

LA RESILIENCIA COMO FACTOR PROTECTOR EN SUJETOS CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

DOLLY VIVIANA ALVAREZ GRISALES

Asesor académico

Dr, Mag, Ps. RODRIGO LÓPEZ SANTANDER

TRABAJO DE GRADO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2018 – B

Contenido

Resumen.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS	14
3.1. OBJETIVO GENERAL	14
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. MARCO TEÓRICO	15
4.1. CAPÍTULO I: LA RESILIENCIA	15
4.1.1. EL CONCEPTO DE RESILIENCIA	15
4.1.2. EL MODELO EXPLICATIVO GENETISTA DE LA RESILIENCIA	17
4.1.3. MODELO EXPLICATIVO ONTOLÓGICO DE LA RESILIENCIA.....	23
4.1.4. MODELO EXPLICATIVO TRANS-DISCIPLINAR DE LA RESILIENCIA.....	27
4.1.5. ETOLOGÍA HUMANA Y RESILIENCIA.....	30
4.2. CAPÍTULO II: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	34
4.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	36
4.2.2. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	44
4.2.3. DEFINICIÓN Y GENERALIDADES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	45
4.2.4. CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	48
5. CAPÍTULO III: PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA Y RESILIENCIA EN SUJETOS CON TAG.	51
5.1. LA PSICOLOGÍA POSITIVA	51
5.2. PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA	55
5.3. PSICOLOGÍA POSITIVA Y RESILIENCIA.....	60
5.4. PSICOLOGÍA POSITIVA Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA...	63
6. MARCO METODOLÓGICO	67
6.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	68
7. DISCUSIÓN.....	68
8. CONCLUSIONES.....	75
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

Resumen

La presente monografía contiene un análisis a partir de los principios teóricos de la psicología positiva. Los conceptos centrales están definidos a partir del objetivo general: analizar la resiliencia como factor protector, en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada a partir de los principios de la psicología positiva. Se trata de una reflexión acerca de la relación entre los conceptos de resiliencia, factores protectores y psicología positiva. La metodología cuenta con un alcance descriptivo. El diseño metodológico se basó en la revisión bibliográfica de fuentes primarias (investigaciones académicas - literatura especializada) y secundarias (artículos-ensayos).

Los resultados encontrados en esta investigación indican que la resiliencia puede comprenderse como un factor de protección en la medida en que los sujetos cuenten con ciertos elementos genéticos y psicológicos que la faciliten. Quienes poseen dichos elementos se encuentran en mejor posición para enfrentar las adversidades y salir fortalecidos de ellos. La psicología positiva sirve como herramienta para facilitar la adquisición o la consolidación de los factores psicológicos que aportan al proceso de resiliencia, lo que puede aplicarse en los casos de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Así pues, como conclusión general se afirma que: La resiliencia es un factor protector que minimiza la ocurrencia de síntomas globales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Igualmente, es un factor protector en la medida en que reduce la probabilidad de riesgo frente a episodios comorbidos a esta

enfermedad. La resiliencia es un co-adyuvante del tratamiento médico. Esto se traduce en bajar dosis de medicación y alcanzar el autocontrol sobre los síntomas y el trastorno, cumpliendo así con uno de los objetivos de la psicología positiva. Con la aplicación de los principios de la psicología positiva se hace posible que quien padezca un trastorno de ansiedad generalizada se proteja de ciertas afecciones, propias de este, y sea capaz de hacer resiliencia.

PALABRAS CLAVE: Resiliencia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, psicología positiva, factores protectores.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad dificultan las relaciones sociales de quienes los padecen, lo cual trae como consecuencia una serie de problemas para la persona y para su entorno. Estos se encuentran asociados a fobias específicas, sociales o a malestares post-traumáticos. Las consecuencias de los trastornos de ansiedad se presentan tanto a nivel fisiológico como psicológico. En cuanto al Trastorno de Ansiedad Generalizada, este se caracteriza por la presencia de preocupaciones excesivas que son difíciles de controlar y se manifiestan ante los estímulos relativos a un número amplio de hechos, situaciones o actividades. Su "... intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido" (Bados, 2005, p. 2). En ese sentido, se hace necesario que se analice la forma en que la resiliencia se facilita, por medio de los principios de la psicología positiva, en los casos donde el TAG afecta, globalmente, la vida del sujeto. Para esto se ha propuesto un orden.

La monografía contiene tres capítulos. En el primero se establece el marco teórico a partir del cual se comprende el concepto de resiliencia. El cual contiene lo que se puede considerar el fundamento para las reflexiones posteriores. Se expone no solo el concepto de resiliencia, sino también los tres tipos de modelos explicativos que dan cuenta de su origen.

En el segundo capítulo se abordó el tema del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Se definió lo que significa ansiedad partiendo de diversas descripciones clínicas y académicas. Se describieron algunos tipos de trastornos

relacionados con la ansiedad de tal forma que fuese posible establecer semejanzas y diferencias importantes con el TAG. Esto permitió una caracterización diferenciada del trastorno sobre el que se hizo este estudio. Adicionalmente, este capítulo contiene una reflexión acerca de las causas y consecuencias del TAG.

En el capítulo tercero se establece una relación entre la resiliencia (como facultad humana) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). En particular, se reflexiona sobre los beneficios que comporta la aplicación de los principios de la psicología positiva en procesos de resiliencia que desarrollan sujetos con TAG. Razón por la cual, comprender lo que significa la resiliencia y los principios de la psicología positiva permite evidenciar la función protectora de los segundos en la efectividad de la primera.

Posteriormente, se realiza una discusión y se establecen las conclusiones. Por un lado, en la discusión, se indica cuáles son los vacíos que se encontraron en la revisión bibliográfica, cuáles son las coincidencias entre los autores consultados y cuáles sus disensos. Adicionalmente, se asume una postura frente a los temas problemáticos en los que no se hallaron puntos de encuentro entre las investigaciones. Por otro lado, en las conclusiones se registran las afirmaciones que se lograron extraer del proceso investigativo. Se asevera, por ejemplo, que la resiliencia puede ser aprovechada como factor protector cuando la persona tiene la facultad de construir una visión positiva de la vida, a pesar de las adversidades.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de resiliencia, recientemente adaptado a la psicología contemporánea, ha permitido explorar una facultad humana que, al ser desarrollada efectivamente, resulta de gran valor en la búsqueda de la salud mental. Esta noción, originaria de la física, hace referencia a la capacidad que tienen los materiales para “rebotar” ante un impacto o debido a la fatiga (Pedraza, 2015). En el campo de la psicología, la resiliencia se entiende como la facultad que posee una persona para repararse ante las desgracias y salir fortalecido de estas (Cyrulnik, 2007). Más allá de estas definiciones, el concepto ha sido estudiado desde enfoques biológicos, sociológicos, antropológicos, etc. Todas estas aplicaciones del concepto a la realidad (social o individual) han sido útiles en el tratamiento de diferentes trastornos.

El trastorno de ansiedad, en términos generales, se puede definir como una patología que se expresa fisiológicamente, pero cuyos orígenes son psicológicos. El paciente experimenta una serie de malestares físicos provocados por el miedo excesivo hacia eventos que no representan un peligro inmediato o inminente. Fínez y Morán (2015) lo entienden como:

estado del organismo caracterizado por la emisión de respuestas fisiológicas y motoras que se corresponden con aquellas asociadas al distress y van acompañadas de la percepción de este peculiar estado del organismo como negativo y disfórico,

atribuyéndose en la mayoría de los casos, tal estado a la existencia de un estímulo percibido como potencialmente nocivo. (pp. 410-411)

Los padecimientos inherentes a dicho trastorno dependen del tipo de ansiedad y de la presencia de ciertos elementos que facilitan o dificultan la resiliencia. Dicho esto, cabe mencionar que en la presente monografía se examinará, específicamente, el trastorno de ansiedad generalizada. Según Bados (2005), el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza, principalmente, por la presencia de preocupaciones excesivas, que además son:

persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. (Bados, 2005, p. 2)

Toda esta sintomatología le impide o dificulta al individuo llevar relaciones familiares, laborales y sociales estables. El constante temor o preocupación por diversos motivos afectan, de forma general, la vida emocional de quien sufre este trastorno. Sin embargo, la resiliencia se presenta como un elemento que brinda una explicación al hecho de que no todas las personas reaccionan de la misma forma a los diferentes tratamientos psicológicos.

La existencia de sujetos que logran la resiliencia satisfactoriamente, en menor tiempo, inmersos en un proceso con menos perturbaciones y con mayor cooperación de la familia plantea la pregunta acerca de: ¿cuáles son los factores o elementos que permiten o facilitan la resiliencia? Es decir, sobre la capacidad de dichos pacientes de comprender su condición y afrontarla de tal manera que logran retomar el desarrollo y salir fortalecidos del infortunio; haciendo, como lo expresa Cyrulnik (2009), en el título de su obra: *Una maravilla del dolor*.

La pregunta por la incidencia de la resiliencia en la evolución satisfactoria, en términos de salud mental, de las personas con trastorno de ansiedad generalizada debe ser resuelta teniendo en cuenta, por una parte, los denominados factores protectores (Villalba, 2000) y, por otra, el desarrollo de investigaciones transdisciplinarias que sugieren la interacción de elementos genéticos y adquiridos en los procesos de resiliencia. Es decir, para responder a la pregunta central de esta monografía: ¿cómo la resiliencia es factor protector en sujetos con trastorno de ansiedad generalizada? es necesario que se resuelvan dos cuestiones. En primer lugar, es importante determinar si existe, en algunos individuos, una predisposición genética que les permita protegerse de los infortunios. En segundo lugar, establecer si los factores ambientales predominan sobre los genéticos en cuanto a la facilitación de la resiliencia en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Ahora bien, para analizar los efectos de la resiliencia en dichos pacientes se asumirá que las intervenciones a nivel cognitivo-conductual, siendo efectivas en el tratamiento de estos trastornos, contribuyen a la capacidad de “rebote”, de “reestructuración” del intervenido.

2. JUSTIFICACIÓN

En la presente justificación se expondrá el por qué y el para qué de este trabajo, lo cual se establecerá a partir de los siguientes parámetros: a) conveniencia, b) relevancia social, c) implicaciones prácticas, d) valor teórico, e) utilidad y f) novedad (Hernández et al., 2010). En ese orden de ideas, la conveniencia de la investigación que se llevará a término se fundamenta en tres aspectos. El primero, hace referencia a la gravedad de la patología. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada enfrentan dificultades en diversas áreas de la vida. No solo se ve afectada la relación con los demás, sino que la persona sufre, íntimamente, con los repentinos embates emocionales (fundados en el miedo y la rabia, principalmente). Es conveniente, teniendo en cuenta la gravedad señalada, realizar una investigación académica que informe a los estudiantes de psicología acerca de las características de esta patología con el fin de generar conciencia sobre las limitaciones y padecimientos de los pacientes con TAG. Esto facilita la interacción entre el paciente y el terapeuta, la generación de una relación que permita la estructuración de factores que promuevan la resiliencia.

Según Huertas (2016) muchas personas están expuestas a padecer TAG, pues su relación con la pobreza y con la falta de afecto por parte de la familia es evidente. En Colombia, debido a condiciones sociales y culturales, el riesgo está latente en todos los estratos. En ese sentido, los psicólogos son profesionales de la salud mental llamados a intervenir de manera efectiva para mejorar las

condiciones de vida de los pacientes, sus familiares y/o los cuidadores. Ahora bien, no todas las personas que sufren de esta enfermedad o trastorno aceptan la asistencia profesional. Mucho de esto tiene que ver con aspectos culturales (Huertas, 2016). Prueba de esto es que, si bien es cierto que el número de pacientes no se puede determinar con exactitud, investigaciones como la desarrollada por Huerta (2016), concluyen que: “La proporción mujer-hombre en adultos de población general es de 2:1; sin embargo, esto cambia cuando hablamos de población clínica, donde se iguala la proporción 1:1.” (2016, p. 55). Más allá de la cantidad de población que está en riesgo de sufrir de la enfermedad en mención se encuentra el problema de su manifestación en las etapas tempranas del desarrollo humano: “La edad de inicio es difícil de determinar, la mayoría de los pacientes con este trastorno indican que están ansiosos desde que son capaces de recordar” (Huerta, 2016, p. 55). Es decir, no solo es conveniente desarrollar esta investigación porque se trata de un trastorno que padecen, o pueden padecer, muchas personas, sino además porque se puede sufrir en silencio (debido a exigencias culturales) y desde muy temprana edad, deteriorando progresivamente la salud mental y física del paciente. De ahí que, el enfoque que ofrece la psicología positiva sea de gran utilidad al momento de plantear estrategias de prevención que se implementen desde la infancia (Ángel, 2016); es por medio de una visión optimista de la vida como se puede proteger a las personas, independientemente de su edad, de las consecuencias fisiológicas y psicológicas del TAG.

La investigación sobre la influencia de la resiliencia en sujetos con Trastorno de Ansiedad Generalizada implica que esta contenga cierta relevancia social. En ese sentido, es preciso afirmar, como lo hace Cyrulnik (2007), que el ser humano no se construye solo: "... sin la presencia del otro no podemos llegar a ser nosotros mismos" (p. 23). En ese orden de ideas, un sujeto con TAG ha de contar, para superar o sobrellevar su enfermedad, con factores protectores internos y externos, lo que implica un compromiso, por parte de la sociedad, con el proceso de resiliencia. Se requiere de una transformación en la forma de entender los padecimientos de los sujetos con TAG, esto es, una nueva concepción social que promueva la des-victimización y les permita retomar el desarrollo. En palabras de Villalba (2000):

La resiliencia, aunque requiere una respuesta individual, no es una característica individual ya que está condicionada tanto por factores individuales como ambientales, emergiendo de una gran heterogeneidad de influencias ecológicas que confluyen para producir una reacción excepcional frente a una amenaza importante. (p. 3)

Sobre las implicaciones prácticas y el valor teórico se precisa afirmar que las implicaciones en el plano práctico no se perciben de manera directa, mientras que los aportes teóricos se expondrán, de forma concreta, en las conclusiones de esta monografía. Se pretende llenar vacíos teóricos y, sobre todo, exponer algunos de los debates centrales en torno a la resiliencia en personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada a partir de la psicología positiva.

