

IMPACTO DE LA TERAPIA GRUPAL PSICODINÁMICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

IMPACT OF PSYCHODYNAMIC GROUP THERAPY ON PATIENTS WITH DEPRESSION

Recibido: 2 de julio de 2024 | Aceptado: 2 de junio de 2025

DOI: <https://doi.org/10.55611/rep.3601.02>

Olmo Jesús **Sierra Moreno** ¹

¹ Universidade de Brasília, Brasília, Brasil

RESUMEN

Esta investigación evaluó los efectos de una psicoterapia grupal basada en el modelo psicodinámico con personas diagnosticadas con depresión. Participaron cinco personas en un diseño cuasiexperimental con medidas de preprueba y posprueba. La intervención consistió en 10 sesiones semanales de 2.5 a 3 horas. Usamos datos de comparación ocho semanas después de finalización de la intervención y los instrumentos MADRS (instrumento para la evaluación de la depresión Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), PHQ-9 (Cuestionario de salud del Paciente), y QLDS (Escala de Calidad de Vida para la Depresión). Realizamos entrevistas no estructuradas para evaluar síntomas depresivos y calidad de vida. Los resultados mostraron reducciones en síntomas depresivos (PHQ-9 y MADRS) y mejoras en calidad de vida (QLDS). Las medias del PHQ-9 disminuyeron de 16.80 a 8.40, las del QLDS de 21.60 a 18.40, y las del MADRS de 29.00 a 13.80. Esto reflejó una mejoría en los síntomas tras la intervención. Además, realizamos entrevistas semiestructuradas para explorar la experiencia subjetiva de las personas participantes, con categorías construidas según los principios de Hugo Bleichmar sobre el tratamiento psicodinámico de la depresión. Destacamos el efecto positivo de la psicoterapia grupal psicodinámica en la reducción de la depresión y su impacto en el bienestar.

PALABRAS CLAVE: terapia grupal, depresión, terapia psicodinámica, psicoanálisis.

ABSTRACT

This study examined the effects of psychodynamic group psychotherapy on individuals diagnosed with depression. The quasi-experimental design included five participants, with pretest and posttest assessments. The intervention consisted of 10 weekly sessions lasting 2.5 to 3 hours, with follow-up data collected eight weeks post-intervention. Depressive symptoms and quality of life were assessed using the Scale Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Quality of Life Scale for Depression (QLDS), and unstructured interviews. The results demonstrated reductions in depressive symptoms (PHQ-9 and MADRS) and improvements in quality of life (QLDS). Specifically, the mean of PHQ-9 scores decreased from 16.80 to 8.40, QLDS scores from 21.60 to 18.40, and MADRS scores from 29.00 to 13.80, which indicate improvement on symptoms following the intervention. Additionally, semi-structured interviews explored participants' subjective experiences, with categories derived from Hugo Bleichmar's principles of psychodynamic treatment for depression. These findings underscore the positive effect of psychodynamic group psychotherapy in alleviating depressive symptoms and enhancing well-being.

KEYWORDS: group therapy, depression, psychodynamic therapy, psychoanalysis.

Correspondencia de este artículo debe ser dirigida a Olmo Jesús Sierra Moreno, Doctor en Psicología Social, del Trabajo y las Organizaciones de la Universidade de Brasília, Brasil. E-mail: ojsierram@unal.edu.co

La depresión es la enfermedad mental más común en el mundo, lo que eleva su estado a uno epidémico (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2023). Los ritmos acelerados de vida, la dificultad de entablar relaciones, la soledad, las exigencias de efectividad, éxito y competitividad llevan al sujeto a un sentido de desamparo. De acuerdo con la OMS, el 4.4 % de la población mundial ha sufrido de depresión, y aproximadamente 280 millones de personas sufren del trastorno (OMS, 2023). Además, la depresión implica un gasto alto en la salud pública mundial (Malhi & Mann, 2018). Emerge en el sujeto¹ la incapacidad de situarse fácilmente frente al mundo, frente a sí mismo y las demás personas con efecto de desesperanza frente a la vida (Parales-Quenza, 2008). De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud de Colombia, la depresión es la enfermedad más diagnosticada con 4.7% de la población y la menos tratada (Instituto Nacional de Salud, 2024). Desde el enfoque psicodinámico, se considera que lo esencial en el tratamiento de la depresión es que las personas tengan un deseo de acudir y de mantener el proceso con su palabra, además de confrontar lo que se dice para poder resolver los conflictos inconscientes que surgen en su vida. La gran diferencia con los otros modelos de atención es que en la teoría psicodinámica parte de la noción de inconsciente, que es incommensurable y no se puede reducir a variables objetivas.

La sociedad en su afán por encontrar “curas” rápidas frente a la depresión, ha promovido la medicación de fármacos con el objetivo de que el sujeto produzca sin cuestionar los efectos secundarios que pueden surgir de los fármacos y su propia manera de resolver sus problemáticas. Además, existen altos réditos financieros a las farmacéuticas (Cosgrove & Krinsky, 2012). Esto ha ocasionado que estas industrias

tengan un interés en la creación de nosologías médicas para diagnosticar y medicar (Cosgrove et al, 2007). Hasta la British Psychological Society ha criticado la forma de elaboración del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Quinta Edición o DSM 5 por considerar que tiene muchos sesgos y que sus intereses económicos son evidentes (Frances, 2011).

Los ritmos de vida han convertido al sujeto en un ser alienado sin mayor cuestionamiento sobre la vida. El mundo se encuentra lleno de incertidumbres, lo que ocasiona que todos los aspectos de la vida privada y pública se modifiquen. Todo se vuelve una competencia, la solidaridad se destruye, imperando la individualidad. La excesiva medicación es consecuencia del capital y ocasiona que el sujeto no se observe así mismo, no se detenga a pensar sobre su vida, ni a generar un lazo fuerte con el otro² (Bauman, 2013). La acumulación de estas emociones tiende a intensificarse, lo que contribuye a una depresión. La discapacidad funcional está vinculada a trayectorias desfavorables de los síntomas depresivos (Dey, 2017).

