

ISEEO
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE



POSGRADO
TESIS





**INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL**

**“EVALUACIÓN DEL MODELO FSD DE PSICOPATOLOGÍA
EVOLUCIONISTA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN SALUD
MENTAL**

PRESENTA:

ANGÉLICA FABIOLA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4031-9211

DIRECTOR:

RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-6076-2993

CODIRECTOR:

PEDRO URIARTE MOLINA
CÓDIGO ORCID: 0009-0001-6951-569X

Zapopan, Jalisco, México, Noviembre, 2023

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre de la alumna: Angelica Fabiola Sánchez Gutiérrez

Matrícula: C191032

Programa académico: Doctorado en Salud Mental

EVALUACIÓN DEL MODELO FSD DE PSICOPATOLOGÍA EVOLUCIONISTA
EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Director de Tesis: Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval.

Codirector de Tesis: Dr. Pedro Uriarte Molina

Fecha de aprobación: Tepic, Nayarit, México; a 20 de septiembre del 2024.

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada **Evaluación del modelo FSD de psicopatología evolucionista en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada**, presentada por el alumno(a) Angelica Fabiola Sánchez Gutiérrez, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL**.

INSTITUTO SUPERIOR
COMITÉ DE TESIS
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

DIRECTOR DE TESIS

Ruth Madera

DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL

CODIRECTOR DE TESIS

Pedro Uriarte Molina

DR. PEDRO URIARTE MOLINA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Ruth Madera

DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL



GOBIERNO DEL EDO. DE NAYARIT
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN
"INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE"
CLAVE: IAPSU0588

INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE OCCIDENTE

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **ANGÉLICA FABIOLA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado **“EVALUACIÓN DEL MODELO FSD DE PSICOPATOLOGÍA EVOLUCIONISTA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA”**, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de **"LA OBRA"**.

ATENTAMENTE
ANGÉLICA FABIOLA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

- A las personas que padecen Trastorno de Ansiedad Generalizada y que de muchas maneras me acompañan en mi formación y crecimiento personal y profesional.
- A José Carlos por su incansable amor por mí.

AGRADECIMIENTOS

- Agradezco al Instituto Superior de Estudios de Occidente por brindarme formación académica de calidad.
- A mis maestros que siempre estuvieron presentes y atentos para compartir sus conocimientos.
- A mi directora de tesis, la Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval por su gentileza, calidad humana y profesionalismo en su acompañamiento durante el desarrollo de este proyecto de tesis.
- A cada uno de los y las participantes de este proyecto que colaboraron activamente en esta investigación.
- Gracias especiales a mi esposo que incondicionalmente me apoya y me acompaña en cada una de las aventuras que elijo vivir.

ÍNDICE GENERAL

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE	2
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS	3
CARTA DE PUBLICACIÓN PARA EL DEPÓSITO Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DIGITALES EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE ISEO	4
PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL EN ISEO – REPOSITORIO INSTITUCIONA..	5
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD	6
DEDICATORIAS	7
AGRADECIMIENTOS	8
ÍNDICE GENERAL.....	9
ÍNDICE DE TABLAS	12
ÍNDICE DE FIGURAS	13
RESUMEN	17
ABSTRACT	18
INTRODUCCIÓN.....	19
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.1. Antecedentes.....	20
1.2. Contexto.....	26
1.3. Definición del problema de investigación	27
1.4. Objetivo general	29
1.5 Objetivos específicos.....	29
1.6. Justificación	30
1.7. Beneficios esperados.....	31

	10
1.8. Limitaciones	33
1.9. Alcances	34
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	35
CAPÍTULO III: MÉTODO	58
3.1. Línea de Investigación	58
3.2. Metodología Utilizada	58
3.3. Diseño metodológico	58
3.4 Población.....	59
3.5 Instrumentos.....	59
3.6 Procedimiento de recolección de datos.....	61
3.7 Estrategia de análisis.....	63
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	68
4.1 Análisis de resultados	68
4.1.1 Conocer el historial clínico del paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	70
4.1.2 Identificar estrategias de historia de vida del paciente según el modelo FSD.....	75
4.1.3 Asociación del contenido de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de los pacientes con TAG con los síntomas de las categorías vigentes del DSM V y CIE 10.....	94
4.2. Discusión	110
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.....	128
5.1 Hallazgos.....	128
5.2 Recomendaciones.....	128

5.3 Investigaciones Futuras	137
5.4. Limitaciones	137
5.5. Validez de la investigación	139
5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales	139
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142
APÉNDICE: Formatos empleados durante la investigación	152
Apéndice A. Consentimiento informado	152
Apéndice B. Historia clínica	154
Apéndice C. Estrategia de historia de vida	160
Apéndice D. Cuestionario de la preocupación de Pensilvania	161
CURRICULUM VITAE	162

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas	63
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. . Rasgos del factor de personalidad, baja amabilidad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.....	78
Figura 2. Rasgos del factor de personalidad, baja escrupulosidad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	79
Figura 3. Rasgos del factor de personalidad, baja humildad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.....	80
Figura 4. Rasgo del factor de personalidad, baja honestidad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.....	81
Figura 5. Rasgo del factor de personalidad, alta apertura a la imaginación/estética. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	82
Figura 6. Rasgo de factor de motivación, sexualidad precoz. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.....	83
Figura 7. Rasgo del factor de motivación, sociosexualidad sin restricciones Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	84
Figura 8. Rasgo del factor de motivación, ideas de relaciones románticas inestables. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	85
Figura 9. Rasgo del factor de motivación, reducida orientación a largo plazo. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	86

Figura 10. Rasgo del factor de motivación, baja sensibilidad al asco (sexual y moral). Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	87
Figura 11. Rasgo del factor de toma de decisiones y autorregulación, alta impulsividad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	88
Figura 12. Rasgo del factor de toma de decisiones y autorregulación, alta toma de riesgos y búsqueda de sensaciones. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	89
Figura 13. Rasgo del factor de habilidades cognitivas, alta cognición mentalista. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	90
Figura 14. Rasgo del factor de habilidades cognitivas, mayor habilidad verbal. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	91
Figura 15. Rasgo del factor de habilidades cognitivas, menor habilidad viso espacial. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	92
Figura 16. Rasgo del factor de maduración sexual, maduración sexual rápida y temprana. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	93
Figura 17. Preocupación por el tiempo, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	95

Figura 18. Preocupaciones que agobian, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes	96
Figura 19. Preocupación por cosas, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	97
Figura 20. Circunstancias que preocupan, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	98
Figura 21. No puede evitar preocuparse, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	98
Figura 22. Preocuparse bajo tensión, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	99
Figura 23. Siempre se preocupa, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	100
Figura 24. No deja las preocupaciones, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	101
Figura 25. Preocupación por algo que debe hacer, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	102
Figura 26. Se preocupa por todo, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	103
Figura 27. Preocupación cuando no hay nada por hacer, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	104
Figura 28. Preocupación toda la vida, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	105
Figura 29. Siempre se preocupa por las cosas, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	106

Figura 30. No puede parar de preocuparse, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	107
Figura 31. Preocupación todo el tiempo, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.	108
Figura 32. Preocupación por proyecto hasta concluirlo, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.....	109
Figura 33. Correlación entre el puntaje de PSWQ y Estrategias de historia de vida del modelo FSD. Correlación de Pearson, regresión lineal. La línea punteada representa el límite de confianza del 95%.....	110

RESUMEN

La presente tesis realiza una evaluación del Modelo FSD de la psicopatología evolucionista en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Para evaluar el modelo se buscó asociar las estrategias de historia de vida del modelo con el rasgo de la preocupación, por ser el principal en este trastorno según los criterios diagnósticos del DSM V y CIE 10. El estudio se realizó mediante instrumentos de escala tipo likert para las estrategias de historia de vida y el cuestionario de la preocupación de Pensilvania (PSWQ). Se buscaron participantes mayores de edad con diagnóstico de TAG para asociar los resultados de ambos instrumentos. Los principales hallazgos encontrados fue que los y las participantes con el rasgo de la preocupación también presentaron los siguientes rasgos del modelo FSD: alta impulsividad, capacidad analítica y reflexividad, habilidad verbal, atracción por la belleza e imaginar situaciones agradables, maduración sexual temprana y rápida, no ser susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas. La relevancia del estudio radica en identificar por qué estos rasgos de la psicopatología evolucionista resultan adaptativos para la persona y de qué manera se volvieron disfuncionales para contribuir en el desarrollo de una enfermedad mental. A partir de esto, es posible identificar si estos rasgos pueden predecir el desarrollo del trastorno y cómo ello impacta no solo la vida de la persona afectada sino de sus familiares y amigos, así como la trascendencia de entender la salud mental desde una perspectiva evolucionista que brinde argumentos y recursos para atender de manera eficaz y eficiente a personas que padecen TAG.

ABSTRACT

This thesis evaluates the FSD Model of evolutionary psychopathology in patients with generalized anxiety disorder (GAD). To evaluate the model, we sought to associate the life history strategies of the model with the worry trait, as it is the main one in this disorder according to the diagnostic criteria of the DSM V and ICD 10. The study was carried out using Likert-type scale instruments for life history strategies and the Pennsylvania Worry Questionnaire (PSWQ). Adult participants diagnosed with GAD were sought to associate the results of both instruments. The main findings were that participants with the worry trait also presented the following traits of the FSD model: high impulsivity, analytical capacity and reflexivity, verbal ability, attraction to beauty and imagining pleasant situations, early and rapid sexual maturation, not being susceptible to situations considered morally or sexually disgusting. The relevance of the study lies in identifying why these traits of evolutionary psychopathology are adaptive for the person and how they became dysfunctional to contribute to the development of a mental illness. From this, it is possible to identify whether these traits can predict the development of the disorder and how this impacts not only the life of the affected person but also that of their family and friends, as well as the importance of understanding mental health from an evolutionary perspective that provides arguments and resources to effectively and efficiently care for people suffering from GAD.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se buscó evaluar el Modelo FSD de la psicopatología evolucionista en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) a través de una asociación de los rasgos de los factores de las estrategias de historia de vida con el rasgo de la preocupación por ser el principal del trastorno según las categorías vigentes de los criterios diagnósticos del DSM V y CIE 10.

La relevancia de esta investigación radica en que los criterios diagnósticos vigentes, identifican que se padece TAG después de al menos seis meses de presentar signos y síntomas de alta complejidad que eventualmente han afectado distintas áreas de la vida de la persona que los presenta. En este sentido, aquellos que se ven afectados con este padecimiento mental, suelen sufrir demasiado en todos los ámbitos de su vida y sentirse incapacitados para llevar una vida funcional.

Dado lo anterior, esta investigación aporta, desde una perspectiva evolucionista, rasgos de los factores de las estrategias de historia de vida que puedan identificarse desde temprana edad y ser una herramienta preventiva para atender los problemas de ansiedad generalizada desde mucho antes que se presenten los signos y síntomas de las categorías diagnósticas vigentes. Esto es que, la propuesta evolucionista amplía el panorama del trastorno mental en cuestión y con ello facilita su abordaje clínico y educativo a nivel personal y social

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

Los trastornos de ansiedad son uno de los grupos más comunes de trastornos mentales en el mundo, existe una prevalencia global estimada de 7.3% y una de las principales causas de años perdidos por discapacidad. Asimismo, son más comunes en mujeres que en hombres y suelen ser comórbidos con otros trastornos físicos y mentales, entre ellos la depresión y el estrés postraumático (Gaitán-Rossi et al., 2021). En la Región de las Américas, los trastornos de ansiedad constituyen la segunda causa de años de vida ajustados en función de discapacidad (2.1%) y de años perdidos por discapacidad (4.9%) (OPS, 2018). En México, la prevalencia más reciente fue de 14.3% en 2002 (Medina-Mora et al., 2003).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los trastornos de ansiedad más comunes y se caracteriza por una anticipación aprensiva sobre acontecimientos futuros; aquellos que lo padecen tienen dificultades para controlar sus pensamientos de preocupación sobre actividades cotidianas relacionadas con la salud, el trabajo o la familia. Las preocupaciones impiden el funcionamiento normal de la persona debido a que son invasivas y angustiantes, además de presentarse con malestares físicos como inquietud, irritabilidad, tensión, fatiga, dificultad para concentrarse o dormir (DSM-5, 2014 y CIE-10, 2015).

Según la Revista de la Facultad de Medicina de México (2013) el TAG es el trastorno de ansiedad más atendido por el médico general entre los pacientes que acuden a

la consulta de atención primaria. Además, las mujeres son dos veces más afectadas por este cuadro que los hombres. Por otro lado, los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias representan el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mortales; asimismo, las personas con trastornos mentales graves mueren de 10 a 20 años antes que la población general (OMS, 2020).

Además de lo anterior, se agrega que los casos diagnosticados generalmente son inferiores a los que potencialmente podrían existir desde los servicios básicos de salud (Wittchen et al., 2002), entonces se incrementa la posibilidad de que los pacientes desarrollen el trastorno dados los determinantes sociales que contribuyen al surgimiento del trastorno como la desigualdad social y las variaciones en el ingreso *per cápita*, el medio ambiente, las pobres condiciones de vida durante la infancia y la adolescencia y la falta de oportunidades educativas (Allen, et al., 2014; Fisher y Baum, 2010).

Asimismo, el TAG es un trastorno de gran prevalencia y altamente incapacitante que se caracteriza por preocupación constante y se encuentra presente en el 22% de los pacientes que acuden a atención primaria (Wittchen, 2002). Forma parte de los trastornos de ansiedad que es el segundo subgrupo en salud mental de mayor afectación a nivel mundial (después de los trastornos depresivos). El TAG parece estar presente a partir de la adolescencia, aunque la edad promedio de inicio del trastorno es de 25 años. Estudios recientes muestran que los primeros síntomas ansiosos decrecen durante la adolescencia temprana, pero se incrementan en la adolescencia tardía (Van Oort, et al., 2009).

