

Resiliencia en una adolescente con padecimiento físico-crónico por insuficiencia de ácido fólico

Rosa Isela Cerda Uc⁵, María Teresa de Jesús Braga Mena, Carlos Alberto Padilla Cárdenas

Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología

Resumen

El presente artículo aborda el caso de una adolescente de 15 años diagnosticada al nacer con insuficiencia de Ácido Fólico. El objetivo general de este trabajo consiste en diseñar, implementar y evaluar una intervención psicoterapéutica con enfoque psicodinámico y técnicas cognitivo-conductuales y gestálticas, para mejorar los estilos de afrontamiento y la resiliencia. Para esta intervención se realizó un proceso con duración de 31 sesiones. Durante el proceso, se encontró que la presencia de la enfermedad ha traído repercusiones en las relaciones interpersonales de la adolescente. La autonomía también ha sido afectada, ya que la adolescente se mostraba dependiente de su madre física y emocionalmente. Es clave resaltar la importancia de la reparación del vínculo parental como elemento para el éxito del proceso terapéutico. Con la aceptación de la realidad, los mecanismos de defensa fueron confrontados y transformados, dando oportunidad a los cambios saludables en la vida de la paciente.

Palabras clave: Resiliencia, ácido fólico, psicoterapia, intervención.

⁵ MPC I Rosa Isea Cerda Uc. Docente e investigadora de la facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. Correo de contacto cerdauc@correo.uady.mx

Abstract

This article examines the case of a 15-year-old teenager diagnosed at birth with folic acid deficiency. The overall objective of this study is to design, implement and evaluate a psychotherapeutic intervention with psychodynamic approach and cognitive-behavioral and gestalt techniques to improve coping styles and promoting resilience. For this intervention design process was performed during 31 individual sessions with the patient. During the process, it was found that the presence of the disease has brought impact on the teen's relationships. Similarly, autonomy has been affected, as the adolescent is dependent on her mother, both physically and emotionally. It is worth to highlight the importance of repairing the parental link as it is critical to the success of the therapeutic process. With the acceptance of reality, the defense mechanisms were confronted and transformed, giving opportunity for healthy changes in the life of the patient.

Key Words: Resilience, folic acid, psychotherapy, psychodynamic, intervention.

Introducción

Desde hace algunos años ha comenzado a manejarse el concepto de Resiliencia como una hipótesis explicativa de la conducta saludable en condiciones de adversidad o de alto riesgo (Fergus y Zimmerman, 2005), y se puede considerar la resiliencia como la configuración de capacidades y acciones que se orientan a la lucha por rescatar el sentido de la vida y el desarrollo frente a la adversidad. Por lo tanto, es una modalidad de ajuste que según Pynoos (1993) permite tolerar, manejar y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiológi-

cas, conductuales y sociales provenientes de experiencias traumáticas sin una mayor desviación del curso de su desarrollo y con la comprensión adecuada de la experiencia y sus subsecuentes reacciones.

La mayoría de los teóricos están de acuerdo en que la resiliencia es una cualidad que permite al ser humano resurgir de la adversidad, recuperarse e inclusive ser transformado por ella y acceder a una vida significativa y productiva; adaptarse a los cambios de una manera saluda-

ble, flexible y exitosa (Akullian, 2005; Dryden, et al. 1995) y sentirse bien a pesar de haber estado en riesgo (Ungar, 2004).

Kobasa y Madi (1982), mencionan las siguientes características como distintivas de personas resilientes: Compromiso y responsabilidad con un grupo, pensamiento de orden superior al promedio, expectativas realistas y dirigidas a una meta, autonomía, independencia, autoestima, autoeficacia y autodisciplina, actitud positiva ante los problemas y cambios, locus de control interno, valores espirituales, sentido de vida, competencia social, lazos afectivos, vida sana y feliz, afrontamiento, temperamento calmado, buen sentido del humor y optimismo.

Específicamente en la infancia, diversos estudios han identificado factores de protección organizados en tres áreas: individual (autoestima y autoconcepto positivo, capacidad de pensar y actuar de manera independiente, habilidades de solución de problemas, etc.); familiar (cohesión, apoyo y el sentimiento de un vínculo afectivo fuerte con los progenitores) y de la comunidad (la influencia de amigos y las relaciones íntimas con adultos competentes que le sirvan de modelo positivo y la calidad del entorno) (Masten & Powell, 2003; Place & cols., 2002).