Los vínculos se han desvanecido y los ritmos de vida han enajenado al sujeto en la vía de construir un lazo con el otro, lo que lleva a que el sujeto se encuentre en el mundo solo, sin tener a alguien que lo soporte y lo apoye. Por otra parte, surge mayor fragilidad en el sujeto para enfrentar los conflictos y dificultades que se le presentan (Lian et al., 2021). La soledad ha sido definida como una experiencia desagradable y estresante que surge por la incapacidad de relacionarse con las demás personas, lo que reduce la satisfacción con la vida. Existen varias investigaciones que relacionan la depresión con la soledad, con la falta de una fuente de apoyo que le permita imponerse sobre su

1. En psicoanálisis la palabra sujeto refiere a la captura del lenguaje de un cuerpo por medio de la palabra, no tiene una acepción masculina o femenina debido a que previamente no existe corporalidad ni la persona tiene una noción de lo que significa la masculinidad o feminidad. En otros idiomas, como el inglés o alemán, se escribe en forma neutra The Subject y Das Subjekt. En español, ya que no existen los pronombres neutros, se opta por el masculino. Lo anterior no quiere decir que su significado en el psicoanálisis de habla hispana cambie.

2. El otro con o minúscula hace referencia a una persona semejante o un objeto, sin importar su género o raza. En el alemán Freud lo utilizaba de forma neutra Das Andere. Sucede lo mismo con el término Sujeto, en español no existe el género neutro y por eso se masculiniza. Lo anterior no quiere decir que lo femenino no se estudia en el psicoanálisis.

dolencia; la soledad y la depresión hace que se manifiesten síntomas físicos de dolor, fatiga y tristeza (Jaremka et al., 2014).

Según Bermardon et al. (2011), una de las estrategias más efectivas para enfrentar la depresión consiste en fomentar que las personas busquen soporte en sus redes de apoyo para que generen espacios de interacción social que les permitan evitar el aislamiento emocional. En los casos en los que estas estrategias resulten insuficientes, es fundamental recurrir a un tratamiento especializado. Por su parte, en el contexto colombiano, la situación es preocupante: el 4,7% de la población afiliada al sistema de salud ha requerido atención debido a sintomatología asociada a la depresión (Ministerio de Salud de Colombia, 2017).

La depresión puede entenderse como una reacción de impotencia ante la imposibilidad de alcanzar los resultados esperados, lo que refleja la imposibilidad de una felicidad plena. En este sentido, surge como un fracaso frente a las imposiciones características de la sociedad contemporánea, marcada por relaciones de consumo (Izovich, 2005, 2021). Conforme a lo anterior, el sujeto deprimido tiende a desvincularse del deseo y de las exigencias externas, y encuentra cierto placer en su sufrimiento (Corchón et al., 2021). Además, otro factor relevante en la génesis de la depresión es el rechazo a las imposiciones sociales, lo que lleva a una percepción de la vida como carente de sentido y propensa al aburrimiento (Bleichmar, 1980).

La forma más sencilla de no mirar las cosas de frente es la depresión. Un deseo implica siempre una decisión que se asocia con el coraje; es la representación de un deseo como irrealizable al que se está intensamente fijado (Bleichmar, 1980). Asimismo, los estados melancólicos y de duelo comparten una sintomatología común. El duelo se da por la pérdida consciente de un objeto amado o de una abstracción equivalente, a diferencia de la melancolía, que es consecuencia de una pérdida de objeto fuera de la conciencia

(Freud, 1915/2004). En esta última, el sujeto puede saber lo que perdió, pero no qué perdió en él; es un misterio lo que perdió y es algo irrecuperable. La melancolía ocasiona que el yo se haga autorreproches, por haber permitido tal pérdida, él es el culpable (Freud, 1915/2004). Con el pasar del tiempo los autorreproches se vuelven más fuertes hacia el sujeto, lo que hace que se sienta miserable. Estos reproches son, en realidad, reclamos hacia las demás personas.

A partir de esto, se hace evidente que la ganancia secundaria de quienes padecen la melancolía es martirizar a las otras personas por su estado para evitar su hostilidad (Freud, 1915/2004). Para superar la melancolía, el sujeto debe aceptar la pérdida del objeto y poder invertir con energía libidinal otros objetos parecidos, aunque no iguales. Esto permitiría que el sujeto recupere su ser deseante. Por el contrario, si no logra aceptar la pérdida, puede que emerja una tendencia suicida, viéndose a sí mismo como el culpable de su estado. La agresividad se manifiesta buscando la muerte para acabar con la culpa. Es más fácil para el sujeto evadir que hacerse cargo de sus decisiones, y el sujeto enferma por no tomar el deseo de frente (Izovich, 2005, 2021). A partir de esta explicación, la depresión no es una estructura de personalidad para el psicoanálisis, pues no existe propiamente un síntoma, sino inhibición; no se presenta la dinámica de la generación de una satisfacción sustitutiva que el sujeto haya sentido como culposa y que sea reprimida.

La psicoterapia busca que el sujeto se sintonice consigo mismo, asuma su subjetividad y logre elevar su calidad de vida (Fiorini, 2004). Además, se constituye en una modalidad que busca tratar distintos malestares psicológicos a través de la palabra. Brinda la posibilidad de que el sujeto exprese lo que siente y le agobia sin someterse a las imposiciones institucionales como tiempos muy cortos y muy pocas sesiones. Freud pensaba que, en el futuro, los estados deberían crear un sistema de salud donde se ofreciera la psicoterapia analítica como una

herramienta para ayudar al sujeto en su malestar (Freud, 1919/2004).

En Colombia se realizó una investigación desde el enfoque contextual para tratar a una población específica con ansiedad (Martínez, 2017). Los resultados evidenciaron que el impacto de la estrategia terapéutica fue reducido, debido a que no hay un cambio significativo, aunque las personas participantes sí sintieron efectos positivos por parte de la intervención. En Canadá se realizó una investigación en la Universidad de Ottawa en la que se analizaron las diferencias entre un grupo terapéutico psicodinámico interpersonal y grupo terapéutico cognitivo conductual. Se tuvieron en cuenta las mismas variables y la población intervenida había sido diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria. Al finalizar el proceso terapéutico en ambos grupos, se concluyó que ambas terapias tienen un efecto similar (Tasca et al, 2011). La investigación anterior evidenció que es posible tratar la depresión desde el modelo psicodinámico grupal, que sus efectos benéficos se sostienen con el paso del tiempo, además de que es más barata y ayuda a combatir la soledad debido a que el proceso se hace en compañía.