En México, los adolescentes que han sufrido un trastorno mental son: uno de cada once ha presentado un problema mental serio, uno de cada cinco lo presenta de forma moderada, y uno de cada diez lo presenta de forma escasa, sin recibir tratamiento la mayor parte de los afectados, siendo los trastornos de ansiedad los más prevalentes (Benjet, et al., 2009).

A finales de los 90's e inicio del año 2000, los estudios epidemiológicos internacionales revelaban que los trastornos de ansiedad eran los más prevalentes en adultos. En la actualidad se han vuelto los más prevalentes también en niños y adolescentes. Así, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los dos más prevalentes en jóvenes (Merikangas, et al., 2009). Por otra parte, es importante considerar la incidencia del TAG en la población femenina debido a que es más propensa a desarrollarla que los hombres. En ese tenor, se destaca que la tasa de prevalencia de por vida en un estudio realizado por Heather, et al., (2001) fue del 3.6% en hombres y del 6.6% en mujeres. De tal forma que se encuentran principalmente dos grupos de mayor riesgo, a saber: adolescentes y mujeres menores de 30 años.

El TAG es complejo en tanto que, existen muchos factores implicados en su etiología, y los estudios realizados en torno al trastorno se han enfocado en la preocupación como el rasgo característico que promueve su mantenimiento, así como las respectivas estrategias de evitación (Behar, et al., 2011; Borkovec, et al., 1998; Borkovec y Newman, 1998; Newman y Llera, 2011; Newman, et al., 2016). Sin embargo, a partir de 2009, *The National Institute of Mental Health* se enfocó en revisar las causas multifactoriales del trastorno a través de la Investigación de

Criterios de Dominio (RDoC por sus siglas en inglés), la cual consiste en crear un marco de referencia destinado a facilitar la investigación biológica dentro de la etiología de los síntomas mentales, la cual incluye la relación entre los rasgos conductuales y la información neurológica del afectado (Cuthbert, 2015).

Dentro del RDoC, el Trastorno de Ansiedad Generalizada puede ser estudiado como "aprehensión ansiosa" dentro de la categoría de valencias negativas y más específicamente identificado con el término de amenaza potencial (Crocq, 2017). En este tenor, es relevante considerar el estudio del trastorno identificado como amenaza potencial ya que estudiar la sintomatología o en su caso el rasgo prevalente del TAG (preocupación) sin profundizar en los motivos que hacen que surjan esos síntomas y rasgos, parecen estar dejando fuera una explicación que abarque otros aspectos importantes que podrían dar cuenta del trastorno mucho antes de que éste se presente en el sujeto, de manera que se puedan prever y evitar costos económicos y sociales por el trastorno.

La aprehensión ansiosa se ha explicado desde algunas teorías, entre ellas el modelo FSD (*Fast, Slow, Defense Activation*) desde una perspectiva evolucionista, en donde el Trastorno de Ansiedad Generalizada se encuentra en la clasificación *Defense Activation (D-Type)* (Del Giudice, 2018), la cual considera que el trastorno no necesariamente deba ser tratado como disfunción, sino que eventualmente podría representar ventajas evolutivas (Del Giudice, 2016). La activación defensiva (*Defense Activation D-Type*) está relacionada con un continuo de *Fast and Slow Disorders (F-Type & S-Type)* como estrategias de historia de vida del individuo, y las variables implicadas en el TAG se pueden encontrar en cualquiera de los

extremos del modelo, aunque generalmente está más asociado al *F-Type*. Ambos extremos se caracterizan por manejar cinco variables, a saber: factores de personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y finalmente la maduración sexual.

En el caso del *F-Type*, los factores de personalidad implican baja amabilidad, baja escrupulosidad (*conscientiousness*), baja humildad/honestidad y alta apertura a la imaginación/estética; la motivación implica sexualidad precoz, sociosexualidad sin restricciones, ideas de relaciones románticas inestables (*unstable romantic attachments*), reducida orientación a largo plazo, baja sensibilidad al asco (especialmente sexual y moral); en la toma de decisiones y autorregulación están la alta impulsividad, alta toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones; en las habilidades cognitivas se encuentran la alta cognición mentalista, la baja cognición mecanicista, mayor habilidad verbal y menor habilidad viso espacial, y finalmente la maduración sexual es temprana y rápida (especialmente en mujeres) (Del Giudice, 2018).

El problema con el Trastorno de Ansiedad Generalizada es que las clasificaciones vigentes del DSM 5 y CIE 10 están orientadas a evaluar personas que de hecho ya padecen el trastorno mediante una serie de signos y síntomas cognitivos-conductuales que implican que la persona se encuentra en un nivel de ansiedad alto, y no a las potencialmente enfermas; por ejemplo, el *Screening Scale for DSM-IV* (Carroll & Davidson, 2000) evalúa la presencia sintomatológica del Trastorno de Ansiedad Generalizada de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (Padros-Blazquez et al, 2018) y

los síntomas deben haberse experimentado la mayoría de los días en los últimos seis meses, además de valorar la interferencia producida por los mismos (Bados, 2017). Asimismo, la escala para la evaluación de TAG, por su nombre en inglés *Penn State Worry Questionnaire* (Meyer et al, 1990) evalúa la tendencia a preocuparse en general, aunque no evalúa las áreas de preocupación. Está redactado de tal forma que sus ítems indican preocupación y falta de problemas de preocupación (Bados, 2017). Ambas escalas ofrecen un diagnóstico de una persona enferma en un grado medio-alto, pues los signos y síntomas deben estar presentes por un tiempo considerable (al menos los últimos seis meses).

En este sentido es importante destacar que el Modelo FSD podría abonar a la comprensión del TAG dada la complejidad de este y por ello podría ser una herramienta preventiva en salud mental. Para el trastorno que se pretende, Del Giudice (2018) menciona que las mujeres adolescentes son las más propensas a desarrollar la *F-Type* como estrategia de historia de vida, de manera que esto coincide con los datos epidemiológicos que mencionan a mujeres y adolescentes como los grupos de mayor riesgo para desarrollar el trastorno (Heather, et al., 2001; Merikangas, et al., 2009). Sin embargo, enfocarse en esta población podría sesgar la investigación, por lo que el enfoque fue en personas (hombres y mujeres) de 18 años en adelante con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada a fin de evaluar el modelo FSD (en tanto estrategias de historia de vida) al asociarlos con los signos y síntomas del TAG (con base en el Inventario de Preocupación de Pensilvania).

1.2. Contexto

Para dar paso al marco contextual se comenzó por definir de manera general el entorno físico y situacional del lugar en donde se llevará a cabo la investigación. La investigación se desarrolló en el estado de Durango, en donde la economía se mueve en función de las actividades primarias como la agricultura, cría y explotación de animales, aprovechamiento forestal, pesca y caza. Las actividades secundarias corresponden a los sectores dedicados a la industria de la minería, manufacturas, construcción y electricidad. Finalmente, las actividades terciarias incluyen los sectores dedicados a la distribución de bienes y aquellas actividades relativas a operaciones con información o con activos, así como a servicios cuyo insumo principal es el conocimiento y la experiencia de personal. Incluyen también todo lo relacionado con la recreación y el gobierno (INEGI, 2023).

Particularmente, la ciudad de Durango cuenta con una población total de 616,068 de habitantes, de los cuales 317,266 es población femenina y 298,802 es población masculina. Las características contextuales en relación a la salud mental en la ciudad de Durango corresponden a un total de 8,759 habitantes que padecen alguna condición mental sin especificar hombres, mujeres y niños por separado (INEGI, 2020).

1.3. Definición del problema de investigación

El principal problema para abordar esta investigación es que actualmente el TAG se encuentra en las clasificaciones del DSM 5 y el CIE-10 con una serie de rasgos y síntomas físicos, cognitivos y conductuales, sobre todo la preocupación y la evitación (Behar, *et al.*, 2009; Borkovec, 1998; Borkovec y Newman, 1998; Newman y Llera, 2011; Newman, *et al.*, 2016) que se presentan una vez que el trastorno está de forma continua en el sujeto, es decir, aquellas que ya están enfermas y no las potencialmente enfermas.

Ambas clasificaciones han facilitado el diagnóstico y la investigación clínica confiable, sin embargo, se han incrementado los problemas con éstas al no estar alineadas con los hallazgos que surgen de la neurociencia clínica y la genética, de tal forma que estas categorías no han sido predictivas en la respuesta al tratamiento y se han retrasado nuevas opciones de tratamiento al no ser capaces de identificar los mecanismos subyacentes de la disfunción (Insel, *et al.*, 2010).

Dado lo anterior, es importante mencionar que dentro de la propuesta de investigación de los criterios de dominio (RDoC), se han encontrado hallazgos que muestran la correlación genética entre distintos trastornos psiquiátricos y a ello se ha denominado factor poligénico o factor p, el cual se sugiere sea un factor general para el estudio de la psicopatología (Selzam, *et al.*, 2018). Mediante el factor p se puede explicar por qué es difícil encontrar causas, consecuencias, biomarcadores y tratamientos específicos en los trastornos mentales individuales, por lo que se

sugiere un enfoque transdiagnóstico para mejorar la investigación (Caspi, *et al.*, 2014).

Para los investigadores enfocados en los criterios de dominio (RDoC), lo que se pretende es modificar el enfoque en la investigación psiquiátrica, de tal forma que exista una nueva clasificación diagnóstica capaz de reflejar las funciones subyacentes de los trastornos y de las disfunciones cerebrales. Las clasificaciones actuales no proporcionan eso, sino que solo muestran de forma descriptiva los síntomas sin que ello aporte lo necesario al paciente para afrontar el trastorno (Casey, *et al.*, 2013).

Así, se espera que la presente investigación aporte a la comprensión del Trastorno de Ansiedad Generalizada desde sus inicios dada la complejidad del mismo, de tal forma que no se requiera tener un diagnóstico de TAG a partir de las clasificaciones vigentes de la psicopatología del desarrollo, sino que la clasificación que ofrece la investigación de los criterios de dominio sea capaz de mostrar tendencias de predicción en sujetos con posibilidad de desarrollar el trastorno, así como la promoción de mejores programas de tratamiento (Casey, *et al.*, 2013; Cuthbert y Insel, 2013; Insel, *et al.*, 2010).

Finalmente, las políticas públicas de prevención en salud mental están destinadas sobre todo a problemas de adicciones sin considerar su comorbilidad con trastornos de ansiedad (Medina-Mora *et al.*, 2009). Esto deja ver que los programas de prevención no están asociados a la ansiedad y por ello se incrementan los padecimientos en la población más vulnerable. Dado que es un padecimiento que

tiene su inicio en la adolescencia y mayormente en mujeres (Heather, *et al.*, 2001; Merikangas, *et al.*, 2009), se pretende indagar en las estrategias de historia de vida que propone el modelo FSD (*fast, slow and defense*) en este periodo, a fin de evaluarlas en pacientes con TAG y revisar si es posible asociar dichas estrategias a los rasgos y síntomas del trastorno para poder validar el modelo y eventualmente utilizarlo como herramienta predictiva en salud mental.

A continuación, se pretende definir el problema al ser enunciado a través de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo evaluar el modelo FSD en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada para conocer si efectivamente las estrategias de historia de vida están asociadas al trastorno?

1.4. Objetivo general

Evaluar el modelo FSD en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada

1.5 Objetivos específicos

1. Conocer el historial clínico del paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada.
2. Identificar estrategias de historia de vida del paciente según el modelo FSD.

3. Asociar el contenido de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de los pacientes con TAG con los síntomas de las categorías vigentes del DSM V y CIE 10

1.6. Justificación

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) está asociado con factores sociales y ambientales que interactúan con mecanismos epigenéticos para que las personas que tienen este padecimiento se vean claramente afectadas, de manera que el ambiente social y los diversos factores individuales tengan un efecto combinado que potencializa la aparición del trastorno (Compton *et al.*, 2014). Lo anterior ofrece la pauta para entender la relevancia de la asociación de los signos y síntomas del TAG, que son rasgos y características claramente identificables (utilizando para ello el Inventario de Preocupación de Pensilvania y la historia clínica del paciente), y las estrategias de historia de vida del Modelo FSD, el cual muestra las variables implicadas en el trastorno, visto desde una perspectiva evolucionista.

Dicho esto, se puede observar que si los problemas de salud mental (en este caso el TAG), se distingue de otras enfermedades principalmente en los desequilibrios sociales y psicológicos a través del comportamiento y de la afectación de procesos cognitivos de alto y bajo nivel (razonamiento, atención, percepción, emociones, etc.) (Rodríguez-Yunta, 2016), entonces conocer a profundidad la complejidad del TAG es un factor que juega a favor de una detección oportuna del trastorno mediante el diseño de estrategias de prevención para quienes aún no tienen un diagnóstico pero

que han desarrollado estrategias de historia de vida asociadas al trastorno, lo que de hecho potencializa su surgimiento (Del Giudice, 2018).

Asimismo, la predicción y la detección oportuna del trastorno pueden impactar de manera positiva el desarrollo de políticas públicas enfocadas en la prevención principalmente en mujeres y adolescentes. Según Christensen *et al.* (2014), se ha de considerar que la prevención del TAG debería enfocarse en grupos adolescentes y adultos jóvenes, mientras que Benjet *et al.* (2009) menciona la importancia de tener disponibilidad en políticas públicas y servicios de salud dirigidos a la población adolescente dada la alta prevalencia en este grupo. También, al utilizar el modelo FSD como herramienta predictiva en salud mental se posibilita la capacidad de minimizar las pérdidas por falta de productividad al ser una enfermedad altamente incapacitante en países de alto, mediano y bajo ingreso (Baxter, *et al.*, 2014; Wittchen, 2002).