Finalmente, es importante señalar la utilidad y la viabilidad del ejercicio investigativo. Por un lado, es útil porque aporta conocimiento que puede ser asimilado por estudiantes y profesionales de la psicología interesados en comprender la razón por la cual algunos sujetos parecen soportar los síntomas de mejor forma que otros; incluso, lograr una comprensión de cómo la psicología positiva puede aportar en la consolidación de los factores protectores. Entender cuáles son y cómo operan los componentes de la resiliencia en sujetos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, desde los principios de la psicología positiva, es útil en tanto que dichos principios pueden orientar las estrategias necesarias para que la persona logre repararse de los daños causados por la enfermedad y salir fortalecido de la experiencia traumática. Por el otro lado, esta investigación es viable debido a la copiosa producción que está disponible acerca de los conceptos centrales: resiliencia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Psicología Positiva. Lo anterior se hizo evidente en la revisión bibliográfica, donde no solo se encontraron tesis, artículos y ensayos relativos a cada uno de estos conceptos, sino además a la interacción de estos. Dicho de otra manera, es viable el desarrollo de la investigación propuesta, ya que existe suficiente material bibliográfico que da cuenta de las definiciones centrales (aquellas sin las cuales no es posible comprender la relación entre el TAG, la resiliencia, los principios de la psicología positiva) y de las problemáticas que se tejen entre estas. Cabe señalar que, lo novedoso de este proceso de investigación es la aproximación al concepto de resiliencia desde una perspectiva trans-disciplinar y la reflexión sobre los principios de la psicología positiva, como estrategia para fortalecer los factores protectores.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la resiliencia como factor protector, en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada a partir de los principios de la psicología positiva.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir el concepto de resiliencia y los factores que lo componen.
- Establecer las características del Trastorno de Ansiedad Generalizada en relación a los demás trastornos asociados a esta patología.
- Determinar la forma en la que los principios de la Psicología Positiva pueden contribuir a la resiliencia de paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. CAPÍTULO I: LA RESILIENCIA

El trabajo de investigación que se presenta a continuación encuentra su fundamento en las siguientes teorías. Cada una de estas permite comprender un concepto central y, de esta forma, entender su relación. La primera teoría hace referencia a la noción de resiliencia. Al respecto, se orientará el análisis de este concepto partiendo de las teorías expuestas por Cyrulnik (2007), Rutter (1993) y Luthar (2000). El segundo de los soportes teóricos permite comprender el trastorno de ansiedad generalizada a partir de una serie de autores que la definen en referencia al CIE-10 y otros documentos emitidos por entidades mundialmente reconocidas como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por último, se soporta la comprensión de los principios de la Psicología Positiva a partir de la teoría expuesta por Seligman (2003). En ese orden de ideas, es necesario iniciar con la exposición de las bases filosóficas y psicológicas de la resiliencia humana.

4.1.1. EL CONCEPTO DE RESILIENCIA

El concepto Resiliencia tiene un origen reciente. Su comprensión en las ciencias humanas o sociales "... lleva ya más de 50 años de desarrollo en sus diferentes ámbitos de aplicación (clínico, educativo, organizacional, entre otros)"

(Pedraza, 2015, p, 15). La etimología de la palabra se funda en el término Resilio que se traduce como “rebotar”, “soportar”, volver atrás, retomar (Villalba, 2000).

Uno de sus precursores en el campo de la psicología contemporánea es el etólogo y neuropsiquiatra francés Boris Cyrulnik. No es extraño que haya sido precisamente este autor uno de los encargados de difundir el concepto y promover investigaciones de toda índole al respecto. Este investigador fue una víctima más del holocausto Nazi, con tan solo 6 años. Su experiencia traumática (perdió a toda su familia y tuvo que transitar la mayor parte de su infancia y adolescencia en orfanatos en Europa) lo convirtieron en un ejemplo de resiliencia. Los acontecimientos atroces que soportó, de forma temprana, en su vida invitan a la pregunta que dio origen al estudio de la resiliencia humana: ¿por qué ante un evento atroz, o sumamente traumático, algunos se desmoronan (deteniendo por completo su desarrollo hasta, incluso, incurrir en el suicidio) mientras otros hacen de dicha experiencia un motivo para mejorar y ayudar a los demás? Dicho de otra forma: ¿Por qué eventos catastróficos como el holocausto Nazi produjeron, entre sus víctimas, tanto suicidas y malvivientes como santos? Estos cuestionamientos impulsaron todo tipo de estudios centrados en determinar cuáles son los elementos que hacen que unos puedan “rebotar” ante una situación adversa mientras otros no.

Se planteó, entonces, la existencia de una capacidad humana para resistir los infortunios de la vida y salir fortalecidos de estos (Cyrulnik, 2003). Desde el punto de vista evolutivo, la resiliencia cumple con un papel fundamental en la persistencia de algunos individuos y, por tanto, de la especie en general. La

resiliencia: “Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente” (Fínez y Morán, 2015, p. 3). Se trata de un concepto que ha sido justificado desde diversas disciplinas, lo que hace de la tarea de delimitación un proceso complejo. Desde la biología y la genética se ha indicado que la resiliencia depende de la facilitación por parte de ciertos genes de la segregación de serotonina. Por otro lado, un sector de la psicología y la sociología aboga por la premisa que indica la prevalencia de los factores externos (entorno) sobre las disposiciones genéticas. Ahora bien, otros investigadores abren la posibilidad de definir el concepto desde un paradigma trans-disciplinar: “... la resiliencia es una meta-teoría que integra o que abarca teorías comprendidas en diferentes disciplinas, entre las que se podrían destacar psiconeuroinmunología, filosofía, física, psicología, medicina oriental, neurociencias, ecología, sociología, antropología” (Villalba, 2000, p. 2). Según esta perspectiva, la resiliencia no solo obedece a disposiciones genéticas o a las condiciones afectivas brindadas por el entorno, sino que se trata de una interacción entre ambas clases de elementos.

4.1.2. EL MODELO EXPLICATIVO GENETISTA DE LA RESILIENCIA

Los avances científicos en el campo de la genética han permitido una aproximación determinista al concepto de resiliencia. Razón por la cual, múltiples investigaciones se ocupan de demostrar la existencia del “gen del súper hombre”

(Cyrulnik, 2007, p. 33). El conjunto de demostraciones orientadas hacia la composición de una teoría que explique la resiliencia, a partir de la predisposición genética, hacen parte de un modelo explicativo determinista: es decir, que asume la prevalencia de la estructura, de la molécula sobre la palabra (Cyrulnik, 2007).

En la década de los noventa, un grupo de genetistas publicó en la Revista Science (Lesch, Bengel, Heils, Sabol, Greenberg, Petri, Benjamin, Muller, Hamer y Murphy, 1996) un artículo donde se hace referencia, por primera vez, a un determinante genético en materia del manejo de la ansiedad. En este artículo se expondría lo que, un año más tarde, sería corroborado por medio de la experimentación con animales: existe una zona ubicada "... en el cromosoma 17 donde los alelos permiten la asociación de dos genes que tienen posiciones idénticas en cada cromosoma. Los alelos moldean las proteínas celulares que los rodean, desplegándolas o retorciéndolas, con lo cual les dan una forma particular" (Cyrulnik, 2007, p. 33). Dependiendo de la estructura conformada por estos alelos, esto es, si es larga o corta, la manera en la que el individuo enfrenta las adversidades será apacible o irascible. Esto se debe a que, en algunas personas, "... ciertos genes, al moldear proteínas largas, les permite trasportan mucha serotonina (5-HTT largo) mientras que otras serán pequeñas portadoras de serotonina (5-HTT corto)" (Cyrulnik, 2007, p. 33). Quienes, debido a la disposición genética, no se definen como altos trasportadores de serotonina tienden a ser más sensibles o "vulnerables" ante las adversidades, por tanto, su reacción frente a los infortunios será apacible. Los individuos que cuentan con alelos (5-HTT largo), conocidos por su capacidad de trasportar altas cantidades del antidepresivo

natural (serotonina), pueden ser considerados, según el modelo genetista, como individuos que tienden a la invulnerabilidad, lo que se demuestra con su capacidad de hacer frente a los problemas de manera más proactiva.

Este modelo genetista fue ampliamente criticado por autores como Rutter (1993), para quien era necesario, frente al tema de la vulnerabilidad y su relación con la resiliencia, hacer una distinción clara entre ambos términos. La resiliencia, según este autor, es un proceso susceptible de ser "... desarrollado y promovido, es dinámico y no es permanente" (Rutter, 1993, p. 32). Con esto se indica que la resiliencia no está supeditada a elementos innatos que predisponen la reacción de los individuos ante los infortunios. En ese sentido, la vulnerabilidad, cuyo asidero se instala en la estructura genética, hace referencia a las facultades innatas que le permiten a quienes las poseen tener una "ventaja" evolutiva. Dicho de otra forma, la invulnerabilidad no es semejante a la resiliencia; la vulnerabilidad depende de la falta de una ventaja biológica mientras la resiliencia "... no representa un rasgo de personalidad, sino que es el resultado de la conjugación entre la exposición ante la adversidad y la manera en que la persona obtiene resultados favorables de ajuste positivo" (Rutter, 1993, p. 33). Por lo tanto, seguir el modelo genético es desconocer la diferencia entre aquellas fortalezas que provienen de las predisposiciones genéticas y aquellas que desarrolla el sujeto en interacción con el entorno.

Pensar la resiliencia, exclusivamente, desde la estructura genética implica que se trate como simple un proceso complejo. Los "pequeños transportadores de serotonina" estarían condenados a tener dificultades para repararse de los daños

ocasionados por las situaciones adversas; mientras que los grandes transportadores son llamados a ocupar un puesto privilegiado en la sociedad, ya que quienes son más resistentes son preferibles como líderes en diferentes campos de la vida social. Esto resulta ser una forma errada de interpretar la segregación de serotonina como el único y el más importante factor de protección de la resiliencia. De hecho, en la década de los 60,

la pareja Harlow demostró experimentalmente que el hecho de privar a un mono macaco pequeño de la sencilla presencia de otros monos alteraba todas las facetas de su desarrollo, pero que aquel podía recobrar el ritmo evolutivo si se lo dejaba simplemente en presencia de otros monos pequeños alterados. (Cyrulnik, 2007, p. 39)

Con lo dicho no se niega la gran influencia de las disposiciones genéticas en la forma de enfrentar las calamidades humanas, pues es innegable que "... la serotonina desempeña una función esencial en el humor alegre o depresivo" (Cyrulnik, 2007, p. 33). Lo que se busca es poner de relieve la existencia de otros múltiples elementos que solo son percibidos si se adopta un modelo investigativo trans-disciplinar. Para la escuela anglosajona, representada por Luthar y Cicchetti (2000), la resiliencia es un proceso "... dinámico gracias al cual los individuos demuestran una adaptación positiva, a pesar de las situaciones de adversidad experimentadas" (p. 34).

Ahora bien, es un hecho aceptado que, la segregación de serotonina en "... cantidad suficiente, favorece la transmisión sináptica y estimula los deseos, la motricidad, el uso de las funciones cognitivas, la vivacidad de los aprendizajes. Pueden modificar el apetito, regular los estados del sueño lento y aumentar las secreciones neuroendocrinas" (Cyrulnik, 2007, pp. 33-34). De ahí que, la deficiencia de esta sustancia se asocie con dificultades para desarrollar algunas habilidades sociales y, en los casos más críticos, con trastornos de depresión y ansiedad:

Cuando un organismo transporta y utiliza la serotonina, la persona dice que se siente bien. Los antidepresivos apuntan a mejorar esta función. En efecto, los seres humanos y los monos que transportan poca serotonina son más lentos y más pacíficos durante los juegos y las competencias jerárquicas. (Cyrulnik, 2007, p. 34)

La investigación etológica (sobre la conducta animal) sirvió como sustento en este tipo de abordaje del concepto de resiliencia. La experimentación con monos, que permitió explicar la conducta de estos y compararla con la humana, apoyó la hipótesis genetista mostrando cómo los individuos, ante el mismo estímulo (el abandono) actúan de manera distinta dependiendo de la estructura genética (5-HTT largo o 5-HTT corto). Dichos experimentos se realizaron aislando a los individuos, es decir, sometiéndolos a situaciones estresantes para observar la forma en la que la resiliencia, como potencial genético, opera en pequeños y grandes transportadores de serotonina. En ese sentido, se obtuvo como

consecuencia inicial que no todas las especies tienen el mismo grado de vulnerabilidad al aislamiento e, inclusive, en una misma especie, no todos los integrantes

son vulnerables a la pérdida afectiva. Algunos monos, aunque muy alterados, dejan de balancearse y auto agredirse para retomar rápidamente sus juegos y exploraciones desde el momento en que la existencia vuelve a ponerlos en la presencia de un congénere que los hace sentir seguros. Otros monos, por el contrario, no logran rengancharse en el proceso de maduración. (Cyrulnik, 2007, p. 40)

En primates, como los macacos, la diferencia entre los pequeños trasportadores de serotonina es jerarquizante (es una intepretación propia, a partir de lo que dice cyrulnik... no es paráfrasis ni es literal). Los grandes trasportadores tienen mayores posibilidades de supervivencia en un medio hostil, lo cual, si se le compara con los individuos que detienen en el desarrollo ante los infortunios se hace evidente una ventaja evolutiva de los primeros. Se entiende, desde esta óptica, que ante un proceso de resiliencia asistida "... los macacos que obtienen mayores beneficios de una presencia tranquilizadora y dinamizante son los grandes portadores de serotonina... los pequeños trasportadores de serotonina, tienen dificultades para recuperarse" (Cyrulnik, 2007, p. 40). Dicho de otra manera, los pequeños portadores de serotonina tendrán más dificultades para retomar el desarrollo y aprender de la experiencia nociva o traumática. Cyrulnik (2007) ilustra este punto explicando que:

Cuando estos monos se desarrollan en un grupo estable en contacto con una madre que les brinda seguridad, se advierte un estilo particular de socialización: enloquecen a la menor separación, reaccionan de manera muy emocional, lanzan alaridos muy agudos, sufren manifestaciones somáticas, taquicardia, anorexia, diarreas y se mueven haciendo trayectorias desordenadas. (p. 40)

Cuando se trata de seres humanos el problema está en otro nivel dada la capacidad de abstracción de la especie, la complejidad de la estructura cerebral y la existencia de una red familiar más extensa, entre otros factores. Autoras como Cardozo y Alderete (2009) entienden que, en los seres humanos, "... la resiliencia se teje, no hay que buscarla sólo en la interioridad de la persona ni en su entorno, sino en ambos" (Cardozo y Alderete, 2009, p. 99).