Fundamentos Teóricos del Proceso Terapéutico Psicodinámico

Este modelo psicodinámico viene de la escuela de psicoanálisis del yo, la que buscaba introducir conceptos de eficacia y efectividad de un tratamiento, dado que necesitaban mostrar datos para obtener subvenciones del estado. La psicoterapia es un procedimiento con objetivos limitados; prioritariamente se orienta a restablecer el equilibrio perdido a partir del diagnóstico, y se elabora un plan de trabajo que pretende lograr los objetivos definidos que se proponen (Bellak & Small, 1988). Se interpretan las transferencias hacia lo externo, nunca la relación con la persona que está conduciendo el proceso, y se emplean diversos modos de intervención que no son parte del psicoanálisis (Meluk, comunicación personal, s.f.). Los principios básicos de la terapia

psicodinámica señalan que la mayoría de las conductas patógenas están motivadas para mantener patrones inconscientes. Es decir, la compulsión a la repetición; estas se mantienen por el ambiente que posibilita el sostenimiento de las situaciones problemáticas, el sujeto que no logra captar el significado de su conflicto inconsciente (Bellak & Small, 1988). Otro principio es que existen contenidos inconscientes que están en pugna con contenidos conscientes, y el sujeto tiende a reprimir su deseo y conflicto inconsciente. Este retorna en forma de síntoma, lo que genera un malestar (Freud, 1939/2004).

Los estudios sobre psicoterapia breve psicodinámica han demostrado que el modelo constituye un tratamiento empíricamente respaldado para la depresión. La evidencia sugiere que este enfoque produce resultados positivos en comparación con condiciones de control, como mejoras significativas en los niveles de depresión, la psicopatología general y la calidad de vida (Wienicke & Driessen, 2021). Además, la terapia psicodinámica ha mostrado ser eficaz tanto como tratamiento de primera línea como en casos de respuesta insuficiente a intervenciones previas (Wienicke & Driessen, 2021). Este modelo reduce significativamente los comportamientos autodestructivos y optimiza variables clínicas claves. Su carácter de corta duración la posiciona como una alternativa viable en sistemas de salud con recursos limitados. Cabe destacar que resulta importante personalizar los tratamientos, y considerar las dinámicas emocionales y los conflictos inconscientes específicos de cada paciente (Driessen et al., 2015).

Entre las herramientas más utilizadas en la terapia psicodinámica se encuentran la elaboración, el insight y la interpretación. El término insight se define como un conocimiento nuevo, claro y distinto que ilumina la conciencia. Este concepto se refiere a una experiencia personal que implica una revelación frente al desconocimiento, lo que permite a la persona acceder a una realidad previamente inaccesible (Etchegoyen, 2002). Por otro lado, el concepto de elaboración se

entiende como un proceso mediante el cual la persona paciente integra una interpretación, supera resistencias y avanza en su capacidad de aceptar elementos previamente reprimidos. Este proceso facilita la liberación de patrones repetitivos y constituye un trabajo constante que se desarrolla a lo largo de la terapia. Implica un compromiso con la auto-aceptación y la asunción de responsabilidad sobre los propios actos (Freud, 1914/2004).

El objetivo de la terapia es ser un sostén para que cada paciente no sienta la soledad e impulsarle a superar su enfermedad. Para el proceso psicodinámico, se plantea que las personas terapeutas deben seguir la formulación de caso para crear una hipótesis sobre la situación. Además, deben sostener y contener a sus pacientes, generar un espacio de empatía que promueva la elaboración, promover estrategias positivas de afrontamiento (Etchegoyen, 2002; Fiorini, 2004) y hacer conexiones entre afectos y pensamientos para promover el insight. También, deben centrarse en el aquí y ahora para priorizar las dificultades que tiene el sujeto y estimular a sus pacientes para que actúen (Misch, 2000).

De acuerdo con lo anterior, la teoría psicodinámica propone que las personas terapeutas deben adecuarse a los diferentes modos de personalidad de cada paciente; no se trata de imponer al sujeto un modelo de atención, sino de acomodarse a sus necesidades. El proceso psicoterapéutico psicodinámico es propiciado por la creación de un vínculo terapéutico (Fiorini, 2004). Asimismo, conocer la historia de vida del paciente y relacionar su pasado con las formas actuales de vinculación con el otro, lo que permite conocer su realidad psíquica a partir de su discurso. Además, la terminación busca la independencia y nuevas formas de pensar sobre los aspectos de la vida (Fiorini, 2004). Es común que la intervención en un modelo psicodinámico se divida en: a) problema por el que acude a psicoterapia, historia de vida, b) analizar el presente y el pasado para encontrar una correlación, c) interpretar para que haya insight y d) la

elaboración para el cierre del tratamiento (Malan, 1995).

Terapia Grupal Con Fundamento Psicoanalítico

La terapia grupal no tiene un foco específico a tratar; no conlleva ideas preconcebidas sobre el malestar del sujeto, sino que espera conocer aspectos principales de la subjetividad de cada persona a través de la palabra expresada en las sesiones terapéuticas y diagnósticas (Campuzano, 2014). Para cada sesión, es imposible planificar las intervenciones por parte de las personas profesionales, pues se desconoce por completo lo que las personas en el grupo van a traer. Lo único que se puede planear es la realización de la historia de vida en un momento intermedio de la reunión terapéutica. Los grupos se reúnen siempre con un propósito. En este sentido, buscan superar su malestar a través del soporte provisto por la persona profesional y la vinculación con quienes le acompañan en la terapia. Dejar hablar al sujeto es la herramienta principal con la que se fundamenta el proceso terapéutico; este trae acotada su realidad sintomática (Bellak & Small, 1988). Como es un proceso corto, con tiempo definido, la persona terapeuta debe indagar en primer momento hasta donde le sea posible para conocer la experiencia subjetiva por la que atraviesa cada integrante del grupo (Campuzano, 2014). La esencia de la terapia grupal es una reunión de sujetos que compartan un síntoma; no por ello la problemática individual será igual.

