemplo, el estudio de Barber y Solomonov (2016) indica que la mencionada psicoterapia, combinada con medicación, resulta más efectiva que solo el tratamiento médico. Tomando como base el éxito en el tratamiento y la comprensión del modelo psicodinámico, se utilizaron como referencias para la intervención los trabajos de Nathan Ackerman (*cf.* Sánchez, 2000), quien, a raíz de su trabajo en consultorio, pudo observar la manera en que la dinámica familiar influía en los problemas emocionales; por lo tanto, la solución consistía en atender a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico, de modo que pudiera ser atendida como si se tratara de un paciente, al tiempo que los miembros de la misma eran atendidos individualmente. De igual manera, Berenstein (1983) acuña el término “estructura familiar inconsciente”, que implica analizar los vínculos que se generan entre el Yo y el Otro, o

sea, la forma de relación del individuo dentro de la familia, así como el “lugar” que ocupa determinado individuo dentro de esa estructura familiar inconsciente. De igual forma, la frase “Acuerdos, pactos y reglas inconscientes” deja entrever cómo se forman los sistemas relacionales entre la familia completa, las alianzas entre miembros y el carácter de las reglas y valores que permean en la familia, generalmente de los padres a los hijos. Otra característica de una familia que genera los trastornos, pero que puede ser redirigida y analizada en beneficio del paciente, es lo que el mismo Berenstein describe como “ansiedades y defensas primitivas familiares”.

A este respecto, se puede hablar de dos ansiedades: “ansiedad aniquilante” y “ansiedad claustrofóbica”. La primera describe el factor protector de la familia contra la estructura de la misma que se puede ver amenazada por un Otro externo. La segunda es descrita como aquella que surge de la rigidez del lazo familiar, lo que lleva al sujeto a quedar encerrado en los vínculos paternos, generando así la idea de que siempre estarán ahí dando completud y amparando al sujeto. En muchas ocasiones, lo anterior propicia un nivel de ansiedad tan elevado que el sujeto tiende a huir de alguna forma del sistema familiar. Por lo tanto, resulta coherente abordar el caso desde la perspectiva psicodinámica familiar, misma que permite entender al individuo al analizar sus relaciones e interacciones con el grupo social con el que más ha convivido a lo largo del tiempo.

Por lo antes dicho, el objetivo del presente estudio fue diseñar e implementar una intervención psicodinámica familiar en una paciente con diagnóstico de depresión.

## MÉTODO

### Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por la paciente, identificada aquí con el seudónimo “Danna”, una mujer de 36 años, divorciada tras 18 años de relación en pareja, quien trabajaba en una oficina como parte del personal administrativo. Vivía sola, era económicamente independien-

te y había sido diagnosticada dos años atrás con trastorno depresivo persistente (distimia) de inicio tardío en grado moderado; asimismo, presentaba comorbilidad con el consumo de alcohol.

“Manuel” (seudónimo), varón de 29 años, hermano de la paciente, soltero, vivía en otra entidad, trabajaba en una oficina y tenía un grupo musical; era económicamente independiente y se hallaba en remisión de lo que él consideraba un abuso del consumo de alcohol sostenido a lo largo de un año.

“Luis”, varón de 24 años, hermano de la paciente, soltero, desempleado, dependía económicamente de sus padres.

“Dana”, mujer de 54 años, madre de la paciente, jubilada, había trabajado en la misma oficina que su hija; vivía con su esposo y no llevaba a cabo ninguna actividad económica.

## Instrumentos

*Test de Persona bajo la Lluvia* (Querol y Chaves, 2004).

Este instrumento es un test proyectivo gráfico que se utiliza para evaluar y establecer los recursos de cada participante ante las adversidades, así como sus formas de afrontarlas. Se basa en la idea de que el paciente puede volcar sus recursos mediante el dibujo de una persona bajo la lluvia, donde esta última representa esas adversidades.

*Test Phillipson de relaciones objetales* (Phillipson, 1954).

Prueba proyectiva que consta de tres series de cuatro láminas con figuras y una lámina en blanco. Las series reciben los nombres de A, B y C. En las láminas se presentan situaciones relacionales de una, dos y tres personas, y también una situación grupal. En las láminas hay variaciones en cuanto al contenido y el contexto de realidad. Fue diseñado como una alternativa a las pruebas de Apercepción Temática y de Rorschach (cf. Rodríguez, 2019).