4.1.3. MODELO EXPLICATIVO ONTOLÓGICO DE LA RESILIENCIA

La insuficiencia teórica de las investigaciones que sostienen la prevalencia de los factores innatos en la conducta humana se solventa con las contribuciones de una postura que privilegia la acción del entorno sobre la estructura cerebral. Desde esta óptica la estructura genética no define, de manera absoluta, la vulnerabilidad de los individuos de la especie humana. Las lesiones fronto-límbicas y del lóbulo prefrontal afectan emocional y conductualmente a quienes las

padecen. Estas lesiones hacen proclive a la persona a tener dificultades en la superación de las calamidades excesivas sufridas: por ejemplo, cuando

la madre muere, enferma o se deprime y la familia o la cultura no organizan un sustituto materno, el medio sensorial del niño se empobrece enormemente. La creación de los circuitos cerebrales cortos se hace más lenta. El empobrecimiento del medio, provocado por el sufrimiento de la madre o por la deficiencia cultural, explica una parte de las atrofas frontolímbicas. (Cyrulnik, 2007, p. 35)

El nivel de abstracción de los seres humanos le permite representarse el objeto ausente. En el caso de las pérdidas afectivas significativas y tempranas, como ocurre cuando se ausenta (por cualquier motivo) el objeto de apego por excelencia (la madre), el niño puede ser rodeado de tal manera que se realice la sustitución de dicho objeto. La falta de esa representación afectiva es conocida como una de los factores que dificultan la resiliencia. Testimonio de esto es, según Cyrulnik (2007), el hecho de que un niño que ha perdido a su padre, al menos en la mayoría de las sociedades occidentales, se ve menos rodeado de los familiares, lo que empobrece su entorno generando más limitaciones para la resiliencia que aquel menor que ha perdido a la madre. Esto se debe a la creencia generalizada que acepta la prevalencia de los afectos proferidos por la madre en la niñez que los suministrados por el padre. Dicho de otra manera, cuando la madre muere, el menor se ve rodeado, gracias a la creencia popular, de madres sustitutas (una tía, una abuela, una hermana, etc.); mientras que, cuando fallece el padre, las

personas próximas al huérfano o huérfana no consideran que deba consolidarse un sustituto o reemplazo para este.

Se ha concluido, en investigaciones que parten de aceptar la preminencia de los elementos psicológicos en el proceso de resiliencia, que una "... causa de atrofia localizada del lóbulo prefrontal se atribuye a la modificación de las sustancias en las que está sumergido el cerebro" (Cyrułnik, 2007, p. 35). El alcoholismo fetal y sus efectos son una muestra de la influencia que tienen los elementos externos en la modificación de los procesos neuronales y en la dificultad para retomar el desarrollo. "Cuando hay sustancias que perturban el crecimiento y la formación de circuitos neuronales, el niño adquiere una sensibilidad ajena al mundo que lo rodea" (Cyrułnik, 2007, p. 36), lo que le dificulta reponerse de las adversidades. A pesar que influencia de las sustancias no puede clasificarse netamente como un factor psicológico, considerarlas como factores externos permite comprender que no existe una preminencia de las disposiciones genéticas en la facilitación de los procesos de resiliencia. La interacción de la gestante con el feto implica la influencia de los estados de ánimo y de los hábitos de consumo de la primera sobre el segundo, lo que se puede comprender como una intervención de la vida psicológica de la madre sobre el hijo.

La resiliencia, desde un enfoque basado en los factores ambientales, se comprende como una resistencia ante "... la adversidad y la capacidad para construir conductas vitales positivas, de modo que es posible alcanzar niveles de calidad de vida adecuados, es lo que se conoce con el nombre de resiliencia" (Cardozo y Alderete, 2009, p. 100). El modelo ontológico o psicológico que explica

el origen de las atrofias cerebrales que hacen más difícil alcanzar la resiliencia se basa en aceptar que es el entorno el que moldea la "... masa cerebral y da forma a lo que, sin él, no sería más que una materia informe, sin circuitos. Por efecto de las interacciones precoces, el cerebro adquiere una manera de ser sensible al mundo y de reaccionar a él" (Cyrułnik, 2007, p. 37). Aun así, si bien es cierto que los factores externos pueden asumirse como modeladores de la masa cerebral y constituirse como un elemento definitivo en la facilitación de los procesos de resiliencia, no puede desconocerse el papel de la estructura genética en la producción y transporte de un neuro-modulador como la serotonina en la conducta. Hay que reconocer, como se hace en una aproximación transdisciplinar, que el individuo que experimenta una calamidad o una adversidad no la recibe sin que exista una estructura que lo soporte con firmeza o con blandura. Dicho de otra forma,

fuerzas negativas, que se expresan en términos de daños o riesgos, no encuentran a una persona inerte que asuma, daños permanentes, sino que describe la existencia de escudos protectores que harán que dichas fuerzas se transformen en factor de superación de la situación difícil desde una perspectiva que busca resaltar los factores de protección. (Peralta, 2011, p. 34)

Como se explicó arriba, la predisposición genética al bajo transporte de serotonina hace del proceso de resiliencia una tarea compleja, al menos en los monos macacos. En los seres humanos, la capacidad de soportar "... una pérdida

lleva al pequeño transportador de serotonina a equilibrar su vulnerabilidad mediante una vida estable y algunos vínculos confiables. Mientras que el gran transportador, mal denominado invulnerable, tendrá necesidad de correr riesgos para poder sentir que existe” (Cyrulnik, 2007, p. 42).

4.1.4. MODELO EXPLICATIVO TRANS-DISCIPLINAR DE LA RESILIENCIA

Para explicar en qué consiste el modelo trans-disciplinar es necesario recapitular y sintetizar los problemas que enfrentan las otras aproximaciones descritas hasta aquí. Entender la resiliencia como una facultad que procede de la predisposición genética ubicada en los alelos 5-HTT es reduccionista y determinista. Reduccionista porque no acepta la influencia de los factores externos en la capacidad de soportar las situaciones adversas y salir fortalecido de estas. Adicionalmente, estas teorías reducen las dinámicas intersubjetivas a expresiones predeterminadas: los grandes transportadores de serotonina siempre ocuparán los puestos ubicados en la cúspide de la pirámide social, mientras los pequeños transportadores están destinados a construir vida menos proactivas y notables. Estos últimos, cuando “... sufren algún acontecimiento estresante, reaccionan de manera más emocional y desorganizan sus interacciones durante un tiempo más prolongado que los grandes transportadores de serotonina. Podría decirse que el menor contratiempo los hiera” (Cyrulnik, 2007, p. 34).

Es decir, todo el comportamiento humano se reduce a la presencia de una estructura en particular, a la preeminencia de la molécula sobre la palabra (Cyrulnik, 2007). Se trata de una postura determinista en tanto no contempla que los individuos puedan transformarse a voluntad: los pequeños transportadores de serotonina no pueden convertirse en grandes portadores por medio de un proceso psicológico, están determinados por la estructura.

La concepción de la resiliencia, desde un punto de vista netamente psicológico u ontológico, asume que son los factores externos los que moldean las conexiones neuronales facilitando o dificultando el proceso de retoma de desarrollo. Las atrofias en ciertas zonas del cerebro dan cuenta de la influencia de los factores externos en la capacidad de retomar el desarrollo luego de un contratiempo. Entre estas se destacan: el consumo de sustancia psicoactivas, el aislamiento precoz y la segregación de sustancias asociadas al estrés. A pesar de estas demostraciones, pensar que solo a partir de garantizar un entorno apropiado se puede lograr la resiliencia en todos los casos es limitarse a ver solo una parte del asunto:

la presencia de un factor protector no constituye, necesariamente, la promoción de la resiliencia, además desmitifica la relación directa entre inteligencia y resiliencia, y aclara que es posible desde esta mirada apreciar que la pobreza no necesariamente se asocia a limitación personal y que las personas que se encuentran inmersas en ella pueden desarrollar resiliencia. (Paz, 2013, p. 90)

Decir que la resiliencia depende, exclusivamente, de la existencia de factores protectores externos ha generado que se imponga una culpabilidad implícita sobre los padres, la sociedad, la cultura, etc. Dicho de otra forma, cuando se detecta que la resiliencia ha sido obstaculizada se acusa de esto a quienes conforman el contexto o el entorno del sujeto. La mirada es puesta sobre los familiares y las personas que lo rodean en una suerte de cacería de culpables.

El modelo trans-disciplinar reconoce que existe una interacción entre los factores protectores internos (genéticos o fisiológicos, si se quiere) y los externos (psicológicos o del entorno). Los factores protectores, que pueden ser de dos especies, son entendidos como elementos que reducen los niveles de

estrés y/o producen en las personas estados de resiliencia frente a las calamidades, estos factores, son considerados además como dos fuerzas, que serían una fuerza interna formada por los elementos positivos de nuestro carácter y otra externa, formada por las redes de apoyo, facilitando la resistencia total o aminorando los efectos del riesgo (Pedraza, 2015, p. 18).

Lo expresado indica que no se debe abordar el tema de los factores protectores sin reconocer que tanto los que provienen de las estructuras genéticas como los que surgen de la interacción con los demás y con el entorno son determinantes en la consecución de la resiliencia. En ese sentido, hay que destacar que, en relación a la intervención requerida para alcanzar la resiliencia en trastornos, como el de

ansiedad generalizada, la asistencia en los dos ámbitos es imprescindible. Dicho de otra manera, hay que intervenir el dominio individual donde se "... interrelaciona lo genético, lo biológico, lo temperamental, los rasgos, las destrezas, habilidades y actitudes" (Pedraza, 2015, p. 18), claro está, considerando, de igual manera, "... el ámbito familiar, donde se estudia el sistema en cuanto a su cohesión y estabilidad, el cual debe brindar un ambiente de empatía y cercanía emocional" (Pedraza, 2015, p. 18).

4.1.5. ETOLOGÍA HUMANA Y RESILIENCIA

La etología humana ha tenido un papel fundamental en la construcción de un modelo que integre las aproximaciones genetistas y ontológicas al concepto de resiliencia. Ésta es considerada una disciplina científica reciente. Surge de la inquietud sembrada por Darwin acerca de la posición que ocupa el ser humano en la cadena evolutiva. El autor de *La evolución de las especies* consideraba que el hombre se encontraba en el pináculo de la evolución debido, entre otras características, a su capacidad de razonar. No obstante, al aparecer en el escenario filosófico el concepto trans-disciplinar las perspectivas se incrementaron y las dudas sobre ese lugar privilegiado del hombre también. Fue gracias a este cambio de paradigma como zoólogos de la talla de Morris (2003) iniciaron el recorrido por un continente intelectual en el que muchas disciplinas entraron en un diálogo inquietante y prometedor. Es así como surge el diálogo entre la biología y la sociología (sociobiología); la conversación entre los antropólogos y los biólogos

(antropobiología); y, por supuesto, la etología deja de ser un estudio dedicado exclusivamente al comportamiento animal para involucrarse en el mundo de los seres humanos.

Los etólogos han sido cuidadosos, precavidos, al momento de indicar las características del comportamiento animal del ser humano. No era suficiente, como lo fue en épocas pasadas, afirmar que el hombre hace parte de los homínidos, sino agregar que se trata de un “mono desnudo” (Morris, 2003) que participa del grupo de los animales neoténicos (es decir, aptos para la reproducción en un estado de larva) (Gehlen.1980). En ese sentido, una vida de monos no es una vida de humano, y viceversa.

La etología rompió con el debate entre lo innato y lo adquirido. Cyrulnik (2003), en su obra *Los alimentos afectivos*, al observar el comportamiento de los perros, afirmó que una misma promesa genética toma formas diferentes dependiendo del entorno en el que se desarrolla: los perros salvajes, la misma promesa genética de los domésticos, casi no ladran; mientras que los que viven con los humanos, parece que hablan: ladran mucho. De esta manera, se dejan de lado las letanías propias de una u otra postura. El liderazgo, por ejemplo, no es exclusivo de los grandes transportadores de serotonina (machos alfa) ni tampoco de los niños bien queridos (ricos en afectos) por sus padres.

La forma de razonar a partir del modelo trans-disciplinar implica que se integren las conclusiones de las investigaciones de los genetistas, sociólogos, psicólogos, antropólogos y etólogos (por citar solo algunos), de tal forma que, se logre una

visión holística, completa, de los factores protectores y los tratamientos que facilitan la resiliencia. En ese sentido, la resiliencia es el

resultado de un balance entre factores de riesgo (asociados a toda suerte de eventos negativos de vida que incrementan la probabilidad del individuo de presentar problemas físicos, psicológicos y sociales), factores protectores (influencias que mejoran o alteran las respuestas individuales ante determinados riesgos de desadaptación) y la personalidad del ser humano. (Cardozo y Alderete, 2009, p. 102)

Así pues, los pequeños transportadores de serotonina (alelo 5-Htt corto) no están condenados a no repararse con facilidad de los infortunios de la vida, tampoco están supeditados a ocupar lugares poco o nada privilegiados en la sociedad, como parece ocurrir con los macacos. Dentro de las comunidades de macacos, los machos alfa son aquellos que tiene un alto transporte de serotonina, lo cual los ubica en una posición vitalicia de poder. Claro está, esta situación puede variar si el individuo no se desarrolla dentro de las condiciones normales. Un ejemplo claro es que un macho alfa, alto transportador de serotonina, puede convertirse en un individuo asustadizo y retraído si ha sido víctima de un aislamiento precoz y forzado (Cyrulnik, 2007).

En la especie humana, algunos "... vulnerables logran organizar vidas afectivas pacíficas y proyectos de existencia interesantes. Nuestra cultura, que valora en

exceso la escuela, aprecia ese estilo de existencia” (Cyrulnik, 2007, p. 42). En ese orden de ideas, las personas que cuentan con una estructura que limita la segregación de la serotonina (5-HTT corto) se sienten atraídos por formas de apego apacibles y estilos de vida estables. Los bajos transportadores de serotonina son individuos que no se reparan fácilmente de los infortunios del día a día, dado que este neurotransmisor, que es escaso en ellos, es un antidepresivo natural. Esto hace que tengan la necesidad de mantener todo su entorno controlado y en orden. Se trata de individuos que requieren de un ambiente en el que las posibilidades de sufrir sean reducidas; buscan que su entorno se encuentre lo más imperturbable como sea posible. Así pues, al interior de la especie humana, no existe algún impedimento genético relacionado con la segregación de serotonina para lograr procesos exitosos de resiliencia. Tanto los altos como los bajos transportadores de serotonina pueden tener vidas exitosas, admirables, distantes de los trastornos de ansiedad o depresión, o, en su defecto, fracasar en diferentes facetas de la vida.