1.7. Beneficios esperados

Los beneficios esperados en torno a la presente investigación son principalmente en el ámbito de la investigación científica en salud mental dado que se pretende evaluar el modelo FSD de la psicopatología evolucionista (Del Giudice, 2018), el cual ha sido desarrollado bajo el amparo teórico de la investigación de criterios de dominio (RDoC) (Insel, *et al.*, 2010) y que busca ofrecer una clasificación asociada al factor poligénico en psiquiatría (Capsi, *et al.*, 2014). De esta manera, se espera que la propuesta del modelo FSD sea apropiada para identificar el Trastorno de

Ansiedad Generalizada y eventualmente enfrentar de manera distinta los tratamientos y los programas preventivos relacionados con este trastorno.

La presente investigación intenta aportar al campo de la salud pública en el tema de prevención en salud mental, al pretender evaluar el modelo FSD a fin de ser utilizado como herramienta predictiva para detectar de manera oportuna potenciales pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Primordialmente se busca impactar en mujeres y en adolescentes dado que son la población más vulnerable para padecer el trastorno, aunque no se limita a este segmento poblacional.

Por otra parte, es muy importante considerar que el desarrollo de políticas públicas destinadas a la prevención en trastornos de ansiedad es escaso a pesar de ser un trastorno con alta prevalencia y comorbilidad con otros padecimientos físicos y mentales, tal como se explicó anteriormente. Así, el desarrollo de políticas públicas orientadas a la predicción del trastorno dirigido a la población en general y en particular a los más vulnerables, puede ofrecer oportunidades de vida más sana e integrada en las personas al evitar los costos físicos, emocionales, cognitivos y económicos que trae consigo un padecimiento altamente incapacitante.

En el caso de las instituciones públicas dedicadas al cuidado de la salud se favorece con una herramienta que se puede utilizar en consulta primaria para identificar posibles casos de TAG desde el primer momento. Asimismo, se minimizan los costos de consulta primaria al canalizar con el especialista en psiquiatría de manera pronta a quienes lo requieran.

Las empresas privadas y públicas que tienen que lidiar con los costos por la baja productividad de empleados que padecen TAG, podrían implementar el modelo FSD como herramienta de predicción a fin de ofrecer información y capacitación a empleados y así minimizar dichos costos.

Finalmente, la reducción de la población con TAG incrementa las posibilidades de una sociedad mayormente funcional y productiva en todos los ámbitos, así como altas ganancias al contar con una comunidad plena, capaz de aportar por el bien de todos.

1.8. Limitaciones

Para clarificar los alcances de esta investigación a continuación se presentan las limitaciones temporales y espaciales identificadas. La limitación principal estuvo en función del acceso a las participantes dado que la investigación se desarrolló en tiempo de pandemia, lo que limitó la aplicación en los tiempos programados, de manera que se tuvieron que realizar ajustes temporales que afectaron el proceso de la investigación. Asimismo, la cultura de la atención y cuidado de la salud mental en la ciudad de Durango se encuentra en desarrollo, así como un alto nivel de estigma por desconocimiento de los síntomas y las implicaciones del trastorno de ansiedad generalizada en particular y de la salud mental en general.

Por otra parte, la falta de comité de ética por parte del ISEO al momento de aplicar los instrumentos fue un aspecto que minimizó el impacto científico de la investigación. Asimismo, la aceptación y compromiso del participante para concluir todo el proceso de la investigación fue una limitación dado que no están obligados

a continuar el proceso de investigación, pues en el consentimiento informado se aclara que su participación es voluntaria y que no están obligados a concluir el proceso. Finalmente, no se contó con algún apoyo financiero externo al investigador para desarrollar el proyecto.

1.9. Alcances

Al ser un estudio exploratorio con una muestra por conveniencia, en un primer momento es posible ofrecer algunas explicaciones de corte epistémico que permitan entender la subjetividad del trastorno de ansiedad generalizada desde una perspectiva evolucionista, la cual establece que las estrategias de historia de vida (rápidas, lentas y defensivas) son fundamentales para el desarrollo patológico de las enfermedades mentales y si esto tiene correlación con los actuales criterios diagnósticos ofrecidos para la *American Psychological Association* (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los aspectos teóricos que sustentaron la presente investigación a fin de mostrar argumentos coherentes entre cada uno de los aspectos implicados en el tema, así como la relevancia que tiene el conocer las propuestas clásicas que anteceden a la discusión actual.

En la primera parte del marco teórico se revisaron los antecedentes conceptuales e históricos del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Posteriormente, la propuesta contemporánea con relación al trastorno, síntomas y rasgos en el DSM 5 y en el CIE-10 de la *American Psychological Association* y la Organización Mundial de la Salud respectivamente.

Asimismo, se presenta la propuesta del *The National Institute of Mental Health* con relación a la Investigación de Criterios de Dominio (RDoC) en donde se ofrece un marco de referencia para la investigación de trastornos mentales a partir de la investigación biológica. En esta propuesta se estudia el Trastorno de Ansiedad Generalizada como valencia negativa en tanto aprehensión ansiosa para finalizar con la propuesta de la psicología evolucionista y el modelo FSD la cual se caracteriza por considerar que las estrategias de historia de vida (*fast-slow continuum*) establecen las bases para entender las patologías mentales.

2.1. Antecedentes conceptuales e históricos del Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada es uno de los padecimientos mentales más profundamente estudiados en el ámbito de la salud mental, aunque es una categoría difícil de explicar y entender dado las múltiples aristas del concepto mismo y de sus rasgos o características y síntomas. Es necesario entonces estudiar a profundidad sus bases etimológicas y sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares para dar cuenta de lo que en la actualidad se entiende por Trastorno de Ansiedad Generalizada (Sarudiansky, 2013).

La fenomenología del Trastorno de Ansiedad Generalizada ha sido investigada desde finales del siglo XVIII. El concepto clínico de neurosis de William Cullen, utilizado por vez primera en 1769, hacía referencia a afecciones generales del sistema nervioso que cursaban sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento" (Ojeda, 2003). Posteriormente Freud establece todo un tratado sobre la neurosis, la característica principal de su propuesta es en torno a la angustia, a la excitabilidad general y a la espera angustiosa. De los siglos XIX a XX se discutían los términos de "pantofobia" y "neurosis ansiosa" como los términos precursores del TAG (Crocq, 2017). En este primer momento emergen las propuestas sobre la angustia en la psicología clásica francesa mediante las teorías de la angustia en Ribot y Janet, así como la angustia en el psicoanálisis, mismas que se analizan a continuación.

Para entender mejor el camino que ha seguido el Trastorno de Ansiedad Generalizada, es importante revisar las propuestas de algunos autores clásicos en el área de la psicología a fin de clarificar qué es y de dónde viene el término utilizado en la actualidad para hacer referencia al trastorno que se analiza en la presente investigación. Ribot a partir de su “Psicología de los sentimientos”, hace hincapié en la genética y en la relevancia de los instintos de supervivencia. Ribot (1900) presenta a la ansiedad como una parte del miedo, entendiendo este último como un instinto de conservación defensiva, es decir, la reactividad emocional primitiva sólo puede presentarse de dos formas: ataque o huida del peligro. Asimismo, menciona que la ansiedad no pertenece a alguna fobia específica, es decir, no se centra en algún objeto, sino que más bien flota y sólo se fija a algún objeto dependiendo de las circunstancias. A este tipo de malestar se le llamó panofobia o pantofobia y es el término que se presume antecesor teórico del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La Psicología francesa de finales del siglo XIX ha aportado dos perspectivas fundamentales para entender lo que actualmente se entiende por ansiedad. Por un lado Theodule Ribot y su método patológico que otorgó un lugar especial a la anatomía y a la fisiología, además de sustentar su trabajo en aspectos genéticos derivados de la propuesta evolucionista; y por el otro Pierre Janet y sus conexiones con la psicología dinámica, perpetúa la tradición de la psicopatología francesa venida de Ribot, sin embargo, esta propuesta psicológica se enfoca en la patología y su terapéutica como punto de partida de las relaciones sociales individuales y

comunitarias (Salas, 2010). Janet es antecesor de Freud en aquello relacionado con la patología de las enfermedades nerviosas, la angustia y la histeria.

Posteriormente, Sigmund Freud y su propuesta psicoanalítica cobra una fuerza particular. A continuación, se revisa la relevancia de esta propuesta en torno a la angustia como el antecesor de la ansiedad como actualmente es entendida. Para Freud (1895) la etiología de la neurosis de angustia tiene que ver con una serie de perturbaciones e influencias nocivas provenientes de la vida sexual, siendo primordialmente afectadas las mujeres. Freud hace una distinción de la angustia entre los peligros reales y es lo que llama la angustia realista, y la angustia neurótica que es la angustia frente a un peligro fantaseado o interno (Garbarino, 2012). Entre los síntomas de la neurosis de angustia, se destacan los siguientes:

- a. Excitabilidad general (es un síntoma nervioso muy frecuente que presenta sobre todo hipersensibilidad auditiva, es decir, existe una relación innata entre los síntomas auditivos y el sobresalto.).
- b. Espera angustiosa (ansiedad y tendencia a la visión pesimista de las cosas. Es una especie de obsesión. Tendencia a la sensibilidad moral, miedo a la propia conciencia y escrúpulos exagerados. La espera angustiosa es el síntoma principal de la neurosis y se dice que la angustia flota libremente).
- c. Ataque de angustia que incluye palpitaciones, disnea, sudores, bulimia, etc.
- d. Pavor nocturno o insomnio
- e. Vértigo o mareo

- f. Fobias
- g. Nausea y malestar digestivo crónico
- h. Parestesias (dolores y entumecimientos) y tendencia a las alucinaciones
- i. Diversos síntomas físicos que acompañan o representan al ataque de angustia.

La propuesta de Freud (1895) ofrece un origen ontogenético y filogenético, el primero debido a la experiencia del trauma en el nacimiento; y el segundo, por la castración como una de las fantasías originarias en el sujeto (Garbarino, 2012). Sobre la neurosis de angustia se marca el antecedente de lo que actualmente se conoce como Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Asimismo, es importante mencionar a Melanie Klein (1921-1945) como otra importante autora que deja a la angustia en el centro de su propuesta teórica y la adscribe a la pulsión de muerte y siempre referida a objetos, lo que significa que “el motor de la vida psíquica ya no es más la pulsión sexual sino el afecto de angustia, y ésta incluye afectos, pulsiones, objetos, defensas, todo lo cual constituye la fantasía inconsciente” (Garbarino, 2012 p. 19). Para la psicoanalista, el primer año de vida del sujeto es crucial por los introyectos del objeto “bueno” y “malo”. Así, las experiencias malas suelen ser negadas cada vez que eso sea posible, mientras que las experiencias buenas son idealizadas y exageradas.

La angustia en Klein (2008) se divide en tres tipos, a saber: la angustia primaria, que se define como una fuerza destructiva interna; la segunda, está referida a

sentimientos de preocupación y temor por los objetos amados. Finalmente, un tercer tipo de angustia (confusional), es surgida como fracaso del proceso normal de disociación del amor y el odio. Tanto Freud como Klein aportaron teorías en torno a la angustia que en la actualidad son parte de la referencia fundamental para poder entender los trastornos de ansiedad, particularmente, el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Por otra parte, la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* tenía un capítulo denominado trastornos psiconeuróticos y se suponía que la ansiedad era una señal de un posible peligro y que esa percepción estaba asociada a la personalidad del sujeto, de tal forma que se hablaba de distintos tipos de reacción ante situaciones amenazantes o peligrosas. La categoría denominada reacción de ansiedad se relacionaba con situaciones confusas y no se podía identificar claramente de dónde venía. Se asociaba a sintomatología física y se diferenciaba del miedo y de la aprehensión catalogadas como normales (Crocq, 2017). El Trastorno de Ansiedad Generalizada aparece como categoría diagnóstica en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) en 1980, y en la revisión (DSM-III-R) se hace hincapié en la preocupación como un rasgo distintivo del trastorno.

Sin embargo, la alta comorbilidad entre el TAG y los trastornos depresivos fue problemática durante la preparación del DSM-5, lo que significa que el TAG y la depresión unipolar podrían tener una misma etiología pero con una expresión fenotípica distinta. En ese sentido, se propuso fusionar el TAG y el TDM dentro de un espectro común de trastornos del estado de ánimo. Otras investigaciones

sostienen mantener la distinción entre trastornos al basarse en encuestas epidemiológicas que ofrecían datos de manifestaciones distintas entre trastornos. Una propuesta más fue etiquetar al TAG como “trastorno de preocupación generalizada”, lo que como es sabido no procedió (Crocq, 2017). La validez del trastorno ha sido altamente cuestionada desde el DSM-III hasta el actual DSM-5.

Actualmente la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la *American Psychological Association*, el TAG es “ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)” (2014, p.129). Particularmente es relevante notar que la ansiedad no se restringe a situaciones del entorno, ya que aparentemente cuando todo está operando de manera funcional, de pronto se llega a experimentar la “angustia flotante” y el sujeto afectado comienza a ver mermada su vida personal y profesional. Por otra parte, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (2018) el TAG se caracteriza fundamentalmente por ser una “ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente)” (p.325).

A partir de 2009 Thomas Insel, director del *The National Institute of Mental Health* (Weine et al., 2018) propuso la Investigación de Criterios de Dominio (RDoC por sus siglas en inglés), la cual consiste en crear un marco de referencia destinado a facilitar la investigación biológica dentro de la etiología de los síntomas mentales, la cual incluye la relación entre los rasgos conductuales y la información neurológica

del afectado (Cuthbert, 2015). Dentro del RDoC, el Trastorno de Ansiedad Generalizada puede ser estudiada como "aprehensión ansiosa" dentro de la categoría de valencias negativas y más específicamente identificado con el término de amenaza potencial (Crocq, 2017).

2.2 Concepto, características y rasgos del TAG en DSM 5 y CIE-10

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, (2015/2018) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su apartado sobre Enfermedades Mentales y del Comportamiento, establece que existen “trastornos en los cuales la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno” (p.324). Es en este punto donde se encuentra clasificado el Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1), el cual se caracteriza fundamentalmente por ser una “ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”)” (p.325).