*Test de la Figura Humana de Machover* (Machover, 1963).

El Dibujo de la Figura Humana está considerado como una técnica proyectiva (es decir, su interpre-

tación ha estado a cargo de las corrientes psicoanalíticas) y forma parte de las pruebas de lápiz y papel. En ella, se le pide al examinado que dibuje a una persona. Cuando termina de hacer el dibujo, se le solicita que dibuje en otra hoja a una persona del sexo opuesto al que hizo en primera instancia. Para finalizar, se le dice que haga una historia de cada una de esas personas (cf. Escamilla y Guzmán, 2015; Sánchez y Pirela, 2012).

## Técnicas utilizadas

### *Entrevista clínica*

La entrevista es, principalmente, una situación de comunicación vocal en un grupo de al menos dos individuos, con una pauta previa cimentada sobre una base desarrollada progresivamente de experto-cliente, cuyo propósito es elucidar las pautas características de vida del sujeto, paciente o cliente entrevistado, y las pautas o normas que experimenta como particularmente productoras de dificultades o de experiencias especialmente valiosas, de cuya revelación se espera obtener algún beneficio (Sullivan, 1970).

### *Intervención familiar psicodinámica*

La intervención familiar psicodinámica permite trabajar sobre lo que se denomina “estructura familiar inconsciente”; es decir, los vínculos que se establecen dentro de la familia, que a su vez generan un espacio virtual extraterritorial de los individuos. Por ello, se puede decir que el paciente a tratar en este tipo de terapia es la familia (Berenstein, 1983).

### *Observación*

La observación en el método clínico, especialmente en el psicoanálisis y en sus variantes, procede del ámbito de la medicina, aunque ha sufrido modificaciones con la integración de los conocimientos aportados por distintas aproximaciones teóricas y técnicas. Sin embargo, se mantiene la concepción del ser humano como una unidad biopsicosocial, y depende del marco teórico que utilice el psicólogo la interpretación que dará al proceso de conocimiento de lo que la persona o paciente “es”, “agrega” o “comunica”, ya sea de forma verbal o no verbal, lo que permite que el analista parta de



lo general o conocido a lo particular o desconocido, de lo consciente a lo inconsciente. Adicionalmente, la observación abarca también una posible descripción física particularizada del sujeto que haga posible identificarle y diferenciarle, aportando además un conocimiento detallado y minucioso (Díaz, 2011).

## Procedimiento

Tras las entrevistas iniciales, se efectuó una sesión familiar con el objetivo de lograr un encuadre terapéutico mediante el cual se acordaron los horarios, el número de sesiones y la firma de una carta de consentimiento informado. De igual manera, se informó a la paciente y a sus familiares el uso de seudónimos, haciéndoles saber que estaba censurada la difusión de todo tipo de dato o de informaciones sobre ellos u otras personas que pudieran facilitar su identificación por parte de familiares, conocidos o público en general. En esa misma carta se les informaron sus derechos, tales como su retiro voluntario, la devolución y destrucción de la información en caso de rechazar o negarse al tratamiento o su publicación, y también se les comunicaron las bases del código ético del psicólogo sobre las cuales se llevaba a cabo la intervención, la cual se dividió en cuatro etapas:

### *I. Fase diagnóstica*

A partir de la primera sesión se efectuaron seis sesiones diagnósticas familiares más y ocho individuales para corroborar el diagnóstico de la paciente, comprender la problemática familiar y plantear y construir objetivos grupales e individuales específicos. Durante esta etapa se aplicaron los siguientes instrumentos proyectivos que permitieron confirmar el diagnóstico: Test de la Figura Humana de Machover, Test Phillipson de Relaciones Objetales y Test de Persona bajo la Lluvia. Adicionalmente, se llevaron a cabo la entrevista clínica, la observación, el llenado de la historia clínica y la intervención familiar psicodinámica.

### *II. Fase de Intervención*

A lo largo de cuatro sesiones familiares y tres individuales se comenzaron a cimentar los cambios que dieran lugar al objetivo planteado. Cabe sub-

rayar que la corta duración de esta etapa se debió a los progresos iniciados durante la fase diagnóstica. Durante esta fase se hizo uso de los mismos elementos de la fase anterior.

