

ASPECTOS IDENTITARIOS DE UNA JOVEN CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DEVELADOS EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO POSRACIONALISTA EN MODALIDAD VIRTUAL

Identity aspects of a young woman with a diagnosis of depression and anxiety revealed in the post-rationalist cognitive psychotherapeutic process in virtual modality

CAROLINA GÓMEZ¹ Y DIANA JHAZMÍN HERNÁNDEZ²

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.e352514>

Resumen

El artículo presenta un estudio de caso en una paciente de 19 años con diagnóstico de depresión y ansiedad, atendida por modalidad virtual durante los años 2021-2022. Por medio del proceso terapéutico se identifican los aspectos identitarios relacionados con experiencias tempranas y acontecimientos actuales, se evidencian aspectos conflictivos en las relaciones interpersonales y familiares que configuran su modo de vincularse. La intervención cuenta con once sesiones, se utilizan la autobiografía, el diálogo socrático, la confrontación, los relatos orales-escritos. A partir

del análisis de la narrativa se determina la identidad de la paciente. Por medio de la terapia cognitiva posracionalista se logran cambios en la comprensión y el reconocimiento de la forma de vincularse, el autocuidado, la gestión emocional y la responsabilidad en sus experiencias. Esta terapia fue eficaz, generó cambios que se ven reflejados directamente en el bienestar y la salud mental de la paciente.

Palabras clave: identidad personal, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, terapia cognitiva posracionalista, telepsicología.

Abstract

The article presents a case study in a 19 year old patient diagnosed with depression and anxiety, attended by virtual modality during

the years 2021 and 2022. Through the therapeutic process, the identity aspects of the young woman are identified in relation to

Recibido: 23-06-2023 / Aceptado: 05-06-2024

Para citar este artículo en APA: Gómez, C. y Hernández, D. J. (2024). Aspectos identitarios de una joven con diagnóstico de depresión y ansiedad develados en el proceso psicoterapéutico cognitivo posracionalista en modalidad virtual. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 15(2), e352514. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e352514>.

¹ Maestría en Psicología Clínica. Universidad de San Buenaventura. carolinagomezg90@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-2648-714X>

² Maestría en Psicología Clínica. Universidad de San Buenaventura. <https://orcid.org/0000-0003-0786-2511>



early experiences and current events where conflicting aspects are evident in interpersonal and family relationships that configure their way of bonding. The intervention takes place during 11 sessions and autobiography, Socratic dialogue, confrontation, oral and written stories are used. From the analysis of the narrative, the identity of the patient is determined in identity terms of sameness and ipseity. Through post-rationalist cognitive therapy, changes are achieved in the

understanding and recognition of the way of bonding, self-care, emotional management and responsibility in their experiences. This therapy was effective in generating changes that are directly reflected in the well-being and mental health of the patient.

Keywords: personal identity, anxiety disorder, depressive disorder, post-rationalist cognitive therapy, telepsychology.

Introducción

Esta investigación partió del interés que surge en comprender los aspectos identitarios de una joven de 19 años de edad, originaria del departamento de Quindío, con diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión debido a diversas dificultades familiares, sociales y personales.

El interés primordial del estudio fue comprender cómo la joven atraviesa distintas situaciones nuevas y del pasado, partiendo de las vivencias infantiles que marcan su desarrollo, los discursos familiares y su comprensión del mundo. Además, se busca ilustrar el modelo cognitivo posracionalista mediante los procesos de intervención psicológica y su eficacia en la identificación de aspectos de la identidad cuando se presentan trastornos de la salud mental, teniendo como objetivo describir los aspectos identitarios de una joven con diagnóstico de depresión y ansiedad develados en el proceso psicoterapéutico.

Metodología

El estudio de caso, según menciona Yin (1989, citado en Jiménez Chaves, 2012), es un tipo de investigación empírica que sirve para conocer fenómenos contemporáneos en su contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia cuantitativas y cualitativas simultáneamente.

Por ende, el estudio de caso permite realizar descripciones detalladamente, generar teorías o aceptar posturas teóricas existentes, estudiar un fenómeno que sea de interés o complejo para los investigadores y que tenga impacto a nivel social para generar conocimientos o nutrir teorías (Jiménez Chaves, 2012).

La investigación presentada en este artículo se desarrolló bajo el diseño de estudio de caso único, en la que se grabaron 10 sesiones de 11 (de la sesión 1 no se tiene grabación por dificultades tecnológicas, pero se cuenta con el informe escrito de esta, a partir de notas tomadas por la psicóloga). De estas sesiones se eligieron cuatro entrevistas (la segunda, dos del medio y una de las últimas) para transcribir. Se identificaron categorías y subcategorías para analizar las transformaciones de la identidad narrativa durante todo el proceso psicoterapéutico, teniendo presentes los diagnósticos y los aspectos familiares que influyen en su malestar psicológico.

El análisis se desarrolló mediante los presupuestos de la teoría fundamentada, generando conocimiento y aumentando la comprensión de los datos recopilados; por medio de la codificación abierta se identificaron conceptos, se realizaron interpretaciones tentativas, se fragmentaron los datos obtenidos, se examinaron detalladamente sus diferencias y similitudes para generar las categorías de análisis (Corbin y Strauss, 2016).

Es importante aclarar, desde las consideraciones éticas, que se construye un consentimiento informado que se comparte a la paciente. En este se precisan los fines investigativos y académicos del proceso de terapia por parte de la Universidad de San Buenaventura de Medellín. Se establece el carácter confidencial de información sensible y se garantiza el mantenimiento anónimo de su identidad. La paciente acepta el consentimiento informado, asimismo permite las grabaciones.

