

**LA RESILIENCIA COMO FACTOR PROTECTIVO EN EL ADOLESCENTE BIPOLAR:
RETROACTIVIDAD TRANSDICIPLINARIA DESDE LA BIOÉTICA CLÍNICA**

**RESILIENCE AS A FACTOR IN BIPOLAR ADOLESCENTS-PROTECTIVE:
RETROACTIVITY TRANSDICIPLINARIA FROM CLINICAL BIOETHICS**

Maryelis Cuenca

Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Valencia, Venezuela
maryeliscuenca1@gmail.com

Maribel Bont

Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Valencia, Venezuela
maribel.bont@gmail.com

Recibido: 16/04/2018 – Aprobado: 23/07/2018

Resumen

La Resiliencia en el adolescente con Trastorno Bipolar (TB) constituye un factor protector ante las adversidades que contribuyen a las recaídas. El objetivo general es mostrar la capacidad de resiliencia ante acontecimientos vitales en una adolescente con TB. A través de la Historia de Vida como herramienta de la Hermenéutica y sobre las bases epistemológicas de la Complejidad, se presenta una adolescente de 16 años con diagnóstico de TB tipo I, sumergiéndose en la entrevista a profundidad guiada y fundamentado en los Principios de la Bioética. Se concluye que la resiliencia es uno de los factores protectores más influyentes en el bienestar psicológico del adolescente con TB, contribuyendo a su autonomía para enfrentarse al ambiente en el que se desenvuelve.

Palabras clave: Resiliencia; Trastorno Bipolar en Adolescentes; Bioética Clínica.

Abstract

The resilience in adolescents with Bipolar Disorder (BD) is a protective factor against the adversities that contribute to relapse. The overall objective is to show resilience in the face of vital events in a teenager with BD. Through the story of life as a tool of the Hermeneutics and on the epistemological bases of the complexity, there is a teenager of 16 years with a diagnosis of BD type I, immersing themselves in the in-depth interview guided and based on the principles of bioethics. It is concluded that resilience is one of the most influential protective factors in the psychological well-being of adolescents with BD, contributing to their autonomy to deal with the environment in which it operates.

Keywords: Resilience; Bipolar Disorder in Adolescents; Bioethics Clinic.

Introducción

El Trastorno Bipolar (TB) forma parte de un grupo de afectaciones clínicas que se caracterizan por la pérdida de control de las emociones. A pesar de que los episodios de manía, descritos como períodos de euforia patológica, son los que le otorgan la entidad diagnóstica, las personas que lo padecen suelen experimentar también episodios depresivos, intercalados con periodos de recuperación parcial o completa (García-Blanco, Sierra y Liviano, 2014). Las manifestaciones clínicas tan intensas y sostenidas en el tiempo, generan deterioro del funcionamiento interpersonal, social, escolar y laboral, por lo que el TB es considerado un trastorno psiquiátrico crónico, grave e incapacitante (Wozniak et al., 2011), presente en aproximadamente el 2% de los jóvenes menores de 18 años y con 55-60% de inicio durante la adolescencia, en los adultos con diagnóstico de trastorno bipolar. (Merikangas et al, 2011; Meter, Moreira y Youngstrom, 2011).

El TB en la adolescencia es un trastorno con síntomas crónicos y de varias comorbilidades. Los estudios observacionales sugieren que los episodios afectivos son más prolongados que en adultos y pueden durar semanas o años (Geller, Tiilman, Bolhofner y Zimmerman,

2008). Existe una elevada prevalencia de síntomas psicóticos, episodios mixtos y de ciclos rápidos. Debido a la larga duración de los episodios, la mayoría de los pacientes cursarán con formas subclínicas del trastorno (Birmaher, 2009), por lo que se considera un importante problema de salud pública, generando que su prevalencia, fenomenología, subtipos y tratamiento estén siendo objeto de estudios constantemente. Por lo tanto, la reducción de los factores de riesgo y los síntomas asociados a la bipolaridad puede aumentar la probabilidad de un buen pronóstico a largo plazo.