El modelo vincular-estratégico proviene de la teoría kleiniana y destaca la importancia de las relaciones de objeto. Los vínculos dependen del psiquismo del sujeto, la realidad externa y su encuentro con el otro, y estos encuentros imponen sobre el sujeto la cultura, lo que le obliga a asumir la ley (Campuzano, 2014). El vínculo está construido por una función psíquica formada por las relaciones de objeto que se han dado a lo largo de la vida de la persona. Esto crea comportamientos con los que el sujeto se relaciona con la

realidad; a medida que establezca vínculos, se relaciona con el medio y construye pensamiento (Pichón-Rivière, 1985).

MÉTODO

Los principios fundamentales de la terapia grupal aplicada en la investigación surgen de la experiencia terapéutica del investigador (OJSM) y los antecedentes presentados anteriormente. El sujeto es quien realiza la demanda de la psicoterapia; la cura es individual, pero el grupo es un medio para llegar a ella. Se interpreta al sujeto dependiendo de su historia y su forma de relacionarse. Esto afianza la cohesión del grupo y construye la confianza. La interpretación no se realizó sobre la relación terapéutica, sino con el pasado y la interacción grupal. Además, se hizo un gran énfasis en la creación de vínculo. La investigación utilizó un enfoque mixto de análisis de información. Apliqué tres escalas con pre y post tratamiento y entrevista pre y post intervención.

Participantes

El grupo estuvo compuesto por cinco integrantes entre 20 a 35 años, 3 mujeres y 2 hombres, de nacionalidad colombiana y con un diagnóstico de depresión. Seleccioné a las personas participantes mediante un muestreo discrecional no probabilístico. Los criterios de exclusión fueron que las personas participantes no debían estar medicadas para la depresión ni en psicoterapia individual, ni haberlo estado en el último año previo al estudio. Para seleccionar a las personas interesadas en participar en el estudio, realicé una publicación en Facebook, ofertando la psicoterapia grupal gratuita a quienes en ese momento padecían de depresión.

Se postularon 10 participantes, pero debido a la imposibilidad de asistir en la hora establecida, cinco participantes fueron excluidos. La investigación fue aprobada por el consejo de Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Obtuve el consentimiento informado antes de la

entrevista donde apliqué las escalas. Al finalizar de la entrevista inicial, respondí todas las dudas (p. ej., horarios del grupo, lugar de las sesiones y responsabilidades al participar).

Diseño

Esta investigación tuvo un enfoque mixto de alcance exploratorio y diseño cuasi experimental con pre y post prueba, sin grupo control, y sin seguimiento a largo plazo (Stacciarini & Cook, 2015). Realicé una medición cuantitativa para analizar los cambios sintomáticos de las personas participantes. Por otro lado, utilicé un acercamiento cualitativo para conocer la experiencia vivida en la terapia que ayudó a las personas participantes a vivir sus procesos de transformación.

Al finalizar el tratamiento realicé una entrevista semiestructurada. Utilicé un análisis basado en la psicoterapia psicoanalítica planteado por Hugo Bleichmar (1997) en el que propone una manera de evaluación sobre los efectos de la terapia basada en los cambios, sus sensaciones de la terapia, análisis de sus nuevas problemáticas y sus sentimientos. Construimos las siguientes categorías: a) comodidad en la terapia, que refiere a las circunstancias que rodean a la persona participante que hacen que su experiencia sea agradable en la terapia; b) historia de vida, que menciona la posibilidad de narrar su vida en un ambiente seguro, y c) cambios, que aborda si la experiencia de la terapia tuvo efectos en la disminución de los síntomas depresivos.

Instrumentos

Para la evaluación de los síntomas de depresión y evaluar la experiencia del tratamiento, administré tres instrumentos y una entrevista de corte cualitativa en dos tiempos, pre y post intervención. Utilicé el instrumento para la evaluación de la depresión Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) en su adaptación

colombiana (Cano et al., 2016). Este es un instrumento heteroaplicado que tiene alta concordancia con la gravedad de la depresión, además, tiene menos enunciados, y se centra en aspectos cognitivos, afectivos y somáticos sin darle ninguna prioridad a algún componente. Contiene 10 ítems y la puntuación mínima es 0, mientras que la máxima es 60. Los puntajes entre 10 a 20 son considerados como depresión leve, entre 20 a 34 como moderado y mayor a 34 como grave. Esta prueba surge con el objetivo de analizar la escasa diferenciación que había con las demás pruebas, para estudiar los efectos de los antidepresivos en la vida cotidiana del sujeto. La escala tiene una excelente consistencia interna ($\alpha = 0,9168$). En cuanto a la validez de criterio, el punto de corte óptimo para depresión moderada fue 20, con una sensibilidad del 98% y una especificidad del 96%, lo que alcanza un área bajo la curva de 0,9832 (IC 95%: 0,9606-1,00).

Además, utilicé el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés) en su adaptación colombiana (Cassiani, et al., 2017), basada en la primera versión chilena (Baader M, et al., 2012). La escala PHQ-9 es un instrumento que permite realizar un tamizaje de pacientes con trastorno depresivo mediante una encuesta de autoevaluación, y definir la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento. Para la validación del cuestionario, se aplicó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), y se obtuvo un valor de 0,889, lo que indicó una adecuada adecuación muestral. Los ítems 1 y 2 del PHQ-9 explicaron el 42,8 % de la varianza total, y las comunalidades oscilaron entre 0,243 y 0,587. El análisis factorial con rotación promax identificó dos factores: el primero agrupó los ítems 1, 2, 6 y 9, y el segundo, los ítems 3, 4, 5, 7 y 8. Se registró un alfa de Cronbach de 0,830 y un omega de McDonald de 0,89, evidenciando alta consistencia interna. consta de 10 ítems, la puntuación mínima es de 0 y la máxima es de 30. El PHQ se ha utilizado previamente para investigaciones en psicoterapia (Frank & Kupfer, 1987; Jong-Meyer, 1996).