En el ámbito laboral, el valor de las investigaciones trans-disciplinares se hace latente y observable. Los altos transportadores de serotonina pueden ser considerados triunfadores por sus congéneres, dado que su dinamismo y compromiso con los retos y las metas los hace un tipo de individuo bastante valorado por los dueños de las compañías y por sus jefes. No obstante, al ser individuos que gustan de los retos, en ocasiones sufren de auto-sabotajes: no son amantes de las actividades que no revistan un grado considerable de dificultad. Esta tendencia a tomar riesgos puede llegar a ser perjudicial. Por su lado, los

bajos transportadores de serotonina son apeteidos y valorados por sus jefes dado su intenso compromiso con el orden y con la perfección. Estos individuos tienden a ser acumuladores de títulos profesionales, asunto que puede seducir a más de un seleccionador de personal. Sin embargo, por su naturaleza vulnerable a los infortunios de la vida, son individuos a los que les cuesta reponerse y retomar un proyecto fallido. Este asunto los puede ubicar en una posición de desventaja y llevarlos hacia el fracaso en diversas áreas de la existencia social.

El entendimiento de la resiliencia como una facultad que implica la participación de elementos innatos y adquiridos sin que exista la prevalencia de unos sobre otros demuestra la gravedad de las visiones restringidas. Evaluar un caso de trastorno de ansiedad generalizado acudiendo al determinismo genético conlleva a medicación con ansiolíticos y otras sustancias que compensen o reestablezcan la dinámica neuroquímica (Yépez, 2011). Ahora bien, como se ha visto, la simple intervención sobre los factores estructurales no es garantía de resiliencia, hace falta que se asegure la adecuación de un entorno que le permita a la persona sobreponerse. De igual forma, someterse a un proceso que solo se ocupe de establecer un entorno resiliente sin procurar la estabilización neuroquímica puede no ser efectiva en los casos críticos de ansiedad generalizada (Perdomo, 2014).

4.2. CAPÍTULO II: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La resiliencia, entendida desde el modelo trans-disciplinar, se presenta en pacientes con diferentes trastornos psicológicos. Dichos trastornos son definidos como leves o ligeras alteraciones del estado mental que logran perjudicar las relaciones interpersonales de quien las sufre y, como consecuencia, afectar su desempeño social (Perdomo, 2014). Los trastornos psicológicos se expresan "... como anomalías en el razonamiento o en el comportamiento" (Perdomo, 2014 p. 6), lo cual trastoca la realidad y hace más difícil el proceso de adaptación al que debe someterse todo individuo después de enfrentar las adversidades. Entre los sujetos que pueden retomar el desarrollo, luego de sobrellevar una psicopatología, se cuentan los diagnosticados con trastornos de ansiedad.

La Organización Mundial de la Salud (2016) informa que, en los últimos años los casos de ansiedad y depresión han incrementado. En parte, según este organismo, esto se debe al aumento de las crisis humanitarias y los conflictos armados. De ahí que,

Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. (OMS, 2016, p. 1)

En este contexto mundial, un porcentaje significativo de colombianos (que convivieron en medio de un conflicto armado interno) ha padecido algún tipo de enfermedad mental o trastorno psicológico. Más específicamente, "... alrededor de 8 de cada 20 colombianos, 3 de cada 20 y 1 de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida" (Perdomo, 2014, p. 31). Dentro de las

afecciones psicológicas más frecuentes se encuentran “... los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%)” (Perdomo, 2014, p. 31). Esto quiere decir que, los trastornos de ansiedad dificultan las relaciones sociales de una parte importante de la población colombiana, lo cual trae como consecuencia una serie de problemas para la persona y para su entorno. También se ha concluido que la “... ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes que aparecen en la práctica clínica, aunque también es muy inespecífica” (Luna, 2012, p. 2). Por lo tanto, es necesario presentar una caracterización clara que permita identificar sus manifestaciones, especialmente, cuando se trata de un Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG).

4.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En este punto, es pertinente caracterizar el trastorno de ansiedad con el objetivo de establecer las directrices o generalidades que se deben tener en cuenta cuando se quiere favorecer el proceso de resiliencia de un sujeto con este diagnóstico. Es importante establecer las posibles causas, los tipos de trastornos de ansiedad, sus manifestaciones y las consecuencias para determinar las formas de intervención adecuadas (farmacológicas, fisioterapéuticas y/o psicológicas, entre otras). En segundo lugar, se precisa encontrar la relación entre los factores protectores (genéticos y ontogenéticos) y la evolución satisfactoria de los que sufren de trastorno de ansiedad generalizada, teniendo presente que este tipo de

anomalía en el estado mental afecta, de manera extensiva, varias áreas de la vida social del paciente.

El trastorno de ansiedad se "... caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, al igual que por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo" (Fínez y Morán, 2015, p. 3). Es decir, que la persona experimenta una serie de sentimientos incómodos frente a una situación o a una condición sobre la que considera que no tiene control. Dichos sentimientos se perciben conscientemente por parte del sujeto, con lo cual, no se está frente a una alteración de la consciencia, sino ante una desorganización de las representaciones que se somatiza. La ansiedad puede ser eventual o configurarse como un rasgo. Cuando es producto de un evento traumático (la muerte de un familiar, la finalización de una relación sentimental, el diagnóstico de una enfermedad mortal, entre otras calamidades) es denominada ansiedad estado (Fínez y Morán, 2015). Ahora bien, en algunos casos, el aumento de la tensión e hiperactividad del sistema nervioso autónomo también se manifiesta de manera prologada en el tiempo. Cuando esto ocurre, se dice que la ansiedad se debe considerar como un rasgo: "La ansiedad rasgo indica una propensión ansiosa del sujeto estable en lo que respecta a su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras" (Fínez y Morán, 2015, p. 3).

La experiencia clínica muestra que muchas personas consultan al psicólogo o al psiquiatra, ante la ocurrencia de una situación traumática, logrando superar, en periodos de tiempo relativamente cortos, la sintomatología. Dicho lapso puede estar determinado por la capacidad que tenga el individuo de comprender lo

irremediable del hecho que dispara el malestar: la muerte de un familiar, el diagnóstico de una enfermedad mortal, etc. (Gil, 2016). También puede estar en función de la presencia del factor estresante: las deudas económicas, la atención de un familiar con una enfermedad que requiere de una asistencia extenuante, el acoso laboral o escolar, entre otros (Huerta, 2016). En este último elemento (la presencia del factor estresante) permite evidenciar la existencia de "... correlaciones significativas entre ansiedad escolar y ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión, estableciendo una estrecha relación entre estos constructos" (Huerta, 2016, p. 61). La presencia constante del matoneo y el aislamiento provocado por las dificultades interpersonales afectan a la persona produciendo un estado de ansiedad permanente.

La ansiedad puede definirse como un estado de malestar que se caracteriza por "... síntomas de molestia continua o preocupación excesiva que puede originarse ante situaciones potencialmente dañinas, tanto si son reales como si son imaginarias, y en las que la persona siente un bloqueo en el control de la situación" (Cruz, 2005, p. 6). Hay que tener en cuenta que la ansiedad puede generarse como una respuesta evolutiva ante el peligro. Por lo tanto, puede "... ser adaptativa si se activa como señal de alarma ante situaciones nuevas o de peligro" (Cruz, 2005, p. 6). No obstante, cuando la sintomatología persiste durante más de seis meses "... y empieza a interferir en todas las áreas de la vida puede convertirse en un gran problema" (Cruz, 2005, p. 6).

El malestar es ocasionado como respuesta a un acontecimiento que se aprecia incontrolable por la persona y que obedece a la aparición de una situación que

podría o no infligir dolor o sufrimiento. Las manifestaciones más comunes son: "... la preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos cardiacos, respiratorios entre otros" (Perdomo, 2014, p. 32). En ese sentido, se ha comprobado que estas manifestaciones se deben a una serie de modificaciones a nivel neurológico: "... el área del cerebro asociada más a menudo con la ansiedad es el sistema límbico que actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza cerebral. También se tiene en cuenta que la amígdala está alterada" (Perdomo, 2014, p. 32) cuando el paciente manifiesta los síntomas durante una crisis. Dicho de otra manera, parte importante del sistema límbico (encargado de la regulación de las emociones) es afectado notablemente. Estas afectaciones neurológicas tienen su origen en:

sucesos estresantes de la vida que desencadenan la vulnerabilidad biológica y psicológica de la ansiedad. La mayor parte es de naturaleza interpersonal (la muerte de alguien significativo, problemas laborales, entre otros) y presiones sociales como miedo hacer rechazado en un grupo. También es posible sufrir crisis de ansiedad en situaciones como volar en avión, subir a un piso elevado. (Perdomo, 2014, p. 33)

Las preocupaciones que sufre una persona con trastorno de ansiedad también han sido definidas de manera general. Estas están conformadas por una serie de pensamientos e imágenes cargadas "... con afecto negativo, relativamente incontrolable y que está orientada hacia un peligro futuro que es percibido como

incontrolable; o, en otras palabras, pensamientos continuos sobre un peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables” (Bados, 2005, p. 3). Puede decirse, entonces, que las preocupaciones están asociadas con no tener la capacidad de controlar las consecuencias de un evento traumático que se advierte. Por tanto, la preocupación excesiva no está vinculada con eventos pasados ni presentes, sino futuros. El estudiante que padece este trastorno se preocupa por los resultados de los exámenes, por las consecuencias de las amenazas de quien ejercer sobre él algún tipo de matoneo, entre otros eventos que escapan a su control. Pues bien, dependiendo de los elementos que disparan los síntomas se han identificado y clasificado las distintas variaciones del trastorno.

Es decir, existe una clasificación que contiene los diferentes tipos de trastornos de ansiedad donde: “... el trastorno de ansiedad de mayor prevalencia es la fobia específica, seguida de la fobia social, el trastorno por estrés post traumático y finalmente el trastorno de ansiedad generalizada” (Martínez, Argüelles, Cuy y Prieto, 2013, p. 2). En ese sentido, teniendo en cuenta los resultados de la investigación realizada por Martínez et al. (2013), es importante, de manera breve y general, indicar en qué consisten algunos de los tipos de trastorno de ansiedad más frecuentes para luego abordar sus posibles causas.

La fobia específica se diagnostica cuando el paciente manifiesta temor excesivo relacionado con una o pocas situaciones, acontecimientos y objetos. En otras palabras, el temor se centra en la ocurrencia de un evento cuyo detonante es un

elemento, o pocos, en particular (Martínez et al. 2013). En el CIE-10 (2015) estas se definen como fobias limitadas a

situaciones muy específicas, tales como la cercanía de ciertos animales, las alturas, el trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingestión de ciertos alimentos, la atención dental o la visión de sangre o de heridas. Aunque la situación desencadenante es discreta, su aparición puede provocar pánico. (F40.2)

Un claro ejemplo de esto se presenta cuando la conducta de los menores desencadena un detrimento en el desempeño escolar debido a que "... los estímulos fóbicos están relacionados con este contexto, por lo que cuando es tan intenso el miedo a ir a la escuela, puede constituir una verdadera patología" (Martínez, et al. 2013, p. 17). En estos casos, el temor no se basa en otra actividad más que en la de encontrarse en el entorno escolar; no es en la comunicación con los demás ni en la mera dinámica social. De manera sintética se puede definir la fobia específica como un temor

irracional ante determinadas situaciones y objetos los cuales se acompañan de una evitación de estímulos aversivos y además interfiere con el normal funcionamiento diario. Esta ansiedad es indistinguible de la que aparece en otros trastornos, ya que está presente o se activa con la presencia del estímulo fóbico, los cuales pueden ser,

animales, rayos, oscuridad, volar, dentista, espacios cerrados. (Martínez, et al. 2013, p. 16)

La fobia social, dentro de los tipos de trastornos de ansiedad, se comprende como una manera particular de "... malestar y/o inhibición en situaciones sociales donde la persona que lo padece puede ser objeto de burla, atención o evaluación negativa" (Martínez, et al. 2013, p. 16). Dicho con otras palabras, el sujeto manifiesta los síntomas de ansiedad siempre que se encuentra inmerso en una situación social donde considera, con fundamentos irracionales, que puede ser atacado de alguna forma. Estas manifestaciones, según se establece en el CIE-10, deben ser persistentes y recurrentes. También ha de considerarse que los síntomas se circunscriban en una línea evolutiva anormal que se asocie con el "... deterioro funcional significativo que debe estar presente más de 4 semanas" (CIE-10, 2015, F40.1). En términos de las expresiones psicósomáticas el paciente que sufre de trastorno de ansiedad debido a una fobia social puede presentar: "... palpitaciones, diaforesis, temblor, diarrea y rubor facial, entre otros. Los niños con fobia social pueden llorar, hacer berrinches o esconderse detrás de sus padres cuando se enfrentan a situaciones sociales" (Martínez, et al. 2013, p. 16). Adicionalmente, se ha descubierto que existe la posibilidad, en algunos casos, de la aparición de "... comorbilidades psiquiátricas como la depresión, el pánico o abuso de sustancias" (Martínez, et al. 2013, p. 16).

El trastorno por estrés post-traumático es aquel que sufren quienes han sido sometidos a ciertos infortunios o calamidades y cuyo proceso de resiliencia no se

ha llevado a cabo o no se ha completado. Según el CIE-10 (2015), el trastorno de estrés postraumático "... surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona" (F43.1). Además, señala que una de principales características de dicho trastorno es la presencia de

episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos ("retrospectivas"), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de "torpor" y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. (F43.1)

Los casos más notorios se presentan en niños maltratados y soldados que regresan de las guerras. Cuando se trata de menores se manifiestan una extensa "... variedad de reacciones al trauma, las cuales incluyen conductas regresivas, ansiedad, miedos, somatizaciones, depresión, problemas de conducta, aislamiento, déficit de atención, disociaciones y trastornos del sueño" (Martínez, et al, 2013, p. 18). En cuanto a los soldados que regresan de la guerra y no han logrado hacer un tránsito adecuado a la vida civil es conocido que sus reacciones, en los casos más graves, se concretan con violencia y agresividad sobre la base de la paranoia. Así pues, la sintomatología puede variar dependiendo de la gravedad, del objeto estresor, de la periodicidad de las manifestaciones

somáticas, de las características particulares del paciente (si es un niño o un soldado adulto), de "... su historia previa, de la calidad del apoyo social, de la presencia de estresores asociados y los sucesos posteriores al evento, entre otros" (Martínez, et al, 2013, p. 18). Dicho sea de paso, cuando el paciente es un infante, la resiliencia se logra siempre que exista un entorno afectivo sólido. De hecho, "... la respuesta del niño al estresor se relaciona con la respuesta de los padres a éste. Hay una asociación entre sintomatología de padres e hijos" (Montt, 2001, p. 114).