Durante los últimos 15 años, el modelo terapéutico biopsicosocial para el TB ha obtenido un reconocimiento cada vez mayor.

En consecuencia, aunque los tratamientos psicofarmacológicos se consideran la intervención de primera línea (Goldstein, Sassi y Diler, 2012), las diversas opciones psicoterapéuticas se han propuesto como un medio para abordar las vulnerabilidades psicológicas, el estrés familiar y psicosocial que pueden influir en el TB durante su fase inicial en el adolescente (Miklowitz, Biuckians y Richards, 2006). Los diversos enfoques de psicoterapia tienen ciertos objetivos en común como lograr la aceptación de la enfermedad o por lo menos la comprensión de los aspectos básicos de la

misma, como su naturaleza, pronóstico, causas biológicas, factores desencadenantes y la importancia de cumplir el tratamiento. Así pues, todos los modelos incluyen un grado de psicoeducación hacia los pacientes (Akiskal y Tohen, 2008). Por consiguiente, con la psicoterapia en el adolescente con TB se pueden reconocer los factores protectores para la transformación de los elementos negativos en nuevas posibilidades.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008), presentó un programa de acción dirigido a disminuir la carga que significan los trastornos mentales, con atención especial a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psíquicos. La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone hacer hincapié en la protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar. Así mismo, los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida, y muchos de ellos pueden modificarse.

En cuanto a los factores protectores, son todas las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan conseguir la salud integral y el desarrollo del adolescente de forma individual e inmerso en

el entorno social en el que se desenvuelve. Estos pueden ser, por ejemplo, el apoyo familiar, la escuela, las creencias religiosas, las amistades con los pares, las actividades deportivas y de esparcimiento, los valores morales y éticos, la capacidad de resolución de conflictos y de gestionar adecuadamente las emociones, así como la autoestima (Blasco, 2012).

El fenómeno de alcanzar una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales de riesgo recibe el nombre de resiliencia, que es la capacidad de hacer frente y superar los factores negativos y externos manteniendo un comportamiento socialmente aceptable en ambientes de adversidad, y rechazar conductas inadaptadas. Es el resultado de la interacción entre los atributos del individuo y su ambiente familiar, social, escolar y cultural que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva, ya que, permite al individuo que la posee contar con la capacidad de atreverse a efectuar el trabajo de cada etapa del desarrollo humano, de una manera satisfactoria y exitosa (González, 2011).

El tema de la resiliencia es central en los campos de la psicología, psiquiatría y pedagogía, ya que, abordado ampliamente permite que se fomente en los adolescentes,

para que puedan sobreponerse a los riesgos de dicha etapa del desarrollo, no sólo para superarlos sino para desarrollar al máximo su potencial individual (Noriega, Angulo y Angulo, 2015). Se considera que los adolescentes y las personas en general resilientes, pueden reducir la intensidad del estrés, lo que hace que disminuya la presencia de signos emocionales negativos como la ansiedad y depresión al tiempo que aumentaba la salud emocional, por lo que la resiliencia es efectiva no sólo para enfrentar adversidades, sino también para la promoción de la salud mental y emocional, y por ende, es necesaria en los adolescentes con diagnóstico de TB, (Grotberg, 2006).

A continuación, se describe el caso clínico de una adolescente de 16 años con diagnóstico de TB; se expresan sus manifestaciones clínicas, el enfoque terapéutico, su dinámica familiar y los estresores psicosociales, datos biográficos que reflejan cómo son sus respuestas adaptativas y su capacidad de resiliencia ante diversos acontecimientos de su vida. Para ello, desde la Complejidad y en esta nueva visión del abordaje en la interacción equipo de salud-persona enferma se propone una asistencia que debe ser compleja, transdisciplinaria y de integración multiperspectiva, que inicia con una búsqueda interpretativa del fenómeno

haciendo uso primario de la Hermenéutica, como herramienta comprensiva.