Para este estudio, también utilicé la Escala de Calidad de Vida para la Depresión (QLDS) en su adaptación española (Servera-Enguix et al., 1999). Esta se califica de manera binominal; entre más alta la puntuación, menor calidad de vida. Consta de 34 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) y es útil para sondear la percepción subjetiva de la enfermedad en el momento actual. La prueba está diseñada para determinar la habilidad y capacidad del individuo para satisfacer necesidades humanas cotidianas (Ruiz Flores et al., 2007). Para la versión española de la QLDS, los valores de alfa de Cronbach fueron $\alpha = 0,94$ en la primera medición y $\alpha = 0,93$ en la segunda. Lo anterior indica una alta consistencia interna y buena fiabilidad prueba-reprueba, con un coeficiente de 0,76 para la muestra total, que aumentó a 0,96 al controlar por la severidad de la depresión entre administraciones.

Ocho semanas después de finalizar la terapia, realicé una entrevista semiestructurada individual a cada participante en la que exploré diversos aspectos de su experiencia en la terapia grupal psicodinámica. Las preguntas estaban dirigidas a recopilar información detallada sobre la percepción subjetiva de las personas participantes respecto a la terapia, su relación con el terapeuta y demás miembros del grupo, así como identificar áreas de mejora y aspectos positivos de la intervención.

Procedimiento

El abordaje terapéutico que propuse se basa en el psicoanálisis, el enfoque psicodinámico y la terapia grupal, y se estructura en tres fases: inicio, nudo y desenlace. El proceso constó de 10 sesiones de tres horas, donde la persona terapeuta asume el rol de líder:

1. Fase 1 (inicio, dos sesiones): busca crear confianza y establecer relaciones entre las personas del grupo, quienes comparten sus motivaciones y expectativas mientras conocen el modelo terapéutico.
2. Fase 2 (nudo, cinco sesiones): busca fortalecer la confianza grupal y promueve

la expresión subjetiva. Cada sesión incluye compartir experiencias semanales, narrar historias de vida para resignificar el pasado y reflexionar grupalmente para lograr insight y transformación personal.

3. Fase 3 (desenlace, 3 sesiones): se enfoca en integrar aprendizajes, asu-mir el pasado, preparar la finalización y gestionar las emociones ligadas al cierre, y consolidar el vínculo con el grupo y los logros alcanzados.

Análisis de Datos

En esta investigación, empleé un diseño mixto para evaluar los efectos de la psicoterapia grupal en la sintomatología de la depresión. Para la evaluación de los datos encontrados, utilicé el estadístico Student's t para el análisis de varianzas entre grupos. La prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov arrojó una distribución normal ($p=0.2$) de los datos. Paralelamente, realicé un seguimiento cualitativo de las sesiones mediante observación y análisis interpretativo, y complementé con entrevistas no estructuradas al finalizar el proceso. Estas permitieron explorar los efectos subjetivos de la terapia. Fundamenté su análisis desde el análisis de contenido, construido a partir de los discursos de los participantes transcritos para su respectivo análisis. (Maya & Gutierrez, 2017).

RESULTADOS

Sintomatología depresiva y calidad de vida

El PHQ-9, la media de la escala sobre síntomas de depresión al momento base fue de 16.80, y disminuyó a la mitad (8.40) luego de la intervención. La desviación estándar

aumentó ligeramente, lo que puede indicar mayor variabilidad en las respuestas. Las puntuaciones de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) revelaron que la media pre-intervención fue de 29.00 y post intervención fue 13.80, con una reducción de más de la mitad en los síntomas de depresión. La desviación estándar también disminuyó, lo que podría indicar respuestas más consistentes tras la intervención. Por otro lado, en cuanto a la calidad de vida, las puntuaciones del Quality of Life in Depression Scale (QLDS) reflejaron que la media disminuyó de 21.60 a 18.40. Esto demuestra un cambio más sutil, pero en dirección positiva. La desviación estándar también aumentó, lo que refleja mayor dispersión en los datos de la posprueba. No hubo cambios sustanciales en la calidad de vida en las personas participantes del grupo.

La medición preprueba demuestra que las personas participantes del grupo padecían de depresión en niveles moderados y graves. La medida posprueba indica que hubo una disminución en la media en el PHQ-9 y Montgomery, pero no en el QLDS, lo que quiere decir que hubo un cambio en la sintomatología, no se ve reflejada en la calidad de vida. Sin embargo, el resultado de este último aspecto se contradice con los cambios reconocidos por las personas participantes en las últimas sesiones y en la entrevista final. Los datos sugieren que la terapia contribuyó a que participantes del grupo tuvieran una disminución de los síntomas depresivos que les impedían desarrollar sus actividades cotidianas, hablar sobre sí mismos, dormir y disfrutar de las cosas que hacen.

TABLA 1.

Diferencias Emparejadas Terapia Grupal Psicodinámica en Pacientes con Depresión.

	Media	Desviación Estándar	Media de error estándar	Inferior	Superior	t	gl	Sig. bilateral
PHQ-9 Pretest	8,400	6,580	2,943	,230	16,570	2,854	4	,046
PHQ-9 Posttest								
QLDS Pretest	3,200	5,263	2,354	-3,335	9,735	1,340	4	,246
QLDS Posttest								
Mon Pretest	15,200	5,933	2,653	7,833	22,567	5,729	4	,005
Mon Posttest								

* Intervalo de confianza 95,0% de la diferencia

Resultado de Análisis de las Entrevistas

La información que presento a continuación es resultado de entrevistas semiestructuradas que realicé a cada persona del grupo, ocho semanas después de finalizar la terapia. Busqué describir los aspectos comunes que cada integrante vivió en su proceso terapéutico. Para realizar el análisis, transcribí las entrevistas y asocié los contenidos similares de las entrevistas para construir las categorías de análisis. Estas estuvieron basadas en las ideas de Hugo Bleichmar (1997) sobre el tratamiento de la depresión basadas sobre la experiencia de las personas participantes con la terapia grupal, y el análisis de sus problemáticas y sentimientos. Se identificaron tres categorías; la comodidad en la terapia, la historia de vida y sus cambios.

Sobre la Comodidad en la Terapia

Las personas participantes del proceso terapéutico manifestaron que, inicialmente, experimentaron dificultades para hablar debido a la falta de confianza. Sin embargo, a medida que avanzaron las sesiones, lograron sentirse con mayor comodidad, y percibieron al grupo no como un conjunto de personas desconocidas, sino como un espacio compartido con personas que enfrentaban experiencias similares. Este proceso permitió que se motivaran mutuamente para expresarse y se apoyaran en el afrontamiento de las dificultades surgidas tanto en la terapia como en su vida cotidiana.