4.2.2. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad pueden estar asociados a fobias específicas, sociales o a malestares post-traumáticos. Estos se presentan por diferentes causas. Las causas no pueden considerarse por separado. Es necesario, cuando se quiere determinar el origen del trastorno, que se aborden los factores protectores como un sistema interactivo. Es decir, hay que entender la etiología de la enfermedad reconociendo la influencia de los factores protectores externos (los acontecimientos estresantes, el estilo pedagógico de los cuidadores, los elementos sociales, culturales) y los internos (el temperamento y la vulnerabilidad genética) de manera equitativa, 50% y 50%, respectivamente (Cyrułnik, 2007). Esto coincide con la concepción del modelo trans-disciplinar descrito frente a la facilitación de la resiliencia o de la capacidad de reponerse de las calamidades de la vida.

Otra causa reconocida de los trastornos de ansiedad se relaciona con la reducción en la segregación de serotonina. Según aprecia Reyes-ticas (2016), los pacientes con estos trastornos presentan una "... anormal disminución de la actividad serotoninérgica" (p. 26). Por lo cual, la capacidad de repararse de los infortunios de la vida y salir fortalecido por la experiencia (resiliencia) tiene una estrecha relación con el riesgo de padecer algunos tipos de trastornos de ansiedad, como lo es el TAG. Los pequeños transportadores de serotonina tienen, al menos en parte, una probabilidad mayor de sufrir de trastornos de ansiedad debido a que existe en ellos una disposición genética que puede influir notablemente si no se cuenta con ciertas condiciones externas que compensen el bajo transporte del neuro-mediador, por ejemplo, un proyecto de vida, en palabras de Cyrulnik (2007) "interesante" (p. 42); esto es, estable. Las anomalías en la actividad serotoninérgica originan una estimulación de "... locus coeruleus y por ende la producción de síntomas de ansiedad. Se ha demostrado también una disminución de los niveles de serotonina en el plasma y en líquido cefalorraquídeo en trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada" (Reyes-ticas, 2016, p. 26).

4.2.3. DEFINICIÓN Y GENERALIDADES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por tratarse de una serie de preocupaciones exacerbadas, infundadas o reales, que le impiden al

sujeto realizar actividades sociales. En el CIE-10 (2015) se la describe como "... una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular" (F41.1). La ansiedad de este tipo se produce "... por diferentes sucesos o actividades cotidianos (ejemplo, responsabilidades laborales, fallas académicas menores, temas económicos y otros problemas de carácter menor) durante la mayoría de los días, al menos por un periodo de seis meses" (Huerta, 2016, p. 54). Se trata, entonces, a diferencia del trastorno de ansiedad asociado a las fobias específicas, de una preocupación intensa por diferentes acontecimientos futuros o por diversos elementos u objetos. "Sus manifestaciones no son específicas de la fobia y se diferencia de ésta puesto que sus síntomas no se relacionan con un solo estímulo, sino que se extienden hacia una amplia gama de cosas" (Bahamón, 2012, p. 257).

El miedo que experimenta el paciente con TAG es disparado por "... intangibles, cuestión que se traduce en un proceso de detección y evitación más activa" (Bahamón, 2012, p, 258). Así pues, las amenazas, al ser mayormente representaciones, no pueden ser desvirtuadas, por ejemplo, exponiendo al paciente a una experiencia asistida con los objetos estresores, como se acostumbra en los tratamientos de fobias específicas: por ejemplo, sometiendo al agorafóbico a espacios abiertos controlados o, al acrofóbico, a lugares elevados (Bahamón, 2012). Otra cualidad de la patología que obstaculiza su tratamiento es que "... las personas con TAG creen que preocuparse es una forma de solucionar los problemas, así, preocuparse según ellos ayuda minimizar los futuros

resultados en contra” (Bahamón, 2012, p. 258). Entender la preocupación como parte de la solución a la serie de problemas que aquejan al sujeto con TAG hace que las propuestas o sugerencias del terapeuta sean de difícil aceptación, pues estas están orientadas a la acción (Bahamón, 2012).

En la investigación realizada por Bahamón (2012) se expusieron las razones por las que es pertinente tener en cuenta tres aspectos directamente afectados por el TAG: “... lo fisiológico, lo cognitivo y lo comportamental” (p. 12). Así lo fisiológico se trabaja con relajación progresiva, en tanto, lo comportamental se interviene mediante la aplicación de exposición en vivo y la técnica de resolución de problemas” (Bahamón, 2012, p. 161). Frente a lo fisiológico se propone realizar intervenciones que permitan mitigar los efectos nocivos de la enfermedad sobre los sistemas cardiovascular, muscular y digestivo. La práctica de algunos deportes, individuales o colectivos, puede favorecer la liberación de tensión, el fortalecimiento de la circulación y la reactivación de ciertos hábitos alimenticios saludables. En los casos críticos, la utilización de fármacos para mitigar o controlar los síntomas se hace necesario. De hecho, “... los ansiolíticos y los barbitúricos fueron los primeros y más utilizados como inductores del sueño y sedantes, hasta la llegada de las benzodiacepinas, con propiedades ansiolíticas que además eran más seguras en caso de sobredosis y producían menos dependencia” (Castanedo, 2015, p. 15). En lo comportamental, los tratamientos actuales consideran útil la exposición del sujeto a situaciones donde el miedo pueda ser controlado y donde la experiencia pueda desembocar en una reflexión acerca de los riesgos reales y los imaginarios. Ahora bien, teniendo en cuenta que los

factores estresores son múltiples, es preciso que la exposición se haga gradualmente y resolviendo un temor a la vez (Bahamón, 2012). Finalmente, en lo cognitivo, el sujeto debe lograr la "... corrección de pensamientos disfuncionales y distorsiones" (Bahamón, 2012, p. 200).

4.2.4. CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Las consecuencias de los trastornos de ansiedad se presentan tanto a nivel fisiológico como psicológico. En la dimensión física, las personas que experimentan los síntomas de la ansiedad de manera prolongada pueden verse afectadas por cardiopatías: "Las personas con ansiedad tienen un riesgo 26% superior de padecer enfermedades cardiovasculares y un 48% de muerte cardiovascular" (Annelieke, M. Roest, Martens, de Jonge, Denollet, 2010, p. 40).

Por su parte, Perdomo (2014) asevera que existen "... efectos a largo plazo de las situaciones prolongadas de ansiedad sobre el sistema fisiológico tales como trastornos cardiovasculares, dolores musculares, problemas digestivos, disfunciones sexuales y alimenticias" (Perdomo, 2014, p, 32). Los dolores musculares se manifiestan debido a la tensión producida por el pánico, de ahí que, en algunos casos, se recomienda a la aplicación de fisioterapia o masajes que ayudan en el relajamiento de los músculos tensados. De igual forma, los malestares propios del pánico, del miedo hacia los eventos futuros o hacia algunos objetos, personas o animales generan cambios en los hábitos alimenticios que,

finalmente, tienen como consecuencia problemas a nivel digestivo. En cuanto a las disfunciones sexuales estas se asocian, por un lado, con la afectación cardiovascular (que influye en la disfunción eréctil) y, por el otro, con el distanciamiento interpersonal que sugiere un estado de pánico permanente o frecuente (Perdomo, 2014).

Las consecuencias psicológicas pasan por las limitaciones que impone la exacerbación de las emociones. El sujeto experimenta el miedo, de manera intensa e incontrolable, lo que repercute en la construcción de su proyecto de vida y en su relación con los demás (a nivel laboral y social, por ejemplo). La hiperactividad de la amígdala rinoencefálica no permite que una de las funciones principales de los lóbulos prefrontales se lleve a término eficazmente (Goleman, 1995). “La corteza prefrontal parece entrar en acción cuando alguien siente miedo o rabia, pero contiene o controla el sentimiento con el fin de ocuparse más eficazmente de la situación inmediata, o cuando una nueva evaluación provoca una respuesta totalmente diferente” (Goleman, 1995, p. 44), lo cual no ocurre con facilidad cuando la emoción producida en la amígdala es demasiado intensa. Estudios sobre la forma en la que opera la vida emocional han concluido que “... la amígdala puede ejercer el control sobre lo que hacemos incluso mientras el cerebro pensante, la neo-corteza, está intentando tomar una decisión” (Goleman, 1995, p. 35). Esta es una razón por la cual la amígdala, ante una emoción demasiado intensa, puede bloquear el pensamiento racional, es decir, impedir que se ejerza control por la parte consciente (lóbulo prefrontal). Las personas que padecen trastornos de ansiedad experimentan, con frecuencia, el “secuestro”, así

no denomina Goleman (1995), que la amígdala ejerce sobre la corteza prefrontal (centro de mando racional). Para este autor:

el lóbulo prefrontal izquierdo parece ser parte de un circuito nervioso que puede desconectar, o al menos mitigar, todos los arranques emocionales negativos salvo los más intensos. Si la amígdala a menudo actúa como un disparador de emergencia; el lóbulo prefrontal izquierdo parece ser parte de un mecanismo de desconexión del cerebro para las emociones perturbadoras (Goleman, 1995, p. 46)

De lo anterior se deduce que, al ser privilegiado el centro de mando emocional (amígdala rinoencefálica), por las disposiciones neuro-anatómicas, sobre el lóbulo prefrontal izquierdo en los casos de trastorno de ansiedad la construcción de un proyecto de vida se dificulta para el paciente. Los constantes bloqueos al centro de control, ubicado en el neocortex, hacen del proceso de toma de decisiones consientes, que se requiere para establecer los fines y los medios de una vida planificada no se llevan a término dadas las interrupciones emocionales. Particularmente, el trastorno de ansiedad generalizada, debido a sus características esenciales, genera una dificultad para trazar proyectos de vida estables.

5. CAPÍTULO III: PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA Y RESILIENCIA EN SUJETOS CON TAG.

La capacidad de soportar las situaciones adversas de la vida y salir fortalecido de estos le permite al sujeto poner distancia entre aquellas preocupaciones injustificadas y su plan de vida. La facultad de rebotar y construir un proyecto de vida que incluya las enseñanzas que devienen de una experiencia traumática implica el reconocimiento de una actitud proactiva. Quien ha aprendido de las situaciones adversas experimentadas puede, en términos generales, distinguir más fácilmente entre los problemas reales y los imaginarios. “Las personas resilientes poseen mayor motivación y capacidad para resolver problemas, mantener el equilibrio y seguir adelante, de forma positiva” (Carvalho, Bertolli, Paiva, Rossi, Dantas y Pompeo, 2016, p. 7). En ese sentido, la psicología positiva, como paradigma, sirve para dar cuenta de los beneficios, en términos de prevención y atención, que conlleva tener en cuenta las fortalezas humanas cuando se trata de enfrentar las adversidades.

5.1. LA PSICOLOGÍA POSITIVA

La psicología positiva nace en los EE.UU., a finales del siglo XX. Esta se presenta, en el escenario histórico, en contraste a la visión de la psicología en la postguerra, la cual se centraba en "... el estudio de la patología y de la enfermedad mental" (Mariñelarena-Dondena, 2012, p. 11). La psicología enfocada en la

enfermedad y en los estragos que esta causa en los sujetos surgió debido a la Segunda Guerra Mundial.

Seligman (2003) afirma que la orientación de la psicología, reconocida como profesión en los EE.UU. en los años 40, se debe a dos motivos. Por un lado, los recursos destinados para la reconstrucción de las vidas afectadas permitían que los tratamientos fueran extensos y "... miles de psicólogos descubrieron que podían vivir del tratamiento de las enfermedades mentales" (Seligman, 2003, p. 21). Por otro lado, los académicos e Institutos dedicados a la investigación se percataron que podían obtener subvenciones si investigaban sobre las patologías (Seligman, 2003). De lo anterior se infiere que, los motivos por los cuales la psicología se enfocó en encontrar tratamientos para mitigar los efectos de la guerra están, en parte, vinculados con la economía (Seligman, 2003). Más allá de esto, las evidentes afectaciones psicológicas de las víctimas de la guerra promovieron la creación de estrategias de intervención clínica, pues muchas de las conductas que acompañaban los diferentes trastornos representaban un peligro para el sujeto y, en ocasiones, para la comunidad. Adicionalmente, debido a la posibilidad que se abre para los psicólogos de aplicar los conocimientos teóricos en las víctimas de la guerra estos fueron adquiriendo cierto estatus o respeto profesional frente a profesionales de otras ciencias humanas. En palabras de Mariñelarena-Dondena (2012): "... los psicólogos descubrieron que podían aplicar sus conocimientos para tratar diferentes problemas respondiendo a las necesidades sociales del momento. En segundo lugar, obtuvieron mayor respeto

de sus colegas de otras disciplinas producto de la utilización del enfoque clínico." (pp. 11, 12)

Inicialmente, la psicología positiva surge en el ámbito académico y sus primeros brotes se pueden observar en las investigaciones desarrolladas por William James. Según Mariñelarena-Dondena (2012), James consideraba que existían dos tipos de personas: las que tienen una mente sana y las que tienen un alma enferma. Por un lado, las personas con una mente sana son aquellas que mantiene la confianza y cuentan con coraje. Esto los mantiene distantes de cualquier manto de duda, miedo y nerviosismo. En la otra cara de la moneda, el alma enferma pertenece "... a personas que se desarrollan en el plano de consciencia de la maldad y vileza del mundo" (Mariñelarena-Dondena, 2012, p. 12). Estas personas parecen ser un imán para los eventos trágicos. Cabe indicar que, estas primeras luces acerca de lo que se conocerá, más adelante, como psicología positiva están cargadas de elementos teológicos dada la inclinación filosófica de James. La confianza, por ejemplo, se soportaba sobre un ser supremo que, a su vez, dota del coraje necesario para sobreponerse a quien en dicho ente confía.