Es en el empleo de la Hermenéutica aplicada desde el Paradigma Complejo, que se justifica la retroactividad en lo transdisciplinario para unir distintas posturas desde lo Psicológico, lo Bioético y la Psiquiatría, como elementos discursivos que se entrelazan para recrear un lenguaje que partiendo de la profundidad de la Historia de Vida individual, pueda traer nuevas proposiciones científicas que aporten en la generación de saberes, que contribuyan en la comprensión y manejo de este tipo de desequilibrio de la mente humana, (Martínez, 2007).

La investigación descansa en los Principios de la Bioética: a) Principio de autonomía: es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en las decisiones básicas que le atañen. b) Principio de beneficencia: es la obligación de hacer siempre el bien. c) Principio de no maleficencia: es el respeto de la integridad del ser humano. d) Principio de justicia: es el reparto equitativo de beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación (Berti, 2015). El objetivo de este artículo es mostrar la capacidad de resiliencia ante múltiples acontecimientos vitales en una adolescente con diagnóstico de TB.

Descripción del caso

Previa la realización de la Historia Clínica Psiquiátrica de carácter hermenéutica que contempla la entrevista abierta y a profundidad y en múltiples encuentros concertados, como parte del protocolo de atención se lleva a cabo el Asentimiento Informado (Teoría del Menor Maduro) del menor en el cual de forma verbal y con un lenguaje ajustado a su capacidad de entendimiento, se conversa sobre la posibilidad de que el paciente a través de su relato de vida, sea sujeto de abordaje interpretativo en la presente investigación. Se hace hincapié en el Consentimiento Informado Subrogado al representante, en el resguardo de la confidencialidad de la identidad y el manejo ético discrecional de la información suministrada a lo que se alcanza un acuerdo de asentimiento y consentimiento libre e informado, (Bont et al., 2011).

Se trata de adolescente femenino de 16 años de edad, natural y procedente de Valencia estado Carabobo-Venezuela, de religión católica, con 4° año de bachillerato aprobado, padres divorciados, dos hermanos mayores (adolescentes), Graffar III; llevada por su madre y abuela materna en enero de 2016 a la Consulta de Extensión del Departamento de Salud Mental de la Universidad de

Carabobo, por presentar dos semanas previas a la consulta, disminución de la necesidad de dormir, labilidad afectiva con predominio de ánimo irritable y expansivo, verborrea, taquialia, risas inmotivadas, alucinaciones auditivas, ideas delirantes erotomaníacas y desinhibición sexual. Cuatro semanas antes ya había buscado atención psiquiátrica privada, por presentar clínica depresiva de aproximadamente un mes de evolución, indicándose antidepresivo: Venlafaxina 75mg vía oral diariamente.

La adolescente es producto de un tercer embarazo, planificado, controlado y parto sin complicaciones. La madre decide separarse de su esposo durante su embarazo por alcoholístico, con agresión verbal y física, mudándose a casa de su madre hasta la actualidad con sus dos hijos mayores. Presentó un desarrollo psicomotor adecuado y desempeño escolar óptimo.

La madre presenta antecedentes psiquiátricos de TB tipo I (American Psychiatric Association, 2014) desde la adolescencia. La paciente desde la infancia ha tenido tendencia a la introversión, con pocas amistades, pero relacionándose de forma adecuada, demostrando madurez ante eventos vitales como un intento suicida de su madre cuando tenía 7 años de edad,

apoyando en la búsqueda de ayuda. Desde allí comparte la cama con la madre a solicitud de la misma, quien manifiesta que “necesita a su hija hasta para respirar”.

Semanas previas a presentar la sintomatología depresiva, la adolescente manifiesta que había estado conversando con una prima sobre la ruptura matrimonial de sus padres, la condición de su madre y su relación con ella y de cómo tenía miedo de que su madre experimentara otro intento de suicidio, comenzando a sentir tristeza desde entonces. Desde el momento de su consulta se solicitó Resonancia Magnética Nuclear Cerebral, Electroencefalograma, Laboratorio General y Pruebas Hormonales, los cuáles no reportaron anormalidad.