La confianza generada entre las personas del grupo desempeñó un papel fundamental en la eliminación de la vergüenza asociada a hablar sobre sí mismas. Este factor es crucial para el desarrollo de la terapia, ya que facilita la creación de un espacio seguro, donde participantes puedan explorar y analizar sus experiencias de vida, así como reflexionar sobre su rol en el mantenimiento o profundización de dichas experiencias. Como resultado de un ambiente terapéutico positivo, hubo una mayor cohesión grupal, lo que permitió a participantes expresarse con fluidez y sin reservas. El terapeuta propició

activamente la construcción de esta confianza y creó las condiciones necesarias para que las personas participantes compartieran sus pensamientos e intimidades con comodidad y apertura.

Sobre la Historia de Vida

Las personas participantes manifestaron que hablar sobre su historia de vida y reconocer los modos en los que conviven con sus síntomas les permitió analizar las diferentes etapas de su vida. Este proceso facilitó la toma de conciencia de su implicación en la subjetivación y significación de sus experiencias, así como la identificación de aspectos no elaborados de su vida que han contribuido al desarrollo de sus síntomas depresivos. Dichos síntomas parecen derivar de una acumulación de vivencias no resueltas. El acto de escucharse y ser escuchadas fue percibido como un elemento transformador en su forma de pensar. Según las personas participantes, las reflexiones generadas a partir de los relatos individuales y grupales contribuyeron significativamente al fortalecimiento de la confianza mutua. Además, trabajar con la historia de vida se destacó como un ejercicio que invita al sujeto a repensarse a sí mismo y a su relación con los demás. Conocer las experiencias de vida de otras personas facilitó el establecimiento de vínculos con la realidad, contrarrestando el aislamiento.

Sobre sus Cambios

Para las personas participantes, la evidencia de la utilidad de la terapia radicó en la posibilidad de comprender algunos de los orígenes de su tristeza y de asumir aspectos de sí mismas que habían sido relegados. Este acercamiento les proporcionó un grado de tranquilidad, y redujo los autorreproches y la culpa que sentían por no haber mejorado antes. Como resultado, retomaron sus actividades cotidianas con normalidad, algo que les resultaba difícil antes de iniciar el proceso terapéutico. Un aspecto relevante señalado por las personas participantes es que no fueron plenamente conscientes del

momento en que comenzaron a experimentar mejoras, pero percibieron que algo distinto estaba ocurriendo en sus vidas. Estas transformaciones se reflejaron en una mejor capacidad para afrontar las demandas de la vida diaria.

Las personas participantes reconocieron cambios significativos en su estado de ánimo y en su capacidad para realizar actividades cotidianas, aunque también señalaron que quedaron temas pendientes por trabajar. Es importante destacar que, en un proceso limitado a diez sesiones, no es posible abordar todos los aspectos de una vida, especialmente aquellos vinculados a experiencias difíciles que persisten en el tiempo. Entre los cambios más relevantes mencionados por las personas participantes se encuentran la disminución de la tristeza y la sensación de mayor tranquilidad. La terapia también transformó su capacidad para reflexionar sobre sí mismas y para relacionarse con las demás personas, por lo que superaron la tendencia a revivir experiencias pasadas que les habían causado daño. Además, favoreció un aumento en la tolerancia hacia sus propios sentimientos y emociones, los cuales previamente tendían a negar o rechazar.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren efectos positivos en la elaboración de la depresión, ya que hubo una reducción de los síntomas debido a la comodidad en la que se encuentran las personas participantes en la terapia y a la posibilidad de elaborar su historia de vida (Tasca et al., 2011). Lo anterior pudiera indicar que la terapia grupal psicodinámica tiene efectos positivos y posiblemente similares a los de cualquier otra terapia grupal. La posibilidad de hablar, escuchar y sentirse parte de un grupo ayuda a cada participante a transformarse. Por otro lado, no tiene la suficiente potencia estadística para asegurar que el tratamiento sea generalizable, pero sí reduce la sintomatología del grupo en específico (Martínez, 2017).

Los resultados cuantitativos obtenidos sugieren que no hay un cambio en la calidad de vida, pero sí en la disminución de los síntomas depresivos, algo que pudiera ser contradictorio. Los datos evidencian que existe una disminución en los síntomas depresivos, pero no se elimina totalmente la depresión; esto no va en contravía con los presupuestos de la teoría psicodinámica.

Una posible explicación relacionada en que no se vio mejoría con la calidad de vida es que el instrumento no mida la calidad de vida, sino mida la prevalencia de síntomas depresivos. Lo anterior, está atado a la conceptualización de la calidad de vida en diferentes culturas, no es la misma percepción que tiene una persona colombiana sobre su condición de vida debido a que algunos ítems no reflejan la experiencia individual, la subjetividad no entra en la medición. Es necesario que futuras investigaciones en salud que el concepto de calidad de vida se esté redefiniendo bajo las condiciones reales de cada sociedad y no en imposiciones conceptuales del mundo académico, además de incluir entrevistas para comprender lo subjetivo.

En la depresión hay una pérdida de la que el sujeto no se ha podido reponer, ya sea por una acumulación de vivencias desafortunadas, situaciones disruptivas o ausencia de deseo. Este no ha logrado estabilizarse y evita, a toda costa, la aceptación de la realidad. La elaboración de la pérdida es un paso obligatorio para salir de la depresión. No se trata de eliminar la tristeza por la ausencia, sino integrar la pérdida en la vida del sujeto y para que admita que nada será como antes, y solo quedan los recuerdos de las vivencias y experiencias con dicho objeto (Freud, 1915/2004). Así es el proceso normal de duelo en el sujeto; entierra a sus personas queridas, la sitúa de otra forma en su psiquismo, en ocasiones hace rituales para recordar y aceptar su partida, dado que es mandatorio para vivir y aunar la muerte de las personas queridas con su propia vida.