Para Casullo (2000) los inicios de la psicología positiva deben ubicarse en la década de los 80 cuando aparece el concepto de salud preventiva y la orientación de las ciencias de la salud, al igual que las ciencias humanas, es salugénica. Esta autora indica que existen tres grandes momentos en la evolución de la psicología positiva. El primero ocurre, en sus inicios, cuando la psicología es influida por el humanismo. Esto implicó que la psicología positiva concibiera al ser humano como

un sujeto en construcción que se define a sí mismo. La psicología humanista puede ser considerada como precursora de la psicología positiva, pues a partir de esta se comienza a confrontar el enfoque patológico que había caracterizado a la práctica profesional. En un segundo momento, lo que hoy se conoce como psicología positiva fue nutrida, conceptualmente, con una serie de investigaciones, de diferentes disciplinas, adelantadas en torno a un enfoque en las fortalezas o virtudes humanas. Fueron investigaciones que dieron origen y sustento a conceptos tales como: resiliencia, bienestar psíquico, creatividad, inteligencias múltiples, inteligencia emocional y apego (Casullo, 2000). En un tercer y último momento, la psicología positiva se consolida como un paradigma con orientación salugénica. Es en ese punto de la evolución que aparecen las obras de quien depuraría y consolidaría la nueva visión de la psicología. Se trata del trabajo realizado por Martin Seligman.

Para Seligman (1999) la psicología positiva es el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología. También se la definió, de manera más sucinta, como la ciencia de las fortalezas y las virtudes humanas (Sheldon y King, 2001). Es decir, parte de la psicología contemporánea toma un rumbo distinto, sin desprenderse por completo de sus orígenes, a la descripción y atención de los síntomas de las diferentes psicopatologías. Es importante indicar que la psicología positiva, al menos desde la óptica de Seligman (1999), no desplaza o rebate la psicología clínica y, en

general, la visión centrada en las patologías. La psicología positiva se concibe como un complemento de la psicología centrada en la enfermedad. Es de esta forma que se pueden ampliar los alcances de la psicología y explorar, de forma holística, la mente humana, ya que se estudian tanto los elementos negativos (enfermedades, trastornos y tratamientos clínicos) como los positivos (fortalezas y virtudes del sujeto).

5.2. PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

En sus primeras investigaciones, Seligman (1999) indica que los objetivos de la psicología positiva eran el estudio de la experiencia subjetiva positiva, los rasgos individuales positivos y las instituciones positivas. Sin embargo, tiempo después, afirma que el objeto de estudio de la psicología positiva es la felicidad. En ese sentido, establece tres principios o vías para alcanzar la felicidad auténtica e indica que el papel del psicólogo debe centrarse en proveer las estrategias necesarias para lograrla (Seligman, 2003). Se trata de las emociones positivas, el placer o vida placentera, el compromiso y el significado.

Para Seligman (2003) la psicología no puede tan solo ocuparse del estudio de las debilidades humanas y del daño que pueden padecer frente a las adversidades de la vida. También debe considerarse como el estudio de las fortalezas y virtudes; "... no es sólo arreglar lo que está roto es también alimentar lo mejor de nosotros" (Seligman, 2003, p. 2). En ese sentido, el objetivo de la psicología

positiva consiste en desarrollar una clasificación de virtudes y fortalezas del carácter, universalmente válidas, de tal forma que se incremente la felicidad individual. Ahora bien, para comprender las limitaciones y los factores promotores de la felicidad es necesario que considere la existencia de dos tipos de personas: las negativas y las positivas u optimistas. Una vez se expongan un conjunto de diferencias entre ambos tipos, es posible observar cómo las características de cada uno le presentan limitaciones o facilidades para realizar procesos de resiliencia en los casos de TAG.

El primer grupo de personas que describe Seligman (2003) son los pesimistas. Para este autor, las personas pesimistas "... tienen una forma particularmente perniciosa de interpretar los contratiempos y las frustraciones. Piensan de forma automática que la causa es permanente, dominante y personal" (Seligman, 2003, p. 13). Esto quiere decir que, las personas pesimistas enfrentan los problemas partiendo de una interpretación irreal de los acontecimientos. El pesimista considera que las causas de sus afecciones psicológicas son permanentes, es decir, que no hay forma de escapar de estas. Se siente agobiado por lo que considera es el origen de su sufrimiento y no encuentra una forma idónea de enfrentarlo. Además de asumir que las causas de los problemas que afronta son permanentes, el pesimista concibe que estas tienen un carácter dominante. Es decir, que las causas sobrepasan su voluntad, están más allá de su dominio y, por ende, no se siente capaz de eliminarlas. El origen de las afecciones psicológicas, según la tipología del pesimista, es personal, con lo cual, considera que las amenazas externas están ahí con el propósito de afectarlo.

Los optimistas, por su parte, interpretan las causas de las desdichas con cierta fortaleza. Son personas con la facultad de "... interpretar sus contratiempos como algo superable, propio de un problema en concreto y provocado por circunstancias temporales o por otras personas" (Seligman, 2003, p. 14). En otras palabras, los optimistas tienen cierta capacidad innata para observar los obstáculos de la vida como parte de ella; además, de considerarse a sí mismos como capaces de sobreponerse ante la adversidad. Percibir que una desventura puede ser superada le brinda al sujeto no solo una suerte de fuerza interior, sino que contribuye a la manifestación de factores protectores y aumentan la posibilidad de hacer resiliencia. Para los optimistas los problemas que enfrentan son concretos y no generalizados. Los optimistas no consideran que los infortunios de la vida sean parte de un plan general en su contra. El hecho que los contratiempos no sean asumidos en su dimensión particular les permite a las personas identificar estrategias menos desgastantes (psicológica y fisiológicamente) para enfrentarlos y salir fortalecidos de la experiencia. Además, las personas positivas comprenden que los infortunios suelen ser temporales, de ahí que emociones positivas como la esperanza están presentes en ellos cuando afrontan momentos difíciles. Ahora bien, las personas tienen una inclinación genética (40%) que, en muchos casos, determinan su respuesta ante los problemas. Sin embargo, tanto las personas pesimistas como las optimistas pueden transformar su comportamiento de forma que actúan como su opuesto. Un pesimista puede llegar a transformar su comportamiento a tal punto de vivir conforme lo hacen los optimistas, y viceversa. Existe un 60% de la conducta humana que depende de decisiones personales que pueden estar orientadas por un pensamiento optimista o pesimista. Para Seligman

(2003), la mayoría de los seres humanos se encuentra en un punto intermedio entre el pesimismo y el optimismo.

La felicidad autentica, posible para los optimistas, se logra por medio de las tres vías mencionadas al inicio: las emociones positivas, el placer o vida placentera, el compromiso y el significado (Seligman, 2003). Las emociones, según Seligman (2003), se constituyen a partir de cuatro componentes: el sentimental, el sensorial, el reflexivo y el que habilita la acción. Cuando se trata de emociones negativas, el componente sentimental se manifiesta a través de la aversión: "... indignación, temor, repulsión, odio y similares" (Seligman, 2003, p. 15). En lo sensorial, el cuerpo se pone en alerta y activa los mecanismos necesarios para enfrentar "... un juego de victoria-derrota" (Seligman, 2003, p. 16), en donde, por definición, el sujeto se encuentra expuesto al peligro. Así pues, cuando el individuo se halla ante la inminencia del contratiempo reflexiona acerca de los medios para sobrellevar el impase. Por último, el sujeto actúa de acuerdo al sentimiento de aversión que considera pertinente. En ese sentido, el papel de los sentimientos negativos es movilizar los mecanismos internos de "... los individuos para descubrir cuál es el problema y eliminarlo" (Seligman, 2003, p. 18).

Las emociones positivas se componen de todas aquellas que aportan al sujeto un estado anímico de bienestar. El estado anímico positivo logra que las personas adopten una manera de "... pensar creativa, tolerante, constructiva, generosa, relajada y lateral" (Seligman, 2003, p. 18). En ese sentido, la alegría, la gratitud, la serenidad, el amor y la esperanza pueden ser consideradas como las emociones positivas más importantes cuando se trata de enfrentar momentos difíciles. La

psicología positiva funda un estilo de pensamiento que tiene como propósito trabajar sobre lo que "está bien" y sobre no lo que "está mal". No se enfoca en la detección de los errores, sino que se trata de afinar las fortalezas con las que cuenta cada individuo.

Una segunda vía para alcanzar la auténtica felicidad y hacer frente a los problemas de forma efectiva o "saludable" es llevar una "vida placentera". Una vida placentera es aquella que se centra en el disfrute de los placeres, en el momento presente, sin que los contratiempos futuros o pasados tengan una influencia importante sobre el estado de ánimo del sujeto. Se encuentra en este requisito para alcanzar la felicidad un fundamento hedonista, donde el placer se entiende como el "sentido de la vida".

Como una tercera ruta para lograr la felicidad, Seligman (2003) indica que el sujeto debe tener claro cuál es el sentido de su vida y estar comprometido con seguir dicho sentido o finalidad. Las personas que viven según una finalidad bien definida tienen la capacidad de comprender que los contratiempos y las crisis son necesarias para desarrollar nuevas habilidades. Los sujetos que tienen un norte, y están comprometidos con perseguirlo, deben mantener un estado de ánimo positivo que les impida desviarse de su meta. Así pues, cuando se trata de establecer los propósitos que dan orientación a las personas, la psicología positiva considera como factores determinantes: "... el contexto socio-cultural donde se desenvuelve el individuo, su sistema de creencias, sus rasgos de personalidad y los factores autotélicos que tienen que ver con el individuo y su meta" (Seligman, 2003, p. 20).

5.3. PSICOLOGÍA POSITIVA Y RESILIENCIA

La psicología positiva permite abordar el tema de la resiliencia partiendo de una reflexión sobre las capacidades innatas y las fortalezas adquiridas de quienes resisten los contratiempos y salen fortalecidos de estos. Con este enfoque se muestra cómo una inclinación por las emociones positivas contribuye a la consolidación de los factores protectores y, por ende, a "... refutar los pensamientos catastróficos" (Seligman, 2003, p. 19). La psicología positiva logra demostrar que un estado anímico cargado de optimismo está mejor preparado para soportar las crisis. Por ejemplo, las personas que mantienen una actitud fundada en la esperanza son capaces de mantener una línea de pensamiento optimista ante algunas situaciones críticas, lo que les permite no desistir, fácilmente, en la consecución de sus metas.

La psicología positiva reconoce que es importante que las personas enfrenten situaciones traumáticas con el objetivo de generar en ellas un fortalecimiento de ciertas habilidades. Después de una observación intuitiva se puede decir que muchas de las habilidades que desarrolla el ser humano en sus primeros años de vida, por ejemplo, fueron conseguidas luego de soportar momentos dolorosos y/o críticos. Aprende a caminar costó muchas caídas, lo mismo que aprender a leer y escribir tuvo su grado de dificultad. Por esto, la psicología positiva anima o promueve que las personas tomen los riesgos necesarios para afinar sus fortalezas y virtudes.

Más allá de servir como un elemento determinante en la consecución de nuevas habilidades o en el fortalecimiento de las adquiridas la exposición a situaciones de riesgo también estimula los factores protectores. En el proceso de hacer resilientes a las personas, "... no se trata de evitar las vivencias de riesgo, sino de transformarlas en desafíos para hacer que dicha experiencia fomente los factores protectores y se convierta en una nueva oportunidad de aprendizaje" (Rutter, 1999, p. 20). En ese sentido, exponerse a situaciones de riesgo, teniendo en cuenta las limitaciones individuales, es útil para la prevención en términos de salud mental. Frente a esto último, Seligman (2003) advierte que "... si actuáramos cuando el individuo todavía se encuentra bien, las intervenciones preventivas evitarían un mar de lágrimas" (p. 28).

Rutter (1999), quien reflexiona sobre el concepto de resiliencia, afirma que evitar las situaciones de riesgo debilita los factores protectores, con lo cual se hace necesario que los seres humanos se expongan a ciertos riesgos con el fin de ser resilientes. No obstante, los sujetos que más posibilidades tienen de llevar a término el proceso de resiliencia son aquellos que viven conforme a los tres principios o vías para alcanzar la felicidad (Seligman, 2003). Es decir, las personas capaces de hacer resiliencia procuran manifestar emociones positivas. Por ejemplo, los sujetos resilientes suelen mantener la serenidad en situaciones en las que los sujetos pesimistas pierden la calma. De igual forma, dichas personas tienen muchas más manifestaciones de alegría; mientras que los pesimistas (menos resilientes) son personas que constantemente expresan inconformidad con las situaciones cotidianas (Seligman, 2003). Las personas resilientes también

consideran que llevan una vida placentera, una vida que vale la pena ser llevada. Esto les permite apreciar lo que significa enfrentar las adversidades y salir fortalecidos de estas. Valorar la vida propia lo invita a realizar los sacrificios que sean necesarios con el objetivo de reestablecer un proyecto de vida.

Otra característica de las personas resilientes, que plantea una relación entre la noción de resiliencia y los postulados fundamentales de la psicología positiva, es que estas se encuentran comprometidas con un sentido particular de la vida. Las personas que mejor enfrentan los contratiempos y que son capaces de salir fortalecidos de la experiencia son aquellas que conocen cuál es el sentido de su vida y están comprometidos con seguir ese rumbo, a pesar de los obstáculos. La resiliencia implica que el sujeto afectado por la desventura "... hace uso de factores de protección para salir fortalecido en su desarrollo individual y social" (Rutter, 1999, p. 57). Dichos factores se asocian con la presencia de la felicidad, según como la define Seligman (2003).

En conclusión, en el comportamiento de las personas resilientes se encuentran los elementos que Seligman (2003) considera deben ser el objeto de estudio de la psicología positiva. De ahí que, los casos donde las personas que están en riesgo o padecen algunos trastornos psicológicos pueden ser analizados partiendo de los postulados de Seligman (2003). Así pues, es posible observar que las personas en riesgo de sufrir de un Trastorno de Ansiedad Generalizada, al igual que aquellas que lo padecen, pueden tanto prevenirlo como tratarlo organizando su vida cotidiana en relación con los principios de la psicología positiva.