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la *American Psychological Association*, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es “ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)” (2014, p.129).

Particularmente es relevante notar que la ansiedad no se restringe a situaciones del entorno, lo que ofrece la pauta para entender que no necesariamente existe algún

acontecimiento externo promotor o desencadenante en una crisis. Sucede, de hecho, todo lo contrario, ya que aparentemente cuando todo está operando de manera funcional, de pronto se llega a experimentar la “angustia flotante”, misma que eventualmente viene acompañada de ataques de pánico como un especificador del TAG. Así, “el rasgo fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles” (CIE-10, 2015/2018, p. 324). De manera que, al ser impredecibles se vuelve casi imposible que la persona (en principio no diagnosticada) sea capaz de reconocer aquello por lo que atraviesa.

La experiencia del TAG es sumamente difícil de entender para el sujeto afectado y para las personas a su alrededor dado que los síntomas del trastorno tienden a ser cognitivos y conductuales variables. Esto es, que se pueden presentar dolores o malestares físicos y/o sensaciones de asfixia, vértigo y sentimientos de irrealidad, así como temor a morir, enloquecer o perder el control (CIE-10, 2015 p.324). Cuando esto sucede de forma continua (seis meses según DSM 5), el sujeto afectado comienza a ver mermada su vida personal y profesional porque no le es posible encontrar explicación a las sensaciones y sentimientos experimentados en su vida cotidiana, es decir, como se mencionaba anteriormente, no es necesario que existan situaciones concretas para que los síntomas del TAG se presenten, por lo que se altera su concepción de la realidad y no es posible dar cuenta racional de lo que se experimenta. Comúnmente, en este momento es cuando la persona con TAG suele visitar médicos de todas las especialidades para acallar sus molestias (principalmente físicas) a fin de recuperar la estabilidad y funcionalidad de su vida.

A continuación, se muestra lo establecido en el CIE-10 (2015/2018) en relación a los síntomas presentados como características y/o rasgos del TAG.:

“Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.” (p.325).

En el caso del DSM 5 (2014), el TAG se asocia al menos a tres de los siguientes síntomas (mismos que deberán presentarse de forma constante durante los últimos seis meses), en el caso de los niños, sólo se requiere uno:

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio) (p.129).

Es importante resaltar que la ansiedad (particularmente la preocupación y los eventuales síntomas físicos) causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Como se puede

observar el TAG es sumamente incapacitante e impide que la persona que lo padece lleve a cabo sus actividades cotidianas de forma normal y funcional por lo que el diagnóstico oportuno, así como la atención médica y clínica adecuada son indispensables para garantizar la calidad de vida del sujeto afectado.

Una vez revisado el concepto, las características y los rasgos del TAG en las clasificaciones vigentes, se pasará a realizar un análisis de la preocupación como el rasgo característico del trastorno y en torno al cual han girado la mayor parte de las investigaciones dentro de la psicopatología.

2.3 Preocupación en el Trastorno de Ansiedad Generalizada

La preocupación ha sido el tema central del Trastorno de Ansiedad Generalizada, de tal forma que muchas de las investigaciones desarrolladas en torno a este trastorno se basan en entender la etiología de la preocupación en el TAG y cómo es que ésta propicia el mantenimiento del trastorno (Borkovec et al., 1994). La preocupación se manifiesta como pensamientos recurrentes ligados a eventos futuros que son sentidos como potencialmente peligrosos o negativos (Makovek, et al., 2017). Aunque la preocupación es común en los seres humanos, cuando esta se vuelve crónica e incontrolable se habla de un trastorno, por lo que a continuación se presentará una breve explicación de la preocupación como la principal característica del TAG.

La preocupación dentro del TAG se caracteriza por tener pensamientos recurrentes de corte discursivo que pretenden llegar a una solución lógica de un problema y/o circunstancia mediante la toma de decisiones, de manera que se logre incrementar

las posibilidades de bienestar y la evitación del dolor (Borkovec et al., 1994, Borkovec y Newman, 1998).

Así, el individuo con este padecimiento es capaz de hacer crecer la preocupación en un sinfín de argumentaciones lógicas que den razón de los posibles eventos futuros y de cómo estos contribuyen al bienestar o malestar del sujeto, por lo que pareciera que entre más escenarios posibles existan en la psique del sujeto, se estará mejor preparado para afrontar las circunstancias venideras en todas sus dimensiones. Esto origina un malestar que suele ser sentido como la “angustia flotante” y es comúnmente llamado ansiedad. Es así como la preocupación se apodera de la persona con TAG y por lo que eventualmente, resulta imposible salir airoso de esta situación (Newman, et al., 2016).

Un énfasis importante respecto a la investigación del Trastorno de Ansiedad Generalizada es lograr comprender la emoción ligada a la preocupación, así como su impacto en la etiología y el mantenimiento del trastorno. Según Newman, et al. (2011) consideran que las personas con TAG suelen ser más sensibles en cuanto a sentirse vulnerables ante situaciones negativas o inesperadas, de manera que se pierda el control de las situaciones, y esa preocupación se utiliza para prolongar y mantener un estado emocional negativo sin correr el riesgo de enfrentar una experiencia de contraste.

La teoría de la evitación cognitiva argumenta que la preocupación es una estrategia utilizada para evitar el malestar fisiológico asociado con la ansiedad. Según esta teoría, la preocupación tiende a ser más abstracta que concreta, de tal forma que

suele ser verbal y negativa, y está asociada a la conectividad funcional del cerebro. En estudios realizados mediante neuroimagen se observó que existe una base neurobiológica relacionada con la preocupación verbal en pacientes con TAG (Makovak, et al., 2017).

Lo anterior ofrece la pauta para acercarse al estudio del Trastorno de Ansiedad Generalizada desde una perspectiva más amplia, la cual permite adentrarse en aspectos neurobiológicos y de contexto que ofrezcan alternativas para su tratamiento.

Investigación en Criterios de Dominio (RDoC)

La investigación de criterios de dominio (RDoC) se inició en 2009 por iniciativa del Dr. Thomas Insel en el Instituto Nacional de Salud Mental en EE. UU., esta propuesta presenta una manera distinta de entender las enfermedades mentales de tal forma que su análisis sea multifactorial y no meramente un diagnóstico de síntomas. El marco de referencia que ofrece la RDoC promueve la investigación biológica para facilitar el estudio etiológico de los distintos trastornos mentales (Cuthbert, 2015).

Por otra parte, la RDoC se ocupa de integrar en la investigación el medio ambiente y el contexto en el cual se desempeña el sujeto enfermo a fin de contar con más recursos para poder hacer frente a la aparición de problemas de salud mental. Lo anterior cobra relevancia porque se ha descubierto que la biología y los genes en abstracto no capturan la naturaleza total de un padecimiento mental y viceversa (Cuthbert y Insel, 2013). Además, los enfoques diagnósticos existentes que se han

utilizado por largo tiempo (DSM y CIE) no tienen un enfoque multidimensional capaz de comprender la gravedad de los trastornos mentales. Asimismo, se han observado las limitaciones que se presentan al determinar un diagnóstico y su comorbilidad con otros padecimientos (Weine, et al., 2018).

Dado lo anterior, es notable también que los sistemas de tratamiento actuales a menudo son prueba y error, de manera que se suelen brindar servicios de salud de mala calidad, lo que resulta no solo en ineficiencia sino también onerosos, sobre todo en contextos en los que no existe un presupuesto suficiente para afrontar problemas de salud mental (Wittchen, 2002). Asimismo, los sistemas de diagnóstico del DSM han tenido problemas para integrar la comorbilidad en los distintos trastornos y el RDoC representa una estrategia capaz de integrar elementos ambientales y genéticos que al combinarse pueden aumentar el riesgo de padecer algún trastorno (Insel, et al., 2010).

Un aspecto relevante del proyecto RDoC es que no se trata de clasificar mediante síntomas específicos por cada trastorno, sino que se pretende encontrar aquello que subyace esos síntomas. Por ejemplo, el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada comparten algunos síntomas, de tal forma que es imposible diagnosticar haciendo una disociación entre ambos. Así, los dominios del RDoC están relacionados con procesos cognitivos, sociales y afectivos básicos y están explicados de una manera mucho más funcional y se impulsa mediante el sustrato genético, lo que necesariamente implica aspectos biológicos (Cuthbert y Insel, 2013; Insel, et al., 2010).

Dentro del proyecto RDoC se han encontrado que distintos trastornos mentales dependen de un mismo factor genético y ha sido llamado el factor p, tal como se habla del factor g en términos de inteligencia. El factor p o factor poligénico considera que mediante este factor se puede estudiar el sustrato genético de las enfermedades mentales. Este factor se aborda mediante un enfoque transdiagnóstico a fin de mejorar la investigación en salud mental (Selzam, et al., 2018; Caspi, et al., 2014).

Estos estudios resaltan la importancia de la neurociencia en la investigación en salud mental, así como el contexto del sujeto para identificar adecuadamente los padecimientos que pueda llegar a presentar alguna persona. El enfoque del RDoC ha sido diseñado para contribuir a remediar el problema de heterogeneidad y la comorbilidad en los diagnósticos basados en las clasificaciones actuales y que limita la efectividad del tratamiento. De esta manera, se pretende ayudar a mejorar diagnósticos y tratamientos en salud mental (Weine, et al., 2018; Insel, et al., 2010).

La investigación enfocada en los criterios de dominio pretende una clasificación diagnóstica que refleje las funciones subyacentes de los trastornos mentales (Casey, et al., 2013) así como garantizar que un diagnóstico psiquiátrico tenga validez y sea confiable (Insel, et al., 2010). De esta manera, se incorporan datos sobre la fisiopatología para ayudar a identificar nuevas formas de enfrentar un diagnóstico mediante un tratamiento mucho más eficaz, ya que a diferencia de los sistemas diagnósticos vigentes se proporciona una visión multifactorial y no solo sintomática (Casey, et al., 2013; Cuthbert y Insel, 2013; Insel, et al., 2010).

Algunos críticos de los sistemas diagnósticos actuales han mencionado que es lamentable la carencia de las influencias ambientales y de desarrollo cultural para ofrecer un diagnóstico certero a los pacientes (Whooley, 2014), y tras las investigaciones bajo el enfoque del RDoC se ha pretendido la comprensión profunda de los trastornos neurobiológicos mediante una base teórica más estable y sobre clara evidencia establecida. Como resultado, se priorizan paradigmas experimentales en donde entran en juego construcciones y dominios neurales, ligados a planos ambientales, sociales, culturales y de desarrollo (Weine, et al., 2018).

Con todo esto, es posible observar la relevancia del proyecto RDoC y sus implicaciones en el estudio de los trastornos mentales. Actualmente, el marco RDoC está organizado en torno a cinco dominios básicos de funcionamiento: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, procesos sociales y sistemas de excitación y regulación. En el caso particular, a continuación, se revisará a profundidad la “aprehensión ansiosa” o amenaza potencial como valencia negativa de los criterios de dominio.

2.3.1 Aprehensión ansiosa

El Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU., inició el proyecto RDoC en donde el Trastorno de Ansiedad Generalizada puede ser estudiado como "aprehensión ansiosa" dentro de la categoría de valencias negativas y más específicamente identificado con el término de amenaza potencial. Esto se debe a que se analiza un rango completo de comportamiento humano de normal a anormal basado en

múltiples niveles de información (genes, moléculas, células, circuitos cerebrales, fisiología, comportamiento y autocontrol) (Crocq, 2017).

El trastorno que se analiza en esta investigación es parte las valencias negativas y es considerada una amenaza potencial, la cual activa el sistema cerebral como patrón de respuesta asociado a la vigilancia y suele ser llamado "amenaza aguda", "amenaza sostenida", "pérdida" y "recompensa frustrante". El RDoC fomenta el estudio de las dimensiones clínicas en lugar de las categorías clínicas del DSM. La aprensión ansiosa es una dimensión que podría estudiarse más válidamente dentro del marco RDoC, y se define como un patrón persistente de pensamiento negativo repetitivo sobre las amenazas percibidas (Insel, et al., 2010, Cuthbert y Insel, 2013; Crocq, 2017).

Para continuar con el desarrollo teórico de la presente investigación, en el siguiente apartado se revisará a profundidad el modelo FSD de la psicopatología evolucionista a fin de dar contexto del mismo y de su relevancia al integrar la propuesta en los criterios de dominio.

Modelo FSD de la Psicopatología evolucionista

Para comenzar la explicación del modelo FSD, es importante revisar los antecedentes teóricos que sostienen esta propuesta, de tal forma que se partirá de explicar qué es la psicopatología evolucionista y por qué surge como propuesta paradigmática alternativa dentro de la búsqueda de la psicología como disciplina.

La psicopatología evolucionista ha presentado un esfuerzo por dar explicación a algunos fenómenos relacionados con la salud mental desde una perspectiva

naturalizada. La propuesta evolucionista en psicopatología se deriva de los trabajos de la psicología evolucionista la cual tiene el principio de que la mente consiste en un sistema de módulos seleccionados evolutivamente como respuesta a las presiones adaptativas ambientales. Para Cosmides y Tooby (1992) esta propuesta permite investigar la estructura de la mente humana a partir de los principios de la biología. El interés primordial es explicar las características de los procesos psicológicos humanos considerando las situaciones histórico-biológicas de la especie humana.

El paradigma de la psicología evolucionista promueve el análisis de procesos mentales y de la conducta humana en función de la teoría de la evolución darwiniana, y se utiliza para comprender el origen y el funcionamiento de los mecanismos psicológicos de los seres humanos (Fernandez, 2004). De esta manera, los procesos mentales y las conductas de los seres humanos evolucionan desde aspectos genotípicos y fenotípicos de tal forma que se logre unificar la comprensión del comportamiento (Barkow et al., 1992). La diferencia de este paradigma con los vigentes es que se trata de explicar el funcionamiento de los procesos mentales investigando las causas de esos procesos.