### *III. Fase de Consolidación de Objetivos*

Durante cuatro sesiones familiares y cuatro individuales se reforzaron los cambios logrados durante la intervención; se abrieron espacios de diálogo y convivencia para reforzar la confianza entre los miembros, así como la revisión y resolución de las situaciones y conflictos que pudieran afectar los logros adquiridos durante las etapas anteriores. Para la consolidación de objetivos se utilizaron la entrevista clínica, la observación y la intervención familiar psicodinámica.

### *IV. Fase de Cierre*

Durante esta etapa, se dio fin a la intervención re-  
troalimentando a la familia individual y grupalmente, así como contrastando los cambios generados durante el proceso completo. Las técnicas usadas en esta fase fueron la entrevista clínica y la intervención familiar psicodinámica.

## RESULTADOS

Tras la fase diagnóstica, se pudo concluir que la paciente cumplía los criterios de un trastorno depresivo persistente (distimia) debido a la persistencia de sus síntomas; asimismo, se confirmó la comorbilidad con el trastorno por consumo de alcohol. Se encontraron conductas que habrían podido desembocar en un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pero dichas conductas pudieron ser abordadas durante la intervención, previniendo así dicho trastorno. En los otros miembros de la familia no se hallaron evidencias clínicamente significativas que pudieran sugerir algún trastorno mental o conductual; sin embargo, se observaron conductas ansiosas en todos ellos, especialmente sobre la salud física o la seguridad de los padres e hijos. Se apreció también una marcada tendencia a evitar el conflicto aun cuando este tuviese consecuencias positivas, así como un lenguaje de amor tanto físico como verbal dispar entre los deseos expresados en el consultorio y las conductas cotidianas.

La familia, como figura de apoyo y soporte de sus miembros, estaba disponible en los ámbitos económico y el de cuidados generales, e incluso destacaba en ellos una ansiedad base significativamente mayor a la esperada cuando se referían a los demás; es decir, los hijos se preocupaban de manera ansiosa por la salud mental y física de sus padres y hermanos, así como de los padres hacia los hijos. Lo anterior incluso se hizo evidente en la cantidad de tiempo y energía psíquica invertida por aquellos para anticipar los riesgos físicos a los cuales podrían verse expuestos sus hijos en situaciones externas al ámbito familiar o laboral. Adicionalmente, ese rol de apoyo y soporte existía, pero no era percibido por los hijos, los cuales vivían en un constante temor de no cumplir las expectativas de sus progenitores, sentir que habían fracasado o preferir callar ante los problemas por temor a ver cumplidos sus temores. La madre expresaba que el sistema parental no había sabido expresar ese apoyo y soporte en un lenguaje unificado, lo que creaba así una distancia emocional significativa entre padres e hijos y entre los propios hermanos. Estas dos situaciones habían generado un ambiente en el cual había resultado muy difícil para la paciente externar sus miedos, experiencias negativas y sentimientos de todo tipo, e incluso descontento hacia miembros de la familia por temor a ser juzgada y rechazada, lo cual, sumado a la pérdida de su relación de pareja y de sus planes de vida, agudizaba la depresión y sus síntomas, especialmente el consumo de alcohol. Es así como había llegado a cumplir los criterios de comorbilidad del trastorno por consumo de alcohol, el riesgo latente de un trastorno alimenticio y el deterioro de su salud física.

Existían marcados antecedentes respecto a la significación de la infancia y adolescencia de la paciente que la habían llevado a dudar de su rol dentro de la familia, del deseo de sus padres por haberla concebido y del amor que estos sentían hacia ella. De igual manera, la historia de vida de la paciente reflejaba un patrón de violencia psicológica verbal y física por parte de su expareja que alimentaba su baja autoestima y el sentimiento de abandono e indefensión, y se percibía en ella un duelo no concluido, especialmente respecto a la maternidad, un deseo explícito de la paciente que

ahora veía casi imposible de satisfacer por la falta de una pareja estable y de un plan de vida.