5.4. PSICOLOGÍA POSITIVA Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada, tal como se ha descrito hasta aquí, radica en la presencia de preocupaciones excesivas, persistentes y difíciles de controlar. Dicha presencia afecta el rendimiento laboral, escolar y, en general, social del sujeto (Bados, 2015). En otras palabras, la persona que padece TAG se preocupa por un conjunto de problemas que "se escapan de su poder" y que están destinadas a infligirle sufrimiento o daño. Estas preocupaciones se diferencian de las cotidianas y comunes porque son excesivas en cuanto a su "... intensidad, duración o frecuencia; son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido" (Bados, 2005, p. 2).

Una persona que se encuentre en riesgo de padecer un TAG puede prevenirlo si estimula, a diario, las manifestaciones de emociones positivas como la alegría, la esperanza y la serenidad. Los objetos y las actividades que producen alegría en las personas dependen de las experiencias vitales de cada una. Hay quienes sienten alegría escuchando un género musical en particular, lo que hace conveniente, para estas personas, la exposición a este aliciente de manera cotidiana. Cuando se trata de sujetos que ya padecen un TAG, una forma de favorecer la resiliencia "... consiste en incrementar la mayor parte del tiempo la cantidad de emociones positivas para ser feliz" (Lupano y Castro, 2010, p. 14). En ese sentido, parte del fundamento de la propuesta de Seligman (2003), según Lupano y Castro (2010), es esencialmente hedonista, ya que sostiene que la felicidad radica en tener la mayor cantidad de momentos placenteros. Se trata de

rescatar el momento presente y alejar al sujeto con TAG de sus preocupaciones excesivas sobre el futuro.

Con lo expresado hasta aquí, se puede inferir que, estimular la presencia de la esperanza¹ dentro del repertorio de emociones cotidianas del sujeto también aporta al proceso de resiliencia de quienes padecen un TAG. Las personas con dicho trastorno (al igual que los pesimistas descritos por Seligman) consideran que los eventos futuros son catastróficos. Además, aprecian que no hay posibilidad que los acontecimientos futuros sean modificados o, si quiera, percibidos desde una óptica distinta. Cuando la esperanza hace presencia en la cotidianidad del sujeto con riesgo de TAG los pensamientos relacionados con las posibles tragedias se ven opacados por la idea recurrente de que "todo estará bien". La esperanza, como una emoción positiva, incrementa los factores protectores e imprime fuerza, ganas de persistir, a los que afrontan un TAG.

La serenidad, concebida como una emoción positiva, puede ser cultivada por quienes soportan un TAG. Lo anterior quiere decir que existen estrategias que le permiten a la persona con TAG sentir cierto soslayo en medio de las crisis de ansiedad. Adicionalmente, cuando se trata de prevención, mantener la serenidad

¹ Para Cataluña (2017), la esperanza puede estimularse por medio de técnicas como: la revisión de las metas de la persona, el establecimiento de nuevas rutas para alcanzar y la asociación con personas que hayan superado situaciones adversas. Las actividades que se realicen en pro de estimular la esperanza deben incluir: el humor sabio, la gratitud y la búsqueda del control emocional. El humor sabio le permite a la persona asumir los impases de la vida de manera más holgada, pues entiende que detrás de los contratiempos pueden esconderse enseñanzas y anécdotas hilarantes. Cultivar la gratitud contribuye a aumentar la autoestima (pues la gratitud debe empezar consigo mismo) y a mejorar las expectativas, ya que la persona agradecida reconoce el valor intrínseco de las experiencias, buenas y malas. Por último, la esperanza se puede estimular si se promueven ejercicios que mejoren el control emocional, es decir, si las personas son entrenadas para abstenerse de ciertas emociones que son innecesarias en ciertas situaciones (a controlar la desesperación en momentos de ansiedad, por ejemplo).

puede reducir la ocurrencia de eventos críticos, pues algunos ejercicios de meditación son útiles para apartar la mente de las preocupaciones (Fínez y Morán, 2015).

Seligman (2003) utiliza dos conceptos para fundamentar las estrategias centradas en prevenir y reducir la ocurrencia de crisis de ansiedad, incluidas las que caracterizan el TAG. Por un lado, este autor utiliza una noción que considera permite reorientar el pensamiento; pasar de una visión negativa de la vida a una positiva. Se trata del concepto Savoring, según el cual la forma más genuina de existir es en el momento presente a través de saborear la vida. Saborear la existencia humana implica que la persona se disponga a capturar el momento presente por medio de los sentidos. Para esto se requiere que el sujeto centre su pensamiento en la información que proviene de sus sentidos; que disfrute el sabor de los alimentos; que goce con observar, detalladamente, el entorno que lo rodea; que se soslaye con el paso del viento y que se deleite con los sonidos que más lo animan.

El otro concepto utilizado por Seligman (2003) también se enfoca en resaltar el momento presente. La noción mindfulness hace alusión a un estado mental al que se accede debido al entrenamiento "... caracterizado por la atención plena de los propios pensamientos, acciones o sensaciones" (Seligman, 2003, p. 24). En ese sentido, las personas que, mediante el esfuerzo y el auto-conocimiento, logran entrenar su mente para controlar sus pensamientos son capaces de establecer estrategias para prevenir los TAG. En los casos en los que la persona ya padece un TAG, entrenar su mente (mindfulness) le será benéfico en la medida en que

esto lo puede facultar para evitar los pensamientos que originan y agudizan las crisis.

En síntesis, las personas, que tienen un TAG o están dentro de una población de alto riesgo, pueden reducir la ocurrencia de las crisis de ansiedad, incluso evitarlas, si desarrollan las habilidades descritas por Seligman (2003) y que son propias de las personas resilientes. La habilidad de manejar las dificultades de la vida con emociones positivas, con una concepción clara del "buen vivir" y con un propósito vital trae beneficios tanto a nivel psicológico como fisiológico. En términos fisiológicos, las personas con TAG pueden, de cierta manera, protegerse de las consecuencias corporales propias del trastorno. La tensión muscular, los dolores de cabeza y algunas cardiopatías asociadas a la frecuente exposición a las sustancias segregadas durante las crisis de ansiedad pueden evitarse si las personas aplican los principios de la psicología positiva, dado que "... la ventaja más clara que poseen las personas felices para desarrollar recursos físicos es su capacidad de enfrentarse a los acontecimientos adversos" (Seligman, 2003, p. 30).

En términos psicológicos, se hace necesario "... identificar la ansiedad para poder afrontarla, así como reducir el nivel de activación de la ansiedad mediante la puesta en práctica de ejercicios de forma gradual" (Padilla, 2014, p. 160). Cuando el trastorno es identificado, los recursos con los que cuenta el sujeto pueden ponerse a disposición del proceso de resiliencia. Dicho proceso se puede beneficiar de la toma de consciencia de la persona acerca de los cambios que debe realizar en su vida.

Para terminar, es importante señalar que, en algunos casos, el tratamiento que debe seguir una persona con TAG incluye la medicación (principalmente, con ansiolíticos y antidepresivos con efecto ansiolítico). Esta se utiliza con el objetivo de nivelar a los pacientes cuya severidad del trastorno debe controlarse a nivel bioquímico. Una parte importante de los casos que deben ser tratados con medicamentos responden a condiciones genéticas, hereditarias. En tales situaciones, la aplicación de los principios de la psicología positiva es útil en tanto el paciente se encuentre estable.

6. MARCO METODOLÓGICO

El método de investigación se basa en una revisión bibliográfica. Los parámetros de búsqueda y selección de material obedecen a los conceptos centrales, a saber: Resiliencia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Psicología Positiva. Se procura encontrar en la revisión aquellos elementos comunes que permitan evidenciar las generalidades inherentes a la relación existente entre estos. El enfoque mencionado también facilitó el estudio de las diferentes cualidades y realidades subjetivas que constituyen el eje temático: la resiliencia como factor protector ante el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la contribución que la psicología positiva hace al proceso.

El alcance de esta investigación es descriptivo, lo que significa que tiene como objetivo especificar las propiedades y características de los conceptos centrales

(Hernández et al. 2010). En otras palabras, se recolectó información sobre distintas interpretaciones de los conceptos con el fin de hacer una descripción de los elementos que intervienen en la relación entre estos. El alcance descriptivo fue útil para mostrar, de manera precisa, diversos ángulos o dimensiones de los fenómenos que acompañan la resiliencia, el TAG y la psicología positiva.

6.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para lograr los objetivos planteados se hizo preciso realizar una revisión bibliográfica. Dicho proceso inició con la búsqueda de artículos, ensayos, investigaciones académicas y literatura especializada que abordara alguno de los conceptos centrales que son objeto de reflexión. Se revisaron 60 documentos; clasificados en dos grandes grupos: fuentes primarias y secundarias. Las primarias, por la rigurosidad científica que requiere su elaboración, sirvieron para trazar las líneas investigativas generales; las secundarias, dado su carácter subjetivo, fueron útiles para comprender algunos de los debates actuales respecto de la resiliencia en pacientes con TAG y el papel de la psicología positiva en dicho proceso.

7. DISCUSIÓN

La investigación que se llevó a cabo permitió visualizar una serie de panoramas problemáticos sobre los cuales se hace necesario no solo hacer precisión, sino tomar postura evidenciando la contribución de esta labor al campo profesional de la autora. Una de las posturas asumidas en la presente discusión se centra en el reconocimiento del modelo trans-disciplinar como el más pertinente para evaluar los problemas que ha suscitado el concepto de resiliencia en los casos de trastorno de ansiedad generalizada. Asumir este modelo como idóneo ha contribuido a la formación de la autora de este trabajo investigativo en la medida en que se contó con una herramienta útil para observar el fenómeno desde diversas ópticas, con lo cual, se logró presentar una reflexión distante de cualquier determinismo.

La distinción que realiza Rutter (1993) entre vulnerabilidad y resiliencia fue de gran utilidad en la investigación, debido a que a partir de esta se puede comprender que no es suficiente con tener algunas ventajas genéticas para enfrentar los problemas de la vida saliendo fortalecido con la experiencia, sino que además se hace necesario que ciertas habilidades sean desarrolladas. Para Cyrulnik (2007) los porcentajes que indican la relación entre factores protectores innatos y adquiridos son 50% y 50%. Es decir que, para este autor, la capacidad de un sujeto para repararse de las situaciones adversas de la vida depende, en partes iguales, de las disposiciones genéticas (como el alto transporte de serotonina) y de las características personales y del entorno. Por su parte, Seligman (2003) señala que las personas optimistas (positivas) y pesimistas (negativas) se definen a partir de un 40% relativo a la estructura genética y un

60% derivado de las experiencias. Frente a esta diferencia se puede afirmar que para Seligman (2003) existen elementos son preponderantes los elementos psicológicos cuando se trata de sobrellevar las adversidades, lo cual no será aceptado por Cyrulnik quien considera que no existe preponderancia alguna.

La postura de Seligman (2003) coincide con la visión que Suarez (1999) tiene de la autoestima como un motor que le permite al sujeto reconstruirse. Por esto afirma que: "... relacionada con la autoestima está el tener aptitudes y competencias; cuando uno aprende a hacer cosas y se da cuenta que puede ser útil y eficaz, aumenta la valoración de sí mismo" (p. 39). Dicho de otra forma, la capacidad de reconstruirse, en su mayoría, es un factor que se adquiere, que se aprende. Es importante indicar que, es sobre esta postura que se consideró el abordaje de la reflexión sobre la forma en que la resiliencia es un factor protector en casos de TAG.

Otra discusión que se desprende del trabajo de investigación es la que se gesta entre lo que la psicología positiva entiende por personas optimistas y lo que los teóricos de la resiliencia (Rutter y Cyrulnik, principalmente) consideran una persona resiliente. Cuando se describen las características de las personas optimistas se encuentra que estas procuran mantener su vida emocional con una clara inclinación hacia emociones como la esperanza, la serenidad y la alegría. De igual manera, "... las personas resilientes poseen mayor motivación y capacidad para resolver problemas, mantener el equilibrio y seguir adelante, de forma positiva" (Carvalho, Bertolli, Paiva, Rossi, Dantas y Pompeo, 2016, p. 7). La motivación proviene, en muchas ocasiones, de la alegría que provoca, o bien

realizar una actividad o bien recibir los beneficios que de esta se desprenden. Igualmente, para mantener el equilibrio, la serenidad, como emoción positiva, juega un papel determinante. Así como también, la voluntad de seguir adelante tiene su fundamento más íntimo en la emoción de la esperanza; quien tiene esperanzas reúne las fuerzas para continuar a pesar de los contratiempos.

Las personas que dirigen sus vidas conforme a los parámetros para alcanzar la felicidad auténtica (Seligman, 2003) consideran que la existencia humana se justifica a partir del hedonismo. Una buena vida es una vida placentera. El placer de vivir es evidente tanto en las personas resilientes (que se rehúsan a dejarse abatir por la tragedia) como en las optimistas (descritas por Seligman). En ese sentido, cada individuo tiene una visión particular sobre qué es placentero; y conforme a esto, establece una serie de hábitos que le permitan disfrutar de dichos placeres, la mayor cantidad de tiempo posible.

El compromiso con un sentido específico de la vida es otro común denominador entre los optimistas y las personas resilientes. Este hecho invita a una reflexión final sobre los estilos de apego que desarrollan tanto los primeros como los segundos. Los optimistas y los resilientes suelen sentirse cómodos participando de actividades colectivas. Se encuentran dotados de cierta facilidad para desempeñarse de manera fluida con los demás, tal como lo afirma Seligman (2003) de la siguiente manera: “Cuando somos felices nos centramos menos en nosotros mismos, nos caen mejor los demás y deseamos compartir nuestra buena fortuna incluso con desconocidos” (p. 50). Ante esta situación, existen estudios sobre resiliencia infantil que apoyan la idea de la existencia de un cierto poder

curativo que emana de la compañía afectuosa. Por ejemplo, Rojas (2015) concluye que "... la aparición de una persona afectuosa y cuidadora, en cualquier momento, puede despertar en los niños y niñas esa fuerza interior que permite superar obstáculos" (p. 8). En este sentido, poseer una vida con un sentido plenamente identificado y tener compromiso con este conlleva a que las personas resilientes o positivas se encuentren en el camino. La búsqueda de fines loables, tarea que satisface a las personas resilientes, logra reunirlos en torno a tareas que les permiten hacer de su experiencia algo para compartir con el propósito de ayudar a los demás. En suma, los optimistas y los resilientes comparten una forma de relacionarse con los demás cercana y dirigida por objetivos que enriquecen el entorno.