El modelo FSD de la psicopatología evolucionista ha explicado la aprehensión ansiosa que se plantea como valencia negativa en el RDoC a fin de comprender cómo es que las estrategias de historia de vida pueden llegar a ser disfuncionales, aunque hayan representado ventajas adaptativas (Del Giudide, 2016). Este modelo explica las estrategias de vida como activación rápida, lenta y defensiva (*Fast, Slow, Defense Activation*). El Trastorno de Ansiedad Generalizada se encuentra en la

clasificación de la activación defensiva (*defense activation D-Type*). La activación defensiva está relacionada con un continuo de las estrategias de historia de vida rápidas y lentas, y las variables implicadas en el TAG se pueden encontrar en cualquiera de los extremos del modelo, aunque generalmente está más asociado a las estrategias rápidas (Del Giudice, 2018).

El marco de historia de vida ofrece una taxonomía alternativa de trastornos basada en criterios funcionales. La distinción tripartita entre el espectro rápido, el espectro lento y los trastornos de activación de defensa es la base del modelo de psicopatología de defensa rápida-lenta (FSD). A continuación, se presenta la descripción del modelo FSD y se analizan sus predicciones sobre las diferencias de sexo, los patrones de desarrollo y los factores de riesgo para las tres categorías de trastornos (rápida, lenta y defensiva).

Tanto las estrategias rápidas como las lentas se caracterizan por manejar cinco aspectos fundamentales: factores de personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y finalmente la maduración sexual. En el caso de las estrategias rápidas, los factores de personalidad implican baja amabilidad, baja escrupulosidad, baja humildad/honestidad y alta apertura a la imaginación/estética; la motivación implica sexualidad precoz, sociosexualidad sin restricciones, ideas de relaciones románticas inestables; reducida orientación a largo plazo, baja sensibilidad al asco (especialmente sexual y moral); en la toma de decisiones y autorregulación están la alta impulsividad, alta toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones; en las habilidades cognitivas se encuentran la alta cognición mentalista, la baja cognición mecanicista, mayor habilidad verbal y menor

habilidad viso espacial, y finalmente la maduración sexual es temprana y rápida (especialmente en mujeres) (Del Giudice, 2018).

Las estrategias rápidas (*F-type*) están asociadas principalmente a los siguientes trastornos:

- Trastorno de la personalidad antisocial
- Trastorno de la conducta
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
- Trastornos alimenticios
- Trastorno del espectro de la esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Trastorno Narcisista de la personalidad.

Por otra parte, las estrategias lentas presentan a los factores de personalidad como sujetos altamente amables, alta escrupulosidad, alta humildad/honestidad y baja apertura a la imaginación/estética; la motivación implica sexualidad tardía, sociosexualidad sumamente restrictiva, idealización de las relaciones románticas; orientación a largo plazo, alta sensibilidad al asco (especialmente sexual y moral); en la toma de decisiones y autorregulación se caracterizan por ser poco impulsivos, baja o nula toma de riesgos y búsqueda de sensaciones; en las habilidades cognitivas se encuentran la alta cognición mecanicista, la baja cognición mentalista,

menor habilidad verbal y mayor habilidad viso espacial, y finalmente la maduración sexual es tardía y lenta (Del Giudice, 2018).

Las estrategias lentas (*S-type*) están asociadas a los siguientes trastornos:

- Trastornos alimenticios
- Trastorno bipolar
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno del espectro autista
- Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Finalmente, en el caso de las estrategias de activación defensiva (*D-type*), el rasgo principal es la oscilación entre los extremos del modelo, de tal forma que pueden presentarse diversos trastornos, los cuales eventualmente oscilan entre las estrategias rápidas y las lentas. Los mecanismos defensivos son la mayor fuente de síntomas psiquiátricos y son más comunes en mujeres, aquí se destaca el Trastorno de Ansiedad Generalizada que compete a la presente investigación, y que muestra de manera clara el surgimiento de condiciones de activación intensa y prolongada de mecanismos defensivos evolucionados. Así, existen muchas razones para que suceda esta activación exagerada, la primera a señalar son las respuestas adaptativas, las disfunciones neurobiológicas, evolutivas y de desarrollo mental y aprendizaje desadaptativo (Del Giudice, 2018).

Entre los trastornos mentales asociados a las estrategias de activación defensiva (*D-type*) se encuentran los siguientes:

- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Fobias específicas
- Pánico
- Agorafobia
- Trastorno antisocial
- Trastorno de la personalidad evitativa

El Modelo FSD, como es de notarse, ofrece un marco conceptual integrativo que permite que los trastornos mentales sean abordados desde una perspectiva muy diferente a lo que actualmente se trabaja a partir de las clasificaciones diagnósticas vigentes del DSM 5 y el CIE-10, lo que trae consigo la posibilidad de diagnóstico y atención oportuna para aquellos afectados, de tal forma que, exista un enfoque preventivo mediante la psicoeducación de la población.

Particularmente, en el caso de la activación defensiva, es importante considerar que, los trastornos pueden estar subdivididos dentro del espectro de estrategias rápidas y lentas, y que, dependiendo del tipo de estrategia de vida dominante, se pueden desarrollar rasgos más o menos asociados a cada una de ellas en

cualquiera de ambos extremos. Los principales marcadores asociados a la activación defensiva es el neuroticismo, entendido como una tendencia a experimentar frecuentes e intensas reacciones negativas como respuestas emocionales ante eventos desafiantes vividos como una amenaza grave y que va más allá de las capacidades de afrontamiento. Las personas con estas características tienden a ser intolerantes a la incertidumbre, pesimistas, sensibles a la crítica o a evaluaciones negativas y son propensos a rumiar y preocuparse en exceso (Watson y Naragon-Gainey, 2014).

2.4 Conclusión del análisis teórico

Para concluir el análisis teórico es importante destacar que el Trastorno de Ansiedad Generalizada es un problema de salud mental que va en aumento y con ello las dificultades de enfrentamiento. Es necesario encontrar nuevas formas de prever, afrontar, diagnosticar, intervenir y dar seguimiento a los trastornos mentales.

Una propuesta como el modelo FSD que surge de la psicopatología evolucionista y bajo el amparo de la investigación de criterios de dominio, ofrece la pauta para aproximarse a los trastornos mentales desde una óptica distinta, esto es, que la psicopatología evolucionista ofrece la posibilidad de reconocer en los trastornos mentales rasgos adaptativos que en algún momento representaron una ventaja evolutiva.

CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1. Línea de Investigación

La línea de investigación es Salud mental y desarrollo biopsia o social y la sublínea de investigación en Prevención y atención a los trastornos mentales.

3.2. Metodología Utilizada

Para llevar a cabo la presente investigación se procede con el tipo de método a ejecutar de acuerdo con los objetivos propuestos. Para profundizar en lo anterior se ha de comenzar aclarando que la investigación es de tipo exploratoria ya que se investiga un problema que si bien es cierto es muy común en salud mental, a saber: el Trastorno de Ansiedad Generalizada, también lo es que es poco estudiado desde la perspectiva de la psicopatología evolucionista. Lo anterior, por tanto, implica que se indague desde una perspectiva innovadora y prepare el terreno para nuevos estudios. Así, el presente estudio exploratorio tiene la consigna de examinar el tema del TAG en relación con las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista, de manera que, al ser un problema poco estudiado, pueden existir muchas dudas ya que no se ha explorado antes.

3.3. Diseño metodológico

Para desarrollar la presente investigación se utilizó un enfoque metodológico mixto con un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo exploratorio (Hernández, et al., 2010). Lo principal fue evaluar el modelo FSD de la psicopatología evolucionista, para lo cual se utilizaron los factores (personalidad, motivación, toma

de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y maduración sexual) de las estrategias de historia de vida a fin de asociarlos al rasgo distintivo del TAG, a saber: la preocupación, mediante el Inventario de Preocupación de Pennsylvania (PSWQ por sus siglas en inglés). Asimismo, el TAG se encuentra dentro de la clasificación de las estrategias de activación defensiva con tendencia al espectro de las estrategias rápidas, es decir, este trastorno será evaluado desde las variables de la estrategia *F-Type*.

3.4 Población

La muestra se tomó por conveniencia debido a la naturaleza del estudio. La población participante fueron hombres y mujeres mayores de 18 años de la ciudad de Durango. Los y las participantes contestaron un cuestionario en línea que incluía datos de su historia clínica, escala Likert para valorar las estrategias de historia de vida y finalmente el Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) .

3.5 Instrumentos

Un instrumento en la investigación es aquel que permite obtener datos, ya sean de manera cualitativa o cuantitativa mediante herramientas operativas. Este conjunto de técnicas facilita cuantificar información y con ello aportar conocimiento científico, de manera que “todo instrumento debe ser producto de una articulación de paradigma, epistemología, perspectiva teórica, metodología y técnicas para la recolección y análisis de datos” (Soriano, 2014, p. 20). Así, los instrumentos son la herramienta que facilita al investigador la recolección de datos en una relación interdependiente entre los elementos mencionados.

En la presente investigación, los instrumentos para su realización fueron los siguientes: cuestionario de historia clínica, escala Likert de estrategias de historia de vida y el Inventario de Preocupación de Pensilvania. Cada instrumento se ha considerado el adecuado para la obtención de la información requerida según los objetivos de la investigación previo consentimiento informado (Ver apéndice A).

3.5.1 Cuestionario de historia de vida

El cuestionario de historia de vida es una técnica orientada a establecer un contacto directo con la fuente de información para obtener datos de manera más espontánea y abierta a fin de profundizar en la problemática que se aborda en la investigación (Díaz, et al., 2013). Este cuestionario fue realizado en línea y en él se contenían los datos fundamentales para tener un acercamiento al participante y sus circunstancias como determinantes sociales en salud mental, de tal forma que este instrumento se aproximó de manera general a la situación contextual del participante y su relación con el trastorno de ansiedad revisado (Ver apéndice B).

3.5.2 Escala Likert

La escala Likert es un instrumento que consiste en un conjunto de ítems que son presentados en forma de afirmaciones o juicios para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías (Hernández et al., 2010). Para la presente investigación se utilizó una escala Likert de las estrategias de historia de vida (rápidas) del modelo FSD en relación a cada uno de los factores propuestos en el (personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades

cognitivas y maduración sexual) (Ver apéndice C). El objetivo es cuantificar de manera objetiva las estrategias desarrolladas por el sujeto para conocer si efectivamente las estrategias rápidas son parte de su vida y con ello revisar y contrastar con la información recabada con la historia clínica, así como con los datos obtenidos del inventario de preocupación (PSWQ).

3.5.3 Inventario de Preocupación de Pensilvania

El inventario de preocupación (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) evalúa la tendencia general a preocuparse o preocupación-rasgo, variable que parece cumplir un importante rol en todos los procesos emocionales y en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero que es especialmente relevante en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, cuya principal característica diagnóstica es precisamente una preocupación excesiva e incontrolable. Para la investigación, el PSWQ fue un instrumento fundamental para evaluar la preocupación que es rasgo distintivo del TAG, de tal forma que con ello fue posible conocer el grado de preocupación del participante y de esta manera asociarlo a las estrategias de historia de vida utilizadas (Ver apéndice D).

3.6 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se llevaron a cabo distintas fases. A continuación, se presenta el procedimiento de recolección de datos. Lo fundamental en el proceso fue que todos los datos obtenidos se recabaron por medios electrónicos debido a la situación de pandemia por COVID-19 además de ser un recurso práctico y fácil para recabar los datos de la investigación. Posteriormente, se realizó una campaña de

concientización y se abrió una convocatoria a través de redes sociales y medios impresos para participar en la investigación. En la convocatoria se incluía un código QR para facilitar el acceso de los participantes al consentimiento informado y a los instrumentos de evaluación a través de formularios Google. El consentimiento informado explica la naturaleza de la investigación, los objetivos, la confidencialidad de los datos obtenidos y la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin necesidad de explicaciones y sin que esto sea problemático para su situación personal. Asimismo, los instrumentos de investigación constaban de cuestionario de historia clínica, escalas de estrategias de historia de vida y el inventario de preocupación de Pennsylvania (PSWQ). La investigación fue destinada a personas de género mujer/hombre con una edad de 18 años en adelante con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Posterior al consentimiento informado y para aquellas personas que decidieron participar, el formulario contó con un apartado de historia de vida, el cual permitió recabar información general asociada al contexto de vida de la participante y a sus factores sociales actuales. Al concluir esta parte, se presentó una escala Likert con las estrategias de historia de vida del modelo FSD enfocado en las estrategias rápidas y con relación a los factores propuestos por éste (personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y maduración sexual). Finalmente, se solicitó contestar el Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a fin de evaluar el rasgo de la preocupación por ser el distintivo del trastorno investigado.

3.7 Estrategia de análisis

Se utilizó estadística descriptiva con base en las variables de interés. Así para las variables categóricas (si/no) se reportó como proporciones (porcentajes). Para variables cuantitativas discretas o continuas, se determinó la media y desviación estándar. Además, para el análisis comparativo entre las características sociodemográficas (hombre vs mujer), edad (categorías de edad), se realizaron pruebas de hipótesis mediante chi cuadrada o U-Mann Whitney cuando así correspondiera. Particularmente, la U-Mann Whitney se utilizó porque nuestros datos fueron no paramétricos, es decir, que no cumplen con la campana de Gauss.