Presentación del caso

Paciente de 19 años, estudiante de Arquitectura, cursa sexto semestre, vive en Circasia, Quindío, estrato socioeconómico 2. Es la hija única de la pareja constituida por su madre (44 años, oficios varios y estudiante de Administración de Empresas) y su padre (del cual no se tiene información), quienes están separados desde que se concibe a la paciente. Tiene un medio hermano por línea materna de 18 años quien permanece en casa (no estudia ni trabaja). Convive con su madre y hermano, ya que el padre de su hermano se separa de su madre cuando ella tiene 4 años de edad. Actualmente el padrastro

conformó otra familia. La paciente considera a esta última persona como su padre y lleva su apellido.

Inicia su proceso psicológico refiriendo como motivo de consulta “mantengo aburrida, lloro mucho, no me siento bien, me río pero no estoy feliz, he perdido el interés por la universidad”, refiere emociones de tristeza, irritabilidad, llanto fácil, pérdida de interés por su carrera universitaria y poca motivación para realizar actividades en su cotidianidad, problemas alimentarios e inadecuados hábitos del sueño, además, nombra que ha realizado autoagresiones en sus brazos y piernas cuando ha estado en crisis de ansiedad o cuando ha sentido enojo consigo misma. Señala consumo social de cannabis y consumo ocasional de alcohol en reuniones familiares. La atención se ha realizado de forma virtual.

Estuvo expuesta a experiencias tempranas que configuró como abandono y rechazo de su padre y de figuras paternas representadas por las parejas de su madre, refiriendo poca satisfacción de sus demandas emocionales maternas.

Su red de apoyo es escasa, menciona a una prima y a su expareja con el que actualmente no tiene comunicación. Desea una pareja para poder sentirse acompañada, escuchada, apoyada, esperando no ser herida, ya que piensa: “merezco ser querida pero solo encuentro daño o me siento rechazada por otros”.

M (inicial de nombre de la paciente, se nombra de esta manera para garantizar la confidencialidad) manifiesta que ha vivido tres experiencias traumáticas, fue abusada sexualmente por parte de hombres que tocaron su cuerpo sin su consentimiento.

Durante el proceso psicoterapéutico, M es derivada a psiquiatría por la psicóloga tratante (una de las autoras del artículo), desde el servicio de psicoorientación de la Universidad de San Buenaventura. La atención se genera por la Entidad Promotora de Salud (EPS) de la paciente, el psiquiatra la diagnostica con trastorno afectivo bipolar (TAB) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el tratamiento médico sugerido es ácido valpróico y quetiapina, los toma por tres meses y abandona los medicamentos por los efectos secundarios.

Marco teórico

La identidad personal en el proceso psicoterapéutico

Es importante tener claridad sobre quién es el sujeto desde la psicoterapia cognitiva posracionalista; entendiendo que este tiene un rol activo por su historicidad y concibe el mundo a través del lenguaje, además, tiene la capacidad de reconocer su pasado, interpretando y reinterpretando sus experiencias; el sujeto está construido por sus relaciones sociales, el sistema social y él mismo, siendo productor de historias y constructor de narraciones, logrando acumular experiencias y ser consciente de su existencia (Franssen, 1997, citado en Toledo, 2012).

La identidad personal sería, entonces, una construcción a partir de los acontecimientos personales de cada sujeto, desde la experiencia, las vivencias y la trama de su biografía, ya que está constantemente en interacción con el mundo, donde comienza a crear significados, los transforma y los hace perdurar en el tiempo, logrando así construir su propia historia que es individual pero a la vez colectiva por las relaciones sociales que se mantienen día a día, así que la identidad no es fija ni estática (Toledo, 2012).

Así, la identidad constituye una manera de existir socialmente y por esto los relatos están influidos por muchos factores externos que definen la manera en que los sujetos interpretan la realidad y sus vivencias (Duero, 2006).

Para Guidano, la identidad personal es un sistema cognitivo-afectivo complejo de evaluación y reevaluación, donde la experiencia tiene un significado personal para quien la vive y donde cada sujeto crea su propia visión del mundo a pesar de vivir en una realidad social compartida (León y Tamaño, 2011).

La identidad refiere cómo los individuos se definen a sí mismos en función de ciertas características compartidas, como son las categorías sociales (etnia, religión, nacionalidad), los aspectos materiales y los otros (grupos donde pertenecen); además también es resultante de procesos de carácter biológico, afectivo y cognitivo que se desarrollan por la influencia de procesos relacionales, históricos y culturales (Mucchielli, 2002, citado en Toledo, 2012).

Por otra parte, Duero (2011) habla de la identidad personal narrativa como la capacidad para organizar las experiencias en la memoria para luego narrarlas como una autobiografía, siendo los hechos pasados y los proyectos del futuro ubicados dentro de la historia.

Ricoeur (1996) afirma que se cuenta con una comprensión de la identidad como narrativa, pues para él es imposible aprehender al individuo en su totalidad, siendo necesario una mediación de los relatos históricos y de ficción por medio de una síntesis de lo heterogéneo, en otras palabras, tanto la historia (pasado) como el relato de ficción (futuro) obedecen a una sola operación configurante que dota a ambas de inteligibilidad.

La identidad personal sería, entonces, aquella construcción elaborada por los pacientes ante el terapeuta, en la que se ponen en juego aspectos del pasado y las perspectivas de futuro para el establecimiento de una continuidad que permite develar el sentido de sí mismo de los pacientes y que a su vez puede modificarse en el curso de las intervenciones.

Ansiedad y depresión en la juventud

La prevalencia de trastornos mentales a nivel mundial ha ido en aumento en adultos jóvenes, evidenciándose que la ansiedad y la depresión tienen impacto negativo en el rendimiento académico y el desempeño psicosocial (Usuga et al., 2021).

Las manifestaciones clínicas de estos trastornos pueden tener una base genética pero también pueden estar relacionadas con variables ambientales y aspectos de las vivencias personales. Estas vivencias determinan no solo la prevalencia de los trastornos, sino que también configuran estrategias de afrontamiento y las respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales (Arrivillaga et al., 2004).

Hermosillo y Rivera (2019) plantean que los recursos psicológicos, como el manejo de las emociones, el autocontrol, la capacidad para solicitar apoyo y el recuperar el bienestar, se convierten en elementos que se correlacionan con la depresión cuando están ausentes en la vida de las personas.