Otro debate que subyace, en medio de las discusiones que suscitó la investigación aquí plasmada, es la visión que se requiere para que los procesos de resiliencia se consideren exitosos. Según Suarez (1999) la resiliencia es un proceso que se completa siempre que el sujeto alcance o cuente con dos facultades: por un lado, debe ser capaz de soportar el infortunio y, por otro, ha de estar facultado para reestructurar su proyecto de vida: "... el primero es esa virtud de aguantar las desgracias y el segundo es ser capaz de fortalecerse a partir de ellas" (Suarez, 1999, p. 9). Así pues, hay que entender la resiliencia como un factor que le permite a los sujetos adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para lograr la coexistencia de las virtudes mencionadas. Sin embargo, el proceso no cuenta con una finalización, sino que se trata de un trabajo que puede durar el resto de la vida del sujeto. Es decir, la resiliencia no se logra en un determinado

tiempo o al desaparecer algunos comportamientos o síntomas; no se representa como un proceso con un punto de partida y otro de llegada. En palabras de Suárez (1999), la resiliencia "... es más un estar que un ser y es necesario insistir en su naturaleza dinámica" (Suárez, 1999, p. 10).

Luego de realizada la investigación, es posible estar de acuerdo con la necesidad de una visión a-temporal del proceso de resiliencia. Los factores de protección pueden estar presentes desde la configuración genética del individuo, como también pueden desarrollarse, a lo largo de la vida, por medio de entrenamiento (mindfulness). También es razonable indicar que el proceso de resiliencia puede iniciar en cualquier momento, después de sufrido el contratiempo. No es posible determinar, ni siquiera en términos generales, cuánto tiempo después de presentado el evento traumático los sujetos están capacitados para iniciar el proceso de "reparación". De igual manera, la finalización del proceso no tiene un tiempo estipulado, ni estimado. Algunas personas toman menos tiempo para recuperar ciertas destrezas sociales pérdidas a raíz de un TAG; mientras a otras les cuesta más trabajo hacerlo. Las limitaciones temporales, no para advertir que el proceso se ha completado sino para señalar la recuperación de habilidades deterioradas, dependen tanto de factores protectores innatos como adquiridos. Frente a esto, cabe mencionar que, para Seligman (2003), la mayoría de los seres humanos se encuentra en un punto intermedio entre el pesimismo y el optimismo.

En relación al tema del trastorno de ansiedad generalizada se puede afirmar que existe cierto consenso respecto de las consecuencias, pero no de las causas.

Se asegura que la "... ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes que aparecen en la práctica clínica, aunque también es muy inespecífica" (Luna, 2012, p. 2). Sin embargo, a pesar de su alta frecuencia, en términos de consulta, no se ha precisado cuál es su origen. Frente a esta complejidad, los modelos utilizados para explicar la resiliencia pueden ser útiles.

La psicología positiva, desarrollada por Seligman (2003), invita a observar la resiliencia, como factor protector, en los casos del TAG en el marco de tres principios que son seguidos por las personas optimistas. Estas tres vías para alcanzar la felicidad y, por ende, ser más resilientes pueden seguirse por personas que están en riesgo de sufrir TAG y por aquellas que ya lo padecen. Así, las estrategias que deben implementarse en los casos donde existe el riesgo deben ajustarse de acuerdo a un plan de prevención personalizado. En cuanto a las estrategias que se recomiendan en los casos donde el TAG ha sido detectado, la literatura revisada da cuenta de la aplicación de técnicas propias de la clínica tradicional (enfocada en la enfermedad y en su tratamiento), lo que da lugar a una reflexión acerca de la originalidad de sus métodos. La psicología positiva se creó a partir de la crítica al enfoque sobre la psicopatología que se había apoderado de la psicología tradicional. Su originalidad radica en encontrar en el ser humano aquello que lo hace soportar las adversidades y ponerlo al servicio de todo aquel que esté dispuesto a realizar ciertos cambios en su forma de vivir, para prevenir futuros daños. Cuando en la aplicación de los principios de la psicología positiva se hace uso de las herramientas creadas por la psicología tradicional (centrada en el tratamiento de psicopatologías) se puede pensar en un desconocimiento de los

orígenes de la primera. No obstante, la psicología positiva se ha adaptado para encontrar en los tratamientos centrados en la psicopatología algunos procesos en los que es posible descubrir y explotar las fortalezas de los pacientes. En ese sentido, la aplicación de técnicas tradicionales, acondicionadas al enfoque de la psicología positiva, ha permitido prestar una atención holística, integral, a los sujetos con TAG.

8. CONCLUSIONES

La investigación desarrollada arrojó conclusiones relacionadas con cada uno de los objetivos específicos propuestos. En relación con el primer objetivo, se pudo concluir que el concepto de resiliencia se ha transformado a lo largo de su desarrollo en las ciencias humanas, en particular, de la psicología. Sin embargo, en términos generales, la resiliencia se puede definir como la capacidad que tiene el ser humano para soportar los contratiempos propios de la vida y salir fortalecido de la experiencia. Además, se concluyó que existen tres diferentes modelos que buscan explicar los factores protectores que le permiten al ser humano "resistir" los problemas de la vida. Se trata del modelo genetista, el psicologista y el transdisciplinar. Es sobre este último modelo que se puede construir una interpretación completa de lo que significa la resiliencia como factor protector. Considerando tanto los factores innatos como los adquiridos se puede observar la complejidad del proceso de resiliencia.

En lo relacionado con el segundo objetivo se pudo concluir que lo que caracteriza al Trastorno de Ansiedad Generalizada es la presencia de preocupaciones excesivas, persistentes y difíciles de controlar. Dichas preocupaciones se presentan en referencia a una serie de sucesos o actividades que podrían afectar, de alguna forma, el futuro del sujeto. Generalmente, las preocupaciones que agobian a quien padece un TAG son imaginarias o tiene pocas probabilidades de ocurrir.

Existe consenso en que las afectaciones del TAG se presentan a nivel fisiológico y psicológico. Fisiológicamente, el sujeto diagnosticado con este trastorno puede sufrir, entre otras anomalías, de cardiopatías, de problemas alimenticios y sexuales. En términos psicológicos, la persona ve afectada tanto su autoimagen como las relaciones con los demás, principalmente, debido a las dificultades cognitivas y relacionales que implica no controlar las emociones fuertes como el pánico. También es posible que se desarrollen otras psicopatologías asociadas a la baja autoestima y las relaciones interpersonales deficientes. En ese sentido, los tratamientos deben considerar, dependiendo del caso, la forma de intervenir tanto las consecuencias fisiológicas como las psicológicas del TAG. En algunas ocasiones será necesario prescribir un tratamiento que incluya la medicación para controlar las crisis de ansiedad.

Un enfoque psicológico centrado en las fortalezas y virtudes de los seres humanos, como el promovido con la psicología positiva, permite reconocer que es posible detectar a tiempo los riesgos de sufrir un TAG y realizar un trabajo preventivo. Los enfoques centrados en el tratamiento de las enfermedades

mentales desconocen la importancia de trabajar antes que las primeras manifestaciones patológicas aparezcan. De ahí que, se puede concluir que la psicología positiva brinda un paradigma que puede ser utilizado, a diferencia del enfoque tradicional, como una herramienta eficaz en la prevención. No obstante, como se reveló en la investigación, los principios de la psicología positiva pueden ser aplicados a través de algunas técnicas propias de la psicología centrada en la enfermedad.

En lo relacionado con el tercer objetivo específico la investigación arrojó que, en los casos de personas con TAG, la resiliencia, como factor de protección, se puede facilitar si son aplicados los principios de la psicología positiva. Las emociones positivas, principalmente la alegría, la esperanza y la serenidad, deben ser promovidas, por el sujeto y/o por el entorno, cuando una persona con TAG, o con riesgo de sufrir uno se inicia en un proceso de resiliencia. Además, las personas resilientes, como las optimistas, tienen una valoración por vida placentera muy particular. Puede afirmarse que el hedonismo es fundamental para ellos. De igual manera, los resilientes cuentan con un propósito de vida con el que están comprometidos y en el que, generalmente, involucran su entorno de manera positiva.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ángel, C. (2016). *Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña*. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I. Madrid, España.
- Annelieke, M. Roest, E. Martens, J. de Jonge, P. Denollet, J. (2010). *Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease A Meta-Analysis*. Journal of the American College of Cardiology. Volume 56, Issue 1, June.
- Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació I. Universitat de Barcelona. Barcelona, España.
- Bahamón, M. (2012). *Tratamiento cognitivo-conductual con un componente de exposición cognitiva graduada en trastorno de ansiedad generalizada*. Revista de Psicología GEPU. Universidad de Boyacá. Tunja, Colombia.
- Cardozo, G y Alderete, A. (2009). *Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia*. Revista Psicología desde el Caribe no.223, enero-junio. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.
- Carvalho, I. Bertolli, E. Paiva, L. Rossi, L. Dantas, R y Pompeo, D. (2016). *Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares*. Revista Latino-Am Enfermagen. Versión electrónica recuperada el 12 de mayo de 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02836.pdf.

- Castanedo, C. (2015). *Papel de la enfermería en el tratamiento de pacientes con trastorno generalizado de ansiedad*. Universidad de Cantabria. Escuela de enfermería. Valencia, España.
- Casullo, M. (2000). *Psicología salugénica o positiva. Algunas reflexiones*. Anuario de investigaciones. Facultad de psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Cataluña, D. (2017). *Manual de ejercicios de psicología positiva aplicada. Ejercicios sencillos para incrementar el bienestar*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid.
- CIE-10. (2015). *Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Versión electrónica. Recuperada el 05 de marzo de 2019. Disponible en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F20-F29.html.
- Constitución Política de Colombia. (1991).
- Cruz, R. (2005). *Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas*. Master de Psicología General Sanitaria. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España.
- Cyrulnik, B. (2003). *Los alimentos Afectivos: una infancia infeliz no determina la vida*. 1ra Edición. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista del bienestar*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

- Cyrulnik, B. (2009). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Editorial Granica S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Darwin, Ch. (2008). *El origen de las especies*. Editorial Porrúa. Edición 10. México.
- DSM-V. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Version electrónica. Recuperado el 5 de marzo de 2019. Disponible en: <http://elpsicoasesor.com/trastorno-mental-segun-el-dsm-5/>.
- Fínez, J y Morán, C. (2015). *La resiliencia y su relación con salud y ansiedad en estudiantes españoles*. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. Facultad de Educación. Universidad de León. León, España.
- Gehlen, A. (1980). *El hombre. Su naturaleza y su lugar en el cosmos*. Editorial Sígueme. Salamanca, España.
- Gil, R. (2016). *Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a personas en duelo*. Facultad de Psicología. Departamento de Psico-biología. Universidad de Valencia. Valencia, España.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional. Por qué es más importante que el cociente intelectual*. Editorial Zeta. México DF, México.
- Hernández, C. Fernández, C y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. México. DF.
- Huerta, R. (2016). *Relación entre el tipo de familia y la ansiedad con el comportamiento resiliente en adolescentes en situación de pobreza*.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología.
Unidad de Posgrado. Lima, Perú.

- Lesch, L. Bengel, D. Heils, A. Sabol, S. Greenberg, B. Petri, S. Benjamin, J. Muller, C. Hamer, D y Murphy, D. (1996). *Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region*. Journals Science. Washington, DC. EE.UU.
- Luna, A. (2012). *Diagnóstico y clasificación de los pacientes con Crisis de Ansiedad que consultan a la emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt*. Facultad de Ciencias Médicas. Maestría en Medicina Interna. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Luthar, S. y Cicchetti, D. (2000). *The construct of resilience: Implications for interventions and social policies*. NIH Public Access Author Manuscript. Development and Psychopathology, 12. Scientific e-journal of Human Sciences.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). *Surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva. Análisis desde una historiografía crítica*. Psicodebate 12. Psicología, Cultura y Sociedad. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina.
- Martínez, A. Argüelles, A. Cuy y J. Prieto, Y. (2013). *Programa para el manejo de la ansiedad en niños en condiciones de vulnerabilidad*. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia.
- Montt, M. (2001). *Trastorno de estrés post-traumático en niños*. Editorial Scielo. Revista chilena de neuro-psiquiatría. Santiago de Chile, Chile.

- Morris, D. (2003). *El mono desnudo*. 3ra Edición. Editorial DEBOLSILLO. Barcelona, España.
- OMS. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Versión electrónica. Recuperado el 4 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Padilla, C. (2014). *Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Volumen. 1. Julio.
- Paz, M. (2013). *Factores de Resiliencia en Adolescentes Residentes en un Centro de Protección de Valparaíso*. Revista de Psicología - Universidad Viña del Mar 2013, Vol. 2, Nº. 4, 85-108 85. Valparaíso, Chile.
- Pedraza, R. (2015). *Resiliencia y combate: Un estudio con soldados colombianos*. Universidad de Palermo. Facultad de Psicología. Tesis para optar al grado de PHD en Psicología. Buenos Aires, Argentina.
- Perdomo, A. (2014). *Relaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida de cuidadores informales de personas con Alzheimer*. Universidad Santo Tomás. Psicología de la Salud y Calidad de Vida Facultad de Psicología. Bogotá D.C.
- Reyes-Ticas, J. (2016). *Trastornos de Ansiedad: Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento*. Departamento de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

- Rojas, C. (2015). *Una reflexión de los factores resilientes identificados en una intervención cognitivo-conductual de una joven con poli-consumo*. Universidad Católica de Pereira. Facultad de Psicología. Pereira, Colombia.
- Rutter M. (1999). *Resilience concepts and findings: Implications for family therapy*. *The Association for Family Therapy*. 21, 119-144.
- Rutter, M. (1993). *Resilience: Some conceptual considerations*. *Journal of Adolescent Health*. 14(8), 626-631. doi 10.1016/1054-139X(93)90196-V.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Ediciones BSA. Barcelona.
- Sheldon, K. y King L. (2001). *Why Positive Psychology Is Necessary*. *American Psychologist Review*.
- Suarez, N. (1999). *Resiliencia: Conceptos Básicos*. Universidad Nacional de Lanus. Facultad de Psicología. Lanus, Argentina.
- Villalba, C. (2000). *El Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social*. Departamento de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olvide. Sevilla, España.
- Yépez, J. (2011). *Resiliencia, Estrés, Ansiedad, Depresión y Género en relación con el grupo sanguíneo ABO y la eritrosedimentación Globular*. Departamento de Psiquiatría. Doctorado en Patología Existencial e Intervención en crisis. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Mérida, Venezuela.