Tabla 1. Características sociodemográficas

	Total (29)	Slow (4)	Fast (4)	Defense (20)	p
Edad	29-34 (± 2)	50-55 (2.7)	39-44 (2)	29-34 (1.8)	0.2310
Sexo	M= 20 (69) H=9 (31)	M= 3 (60) H= 1 (40)	M= 4 (80) H= 1 (20)	M= 13 (65) H= 7 (35)	0.2641
Nivel_ed	LIC=16 (57.1) COM=1 (3.6) POS=7 (25) PREP=2 (7.1) SEC=2 (7.1)	LIC=3 (75) POS=1 (25)	SEC= 1 (20) LIC= 2 (40) POS= 1 (20)	LIC=11 (55) COM=1 (5) POS=5 (25) PREP=2 (10) SEC=1 (5)	0.4694
Nivel_ing_ mens	16-32= 5 (17.9) 33-49= 1 (3.6)	16-32= 1 (17.9) 5-15= 2 (46.4)	5-15= 3 (75) <5000= 1 (25)	16-32= 4 (20) 33-49= 1 (5) 5-15= 8 (40)	0.0026

	5-15= 13 (46.4) <5000= 9 (32.1)	<5000= 1 (32.1)		<5000= 7 (35)	
Edo_civil	CAS= 11 (37.9) SOL= 11 (37.9) ULIB= 4 (13.8) SEP= 2 (6.9)	CAS= 2 (50) SOL= 1 (25) ULIB= 1 (25)	SOL= 3 (75) SEP= 1 (25)	CAS= 9 (45) SOL= 7 (35) ULIB= 3 (15) SEP= 1 (5)	< 0.0001
Quién_dia gnosticó	O_CUM= 1 (3.4) O_NEU= 1 (3.4) O_NOM= 1 (3.4) PSI= 8= (27.6) PSIQ= 18 (62.1)	O_CUM= 1 (20) PSI= 1= (20) PSIQ= 2 (40)	PSI= 1 (20) PSIQ= 4 (80)	O_NEU= 1 (5) O_NOM= 1 (5) PSI= 6 (30) PSIQ= 12 (60)	0.0003
Psicofárm acos	SI= 23 (79.3) NO= 6 (20.7)	SI= 2 (40) NO= 2 (40)	SI= 23 (79.3) NO= 6 (20.7)	SI= 17 (85) NO= 3 (15)	0.8014
Qué_fárma co	FLU= 24.1	FLU= 1 (20) NIN= 2 (40)	ALP= 1 (20) FLU= 2 (40)	ALP= 2 (10) ESC= 2 (10)	< 0.0001

	NINGUNO= 20.7 SER= 31 ALP= 10.3 ESC= 6.9 QUE= 6.9	SER= 1 (20)	NIN= 1 (20) QUET= 1 (20)	FLU= 3 (15) NIN= 3 (15) O_FLU= 1 (5) QUET= 1 (5) SER= 8 (40)	
Psicoterapia	SI= 19 (66.5) NO= 10 (34.5)	SI= 2 (40) NO= 2 (40)	SI= 2 (40) NO= 3 (60)	SI= 15 (75) NO= 5 (25)	< 0.0001
Psicoeducación	SI= 16 (55.2) NO= 13 (44.8)	SI= 1 (20) NO= 3 (60)	SI= 4 (80) NO= 1 (20)	SI= 11 (55) NO= 9 (45)	< 0.0001
Puntaje Estrategias de vida	49.2 (\pm 10.53)	34 (5.3)	67 (4.8)	47.7 (4.9)	S vs F **** S vs D * F vs D *
Tipo de estrategia FSD	DEFE= 20 (69) FAST= 5 (17.2) SLOW= 4 (13.8)				
PSWQ	CONTS= 3 (10.3)	CONTS= 1 (20)	OTRAN= 1 (20) TAG= 4 (80)	CONTS= 2 (10)	< 0.0001

	OTRAN= 8 (27.6) TAG= 18 (62.1)	OTRAN= 1 (20) TAG= 2 (40)		OTRAN= 6 (30) TAG= 12 (60)	
PuntajePS WQ	62 (\pm 15.6)	57.2 (20.8)	67.6 (8.73)	61.8 (16.24)	0.8092
PSWQ2	CONTS= 3 (10.3) OTRAN= 8 (27.6) TAG= 18 (62.1)	CONTS= 1 (20) OTRAN= 1 (20) TAG= 2 (40)	OTRAN= 1 (20) TAG= 4 (80)	CONTS= 2 (10) OTRAN= 6 (30) TAG= 12 (60)	0.0016
Tipodeestr ategiaFSD 2	DEFE= 20 (69) FAST= 5 (17.2) SLOW= 4 (13.8)				

Las variables continuas están expresadas en número totales y desviación estándar, las variables ordinales en números totales y porcentajes. Se determinaron frecuencias y se compararon las variables de acuerdo a su tipo, así para las variables cuantitativas continuas utilizamos ANOVA de una vía seguida de una post

Hoc de Dunn ´s y para las variables ordinales se compararon con una prueba de Chi cuadrada. M= Mujer; H= Hombre; LIC= Licenciatura; COM= Comerciante; POS= Posgrado; PREP= Preparatoria; SEC= Secundaria; CAS= Casado; SOL= Soltero; ULIB= Unión Libre; SEP= Separado; O_CUM= Otro: cumpla con los criterios diagnósticos; O_NEU= Otro: Neurologo; O_NOM= No me he atendido; PSI= Psicólogo/Psicoterapeuta; PSIQ= Psiquiatra; FLU= Fluoxetina; NINGUNO= Ninguno; SER= Sertralina; ALP= Alprazolam; ESC= Escitalopram; QUE= Quetiapina; DEFE= Defensivas; FAST= Rápidas; SLOW= Lentas; CONTS= Controles sanos de ansiedad; OTRAN= Otros trastornos de ansiedad; TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada; Significancia estadística, $p > 0.05$; **** (< 0.00001); * (0.01).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se ofrece de manera puntual el análisis y discusión de resultados. El propósito es presentar de forma ordenada los datos más relevantes obtenidos de la investigación realizada, así como su interpretación a la luz del marco teórico propuesto. De esta manera, la relevancia de los datos está íntimamente relacionados con la pregunta de investigación, en este caso ¿Cómo evaluar el modelo FSD en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada para conocer si efectivamente las estrategias de historia de vida están asociadas al trastorno?

De esta manera se espera explicar los datos en términos del planteamiento del problema y de los objetivos de la investigación. Es importante tener en cuenta que los datos no son los resultados, sino que los resultados se apoyan en los datos para dar sentido a la interpretación argumentada, dando así respuesta a la pregunta de investigación. Así, en este capítulo se presentará una discusión detallada de los datos e información que se han presentado como los hallazgos más importantes sin llevar a cabo las interpretaciones, mismas que se desarrollarán en el próximo capítulo.

4.1 Análisis de resultados

Para el análisis de resultados, se parte del objetivo general que es evaluar el modelo FSD en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, y si efectivamente existe relación entre los principales síntomas del trastorno (en este

caso ligados a la preocupación) y las estrategias de historia de vida propuestas en el modelo FSD de la psicopatología evolucionista.

Se destaca que el resultado de la estadística descriptiva no mostró correlación entre el modelo FSD y el cuestionario PSWQ de la ansiedad, de tal forma que el presente análisis se desarrolló considerando las variables sociodemográficas de los y las participantes para conocer si desde esa perspectiva se encontraba alguna correlación entre ambas propuestas.

Se presenta a continuación, el desglose de los datos obtenidos a partir de los objetivos específicos de la investigación para posteriormente profundizar en la elaboración de la discusión de la investigación.

Redacción de los resultados

En el presente apartado del capítulo de análisis y discusión de los resultados se muestran de manera gráfica los resultados arrojados por los datos recabados, de manera que se incluyen tablas, figuras, citas y elementos que describen de manera detallada los resultados del trabajo. La información que se presenta a continuación está en el orden de los objetivos específicos para facilitar su comprensión.

Lo principal será clarificar los datos obtenidos de manera gráfica. Se comenzará con el primer objetivo específico que ofrece datos sobre el historial clínico de las pacientes con diagnóstico de TAG que participaron en el estudio. Posteriormente, se presentan los resultados derivados del segundo objetivo específico en cual indaga en las estrategias de historia de vida de los y las participantes. Finalmente,

se presentan los resultados del tercer objetivo específico, el cual se enfoca en asociar las estrategias de historia de vida con el principal rasgo del trastorno de ansiedad generalizada: la preocupación, mediante el cuestionario de la preocupación de Pensilvania (PSWQ).

Los resultados obtenidos fueron facilitados previo consentimiento informado de los y las participantes (Ver apéndice A), y a continuación se desglosan de acuerdo con los objetivos específicos de la presente investigación.

4.1.1 Conocer el historial clínico del paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Para lograr este primer objetivo específico se aplicó un cuestionario de historia clínica a las y los participantes el cual fue realizado en línea por la contingencia por COVID-19. Una vez que se aceptó participar y se firmó el consentimiento informado, el participante respondió preguntas asociadas a identificación personal sociodemográfica y situación psicopatológica del trastorno de ansiedad generalizada.

El primer dato por tratar es la ficha de identificación personal, en ella se ha destinado un espacio para conocer las generalidades de las manifestaciones del trastorno de ansiedad generalizada en los y las participantes. En principio se observa que manifiestan haber presentado los síntomas que actualmente se encuentran en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la *American Psychological Association*, y que definen al TAG como “ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha

estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)” (2014, p.129). Asimismo, cuentan con al menos tres de los síntomas planteados por estos criterios diagnósticos: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio) (p.129). Lo anterior de acuerdo con que, como parte de los criterios de inclusión se pedía contar con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Por otra parte, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (2000) el TAG se caracteriza fundamentalmente por ser una “ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”)” (p.325). Para el CIE-10 los síntomas del TAG son: nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atollondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.” (p.325).

La primera parte del desarrollo de la investigación buscó indagar en datos sociodemográficos de los y las participantes a fin de identificar información asociada a la teoría. Se encontró que el 69% fueron mujeres y el 31% hombres, lo que en principio lleva a considerar que la incidencia del TAG en la población femenina es mayor que en los hombres y que la tasa de prevalencia de por vida según Heather,

et al., (2001) es del 3.6% en hombres y del 6.6% en mujeres. Esto se asocia a los grupos de riesgo, siendo uno de ellos ser mujer y el otro ser adolescente, de tal forma que ser mujer adolescente incrementa las posibilidades de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada.

Por otra parte, el 48% de las y los participantes oscilan entre los 18 y 28 años de edad, lo que implica que cerca de la mitad de los sujetos de investigación padecen TAG y la edad de inicio del trastorno fue entre los 11 y 15 años de edad de un 31% del total de los y las participantes, 13.8% corresponde al rango de edad de inicio de 16 a 20 años, y el 17.2% de los 21 a los 25 años de edad; lo que en principio corrobora lo mencionado por Merikangas, et al., (2009) al considerar que el TAG es uno de los trastornos más prevalentes en jóvenes y parece estar presente a partir de la adolescencia, con mayor énfasis en la adolescencia tardía (Van Oort, et al., 2009). En esta misma tesitura, Benjet, et al., (2009) ha estudiado la prevalencia de los trastornos de ansiedad en adolescentes mexicanos y sus resultados arrojan que uno de cada once ha presentado un problema mental serio, uno de cada cinco lo presenta de forma moderada, y uno de cada diez lo presenta de forma escasa.

En este punto, los datos obtenidos muestran que las y los participantes tienen antecedentes psicopatológicos personales y familiares, esto es importante porque al realizar esta investigación desde una perspectiva evolucionista, se toma por marco de referencia el que ofrece la RDoC (*Research Domain Criteria*) y que promueve la investigación biológica para facilitar el estudio etiológico de los distintos trastornos mentales (Cuthbert, 2015), de manera que, considerar el antecedente genético es fundamental para entender el desarrollo del padecimiento.

Principalmente se debe mencionar que el TAG es heredable en un porcentaje del 31.6% cuando se trata de hijos de padres con dicho trastorno (Gottschalk & Domschke, 2017). Aunque no existen estudios de enlace propiamente relacionados con el TAG en genética molecular, sí se tienen estudios del genoma completo y de la relación de rasgos neuróticos extremos con el trastorno revisado, es decir, es parte de la red molecular del espectro de la ansiedad (Gottschalk & Domschke, 2017).

Por otra parte, se encontró que la interacción de los genes con el medio ambiente juega un papel fundamental en los trastornos de ansiedad en general y del TAG en particular. En este sentido, se destacan las relaciones interpersonales de los y las participantes en su vida cotidiana, en donde se observa que el 51.7% vive con su familia nuclear, el 24.1% vive con sus padres (sin hermanos) y el 17.2% con su pareja o cónyuge. Lo principal según Gottschalk & Domschke (2017) es considerar los traumas de la infancia (experiencias emocionales de maltrato, negligencia o abuso sexual), ya que en éstos se ven alterados de manera significativa los genes transmisores de serotonina en el cerebro y por tanto se incrementa la posibilidad de que aparezca el trastorno. En otros casos se considera que la aparición del trastorno podría estar ligada a una alta deficiencia genética (Torrades, 2004) y a las condiciones adversas en términos de estilo de crianza y apego (Newman et al. 2016). En el caso de los y las participantes se hace énfasis en los traumas de la infancia, la deficiencia genética y las condiciones adversas en la crianza según los datos obtenidos.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento, los y las participantes manifiestan que han sido diagnosticados por un psiquiatra (62.1%) y por un psicólogo o psicoterapeuta (27.6%). El 79.3% han consumido algún psicofármaco para el padecimiento que los aqueja, siendo los principales sertralinas (31%), fluoxetina (20.7%) y alprazolam (10.3%). En cuanto al proceso psicoterapéutico, el 65.5% sí lo ha llevado, mientras que el 34.5% nunca lo ha hecho. En lo relativo a la psicoeducación, el 55.2% manifiesta llevar acompañamiento en este sentido para tener un mejor manejo del trastorno en la vida cotidiana, mientras que el 44.8% nunca ha llevado psicoeducación en salud mental.