La enfermedad es una situación que demanda que la persona y quienes la rodean utilicen una gran cantidad de recursos físicos y psicológicos para superarla. Por esta situación, el apoyo psicológico brindado a los pacientes resulta ser un instrumento eficaz para el afrontamiento de la enfermedad, fomentando en ellos la búsqueda de una calidad de vida digna (Gallar, 2002).

En el caso particular de una enfermedad crónica, la persona tiene que lidiar con ella por un periodo prolongado de tiempo, lo que afecta la percepción de su cuerpo, su orientación en el tiempo y espacio, su capacidad para predecir el curso y los acontecimientos de la vida, su autoestima, y sus sentimientos de motivación y dominio personal (Shumman, 1999).

La insuficiencia de ácido fólico al nacer se relaciona con diversos padecimientos, entre los cuales destacan los Defectos de Cierre de Tubo Neural (DCTN), un grupo de anomalías que afectan al encéfalo y la medula espinal durante el proceso de desarrollo fetal. La *espina bífida* es un defecto de la columna vertebral a cualquier nivel, por falta de fusión de la apófisis espinosa que varía desde tipos clínicamente importantes hasta

anormalidades menores (Puerto-Solís, M., Heredia-Navarrete, M., Ramírez-Sierra, M. y Ruiz-García, S., 2006).

Los niños con espina bífida tienen diferentes grados de afectación, lo cual hace que varíen los problemas neurológicos o los síntomas. Generalmente, cuanto más alto es el nivel del defecto de los nervios del tubo, más importantes son los problemas que el niño puede tener. Además de hidrocefalia, los niños pueden tener dificultades a nivel intestinal y de vejiga, serias dificultades en el movimiento o debilidad en las piernas. La mayoría de los niños tienen índices de inteligencia normales. (Puerto-Solís, M., Heredia-Navarrete, M., Ramírez-Sierra, M. y Ruiz-García, S., 2006).

Dussan (en Arrivillaga, Q., Correa, D., y Salazar, I., 2007) hace referencia a que el niño o adolescente que vive con un padecimiento crónico se ve expuesto no sólo a los efectos propios de la enfermedad, sino que además debe lidiar con hospitalizaciones, tratamientos y otras situaciones que amenazan su integridad física.

Siguiendo a esta autora, la comprensión y sobre todo el impacto de la enfermedad en la vida del niño están determinadas por una serie de factores tales como la naturaleza de la enfermedad, la

edad de aparición, su desarrollo cognitivo, organización psicológica, dinámica familiar y la relación establecida con el mundo médico y el personal de salud en general.

En los adolescentes, el diagnóstico de una enfermedad crónica supone la pérdida de la independencia y control, cambios en la apariencia física relacionados con el padecimiento y/o el tratamiento, un sentido de debilidad y vulnerabilidad que interfiere con el establecimiento de relaciones con personas de su edad y con las actividades sociales y escolares (Ajuriaguerra y Marcelli, 1987 en Arrivillaga, Q., Correa, D., y Salazar, I., 2007).

Metodología

La investigación se llevó a cabo como un modelo de intervención terapéutica con una adolescente a lo largo de 31 sesiones individuales.

La paciente fue una adolescente de 16 años de edad cumplidos al momento de terminar el proceso y que estudiaba el tercer grado de secundaria en una escuela pública.

La madre de la joven fue quien describe el motivo de consulta y este consiste en el sentimiento de inseguridad y desagrado de la joven respecto a su condición física. La madre mencionó que la joven

no habla del tema con nadie y la culpa por padecer esta enfermedad. Por otro lado, el motivo de consulta que la joven mencionó fue que le gustaría sentirse más segura consigo misma y que dejara de pesarle lo que la gente piense de ella.

Se utilizaron distintas técnicas y enfoques, pero partiendo de una conceptualización predominantemente psicodinámica.

Las técnicas psicodinámicas fueron la confrontación, la aclaración e interpretación pues en todo momento se buscó que la paciente fuera capaz de verse frente a su resistencia y desarrollara por su cuenta un *insight* (comprensión repentina) (Nieto, J., Abad, A., Esteban M. y Tejerina, M., 2004).