Así pues, la presencia de trastornos de depresión y ansiedad durante la etapa de la juventud tiene implicaciones a lo largo de la vida: “Algunos aconte-

cimientos de la vida futura como la continuidad académica, el inicio de la vida profesional o laboral y la vida en pareja y en familia pueden ser influenciados por estos trastornos” (Ruiz et al., 2020, p. 107).

Otros autores, como Rosa-Alcázar y Parada-Navas (2014), hablan sobre la depresión en la adolescencia, y encontraron que la no aceptación de los padres y las críticas familiares se constituyen como un factor predictivo del desarrollo de este trastorno. Por su parte, Ruiz et al. (2020) refieren, en sus hallazgos, que las interacciones conflictivas presentes en la familia son factores predisponentes para el trastorno de depresión.

Por ende, en la familia, durante los primeros años de vida, puede existir un estilo atribucional depresivo que da lugar a la vulnerabilidad cognitiva de la depresión en la edad adulta; esta teoría de la depresión por desesperanza afirma que la vulnerabilidad incrementa el riesgo de la aparición de la depresión en la juventud cuando hay ausencia de factores de protección (Hermosillo y Rivera, 2019).

Haciendo énfasis en el entorno universitario, se encuentra que Usuga et al. (2021) hallaron que la vivencia de nuevas experiencias en el ambiente académico y social pueden producir episodios de ansiedad y depresión. Por su parte, León (2019) halló que, ante las exigencias y las expectativas académicas, la presencia de síntomas depresivos puede derivar en la presencia de síntomas de ansiedad generalizada. Ante estos episodios de depresión y ansiedad, Andrés et. al. (2017) encontraron que las mujeres utilizan la reevaluación cognitiva y la distracción como herramientas para la gestión emocional, debido a que tienen mayor consciencia de sus emociones y las de los otros.

Se ha encontrado que los episodios de ansiedad no están relacionados solo con la depresión, sino que, de acuerdo con Persano et al. (2019), varios estudios demuestran que los trastornos de conducta alimentaria (TAC) se asocian con episodios de ansiedad y su presencia exagera la gravedad de los primeros.

Trastorno de ansiedad social y trastorno depresivo persistente desde el DSM-5

El trastorno de ansiedad social hace referencia al miedo a parecer torpe o apenado, entre los síntomas físicos se evidencia temblor, sudoración, ronque-

ra, rubor y ataques de pánico (Morrison, 2014). Esto genera discapacidad o malestar en varias áreas de la vida. Los síntomas deben estar presentes durante seis meses o más.

El trastorno depresivo persistente (distimia), según el DSM-5, puede presentar síntomas similares a la depresión crónica (suele ser prolongado pero es más leve), como el abatimiento del estado del ánimo, la fatiga, la desesperanza, la dificultad para concentrarse, los problemas con el apetito y el sueño, la autoimagen pobre, los sentimientos inapropiados de culpa e ideas de muerte o suicidas; también genera discapacidad o malestar en áreas laborales, educativas, sociales, personales y debe haber presencia de los síntomas durante dos años o más y no desaparecen por más de dos meses seguidos, suele iniciar antes de los 20 años.

Terapia cognitiva-posracionalista

El cognitivismo en psicoterapia surge a partir del paradigma cognitivo-conductual de Aron Beck en 1979 y la terapia racional emotiva de Albert Ellis en 1962; luego de estos desarrollos teóricos y las múltiples escuelas de intervención surgidas a partir de estas, aparece Vittorio Guidano con las terapias cognitivas-posracionalistas desde 1983 aproximadamente, donde se reconocen las interacciones afectivas, sociales y a un sujeto que es poseedor de habilidades intersubjetivas y mentalistas a partir de las cuales construye una identidad que le permite tener una posición con un grupo social (León y Tamayo, 2011).

Guidano (1987) llegó a establecer que existen cuatro diferentes organizaciones de significado personal (OSP: depresiva, fóbica, obsesiva y dápica) que son producto de los patrones vinculares de apego y que llevarían al cierre operacional. En otras palabras, cada estilo surge de una vía evolutiva personal que da lugar a que cada una de estas se construya de acuerdo con las posibilidades y restricciones que caracterizan, a su vez, a cada modalidad de apego temprano (Zagmutt, 2010).

La terapia posracionalista busca entender cómo la calidad afectiva de los vínculos de la infancia y las sensaciones contribuyen al desarrollo de los sujetos; hace énfasis en la reestructuración de la OSP, la cual busca que el sujeto flexi-

bilice sus pensamientos, logrando construir significados y resignificarlos por medio de la integración de la experiencia para vincularlos a su sí mismo, permitiéndole observarse, cuestionarse, explicarse y entenderse. Flexibiliza también las tonalidades emocionales problemáticas, que se vuelven menos fuertes e incontrolables en esos momentos de desregulación; asimismo se le da importancia a la componente narrativa por medio del relato de cada sujeto y como se sumerge/desenvuelve en el mundo y su interpretación de realidades.

Así que durante el proceso psicoterapéutico cognitivo posracionalista el paciente relata una historia para que el terapeuta logre alguna comprensión o inteligibilidad acerca de los orígenes, los significados y la importancia de sus dificultades; el proceso se convierte en un encuentro de narrativas, siendo este espacio un ámbito de apertura para hallar nuevos significados y crear hipótesis para que el paciente pueda historizar las experiencias de su vida como una estructura narrativa, donde pueda tener un final o comprensión más amena y menos conflictiva (Schafer, 1981, citado en Duero, 2011).

Guidano (1987) afirma que durante el proceso terapéutico se debe posibilitar un espacio de diálogo abierto, aceptación y escucha. Con el paso de las sesiones los pacientes aprenden a negociar con sus propios significados y los que otras personas tienen y así se elabora un relato autobiográfico.