Tras la evaluación transdisciplinaria se llegó a la conclusión diagnóstica de TB tipo I, indicándosele tratamiento farmacológico a base de Carbamacepina 400mg vía oral dos veces al día y Risperidona 3mg vía oral dos veces al día. Se planteó como tratamiento psicoterapéutico la terapia psicodinámica, con una sesión semanal de 60 minutos durante un año, acudiendo luego una vez al mes. Se disminuyó progresivamente la medicación según su mejoría y se dejó como mantenimiento solo Carbamacepina 400mg vía oral antes de dormir. Se trabajó las habilidades sociales, el reforzamiento y

promoción de la autoestima, la autonomía tanto en la intervención psicoterapéutica como en su participación como sujeto de investigación; así como la comunicación y expresión emocional. Al cabo de un mes la paciente comenzó a evidenciar remisión de la sintomatología psicótica con leve persistencia de ánimo triste. En las sesiones manifestaba sentirse incomoda con su relación materna la cual describe como asfixiante, su preocupación por retomar sus actividades escolares y sobre su apariencia física y personal la cual refiere como “fuera de onda”. Con la madre se intervino ante la necesidad de permitirle la independencia y autodeterminación emocional de la hija; así como, con la socialización con sus pares. La adolescente llega a mencionar, al cabo de un año de tratamiento, que le “encanta estudiar y estar en la escuela”, logrando destacarse académicamente.

Se administró inicialmente, al remitir la clínica psicótica la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young validada por Novella en el 2002 (Castilla et al, 2014), obteniendo una puntuación de 121 correspondiente con escasa resiliencia. Al cabo de 1 año, tras reincorporarse a sus actividades académicas y acudir de forma periódica a la consulta, obtuvo una puntuación en la misma escala de 145, correspondiente con moderada resiliencia.

Discusión

Según la responsabilidad que le ha tocado a esta adolescente de contener las necesidades emocionales de su madre y a su desarrollando general, se aprecia que posee un nivel moderado de resiliencia; si bien aún no tiene una clara diferenciación de la madre, se encuentra trabajando por su individuación, necesita desarrollar; autorregulación, imposición de límites a los otros, autoestima, a fin de enriquecer sus vínculos sociales y enseñarle habilidades para la vida fortaleciendo su autonomía en su TB, pudiendo ser partícipe activo en su tratamiento médico, (Vargas y Villavicencio, 2011; González, 2011).

También se observaron elementos vitales como la separación de sus padres, las crisis de descompensación del TB de la madre, y el reciente diagnóstico de su propio cuadro, que como en muchos eventos devastadores que generalmente tienen resolución, hacen que la persona reevalúe su entorno vital y prioridad; estos cambios, según algunos autores pueden apreciarse en el reordenamiento de sus valores y principios de vida, (Armenta, 2010). Es posible entonces establecer en qué medida la resiliencia puede ser trabajada por las diversas vertientes psicoterapéuticas como recurso de las partes sanas del

adolescente, incluso en aquellos con trastornos mentales crónicos como el TB.

Al analizar el hecho de que la paciente manifieste sentirse bien en la escuela, algunos autores argumentan que la actividad escolar y las actividades complementarias que mantienen ocupados a los adolescentes fortalecen la oportunidad de desarrollo de destrezas y por consiguiente se constituye en un factor protector o resiliente en los adolescentes. (Ostos, 2010; Hernández, 2008).

Este es un proceso en espiral que cambia permanentemente, que está dado por un transcurso continuo, inacabado de múltiples interacciones entre el propio sujeto, su capacidad de interiorización/aprendizaje, su entorno, su desarrollo, crecimiento humano y espiritual, con el objetivo principal de alcanzar su realización personal fundamentada en los valores que la persona posea (Bont et al., 2011).

A modo de conclusión se puede decir que la resiliencia es uno de los factores protectores más influyentes del nivel de bienestar psicológico en el adolescente con TB, que promueve, amortigua y protege su salud psico-emocional y social, lo que contribuye a la autonomía para enfrentarse al ambiente en

el que se desenvuelve más allá del TB como condición crónica.