Por otro lado, las técnicas Gestalt pretenden hacer consciente a la persona de sus sentimientos, emociones y conductas. Su finalidad es promover una mayor toma de conciencia de lo que hace, piensa, dice o siente, así como facilitar el proceso de maduración como ser humano en su totalidad (Martín, 2008).

Para finalizar se utilizaron técnicas cognitivas con el objetivo de reestructurar los componentes comportamentales y de pensamiento que estén interfiriendo con la meta terapéutica. Estas técnicas fueron las operantes, de autocontrol, reduc-

ción de la ansiedad y la reestructuración cognitiva (Nieto, J., Abad, A., Esteban M. y Tejerina, M., 2004).

La evaluación del proceso se realizó utilizando los siguientes instrumentos:

- *Test del Dibujo de la Figura Humana*. Prueba proyectiva que se basa en la técnica del dibujo y que permite evaluar aspectos emocionales, intelectuales y de maduración. Su aplicación consiste en pedirle al individuo que realice un dibujo de una figura humana completa en una hoja tamaño carta y a lápiz (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007).
- *Inventario de depresión de Beck*. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual) (Beck y Cols., 1961).

- *Test Persona Bajo la Lluvia*. Busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador. El ambiente desagradable hace propicia la aparición de defensas que suelen no mostrarse en el test de la persona. Mediante esta situación de estrés el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes (Querol y Chávez, 2009).
- *Escala de Resiliencia*. Escala tipo Likert de dos factores: competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida. Sus ítems reflejan cinco aspectos de la Resiliencia: perseverancia, confianza en sí mismo, sentido de la vida, filosofía de la vida y ecuanimidad (Wagnild y Young, 1993).

Programa de Intervención

El proceso quedó dividido en tres fases principales, cada una con un número distinto de sesiones y con objetivos particulares. La fase de inicio constó de 4 sesiones, la fase de intervención tuvo una duración de 23 sesiones y la final con tres sesiones.

Resultados

Pruebas para evaluación

La prueba de la figura humana, aplicada durante la segunda sesión, indicó que a nivel de madurez mental la paciente se encuentra de acuerdo con el promedio con fuertes indicadores emocionales.

Con el Test del dibujo de la familia se encontró que la paciente es tímida, inhibida y se siente fracasada; es soñadora e imaginativa y con algunas tendencias regresivas; se guía por las reglas. Este test también indicó que la paciente tiene ansiedad generada por su familia y también cierta rivalidad con su hermana.

Del Test persona bajo la lluvia se obtuvieron resultados que indican que la paciente tuvo la necesidad de mostrarse y ser reconocida y además tiene un buen uso del espacio y sentido de la realidad; también se encontró que siente presión por parte de sus figuras parentales y presencia de dolencias psicosomáticas.

En cuanto al Test de depresión de Beck, el puntaje en la aplicación inicial arroja: Estados de Depresión intermitente. La depresión estuvo presente a lo largo de los años, con periodos de mejoría, pero coincide con el aplanamiento emocional presentado por la paciente. Se aplicó el instrumento

por segunda vez en la fase de evaluación y los resultados obtenidos son: Estos altibajos son considerados normales.

El puntaje inicial del Test de resiliencia de Wagnild y Young fue de 108 en una escala de 25 al 175, lo cual indica que la paciente tiene un alto porcentaje de resiliencia. Al reaplicar la prueba el puntaje obtenido fue de 133 en una escala de 25 a 175 puntos.

Programa de intervención

Fase de inicio

Esta fase constó de las primeras cuatro sesiones. La paciente describió los sentimientos ambivalentes hacia su madre, pues ella es su único apoyo físico y emocional, pero a la vez tiene resentimiento hacia ella por ser la causante de su padecimiento. Por otro lado, la relación con su padre le causa mucha ansiedad, enojo y tristeza lo que lleva a evitar el tema completamente. También fue posible observar una necesidad de autoafirmarse y de mejorar su autoestima, ya que presenta sentimientos de poca valía personal y conducta retraída como consecuencia de dichos sentimientos.

Intervención

Inicio

Durante esta fase se exploraron los deseos de autonomía de la paciente, limitada en gran medida por las características de su condición. Durante las entrevistas ella demostró y declaró inseguridad y miedo a las situaciones sociales.