Por ende, la labor terapéutica consiste en ayudar a consolidar un contexto narrativo diferente al que el paciente trae a terapia, donde se permita configurar una nueva trama o historia. Para Spence (citado en Duero, 2011), el quehacer terapéutico se basa en ayudar al paciente a generar narraciones autobiográficas más coherentes e integradas, ofreciéndole a la persona una visión más amplia sobre su historia.

Intervención virtual en la salud mental

La American Psychological Association (APA) define la telepsicología como la provisión de todo servicio psicológico que implique o utilice las TIC, abarcando en la atención terapéutica diferentes medios (videollamada, chats, correos electrónicos, llamadas telefónicas o notas de voz), que superan las barreras de tiempo y lugar, convirtiéndose en una herramienta potencial para el trabajo en la salud mental de las personas (Cabas, 2020).

De la Rosa (2021) manifiesta en los hallazgos de su investigación, que la telepsicología es tan eficaz como los tratamientos presenciales, en la intervención de diversas patologías, entre ellas, el trastorno de ansiedad y depresión.

Muñoz y Muriel (2020) afirman que la aparición del coronavirus (COVID-19), cambia de manera directa el desempeño de actividades cotidianas, académicas y laborales, lo cual impacta en la salud mental de los individuos y aumenta la necesidad de atención por psicología, la cual, dadas las circunstancias, hace mayor uso de la intervención virtual.

De acuerdo con el estudio realizado por Pimentel y Fernández (2021), en pacientes adultos (entre 18 y 42 años), luego de la pandemia por COVID-19 hubo continuidad en la asistencia a la terapia psicológica en modalidad virtual, encontrándose preferencia por esta forma de atención por la facilidad para ejecutar las tareas propuestas por el terapeuta y la confianza en el entorno donde reciben la atención.

Resultados

Se tomaron cuatro sesiones del proceso psicoterapéutico realizado con la paciente, las cuales fueron: la segunda sesión, dos intermedias y una de las últimas, esto para analizar cambios en la narrativa respecto a ejes temáticos que la paciente trae a consulta. Con relación a los temas centrales, se identifican las relaciones interpersonales, las relaciones familiares, la dependencia emocional y el autocuidado, los cuales fueron agrupados en categorías.

Relaciones interpersonales

Esta categoría hace referencia a los distintos vínculos que establece M y que identifica relevantes en su historia a partir de la relación con otros. Ella interpreta como traumáticas algunas experiencias sentimentales con hombres, donde reconoce que no establece límites y está en la posición de complacerlos para no sentirse luego abandonada, situaciones que se presentan también en vínculos de amistad, y busca reafirmar su pensamiento.

Aspectos identitarios de una joven con diagnóstico de depresión y ansiedad develados [11]
en el proceso psicoterapéutico cognitivo posracionalista en modalidad virtual

“Es que yo no quiero generar malas reacciones de las otras personas, después se colocan mal conmigo y no quiero” (Grabación 1, sesión 2).

“Pues, yo tengo muy poca fe en los hombres, entonces me parece normal” (Grabación 10, sesión 11).

“Sí, eso es un problema conmigo, yo siempre estoy esperando cosas de las personas” (Grabación 4, sesión 5).

Según M, el otro la ayuda a entenderse, pero ese otro también la juzga y no la valora, por ello elige no discutir para así mantenerse en su discurso de desprotección y abandono, es decir, toda experiencia que la exponga al otro la lleva a confirmar que es débil y que está desprotegida.

“Pues cuando no hay nadie pendiente de mí, pues yo me siento abandonada, yo me siento triste, me siento sola, me siento sin valor, que no soy importante para nadie. Digamos, me parece muy triste cuando la gente sabe que yo estoy mal y pues no están pendientes” (Grabación 4, sesión 5).

“Solo, pues... que noten cómo estoy, que pasen tiempo conmigo, que me hagan sentir valiosa y ya” (Grabación 4, sesión 5).

Uno de los pensamientos centrales que tiene M frente a sus relaciones sociales es que discute constantemente con ella misma al no comprender por qué los demás no pueden brindarle lo que ella brinda y cómo continuamente la decepcionan sintiendo que no es importante ni querida.

“Es que a mí no me cabe en la cabeza cómo a alguien le queda tan difícil ser buena persona, cómo a alguien le queda tan difícil simplemente respetar. Si yo le digo que algo no me gusta por qué tiene que seguirlo diciendo durante dos años, no le cuesta nada dejar de decirlo” (Grabación 10, sesión 11).

En esta categoría no hay avances significativos por parte de M, no muestra flexibilidad cognitiva frente a comprender que no se trata de que los demás la definan y dar por hecho las afirmaciones externas, asimismo espera que otros actúen como ella espera, lo que influye en su pobre identidad personal ya que hasta su estado de ánimo varía de acuerdo con lo que los demás digan de ella y esto le sigue generando dificultades para desenvolverse en su entorno.

“En otros momentos y con otras personas, pero si digamos yo siempre intento entregarle lo mejor a una amistad o a una pareja, ¿por qué conmigo siempre tienen que ser una mierda?” (Grabación 10, sesión 11).

“No, es que..., es que yo no merezco que me traten mal si yo los trato bien”
(Grabación 10, sesión 11).

Relaciones familiares

M a lo largo de su vida ha vivido las relaciones familiares de manera conflictiva, con su madre y su hermano (luego de que este se diera cuenta de que tienen padres diferentes). De su madre siempre ha percibido desinterés e invalidación de sus sentimientos y un trato diferencial con respecto a su hermano. Muchos de los acercamientos que ha tenido con su madre no han sido satisfactorios, dado que han sido mediados por el alcohol, del cual refiere, su madre hace un consumo frecuente. Hay una percepción por parte de M de que su madre no la quiere y de una devaluación de su ser por parte de ella:

“Porque mi mamá es muy hiriente, mi mamá no mide lo que dice, mi mamá, había un tiempo en donde ella llegaba enojada del trabajo, y casi todas las noches a decirme que yo era una inútil, que no servía para nada, que solo le sacaba plata, y era como ush” (Grabación 7, sesión 8).