En relación con el trastorno por consumo de alcohol, la paciente estaba consciente de los daños que causaba a su salud física, y que era motivo de discusiones constantes y de ansiedad en el sistema familiar. Además, había intentado sin éxito reducir su consumo, pese a explicitar sus deseos por hacerlo; sin embargo, no deseaba eliminarlo por completo, y había notado desde seis meses antes una necesidad de consumir cantidades mayores de alcohol para lograr el efecto deseado.

El significado del alcohol en la familia estaba fuertemente inducido por el discurso de su expareja hacia la familia; de hecho, a partir de la historia clínica es posible concluir que dicho consumo no constituía un problema sino en los seis meses previos al inicio del tratamiento, coincidiendo con el divorcio legal de la paciente; no obstante, era ya etiquetada como alcohólica por su familia. Lo anterior hace suponer que el alcohol había servido como un medio para escapar y comunicar su malestar psicológico aprovechando el significado que se le había dado a la sustancia desde antes de que surgieran los síntomas clínicamente significativos. Por lo tanto, se requirió una intervención que se enfocara no solamente en ubicar a la familia acerca del estado emocional de Danna, así como brindarles un apoyo de escucha y catarsis ante la situación que la misma familia había definido como desesperante, sino también generar un lenguaje unificado de afecto que incluyera la disposición a esa escucha, alentara la conversación o disminuyera el temor a la misma, y sobre todo que generase un cambio relacional entre los miembros de la familia para que ese apoyo y soporte fuera percibido y aprovechado por ellos al eliminar esas barreras en la comunicación y la expresión emocional, de manera que se percibiera al sistema familiar como un factor protector y no de amenaza, disminuyendo así la necesidad de la paciente por el alcohol como un “amigo” (en palabras de la paciente), y que, por el contrario, mirase a los demás como dispuestos a ayudarla para dar fin a su cuadro depresivo distímico.

Tal intervención se efectuó en un total de 48 horas, repartidas en dieciséis sesiones de dos horas en el grupo familiar, y de dieciséis sesiones

individuales con la madre y el hermano menor, a la par que la paciente y su hermano mayor se implicaban en procesos individuales alternos previos al inicio de la intervención familiar.

Tras las sesiones familiares e individuales, los pacientes reportaron cambios considerables en la dinámica familiar, especialmente en el lenguaje de amor y aceptación incondicional, habiendo sido este uno de los reclamos más recurrentes por parte de Danna al sentirse excluida de la familia. El riesgo de un TCA observado durante el diagnóstico pudo reducirse significativamente, al punto de que ella resignificó la alimentación como una forma de amor propio y de amor familiar; así, se establecieron rituales de convivencia alrededor de la comida con los padres, hermano y tíos, y no como un método de autoagresión, toda vez que la paciente sentía repulsión y culpa al momento de comer.

En cuanto al consumo de alcohol, la resignificación del mismo hizo posible llevar a la paciente a consumir en forma moderada y sin sentir ansiedad ni necesidad de hacerlo frente a sus padres y hermanos en mayor cantidad que la aceptada en la familia (dos cervezas), al mismo tiempo que los padres y hermanos redujeron e incluso cesaron la hipervigilancia sobre Danna, lo cual condujo a nuevas dinámicas familiares, como viajes, vacaciones en la playa, conciertos, tardes de baraja y otras, durante las cuales la paciente disminuía, e incluso sustituía, el consumo de alcohol con bebidas no alcohólicas (cerveza sin alcohol, refrescos, preparados sin alcohol, etc.), lo que permitía a la familia, especialmente al padre, darse la oportunidad de consumir alcohol frente a Danna, eliminando así ese tabú.

Este último hecho resulta especialmente relevante, ya que tanto la familia como la paciente dejaron de ocultar entre ellos el consumo de alcohol, lo que condujo a reducirlo. Destaca también la comunicación acrecentada entre los miembros de la familia, la cual había estado diluida por el miedo, la ansiedad y la culpa. La paciente pudo externar sus miedos, sentimientos positivos y negativos, dudas o planes, que antes solamente había podido comunicar al consumir alcohol. De igual manera, los síntomas depresivos se redujeron, siendo notorios en el autocuidado de la paciente, es-

pecialmente en la parte del cuidado médico, pues comenzó a acudir a distintos especialistas para tratarse diversos problemas orgánicos que no había atendido en el pasado, y logrando, después de esos dos años, apegarse a los tratamientos farmacológicos.