Referencias

Akiskal, H.S., Tohen, M. (2008). Psicofarmacoterapia del trastorno bipolar. Cuidados del paciente. John Wiley & Sons, Ltd.

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Asociación americana de psiquiatría.

Armenta, J. (2010). Resiliencia y enfermedad mental: una aproximación desde la terapia centrada en la persona. Enseñanza e investigación en psicología, 15 (1), 183-204.

Berti, B. (2015). Los principios de la Bioética [en línea], Prudentia Iuris, 79. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principios-bioetica-berti-garcia.pdf> [Fecha de consulta: 23/01/2018].

Blasco, C. (2012). Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: el perfil del adolescente resistente y las competencias emocionales asociadas. Ámbito social i criminológico, 4-8.

Bont, M., Malpica-Gracian, C., Rojas-Malpica, C. (2011). Handling end-of-life care in medical decision making: on a bioethical view. Euthanasia-the good death: controversy in humans and animals, 5 (2), 93-116. ISBN 978-953-307-260-9.

Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., Valdivia, A., Torres-Calderón, M.F. (2014). Análisis exploratorio de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en una muestra de adolescentes, jóvenes y adultos universitarios de Lima metropolitana. Rev. psicol. Arequipa, 4(1), 80-93.

García-Blanco, A.C., Sierra, P., Liviano, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. Psiq Biol., 21(3), 89-94.

Geller, B., Tiilman, R., Bolhofner, K., Zimmerman, B. (2008). Child bipolar I disorder:

prospective continuity with adult bipolar disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. Arch Gen Psychiatry, (65), 1125-1133.

Goldstein, B.I., Sassi, R., Diler, R.S. (2012). Pharmacological treatment of bipolar disorder in children and adolescents. Chile Adolesc Psychiatr Clin N Am, (21), 911-39.

González, N.I. (2011). Resiliencia y Personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Grotberg, E.H. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. España, Gedisa.

Hernández, O. (2008). Factores protectores y de riesgo asociados a la resiliencia, en adolescentes de 15 años de edad estudiantes del 9° grado de la U.E. "Alfredo Pietri" del Municipio San Joaquín del Estado Carabobo. Trabajo de ascenso para optar a la categoría de profesor titular de la Universidad de Carabobo.

Martínez, M. (2007). La nueva ciencia: su desafío, lógica y método. México DF: Editorial Trillas.

Merikangas, K.R., Jin, R., He, J.P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N.A., et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry, (68), 241-51.

Meter, A. R., Moreira, A.L., Youngstrom, E.A. (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. J Clin Psychiatry, 72, 1250-6.

Miklowitz, D.J., Biuckians, A., Richards, J. A. (2006). Early-onset bipolar disorder: A family treatment perspective. Dev Psychopathol., (18), 1247-65.

Noriega, G., Angulo, B., Angulo, G. (2015). La resiliencia en la educación, la escuela y la vida. Perspectivas docentes, 58. Organización Mundial de la Salud. (2008). Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS.

Ostos, I. (2010). Factores resilientes en el desarrollo psicosocial de los adolescentes de Liceo Bolivariano Alfredo Pietri del Municipio San Joaquín del Estado Carabobo. Trabajo presentado como requisito para obtener el Título de Magister en Educación, Mención Orientación y Asesoramiento de la Universidad de Carabobo.

Vargas, J.E., Villavicencio, J.M. (2011). Niveles de resiliencia en pacientes recientemente amputados: consejos para fortalecerla. Centro Regional de Investigación en Psicología, 5(1), 13-20. Recuperado de: <http://www.conductitlan.net>

Wozniak, J., Petty, C. R., Schreck, M., Moses, A., Faraone, S. V., Biederman, J. (2011). High level of persistence of pediatric bipolar disorder from childhood onto adolescent years: A four year prospective longitudinal follow-up study. *J Psychiatr Res.*, (45), 1273-82.