Ante la actitud de rechazo de la madre, ella ha expresado el deseo de tener expectativas de cómo quiere que su madre responda:

“Quería que empatizara un poquito conmigo y que vea que lo que estoy pasando es real, yo no estoy buscando excusas para llorar como ella dice. Quería un poquito más de apoyo o no sé algo o cariño yo qué sé” (Grabación 7, sesión 8).

La relación con su hermano es descrita como una pelea normal entre hermanos cuando eran niños, luego del conocimiento de que son hermanos medios por línea materna, M experimenta cambios en el vínculo, sintiendo a su hermano como una persona hostil y agresiva, a la cual no sabe cómo acercarse:

“Él es muy hiriente también, él es muy grosero para decir las cosas, entonces probablemente yo haya hecho algo malo hace unos cinco años, porque yo obviamente pues también me equivoco y quizás no le he visto, y no lo reconocí en ese momento y ahora me queda duro, pero él no me lo diría como vea, usted hizo tal cosa, sino que él ahí mismo me dice, usted es la peor escoria, la peor mierda, ojalá vuelva a sufrir” (Grabación 7, sesión 8).

Los vínculos con los abuelos son distantes a pesar de que ellos estuvieron a cargo de su crianza durante los primeros años de vida. El componente religioso genera distancia debido al desacuerdo de M con muchas de sus ideas:

“Cuando recién me hice los *piercings*... Pues, nosotros nos reuníamos los domingos a leer la Biblia, hizo una reunión especialmente para hablar de por qué no deberíamos de hacernos *piercings* o tatuajes, porque la Biblia dice que blablablá y así, entonces es muy incómodo” (Grabación 7, sesión 8)

La ausencia del padre es un elemento que durante las primeras sesiones fue mencionada de manera reiterada en el discurso, manifestando una sensación de rechazo por parte de las figuras paternas que la acompañaron durante su vida, si bien al inicio del proceso se le dificultó abordar el tema sobre las figuras paternas, se logra que ella comience a asumir lo que sentía por la experiencia de esta ausencia.

“Lloré un momentico porque fue muy raro, saber que mi papá no era mi papá, y que, además, me sentí doblemente rechazada, porque en ese tiempo ya mi otro papá tampoco estaba, entonces yo como que «uhh, pues paila» (*risa*), dos papás de una sola no quisieron estar, y ya luego como que «Ah, bueno»” (Grabación 7, sesión 8).

La madre convive con una pareja a quien M reconoce como su padre biológico. La pareja se separa por causa de una infidelidad, lo cual genera en la paciente una percepción de abandono y pérdida de fe en los hombres.

La relación con esta primera figura paterna es afectuosa, percibe interés, amor, buen trato y ternura hasta que la negativa a conceder un permiso para salir del país provoca una ruptura del vínculo que incrementa y reafirma la ausencia del padre.

La segunda figura paterna aparece al enterarse de la existencia de un padre biológico. En la narrativa, aparece de nuevo la creencia de abandono y rechazo, tras el conocimiento de la historia de su concepción. M se niega a conocer y vincularse con él y lo ratifica al conocer su situación judicial.

La tercera figura paterna en la vida de M, es la segunda pareja de su madre, originario de Francia y quien viaja ocasionalmente a Colombia. Permanece en su vida durante once años y es reconocido como el referente de papá por sus acciones:

“Él siempre estaba pendiente, tanto en lo emocional, como en lo material, y me trataba también así bonito, como si fuera la hija, él me decía «mi hija», pues como yo también estaba pendiente de él, escribiéndole, saludándolo y así, entonces, nosotros teníamos como una buena relación” (Grabación 7, sesión 8).

La muerte de este referente profundiza el sentimiento de abandono.

En las relaciones familiares se evidencia que no ha avanzado mucho, ya que con su madre y hermano continúa teniendo dificultades para comunicarse, lo que genera que se sienta juzgada por ellos porque no entienden ni validan sus sentimientos; sin embargo, ha logrado disminuir sus exigencias hacia ellos:

“Para empezar que yo vivo con ella, ya me la conozco, entonces si yo le pregunto que cómo está, y me dice como «no nada, no me pasa nada», yo sé que no le pasa nada, pero si me dice «oigan a esta», yo ya sé que, si le pasa algo, entonces sí, yo no veo por qué me tiene que contestar así, si el problema no es conmigo” (Grabación 10, sesión 11).

“Sí, decidí que no quería ser igual, pues qué culpa tiene el resto, si yo estoy enojada por una cosa, entonces no trato mal a todo el mundo porque estoy enojada” (Grabación 10, sesión 11).

Dependencia emocional

Frente a la dependencia, M reveló en la narrativa, la necesidad de estar acompañada en los momentos en que se siente triste por causa de las discusiones familiares o la falta de apoyo de su madre. A lo largo del proceso fue evolucionando en su manera de reconocer, expresar y significar su sentir frente a la soledad y logró hacer elaboraciones explicativas de la búsqueda de compañía, indicando que cuando está acompañada no piensa una y otra vez sobre un tema de manera negativa. Esto la ha llevado a mantenerse en relaciones que le generan dolor e insatisfacción a cambio de no estar sola, lo que a su vez la ha llevado a no poner límites, así como lo manifestó:

“Pues hasta ahora mi vida siempre ha sido hagan lo que hagan, normalmente cuando me quedo sola es porque... es que no me entiendo, yo me quedo ahí hagan lo que hagan o igual todo el tiempo estoy quejándome con ellos, no me haga esto que me dolió y ajá. Sé que me están haciendo daño, pero sigo ahí, entonces se terminan es aburriendo ellos, siempre haciendo drama. Es solo que no quiero estar sola, he intentado conocer todo tipo de gente, con reguetoneros, con deportistas, pero siempre... es que ya me paso de sensible supongo. Siempre hay

comentarios que me bajan la autoestima, siempre me siento excluida, cosas así” (Grabación 4, sesión 5).