Los cambios más notorios en la confianza de la paciente fueron generar vínculos positivos con viejas y nuevas amistades, practicar ejercicios físicos regularmente, hablar frente a su familia de circunstancias del pasado especialmente dolorosas (como la violencia de su expareja), así como acrecentar su autoestima, definida por Danna con frases tales como “Ya no soy la que quieren los demás que sea” o “Aunque todavía no sepa quién soy, quiero ser yo misma”. La ansiedad grupal, especialmente la de la madre, se vio igualmente reducida; esta última logró encontrar y desarrollar estrategias para canalizar su ansiedad, pero también para resignificar los posibles “peligros” a los cuales se enfrentaban sus hijos, haciéndolos responsables y respetando sus individualidades como adultos. En el padre, a pesar de no haber participado en el programa de intervención, también se pudieron observar –según lo externado por los hijos y la madre– cambios significativos en su proceder con la familia, especialmente con Danna.

## DISCUSIÓN

Como se puede apreciar, el objetivo de la intervención se cumplió tanto en las metas individuales como familiares. De forma individual, cada uno de los participantes hizo cambios en la búsqueda de una meta común. Como grupo, la familia efectuó asimismo cambios relevantes, mediante los cuales cada miembro aportó lo necesario para el cumplimiento de tales metas. Ello fue posible gracias a los recursos afectivos con los que contaba la familia antes de iniciar la intervención, recursos los cuales, no obstante, no canalizaba de una manera positiva.

Otro factor preponderante en el logro de los objetivos fue la apertura de la familia a la escucha y el entendimiento del origen y las causas de los síntomas depresivos de Danna, así como

su comorbilidad del consumo de alcohol. Para ella, desmitificar el consumo y eliminar la etiqueta de “alcohólica” que le había sido impuesta por su expareja cobró un significado mayúsculo en su auto-percepción, su empoderamiento y su mejoría. Su capacidad de discernimiento, su autoevaluación y la necesidad de comunicar sus avances, miedos y pasado y presente desempeñaron un importante papel para que comprendiera su lugar dentro de la familia, lo que trajo consigo el logro de la meta de no permitir que nadie la sobajara y aceptara que era únicamente su responsabilidad poner límites a los demás y a sí misma.

Esta capacidad de autocriticarse y de exponer sus sentimientos, pensamientos y emociones, así como cumplir en su gran mayoría los acuerdos para con su familia, le valió la confianza de parte del sistema paternal. En palabras de su madre, “Mi hija es una adulta y tiene la capacidad de saber lo que es bueno para ella y lo que no, aunque no nos guste”. Tal independencia es diametralmente opuesta a la visión de la “adolescente rebelde” que la propia Danna y su familia habían depositado en ella misma.

Desmitificar la relación matrimonial de Danna y sacar a la luz problemas tan serios y ocultos como el maltrato psicológico y físico del cual había sido víctima, así como sus dudas existenciales, tales como “mi lugar en la familia”, “ser la oveja negra”, “sentir que nunca fui deseada ni planeada”, entre otras, llevaron a la familia a aceptar sus errores de juicio, ofrecerle disculpas por sus comportamientos inadecuados en el pasado y reconocer en ella sus esfuerzos por mejorar. Sin embargo, también desempeñó un papel importante la imposición de límites amorosos, pero no por ello menos estrictos, por parte de la madre, así como retomar su papel como tal, aconsejando e incluso imponiéndose a su hija en ciertos aspectos. Una

frase que se puede considerar relevante sobre lo anterior: “Entiendo que antes tomaras a escondidas por la presión que sentías de tu exmarido y el maltrato psicológico que te daba, y por eso te rebelabas, pero él ya no está, y Dios quiera que no vuelva. Ya no tienes que esconderte de nosotros para tomar; no, nosotros no somos él”. Dicha frase adquiere un significado sumamente poderoso y al mismo tiempo amoroso, separando a la familia del objeto tanático que representaba la expareja, hecho que quedó en evidencia cuando la paciente señaló: “Me estoy tomando a mi exmarido; literalmente quiero tomármelo y desaparecerlo”. Esto dotó a Danna del poder sobre sus decisiones y su libertad, pero también le recordó su lugar en la familia. A su vez, la madre adoptó y personificó su rol de madre, de guía y de autoridad a partir de una mirada afectiva, comprensiva y no estigmatizante.