Intermedia

Esta fase comenzó con la implementación de la técnica gestáltica “las conchas”. Mediante ésta, la paciente fue capaz de reconocer y aceptarse a sí misma.

Posteriormente se aplicó la técnica “Silueta de emociones”, en la cual la paciente fue capaz de identificar qué es lo que sentía y fue capaz de ubicarlas según su predominancia. Esto le ayudó a darse cuenta de que, aunque el miedo y la rabia están presentes en gran parte de su vida, también el aprecio de muchas personas cercanas a ella.

La fase de intervención intermedia continuó con una técnica cognitiva que consistía en relacionar emociones y los contextos de aparición. Usando esta se reconoció al padre de la menor como una

persona que le causaba mucho enojo, mientras que la madre y otros adolescentes de su edad la hacían sentir tranquila y alegre.

La aplicación de la técnica cognitiva “Antes, ahora, el futuro”, permitió hacer un balance de los logros terapéuticos obtenidos hasta el momento y también le ayudó a fijar metas que le gustaría obtener. La paciente mencionó que ha tenido un avance en su percepción y autovaloración, además de un avance en la expresión emocional que le gustaría seguir mejorando. Por otro lado, no ha logrado mejorar su relación con su papá, situación que le gustaría cambiar.

La siguiente técnica cognitiva utilizada, “Tarjetas suceso-pensamiento-consecuencia” consiguieron que la paciente recapacite sobre sus pensamientos y las conductas que estos generan, lo que le ayudó a regular su comportamiento.

Dada la negativa a hablar sobre el tema del padre, se utilizó con consentimiento de la paciente la técnica Gestáltica “La silla vacía”. Durante la aplicación la paciente pudo externar todos los pensamientos y sentimientos que había estado guardando. Externó que sentía mucho rencor hacia la figura paterna por el abandono sufrido.

Dado el resultado de la técnica anterior, se resolvió usar la técnica “La carta que no se entrega”, pero dirigida hacia la madre de la paciente. Con lo anterior se consiguió que la paciente logre expresar de manera segura todos los sentimientos y emociones que le perturbaban respecto a su relación con su madre, además de que pudo describir su agradecimiento. La paciente resolvió que la terapeuta rompa la carta después de leerla juntas.

La última técnica utilizada fue de la técnica Gestalt “Quemamos lo que no nos es útil, atesoramos lo que sí”. Ésta sirvió para que la paciente hiciera un recuento de lo que quisiera mantener y que es valioso y lo que era necesario sacar de su vida.

Para el final de esta fase intermedia de intervención, la paciente se nota sin el aplanamiento emocional característico del inicio del proceso. Mencionó que se sentía más motivada para continuar mejorando emocionalmente. También mencionó que gracias al proceso reflexiona más acerca de todo lo que le pasa y la ambivalencia en el vínculo con la madre se había reducido considerablemente.

Post-evaluación

En esta etapa se reaplicaron las pruebas para evaluación del proceso terapéutico y de los avances que la paciente tuvo.

La figura humana se realizó con mayor seguridad y tranquilidad, características que se pueden apreciar en el dibujo en la disminución notoria de los borrones con respecto a la primera y la sonrisa que se dibujó.

La siguiente prueba aplicada fue el Test de depresión de Beck, en el cual obtuvo una puntuación de 3, lo cual equivale al nivel de depresión: Estos altibajos son considerados normales. Esto ya presenta una gran diferencia con respecto a los resultados de la primera aplicación, en los cuales la paciente puntuó mucho más alto, cayendo en el nivel: Estados de Depresión intermitente.

Los resultados obtenidos tras la reaplicación del Test de Resiliencia indican que la paciente aumentó su nivel de resiliencia de 108 puntos en la fase de inicial a 133 en la post-evaluación.

Se aplica la técnica Gestalt “Cómo llegué, cómo me siento ahora” con lo que la paciente hizo un recuento de los logros que se obtuvieron durante todo el proceso y fue capaz de reconocer que ya

no le importa su aspecto físico, es capaz de externar algunas de sus emociones, mejoró su relación con sus padres y se siente más tranquila.