Respecto a sus experiencias, suele quedarse en lugares o se relaciona con personas que mantienen la sensación de tristeza, usando la emoción para conservar la compañía, a pesar de que perciba el aburrimiento y, por ende, desinterés de las personas que escuchan sus quejas. La tristeza es una emoción en la cual gira su narrativa y las expresiones confirman la consciencia que tiene en relación con la presencia de la tristeza en su vida y la utilidad que ha construido a partir de la experiencia de la emoción:

“Simplemente es cómoda esa tristeza, por eso me quedo ahí y es tan difícil irme. Cuando estoy feliz me da ansiedad porque hace tiempo no siento esa sensación, es raro. Yo sé que para mí es difícil por no estar sola y por la costumbre, porque me acostumbré a estar triste, a recibir daño, a aguantar y me acostumbré a miles de cosas, y quitar eso es difícil” (Grabación 4, sesión 5).

Durante el proceso terapéutico se van dando algunos avances en la dependencia emocional, M reconoce que el proceso de cambio le corresponde a ella y en ese sentido se cuestiona acerca del pensamiento de necesitar a los otros para estar bien.

“No sé, al final yo nunca había estado así con esa bobada, yo antes no era así, solo que cuando entré a la dependencia de mi ex, no sé por qué pensaba que necesitaba de alguien, ahora solo espero cosas de mí” (Grabación 10, sesión 11).

M busca la compañía como una manera de evitar las emociones y en ocasiones gestionarlas hablando de su sentir con sus amigos. En la medida que avanza el proceso, va identificando herramientas para el manejo y la autorregulación emocional que le dan buenos resultados, haciéndola sentir capacitada y responsable de sí misma:

“Pues... hay días más duros que otros, porque hay días donde pasan cosas, pero pues... Supongo que en comparación de como estaba antes, ya sé manejar un poquito mejor la tristeza y la rabia” (Grabación 7, sesión 8).

Asimismo, hay cambios en la manera de percibir sus estados de ánimo, reconoce que estos son pasajeros y reduce la carga emocional que anteriormente la llevaba a tener crisis:

“Pues sí me he sentido más tranquila, y cuando he tenido bajones pues sé que es solo... son eso, bajones y ya” (Grabación 10, sesión 11).

Autocuidado

Las reacciones emotivas de M ante la significación de sus experiencias constituyen las autolesiones como un medio para desviar el dolor emocional hacia el dolor físico:

“Casi siempre que estoy mal me hago daño para desviar el dolor, me pierdo, me quedo pasmada, como un zombi, ni parpadeo, dejo de sentir completamente” (Grabación 1, sesión 2).

Cuando M’ se siente mal, se sirve de las autolesiones como una estrategia de afrontamiento (evitación), de la cual se hace consciente después y las identifica como conductas autodestructivas (consumo de alcohol y marihuana, no alimentarse, lesiones físicas).

“Estuve llorando en el suelo como una hora con mis amigos, luego me dejaron sola abajo y casi no me acuerdo, el recuerdo es apuñalándome la pierna como me dolía debe ser por eso y como a las 4 a. m. alguien abrió una reja para irme y yo era chorreando sangre” (Grabación 4, sesión 5).

Las conductas autolesivas y su origen están relacionadas con emociones que a M le generan malestar, particularmente la tristeza y la sensación de rechazo. La ausencia de autorregulación de las emociones la lleva a tener autolesiones.

“Porque el ataque de ansiedad fue muy feo, hubiera terminado con las piernas aruñadas, más bien lo que hice fue ponerme a ver tik toks, apagué la luz y me acosté temprano” (Grabación 4, sesión 5).

En la medida en que M fue avanzando en el proceso, se evidencian cambios en el autocuidado, a partir de la concientización de la importancia de su bienestar.

“Pues la verdad son muchas cosas, como las conductas autodestructivas, o sea yo sé que no tiene sentido y no sé por qué lo hago eso de no comer, o sea qué consigo con eso además de gastritis; sí sé que es una de las cosas que debo dejar de hacer” (Grabación 4, sesión 5).

Discusión y conclusiones

La atención psicológica se realizó de manera virtual, dado que se inicia en la pandemia. Cuando se retorna a la presencialidad, M manifiesta su deseo de continuar en esta modalidad, expresando, como lo hallaron Pimentel y Fernández (2021), que se siente tranquila, escuchada, vinculada con la terapeuta y su modo de intervención. Además, con base en la evaluación se determina la eficacia del proceso. La paciente tuvo continuidad en la asistencia a las sesiones, sin cancelar o incumplir ningún encuentro, lo que favoreció la adherencia al tratamiento.

En este estudio de caso, se encuentra que la paciente M logra transformaciones en aspectos emocionales, muestra la capacidad de reconocer y evaluar las emociones; sin embargo, se le dificulta manejarlas, entendiendo que estas dificultades parten de sus dinámicas interpersonales. Definida la mismidad como un concepto de relación en el que se define que “de dos veces que ocurre una cosa designada por un nombre invariable en el lenguaje ordinario, decimos que no constituyen dos cosas diferentes sino «una sola y misma cosa»” (Ricoeur, 1996, p. 110); la mismidad en la narrativa de M es la repetición de experiencias y emociones que cree merecer, es decir, cuando tiene un problema con sus figuras cercanas inmediatamente se siente triste y se aísla para volver a recordar lo que ha vivido, así que permanece en su síntoma como si no hubiera otra forma de relacionarse. Para M, en términos de relacionamiento, nada cambia, lo que hace referencia a la identidad cualitativa, según Ricoeur (1996), en circunscripción a la semejanza extrema entre dos o más circunstancias.

Al inicio del proceso psicoterapéutico, se evidencia que la identidad personal de M, tal como lo indica Guidano (1987), es un sistema cognitivo-afectivo, donde ha vivido las experiencias desde la percepción de que son los otros los responsables de lo que le pasa, siendo ella la receptora del daño y así ha estructurado su narrativa como visión de su propio mundo. En la medida en que avanza el proceso, M cambia su posición frente a lo que le ocurre, se mueve del lugar de la queja y asume su participación, comprendiendo la repercusión de sus acciones y generando pequeños cambios que impactan en su bienestar.