Según Wittchen (2002) el tratamiento psicológico y los medicamentos antidepresivos pueden mejorar la condición del individuo que presente comorbilidad en trastornos ansiosos y depresivos y así intentar reducir los costos individuales y sociales. En este sentido, la expectativa de mejora se asocia a la correcta implementación de ambos protocolos, de manera que el paciente sea tratado desde una perspectiva integral y por tanto se logre establecer con una vida funcional y llevadera aún con el trastorno mental que padece. Asimismo, a nivel mundial la investigación en prevención para el TAG está utilizando herramientas que incluyen el uso de dispositivos móviles, intervenciones basadas en estrategias de *mindfulness* y la integración de terapias ocupacionales dentro de los programas de prevención (Mendelson & Eaton, 2018). Por otra parte, la terapia cognitivo-conductual ha sido utilizada como recurso de intervención y prevención en niños y adolescentes obteniendo resultados favorables (Neil & Christensen, 2009).

Finalmente, si se toma en consideración todos los aspectos del historial clínico se observa que de manera general se tienen las características y rasgos del trastorno, así como los factores psicosociales que permiten el desarrollo de este, de manera que, lo siguiente en el proceso investigativo es aplicar la escala Likert asociada a las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista. Con ello se pretende profundizar en el segundo objetivo específico el cual busca identificar estrategias de historia de vida de la paciente según el modelo FSD.

4.1.2 Identificar estrategias de historia de vida del paciente según el modelo FSD.

El segundo objetivo específico tiene por finalidad identificar las características y rasgos del paciente asociados al modelo FSD, en este caso se debe tener presente que el enfoque bajo el que se desarrolla la investigación es por los criterios de dominio (RDoC por sus siglas en inglés). La RDoC se ocupa de integrar en la investigación el medio ambiente y el contexto en el cual se desempeña el sujeto enfermo a fin de contar con más recursos para poder hacer frente a la aparición de problemas de salud mental. Lo anterior es relevante porque se ha descubierto que la biología y los genes en abstracto no capturan la naturaleza total de un padecimiento mental y viceversa (Cuthbert y Insel, 2013).

El trastorno que se analiza en esta investigación es parte las valencias negativas y es considerada una amenaza potencial, la cual activa el sistema cerebral como patrón de respuesta asociado a la vigilancia y suele ser llamado "amenaza aguda",

"amenaza sostenida", "pérdida" y "recompensa frustrante". La RDoC fomenta el estudio de las dimensiones clínicas en lugar de las categorías clínicas del DSM. La aprehensión ansiosa es una dimensión que podría estudiarse más válidamente dentro del marco RDoC, y se define como un patrón persistente de pensamiento negativo repetitivo sobre las amenazas percibidas (Insel, et al., 2010, Cuthbert y Insel, 2013; Crocq, 2017).

Dado lo anterior y observando los datos obtenidos en la escala Likert de estrategias de historia de vida del modelo FSD, se toma en cuenta que el trastorno de ansiedad generalizada es estudiado como "aprehensión ansiosa" dentro de la categoría de valencias negativas y más específicamente identificado con el término de amenaza potencial. El modelo FSD de la psicopatología evolucionista ha explicado la aprehensión ansiosa que se plantea como valencia negativa en el RDoC a fin de comprender cómo es que las estrategias de historia de vida pueden llegar a ser disfuncionales, aunque hayan representado ventajas adaptativas (Del Giudice, 2016). Este modelo explica las estrategias de vida como activación rápida, lenta y defensiva (Fast, Slow, Defense Activation).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se encuentra en la clasificación de la activación defensiva (*defense activation D-Type*). La activación defensiva está relacionada con un continuo de las estrategias de historia de vida rápidas y lentas, y las variables implicadas en el TAG se pueden encontrar en cualquiera de los extremos del modelo, aunque generalmente está más asociado a las estrategias rápidas (Del Giudice, 2018).

El marco de historia de vida ofrece una taxonomía alternativa de trastornos basada en criterios funcionales. La distinción tripartita entre el espectro rápido, el espectro lento y los trastornos de activación de defensa es la base del modelo de psicopatología de defensa rápida-lenta (FSD). En este sentido los datos muestran que sí existe un alto grado de uso de estrategias de historia de vida en lo referente a la estrategia rápida, de manera que sí es posible observar que los dominios del RDoC están relacionados con procesos cognitivos, sociales y afectivos básicos y están explicados de una manera mucho más funcional y se impulsa mediante el sustrato genético, lo que necesariamente implica aspectos biológicos (Cuthbert y Insel, 2013; Insel, et al., 2010).

La descripción del modelo FSD en su estrategia rápida, así como los datos por cada estrategia de historia de vida se presentan para mostrar los datos obtenidos como resultado de la investigación. Tanto las estrategias rápidas como las lentas se caracterizan por manejar cinco aspectos fundamentales: factores de personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y finalmente la maduración sexual. En cada rasgo atendido se utilizó escala likert modelo alfanumérico a fin de conocer si las y los participantes se identifican con el enunciado. Los niveles de respuesta son: 1) No me describe en absoluto, 2) Me describe muy poco, 3) Me describe moderadamente, 4) Me describe demasiado, 5) Me describe absolutamente.

Los resultados obtenidos de lo general a lo particular se presentan de acuerdo con lo arrojado en el instrumento que evaluó el modelo FSD y en el que se observó que

el 69% de los y las participantes mantienen una estrategia de historia de vida defensiva, el 17.1% mantiene una estrategia rápida y el 13% una estrategia lenta.

Se presenta de manera desglosada los rasgos del factor de personalidad, en donde, el primer rasgo evaluado fue “baja amabilidad” y se atendió al enunciado “Me considero una persona que prefiere decir las cosas de frente a los demás y comúnmente me dicen no tener tacto o amabilidad al comunicarme”(Fig. 1). En los resultados se observa que el mayor porcentaje 37.9%, consideran que éste los describe moderadamente e inclinándose al no me describe en lo absoluto con un acumulado de 41.3%.

1. Me considero una persona que prefiere decir las cosas de frente a los demás y comúnmente me dicen no tener tacto o amabilidad al comunicarme.

29 respuestas

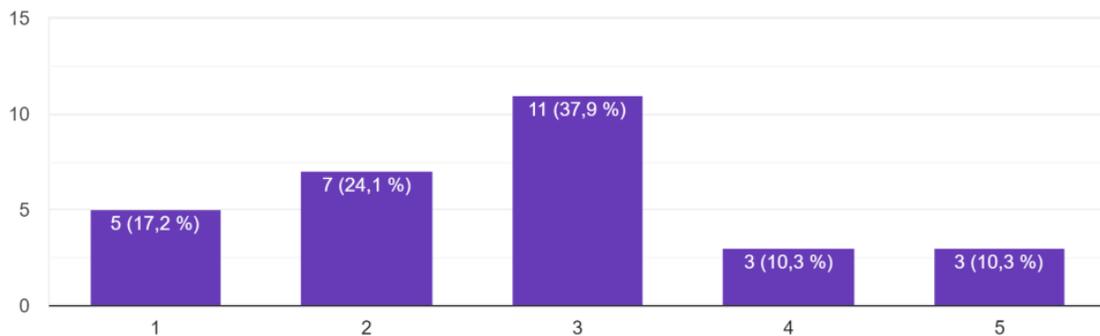


Figura 1. . Rasgos del factor de personalidad, baja amabilidad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El segundo rasgo de personalidad evaluado fue el de baja escrupulosidad, el cual se revisó con el criterio de “Habitualmente no me cuestiono si lo que hago, pienso y siento es bueno o malo, correcto o incorrecto” (Fig. 2), en este caso, los datos arrojados muestran que el 1.4% de los y las participantes consideran que esto no los describe en absoluto, el 24.1% considera que no los describe, el 17.2% que los describe moderadamente, el 6.9% que los describe y el 10.3% que los describe en absoluto.

2. Habitualmente no me cuestiono si lo que hago, pienso y siento es bueno o malo, correcto o incorrecto.

29 respuestas

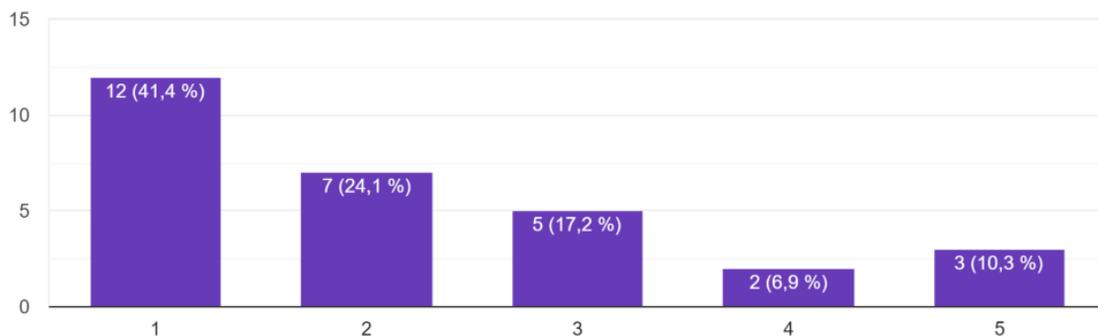


Figura 2. Rasgos del factor de personalidad, baja escrupulosidad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El tercer rasgo de personalidad evaluado fue el de “baja humildad” con el criterio “Soy una persona altiva y orgullosa de sí misma, sé que soy valiosa y me considero alguien importante” (Fig. 3). Los resultados obtenidos destacan que un 83% del total de los y las participantes se identifican con el supuesto en los niveles de respuesta 3, 4 y 5, es decir, me describe moderadamente, me describe demasiado y me

describe en absoluto. El resto (17%) no se identifica con este rasgo de personalidad.

3. Soy una persona activa y orgullosa de sí misma, sé que soy valiosa y me considero alguien importante.

29 respuestas

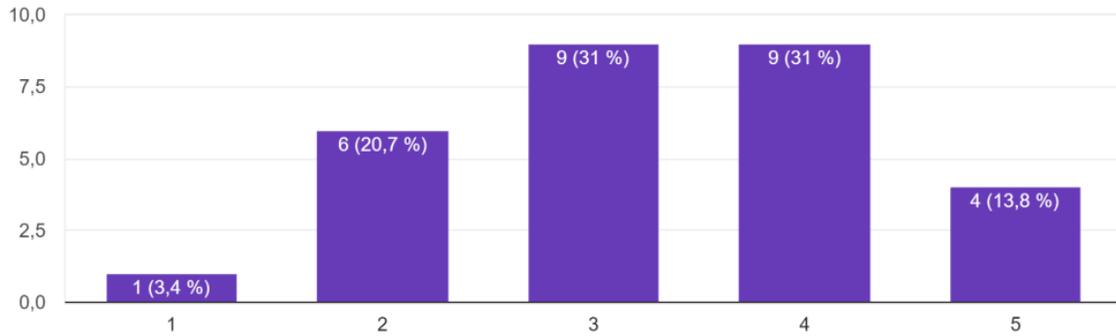


Figura 3. Rasgos del factor de personalidad, baja humildad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El cuarto rasgo de personalidad evaluado fue “baja honestidad” con el criterio “Me gusta sentirme cómoda en los distintos ámbitos de la vida, aunque eso me lleve a la deshonestidad en algunas ocasiones” (Fig. 4). En este caso el mayor puntaje está en no me describe en absoluto con un 31%, seguido de me describe moderadamente con 27.6% y no me describe muy poco 24.1%.

4. Me gusta sentirme cómoda/cómodo en los distintos ámbitos de la vida aunque eso me lleve a la deshonestidad en algunas ocasiones.

29 respuestas

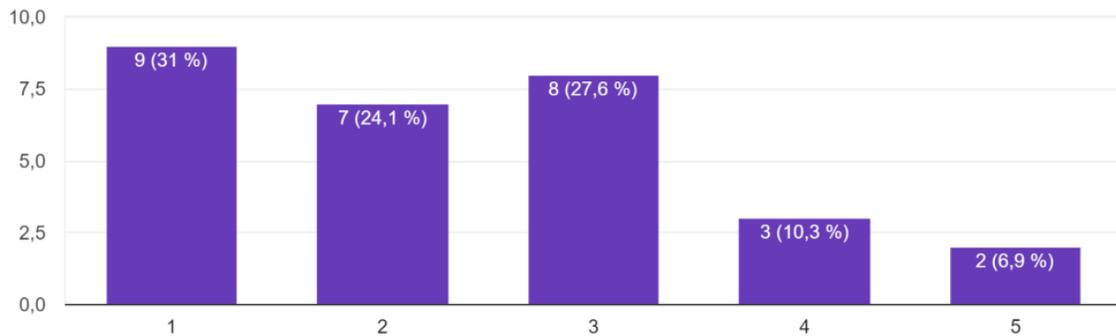


Figura 4. Rasgo del factor de personalidad, baja honestidad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

Finalmente, el rasgo de alta apertura a la imaginación/estética fue evaluado con el criterio “Suelo sentirme atraída/atraído por lo bello e imaginar distintas situaciones que me agradan” (Fig. 5), del total de los y las participantes, el 37.9% considera que este criterio los y las describe demasiado y el 27.6% considera que los y las describe absolutamente, reuniendo entre ambos el 65.5% del total.