Fase de cierre

Esta fase inició aclarando las dudas respecto a que sucederá después que el proceso termine y se le motivó a seguir con sus metas. Sin embargo, fue necesario “dejar la puerta abierta” a que el proceso pudiera continuar en caso necesario con el objetivo de disminuir la ansiedad que el cierre generaba. También se le entregó una pulsera que tenía el objetivo de servir como recordatorio de todo lo aprendido y sentido durante el proceso.

Conclusiones

Si bien se puede considerar la Resiliencia como una habilidad innata, no aprendida e inherente a la persona, su definición va más allá, ya que se ha demostrado que es posible promoverla y fortalecer las habilidades resilientes que posee una persona, así como fomentar en ella nuevas habilidades al servicio del bienestar personal.

En la presente investigación se plantea la promoción de las habilidades resilientes como una herramienta hacia el cambio positivo y el bienestar de la persona; también se pretende que la

paciente desarrolle nuevas habilidades en favor de la aceptación de su padecimiento y en beneficio de su salud mental y emocional. Sin embargo, durante el desarrollo de la misma se hizo evidente la importancia de la reparación del vínculo con las figuras parentales como elemento primordial para el logro del objetivo, ya que por medio de dicha reparación la paciente logró integrar aspectos vitales para mejorar su autoconcepto, autoestima y sentimientos de valía personal que estaban afectados al inicio del proceso; con lo anterior la paciente pudo reconocer en ella la habilidad para sobreponerse ante la adversidad, logrando así el objetivo inicial del proceso.

La interpretación psicodinámica de las diferentes técnicas permitió explicar los comportamientos y reacciones inconscientes de la paciente y hacerlos conscientes, puesto que utilizaba mecanismos de defensa rígidos y arraigados, por lo que era muy complicado para ella identificar y expresar emociones y sentimientos; lo anterior causó en ella un efecto reparador casi inmediato. Fue muy interesante observar como a lo largo del proceso sus habilidades se fueron reforzando, mejorando su autoaceptación, autoconocimiento y autoestima positiva, así como la identificación en sí misma de

características que no había considerado, factores que favorecieron su desarrollo e impactaron en todos los contextos en los que se desenvuelve.

Referencias

- Akullian, J. (2005) *Resilience ingraduates of long-term Foster care: a restrospective study*. Disertación doctoral, Universidad de New York, 2005. Recuperada el 6 de Marzo de 2006, de UMI ProQuest Digital Dissertation data base. <http://www.proquest.com>
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: Manual Moderno.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*
- Dryden, J., Johnson, B., Howard, S. y McGuire, A. (1998). *Resiliency: A comparison of construct definitions arising from conversations with 9 year old - 12 year old children and their teacher*. Ponencia presentada en el *Annual Meeting of the American Education Research Association*. San Diego, CA.
- Esquivel, F., Heredia, M., y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*. México: Manual Moderno.

- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26 (1), 399-419.
- Gallar, M. (2000) *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Mexico: Thomson.
- Kobasa, S. C., Maddi, S.R. y Kahn, S., (1982) Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1):168-177
- Martín, A. (2008). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. España: Desclée de Brouwer;
- Masten, A. S. & Powell, J. L. (2003). *A resilience framework for research, policy, and practice*. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: University Press.
- Nieto, J., Abad, A., Esteban M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para las ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. México: McGraw Hill.
- Place, M., Reynolds, J., Cousins, A. & O'Neill, S. (2002). *Developing a resilience package for vulnerable children*. *Child and Adolescent Mental Health*.
- Puerto-Solis, M., Heredia-Navarrete, M., Ramírez-Sierra, M. y Ruiz-García, S. (2006). *Salud pública, reproductiva, genética, mental y enfermedades infecciosas en el sureste de México*. Mérida, México: LIBUADY
- Pynoos, R. S. (1993). *Posttraumatic Stress Disorder. A Clinical Review*. Lutherville: Sydor Press.
- Querol, M., Chávez, M. (2005). *Test de la Persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar
- Shumman, R. (2005). *Vivir con una enfermedad crónica*. Buenos Aires: Paidós.
- Ungar, M. (2004). A constructionist Discourse on Resilience. Multiple Contexts, Multiple Realities among At-Risk Children and Youth. *Youth & Society* 35 (3).
- Wagnild, G., Young, HM. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*; 1(2): 165-177.