Como se puede patentizar, el inconsciente familiar tenía una dirección clara para culpabilizar a la paciente y estigmatizarla sin comprender o conocer las causas de su depresión y del consumo de alcohol. Este acto inconsciente promovía la compulsión de Danna de ser “la oveja negra de la familia”. Es hasta que se le da el peso a la historia y la voz de la paciente que esta se acepta a sí misma como víctima de abuso, y al mismo tiempo como responsable de su vida y de sus actos, de modo que puede romper este ciclo y dar pie a nuevas interacciones, más amorosas, más sanas y eficaces y contribuir en la búsqueda de su bienestar físico y psicológico.

Sin lugar a dudas, el rol de la familia fue crucial, ya que si bien el peso y autoridad que ejercía sobre la paciente pudo en un primer momento contribuir al trastorno depresivo mayor y al trastorno por consumo de alcohol, ahora actúa como un factor protector, contribuyendo así al tratamiento individual de Danna y a su recuperación.

*Citación:* Vázquez-Marfil, A.O. y Vázquez-Vargas, E.E. (2024). Psicoterapia psicodinámica familiar dirigida a un paciente adulto joven con diagnóstico de depresión. *Psicología y Salud*, 34(1), 165-173. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2854>



## REFERENCIAS

- Barber, J. y Solomonov, N. (2016). Psychodynamic theories. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim y B. O. Olatunji (Eds.): *APA handbooks in psychology*®. *APA handbook of clinical psychology: Theory and research* (pp. 53-77). American Psychological Association. Doi: 10.1037/14773-003
- Berenstein, I. (1983). *Psicoanálisis de la estructura familiar* [Mesa redonda]. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/juridica/varela/berenstein%20-%20la%20estructura%20familiar%20inconciente%20pag%20127%20a%20141.pdf>
- Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *Realitas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 46-51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4766799>
- Cerecero G., D., Macías G., F., Arámburo M., T. y Bautista A., S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62, 840-850. Doi: 10.21149/11558
- Díaz S., L. (2011). La observación. En *Textos de Apoyo Didáctico de la Facultad de Psicología*. UNAM. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La\\_observacion\\_Lidia\\_Diaz\\_Sanjuan\\_Texto\\_Apoyo\\_Didactico\\_Metodo\\_Clinico\\_3\\_Sem.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf)
- Driessen, E., Hegelmaier, L., Abbass, A., Barber, J., Dekker, J., Van, H., Jansma, E. y Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15. Doi: 10.1016/j.cpr.2015.07.004
- Durán, M. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad* (2ª ed.). Fundación BBVA.
- Escamilla, M. y Guzmán R. (2015). Resultados del Test de la Figura Humana y su relación con las teorías del desarrollo. *Educación y Salud. Boletín Científico del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 4(7). Doi: 10.29057/icsa.v4i7.835
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 47(6), 251-254. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- González, J. (1997). Investigación circular para estudios de un solo caso. *Aletheia*, 16(1).
- Machover, K. (1963). *Dibujo de la Figura Humana: Un método de investigar la personalidad. Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Anderson & Anderson..
- Nolasco, C. (1988). ¿Qué es terapia familiar? *Revista Médica Hondureña*, 56, 294-299.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. OMS*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Phillipson, J. (1954). *The Object Relations Technique (Plates and Manual)*. London: Tavistock.
- Querol, S. y Chaves, M. (2004). *Test de la Persona bajo la Lluvia: Adaptación y aplicación*. Lugar Editorial, S.A.
- Rodríguez V., E. (2019). *Test de Relaciones Objetales (TRO) ¿Una herramienta que da voz a los resultados obtenidos por el BDI-II?* Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11531/51278>
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. El Manual Moderno.
- Sánchez G., M. y Pírela F., L. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *Telos*, 14(2), 210-222.
- Secretaría de Salud (2016). *4º Informe de Labores 2015-2016*. México. Recuperado de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/4toInformeDeLaboresSS.pdf>
- Sullivan, H. (1970). *La entrevista psiquiátrica*. W. W. Norton & Company.