Entre estos cambios está la reconstrucción narrativa (Ricoeur, 1996) de su vida en situaciones de peligro, asumiendo las consecuencias de lo que podría suceder y su autocuidado, siendo consciente de lo que necesita para su bienestar y la importancia de cuidar de sí a nivel físico y emocional; reconociendo conductas de riesgo, como lo son el consumo de alcohol, marihuana y tabaco, y factores protectores como el arte, el canto, el deporte, el trabajo y el estudio que la logran movilizar frente a sus propósitos de vida y comprensión de sus formas de vincularse, logrando así transformaciones en sí misma.

En las sesiones se le confronta frente a la forma de construir y significar sus vínculos y las creencias respecto a su vulnerabilidad en las relaciones interpersonales, evidenciando, como lo postula Guidano (1987), que la elaboración de la información se basa en los aspectos subjetivos, los cuales tienen un papel fundamental y a partir de esto se hace una construcción del conocimiento. En la narrativa, la paciente revela que la ausencia de establecimiento de límites, la coloca en un lugar de indefensión, lo que genera emociones, ira y tristeza, que proyecta en autolesiones como una forma de evitar el dolor emocional y de castigarse por el daño que, según ella, los otros le generaron. Asimismo, se encuentra la creencia de que la disponibilidad incondicional y permanente frente a las demandas de los otros garantiza que no va a ser abandonada. De esta manera, se destaca la relevancia de los aspectos subjetivos de como construye y vive sus vínculos.

También, se analizan las relaciones sentimentales de M, identificando elecciones de parejas agresivas, abusivas y manipuladoras que le validan su posición de indefensión, originando frustración y enojo, al no recibir lo que ella espera de una relación, pero al vivirlo vuelve y reafirma sus pensamientos, según Ricoeur (1996), las narrativas al ser constantes predominan en aspectos del pasado de la paciente, que impactan en el presente y posiblemente en el futuro, lo que influye en la construcción de su identidad personal. Asimismo, Arciero (citado en León y Tamayo, 2011) menciona que los seres humanos buscan una posición viable dentro de su grupo social para mantener su identidad y que hay prerreflexión en la experiencia inmediata, así que M se apropia de su discurso, lo interpreta y lo configura a partir de su experiencia de vida.

Según Guidano y Liotti (citados en León y Tamayo, 2011), la teoría del apego permite comprender la teoría posracionalista siendo la calidad de los vínculos afectivos los que contribuyen al desarrollo de la identidad del individuo desde el nacimiento. M refiere, en las primeras sesiones, dificultades en sus relaciones de pareja identificando por sí misma, por medio de la introspección, que con sus parejas ha buscado compensar las ausencias de la figura paterna. La pérdida de las figuras paternas ha significado para M rechazo reiterativo que refuerza en ella la creencia de que son los otros los que le hacen daño, así que sus experiencias tempranas la han ubicado como víctima provocando una sensación de minusvalía y desamparo que se replica en sus relaciones de pareja.

En términos identitarios de la mismidad (Ricoeur, 1996), se halló que no todo se transforma, entre la sesión uno y la once, no hubo grandes cambios en las interpretaciones que la paciente hace de las acciones e intenciones de sus familiares con referencia a ella. M continuó reforzando y señalando relaciones conflictivas con su madre y su hermano, en las que percibe abandono; sin embargo, a lo largo del proceso, va siendo reflexiva en las situaciones familiares, responsabilizándose de su participación en el conflicto, por medio del reconocimiento de conductas hostiles que mantienen la problemática, según Duero (2006), esta autorreflexión permite descubrir significados de las propias acciones y esto modifica el modo de existir.

Según Coleman y Hendry (citados en Pavez Rosales, 2016), durante la adolescencia hay una búsqueda de identidad propia en la cual se manifiestan inestabilidades emocionales con una fuerte predisposición a la melancolía, esta se deriva en sentimientos de fracaso en todas las actividades y fatalismo que son puestos en pequeños problemas de la vida diaria. M fue diagnosticada con depresión desde los 14 años y se ha nombrado como depresiva desde entonces, construyendo su identidad en parte, a partir del diagnóstico, el cual es reforzado por las etiquetas que le asigna su familia, tal como menciona Guidano (citado en Bahamondes y Modernell, 2020), refiriendo que una mente personal se organiza a partir de las intersubjetividades de los otros, siendo consciente de sí misma por medio de las conciencias de los demás, otorgándole así un sentido inmediato.

Por ende, la paciente tiene características de la osp depresiva descrita por Guidano (citado por León y Tamayo, 2011) como aquellos individuos que se caracterizan por tener una autoimagen consciente generalmente negativa, que constantemente se anticipa a la pérdida (de vínculos y relaciones interpersonales) y por organizar su experiencia en torno a un sentido de autosuficiencia afectiva. Durante su desarrollo estas personas presentan tempranamente un patrón de apego de tipo evitante, el cual se establece frente a la pérdida de uno de los progenitores o cuidadores primarios durante la infancia o la actitud de rechazo y desatención por parte de estos. A partir de estas experiencias tempranas de pérdida y rechazo, las emociones que caracterizarán a estas personas serán la desesperanza y la rabia (Guidano, 1987). Así que M se relaciona con diferentes tipos de personas que le hacen sentirse excluida y afectan su autoestima; sin embargo, permanece ahí sin establecer límites y sintiendo enojo de manera permanente en todos los escenarios de su vida. Asimismo establece vínculos desde la desesperanza aprendida en el fracaso de las relaciones interpersonales anteriores, que la lleva a anticipar la pérdida.