En la terapia, el proceso de narración de la historia de vida brinda la posibilidad a las personas participantes de elaborar y resignificar sus propias vivencias. Este fue un tema que se trabajó de modo transversal en el grupo terapéutico; en todas las sesiones surgió de algún modo la relación con las pérdidas, lo que favoreció una mayor aceptación (Freud, 1914/2004). Los efectos positivos de la terapia grupal en las personas del grupo sugieren que pueden ayudar a superar la depresión, la resignificación de sus experiencias del pasado, aspecto muy valorado por participantes, escucharse y escuchar otras vidas, y vincularse con otras personas que pasaron por situaciones similares.

En el proceso, la historia de vida sirvió para favorecer cohesión entre cada participante del grupo, crear empatía para comprender el punto de vista de cada persona, generar lazos y sentirse escuchados. Además, me permitió, como terapeuta, hacer conexiones con sus vidas. Es este un aspecto que contribuye al desarrollo del proceso terapéutico al favorecer el surgimiento del insight y de la elaboración, herramientas fundamentales que ayudan al mejoramiento del sujeto.

La psicoterapia grupal psicodinámica no estaba encaminada a la eliminación de los síntomas, sino a una mejor comprensión de estos, integrarlos en su vida para una mejor vinculación con los otros y la realidad (Misch, 2000). Aunque hubo cambios en estos aspectos, se trata de dejar hablar al sujeto, que este se haga cargo de lo que está diciendo para que asuma su responsabilidad y no recurra a la repetición de esas situaciones que le hacen daño, ni a la medicación excesiva en algunas situaciones de casos de depresión (Malan, 1995). Los resultados de esta investigación plantean que es posible una intervención grupal frente a la depresión. El grupo permite una vinculación con la realidad y crea un apoyo social que le permite interactuar con la misma. En ningún momento sugiero que la psicoterapia elimina completamente la depresión de sus vidas

cotidianas. Si no, planteo que esta forma parte de la vida del sujeto y busca limitar sus efectos aprisionantes en la vida, dado que estas inhibiciones le impiden crear un vínculo sano con el mundo (Fiorini, 2004).

Conclusiones

La terapia basada en los principios de psicoanálisis sea individual o grupal, tiene como objetivo situar al sujeto frente a su malestar para que afloren los contenidos que no ha podido expresar en su vida cotidiana. No se trata de juzgar la veracidad del contenido de lo que dice, sino que, a partir de este, el sujeto se dé cuenta de algo que no tenía presente en su vida. El papel de la persona terapeuta es el de permitir que aflore el discurso de las personas participantes del grupo, escucharlo, e interpretarlo para que se integre en la vida de cada miembro. Esto contribuye a nuevas experiencias que transforman la manera de pensar, lo que genera un cambio en la forma de relacionarse.

La depresión implica una pérdida no elaborada vinculada a vivencias desafortunadas, situaciones disruptivas o ausencia de deseo, lo que le dificulta al sujeto aceptar la realidad y estabilizarse. La elaboración de la pérdida es esencial, no para eliminar la tristeza, sino para integrar dicha pérdida en la vida del sujeto, admitir el cambio irreversible y resignificar los recuerdos. Este proceso, similar al duelo normal, permite al sujeto reconciliarse con la ausencia, frecuentemente a través de rituales simbólicos que facilitan la aceptación. En el grupo terapéutico, este tema se abordó de manera transversal, promoviendo una mayor aceptación y adaptación entre los participantes.

La terapia grupal mostró efectos positivos en la superación de la depresión. Facilitó la resignificación del pasado y la conexión entre participantes al compartir experiencias similares. Este proceso ayudó a reducir la sensación de soledad y a fomentar vínculos que promovieron una mayor interacción con el mundo. Dado que la terapia implica un

trabajo continuo sobre la historia de vida, es recomendable flexibilizar la duración del proceso y permitir que el grupo acuerde su finalización sin la presión de un número fijo de sesiones. En caso de subsidio institucional, sería ideal ofrecer más de diez sesiones iniciales y, posteriormente, considerar la posibilidad de que las personas participantes contribuyan a financiar el proceso según sus posibilidades económicas.

La terapia grupal se ofrece como una opción entre las múltiples formas de intervención terapéuticas. No se trata de privilegiarla ni de desecharla, y es un modo de resistencia frente a la sobre medicación y homogeneización de la subjetividad. La presencia de otras personas puede movilizar rápidamente distintos elementos, promover la cohesión y la solidaridad que ayudan a enfrentar a la soledad. Por otro lado, es necesario apostar a este tipo de intervención en Colombia, debido a que los servicios de salud descuidan las acciones que responden a la atención del sufrimiento psíquico de las personas.

Finalmente, las limitaciones de este estudio incluyen la baja representatividad de la muestra, ya que solamente se realizó la investigación con un solo grupo y la necesidad de ampliar la investigación en diferentes contextos culturales para reconocer la importancia de las intervenciones grupales. Por otro lado, la ausencia de otros grupos para comparar las diferencias de cada intervención y la imposibilidad de que hubiera una persona ajena del proceso psicoterapéutico que haya realizado la entrevista y aplicación de pruebas puede generar inconvenientes en la recolección de datos. Los alcances del estudio sugieren cambios positivos en el uso de psicoterapia psicodinámica en personas con depresión de edad entre los 20 a 35 años de Colombia. Sugiero que, para futuras investigaciones, se construyan más grupos y se indaguen otras variables de comparación, como el uso de medicación, estar en otro grupo con otro modelo psicoterapéutico y/o analizar la

estabilidad con respecto al tiempo. Sin embargo, este tipo de intervenciones abren la posibilidad de construir una nueva forma de intervención frente a la depresión.

Estándares Éticos de Investigación

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Conflicto de intereses: No existen conflictos de interés relacionados con el envío a esta revista.

Aprobación de la Junta Institucional Para la Protección de Seres Humanos en la Investigación: Los aspectos éticos fueron revisados y aprobados por el Consejo de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.

Consentimiento informado: El consentimiento informado fue elaborado conforme a la Ley 1090 de 2006 y la Ley 29 de 1990, y aprobado por el Consejo de Facultad.