Respecto a su trastorno depresivo persistente, desde el DSM-5, persisten cambios emocionales, dificultad para concentrarse, sentimientos inapropiados de culpa e ideas de muerte y fatiga, lo que influye en su desinterés en áreas personales (pobre autoestima) y de estudio (Morrison, 2014). La dificultad en la toma de decisiones radica en el temor que siente frente a las reacciones de su familia por no cumplir con las expectativas de ellos, generando esto emociones de tristeza; asimismo reconoce que sus conflictos son por no establecer límites y complacer a los otros, pero no a ella misma.

El proceso cognitivo posracionalista permitió abordar a la paciente desde su subjetividad e interpretaciones propias para enfrentarla a su construcción interna y así generar reflexión sobre la forma como M ordena sus experiencias desde su infancia, logrando reconocer su historia de vida, comprendiendo e identificando características afectivas como un resultado positivo en el proceso de autoconocimiento y autoorganización de su sentir en las relaciones afectivas significativas y le da lugar a su experiencia (Bahamondes y Modernell, 2020).

Referencias

- Andrés, M. L., Rodríguez, S. y Rodríguez, M. F. (2017). Estrategias cognitivas de regulación emocional y síntomas de depresión en estudiantes universitarios: diferencias por género y tipo de carrera. Resultados preliminares. *Revista Akadèmia*, 16(1), 113-130. <http://repositorio.ugm.cl/bitstream/handle/20.500.12743/1431/Estrategias%20cognitivas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arrivillaga, M., García, C., Goicochea, V. L. y Lozano, T. M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64730103.pdf>
- Bahamondes, J. y Modernell, P. (2020). Ni ángeles, ni demonios: integrando el síntoma en psicoterapia, una perspectiva posracionalista. *Aperturas Psicoanalíticas*, 63, 1-19.
- Cabas, K. (2020). Intervenciones en salud mental apoyadas en tecnologías: la telepsicología. En Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI) (coord.). *Telepsicología, sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. (pp. 43-62). Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI) y Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC). https://contenidos.areandina.edu.co/repo/modulos/PGS/655_ELECTIVA_TELEPSICOLOGIA/referentes/recursos/eje2/pdf/Lectura_Actividad.pdf#page=43
- Corbin, J. y Strauss, A. (2016). *Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- De la Rosa, A. (2021). Telepsicología: beneficios en el proceso de intervención y consideraciones éticas. *Revista de Divulgación: Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 3(1), 1-7. <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/RRDCR/article/view/370>
- Duero, D. G. (2006). Relato autobiográfico e interpretación: una concepción narrativa de la identidad personal. *Athena Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 9, 131-151. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700908>
- Duero, D. G. (2011). *Procesos psicológicos y mundos mentales*. Editorial Alejandría. https://www.academia.edu/35138886/Procesos_psicol%C3%B3gicos_y_mundos_mentales_libro_de_psicologia
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: a developmental approach to psychopathology and therapy*. Editorial Guilford Press.

- Hermosillo, A. y Rivera, M. (2019). Depresión, recursos psicológicos y vulnerabilidad cognitiva a la depresión en jóvenes estudiantes universitarios. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 5, 4-24. <https://revistas.uaa.mx/index.php/ippd/article/view/2470/2238>
- Jiménez Chaves, D. E. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 8(1), 141-150. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3999526>
- León, A. y Tamayo, D. (2011). La psicoterapia cognitiva posracionalista: un modelo de intervención centrado en el proceso de construcción de la realidad. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 12, 37-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527485>
- León, L. M. (2019). *Influencia de la sintomatología depresiva y el vacío existencial en la sintomatología de ansiedad generalizada en universitarios de Lima* [tesis de licenciatura]. Universidad Católica. <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/614>
- Morrison, J. (2014). *Guía para el diagnóstico clínico DSM-5*. Editorial El Manual Moderno.
- Muñoz, N. y Muriel, S. (2020). Impacto Psicológico del COVID-19 y el Papel de la Telepsicología: Una Reflexión de la Psicología en el Ámbito Social y Organizacional. *Revista Digital Conocimiento, Investigación, Educación*, 1.(9), 57-70. https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CIE/article/view/4084/2341
- Pavez Rosales, M. T. (2016). *Significados acerca de la depresión adolescente y sus manifestaciones, a partir de los relatos del joven y su madre: una mirada fenomenológica* [tesis de maestría]. Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/146203>
- Persano, H., Ciccioli, M., Gonzalo, M., Jubany, F., Pugliese, C. S. y Soto, S. (2019). Ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria: estudio empírico sobre una muestra clínica y una muestra control. *Revista Nutrición Investiga*, 153-194. https://www.researchgate.net/publication/339135950_Ansiedad_y_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_Estudio_Empirico_sobre_una_Muestra_Clinica_y_una_Muestra_Control
- Pimentel, J. y Fernández, I. (2021). *Satisfacción y adherencia terapéutica en adultos de psicoterapia virtual, Centro de salud y desarrollo Troncoso Bello, periodo febrero-julio 2021, Distrito Nacional, República Dominicana* [tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/4175>

Aspectos identitarios de una joven con diagnóstico de depresión y ansiedad develados [23]
en el proceso psicoterapéutico cognitivo posracionalista en modalidad virtual

Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Siglo XXI Editores.

Rosa-Alcázar, A., Parada-Navas, J. L. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Revista Anales de Psicología*, 30(1), 133-142. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.165371>.<http://scielo.isciii.es/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=e&next>

Ruiz, C. T., Jiménez, J., García Flores, L. M. y Trejo, H. D. (2020). Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 104-121. <https://cuvd.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/197/584>

Toledo, M. I. (2012). Sobre la construcción identitaria. *Atenea*, (506), 43-56. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-04622012000200004

Usuga, A., Lemos, N., Pinzón, J., Pérez, P. y Uribe, A. F. (2021). Sucesos vitales estresantes, ansiedad y depresión en estudiantes de una universidad privada de Bucaramanga. *Informes Psicológicos*, 2(2), 61-74. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v21n2a04>

Zagmutt, A. (2010). *Vínculos afectivos, mentes conectadas*. Uqbar Editores.