REFERENCIAS

- Baader, T., Molina, J. L., Venezian S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 10-22. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Bauman, Z. (2013). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Paidós.
- Bellak, L., & Small, L. (1988). *Terapia breve y de emergencia*. Pax.
- Bernardon, S., Babb, K., Hakim-Larson, J., & Gragg, M. (2011). Loneliness, attachment, and the perception and use of social support in university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(1), 40-51.

- <https://doi.org/10.1037/a0021199>
- Bleichmar, H. (1976). *La depresión: Un estudio psicoanalítico*. Nueva Visión.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Paidós.
- Campuzano, M. (2014). Modelo vincular-estratégico de psicoterapia grupal psicoanalítica. *Revista do NESME*, 11(1), 33-45.
- Cano, J. F., Gomez Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 146-155.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.006>
- Cassiani-Miranda, C. A., Vargas-Hernández, M. C., Pérez-Anibal, E., Herazo-Bustos, M. I., & Hernández-Carrillo, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena. *Biomédica*, 37(1), 112-120.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
- Corchón, S., Sánchez-Martínez, V., & Cauli, O. (2022). Perceived mental health and emotional trajectories of long-term family caregivers of persons with mental conditions: A mixed-methods study. *Archives of psychiatric nursing*, 41, 105-113.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.015>
- Cosgrove, L., & Krinsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *Plos Medicine*, 9(3), e1001190.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M., & Schneider, S. (2007). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom*, 75(3) 154-160.
<https://doi.org/10.1159/000091772>
- Dey, A. B. (2017). World report on ageing and health. *Indian Journal of Medical Research* 145(1), 150-151.
<https://doi.org/10.4103/0971-5916.207249>
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., Jansma, E. P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
- Etchegoyen, H. (2002). *Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.
- Fiorini, H. (2004). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- Frances, A. (2011, 26 de junio). *The British Psychological Society condemns DSM-5*. Psychiatric Times.
<https://www.psychiatrictimes.com/view/british-psychological-society-condemns-dsm-5>
- Frank, E., & Kupfer, D. (1987). Efficacy of combined imipramine and interpersonal psychotherapy. *Psychopharmacol Bulletin*, 23(1), 4-7.
- Freud, S. (2004). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (J. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey, A. Freud, A. Strachey & A. Tyson (Eds.), *Obras Completas Tomo XII* (pp. 145-158). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (2004). Duelo y Melancolía (J. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey, A. Freud, A. Strachey & A. Tyson (Eds.), *Obras Completas Tomo XIV* (pp. 235-256). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (2004). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (J. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey, A. Freud, A. Strachey & A. Tyson (Eds.), *Obras Completas Tomo XVII* (págs. 136-151). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1919).
- Freud, S. (2004). Esquemas de Psicoanálisis (J. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey, A.

- Freud, A. Strachey & A. Tyson (Eds.), *Obras Completas Tomo XXIII* (pp. 133-211). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1939).
- Instituto Nacional de Salud. (2024). Identificación de barreras de la depresión no atendida en Colombia y recomendaciones de política. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones%20alternas/Policy%20Brief%20Identificaci%C3%B3n%20de%20barreras%20de%20la%20depresi%C3%B3n%20no%20atendida%20en%20Colombia%20y%20recomendaciones%20de%20pol%C3%ADtica.pdf>
- Izovich, L. (2005). *La depresión en la modernidad*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Izovich, L. (2021). *La clínica de la vida amorosa*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Jaremka, L. M., Andridge, R. R., Fagundes, C. P., Alfano, C. M., Pivoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Arnold, M. W., Farrar, W. B., Yee, L. D., Carson, W. E. III, Bekaii-Saab, T., Martin, E. W., Jr., Schmidt, C. R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology, 33*(9), 948–957. <https://doi.org/10.1037/a0034012>
- Jong-Meyer R, H. M. (1996). Die überprüfung der wirksamkeit einer kombination von antidepressiva- und verhaltenstherapie bei depressiven patienten: Varianzanalytische ergebnisse zu den haupt-und nebenkriterien des pherapieerfolgs. *Zeitschrift Klinische Psychologie und Pscychotherapie, 25*(2), 93-109.
- Lian, Y., Yang, L., Gao, M., & Jia, C. X. (2021). Relationship of frailty markers and socioeconomic status to incidence of depressive symptoms in a community cohort. *Journal of the American Medical Directors Association, 22*(3), 570–576, e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.026>
- Malan, D. (1995). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. CRC Press.
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet, 392*, 2299-2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Martínez, K. (2017). *Miedo escénico en estudiantes de música: Una propuesta de intervención desde la terapia contextual* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/60990>
- Maya, I., & Gutiérrez, A. (2017). Estudio del estilo de vida. Teoría fundamentada e inducción analítica. *Revista Iberoamericana de Psicología, 10*(1), 29-36. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10104>
- Meluk, E. (s.f.). Comunicación personal.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2017). *Boletín de salud mental: Depresión*. Ministerio de Salud de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/listas/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Misch, D. (2000). Basic strategies of dynamic supportive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 9*(4), 173-189.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 31 de Marzo). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 31 de marzo). *Depression*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Parales-Quenza, C. J. (2008). Anomia social y salud mental pública. *Revista de Salud Pública, 10*(4), 658-666.
- Pichón-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión.
- Ruiz Flores, L. G., Colín Piana, R. F., Corlay Noriega, I. S. Y., Lara Muñoz, M., & Dueñas Tentori, H. J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: La relación

- entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30(2) 25-32.
- Servera-Enguix, S., Ramírez, N., Giral, N., & McKenna, S. P. (1999). The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale. *Euro Psychiatry*, 14(7), 392-398. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(99\)00230-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(99)00230-8)
- Stacciarini, J., & Cook, C. (2015). La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. *Enfermería Universitaria*, 12(3). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.005>
- Tasca, G. A., Foot, M., Leite, C., Maxwell, H., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Interpersonal processes in psychodynamic-interpersonal and cognitive behavioral group therapy: A systematic case study of two groups. *Psychotherapy*, 48(3), 260–273. <https://doi.org/10.1037/a0023928>
- Wienicke, F. J., & Driessen, E. (2021). Short-Term psychodynamic psychotherapy for depression: For whom does it work? A research perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 49(3), 370–374. <https://doi.org/10.1521/pdps.2021.49.3.370>