5. Suelo sentirme atraída/atraído por lo bello e imaginar distintas situaciones que me agradan.
29 respuestas

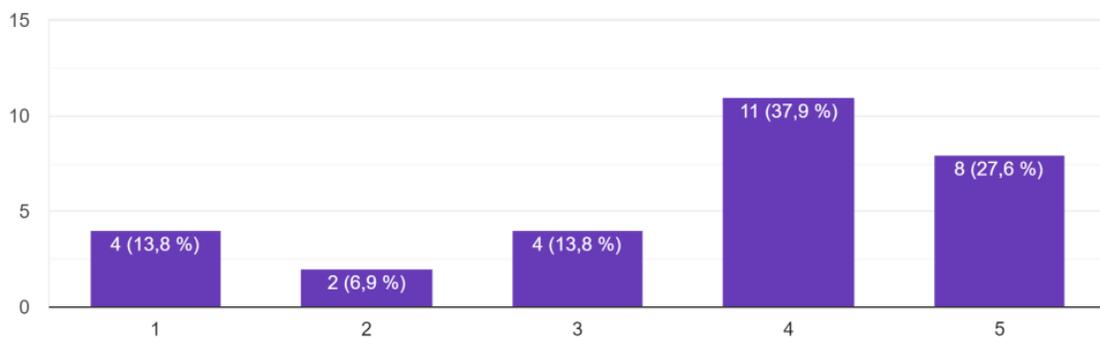


Figura 5. Rasgo del factor de personalidad, alta apertura a la imaginación/estética. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El segundo factor es la motivación e implica sexualidad precoz, sociosexualidad sin restricciones, ideas de relaciones románticas inestables; reducida orientación a largo plazo, baja sensibilidad al asco (especialmente sexual y moral). El primer rasgo de la motivación (sexualidad precoz) fue evaluado con el criterio “Mi despertar sexual fue a una edad muy temprana” (Fig. 6), en este punto los resultados fueron el 31% consideran que la aseveración los describe absolutamente, el 17.2% consideran que los describe demasiado, el otro 17.2% considera que los describe moderadamente, mientras que el 20.7% considera que los describe muy poco y el 13.8% considera que no los describe en lo absoluto.

6. Mi despertar sexual fue a una edad muy temprana.

29 respuestas

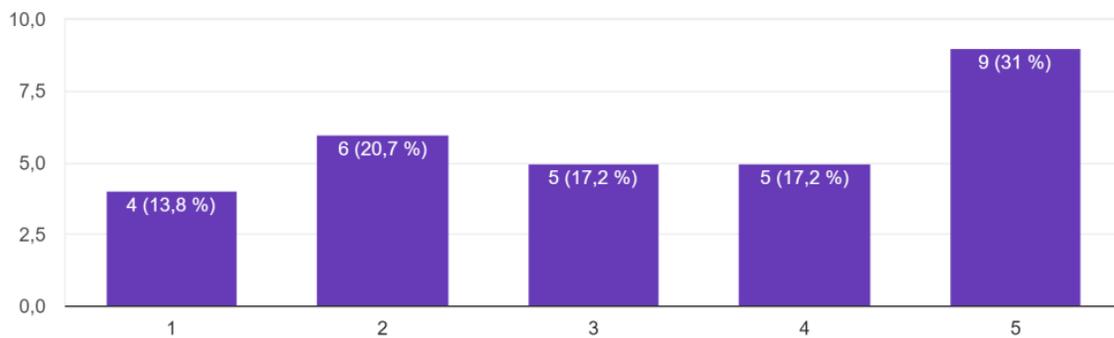


Figura 6. Rasgo de factor de motivación, sexualidad precoz. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El siguiente rasgo evaluado fue sociosexualidad sin restricciones y se revisó mediante el criterio “Suelo relacionarme socialmente sin restricciones sexuales, el pudor no es parte de mi vida” (Fig. 7), en este rasgo se observa que los y las participantes se inclinan a considerar que esto no los describe en absoluto con un 41.4% de participantes, el 31% menciona que los describe muy poco, del 27.6% restante, el 13.8% menciona que la aseveración los describe demasiado.

7. Suelo relacionarme socialmente sin restricciones sexuales, el pudor no es parte de mi vida.

29 respuestas

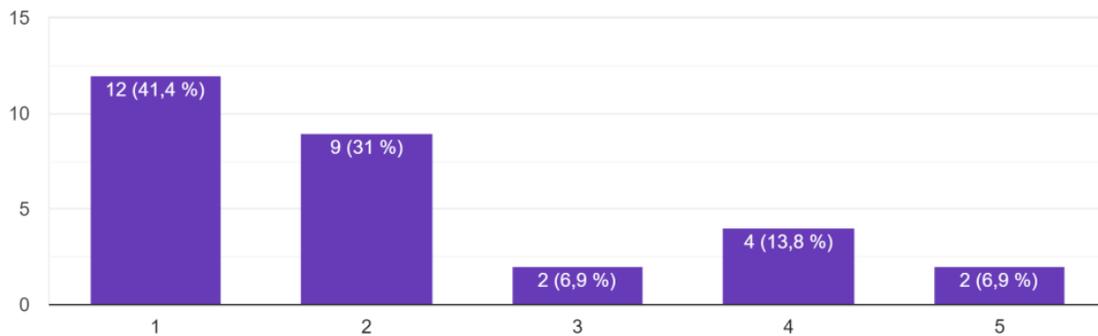


Figura 7. Rasgo del factor de motivación, sociosexualidad sin restricciones
Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El rasgo de ideas de relaciones románticas inestables fue evaluado con el criterio “Generalmente pienso que mis relaciones amorosas podrían ser inestables” (Fig. 8), en este punto el 31% de los y las participantes menciona que la aseveración los describe demasiado y el 13.8% que los describe absolutamente, el 10.3% los describe moderadamente. Finalmente, el 20.7% menciona que los describe muy poco, mientras que el 24.1% considera que no los describe en absoluto.

8. Generalmente pienso que mis relaciones amorosas podrían ser inestables.

29 respuestas

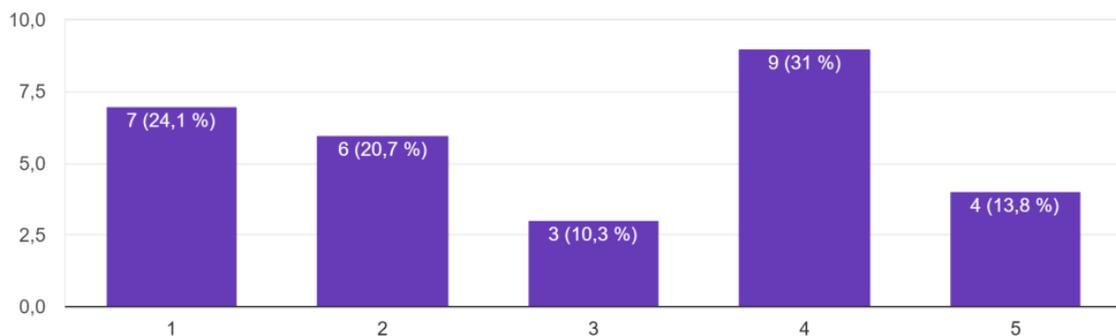


Figura 8. Rasgo del factor de motivación, ideas de relaciones románticas inestables. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El rasgo sobre la reducida orientación a largo plazo fue evaluado con el criterio “Tengo temor de hacer planes a largo plazo, prefiero pensar en términos casi inmediatos” (Fig. 9), los resultados obtenidos muestran que el 24.1% de los encuestados consideran que la aseveración los describe absolutamente, el 10.3% considera que los describe demasiado, el 24.1% que los describe moderadamente, el 41.4% restante que los describe poco o nada.

9. Tengo temor de hacer planes a largo plazo, prefiero pensar en términos casi inmediatos.

29 respuestas

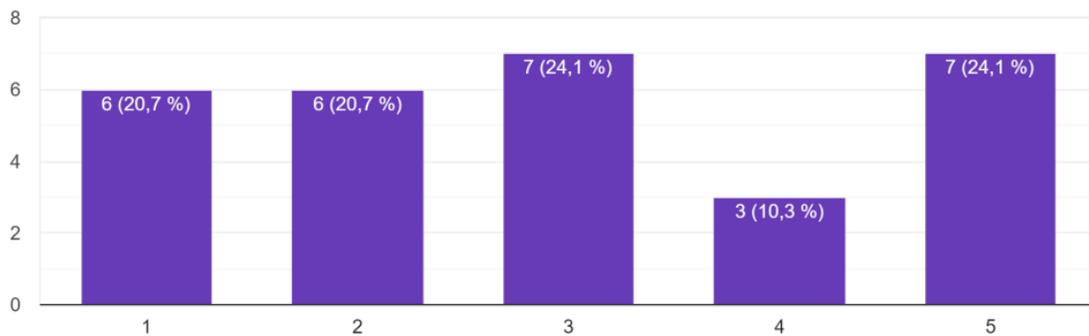


Figura 9. Rasgo del factor de motivación, reducida orientación a largo plazo. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El rasgo de baja sensibilidad al asco (especialmente sexual y moral) fue evaluado con el criterio “No soy tan susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas” (Fig. 10), el mayor puntaje fue para el nivel de respuesta de que los describe moderadamente con un 34.5%, seguido por 17.2% para cada uno de los niveles de respuesta, a saber: me describe muy poco, me describe demasiado y me describe en absoluto, finalmente, el 13.8% corresponde al nivel de respuesta no me describe en absoluto.

10. No soy tan susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas.
29 respuestas

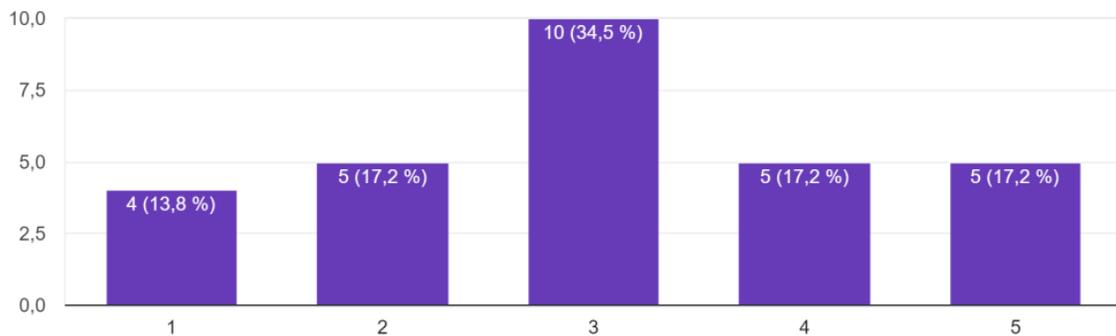


Figura 10. Rasgo del factor de motivación, baja sensibilidad al asco (sexual y moral).
Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El tercer factor es la toma de decisiones y autorregulación, en esta se encuentran la alta impulsividad, alta toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones. El primer rasgo de alta impulsividad fue evaluado con el criterio “Suelo ser una persona impulsiva al momento de tomar decisiones” (Fig. 11), los datos arrojan que el 31% de los y las participantes consideran que esto los describe moderadamente, el 24.1% considera que los describe poco y el 34.4% que los describe y que los describe absolutamente. Solo el 10.3% menciona no considerar que la aseveración los describe en absoluto.

11. Suelo ser una persona impulsiva al momento de tomar decisiones.

29 respuestas

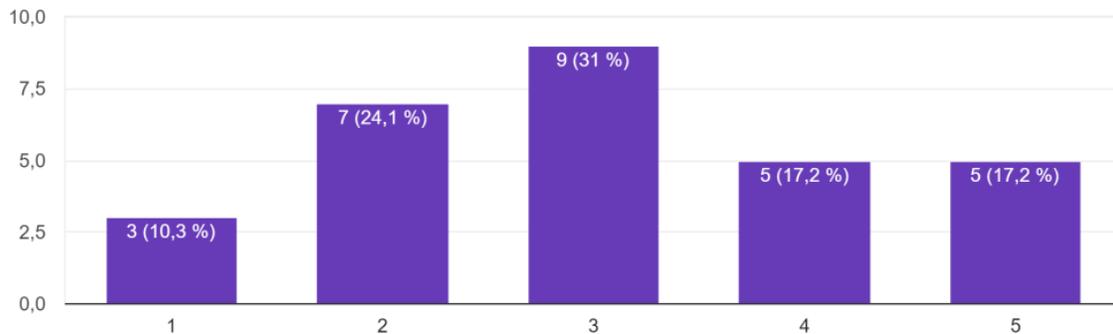


Figura 11. Rasgo del factor de toma de decisiones y autorregulación, alta impulsividad. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El segundo rasgo del factor de toma de decisiones y autorregulación es la alta toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones, el cual fue evaluado con el criterio “Me gusta tomar riesgos y buscar sensaciones placenteras en ello” (Fig. 12), en este criterio se observa que el 24.1% consideran que la aseveración los describe absolutamente, el 20.7% considera que los describe demasiado, el 24.1% que los describe moderadamente, otro 24.1% que los describe muy poco y el 6.9% que no los describe en absoluto.

12. Me gusta tomar riesgos y encontrar sensaciones placenteras en ello.

29 respuestas

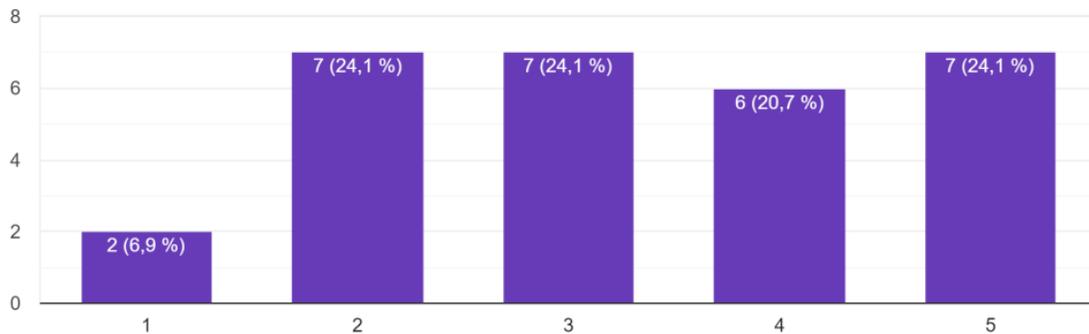


Figura 12. Rasgo del factor de toma de decisiones y autorregulación, alta toma de riesgos y búsqueda de sensaciones. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El cuarto factor es de las habilidades cognitivas y en el que se encuentran los rasgos de la alta cognición mentalista, la baja cognición mecanicista, mayor habilidad verbal y menor habilidad viso espacial. El primer rasgo de este factor es la alta cognición mentalista y baja mecanicista, fue evaluado con el criterio “Soy una persona analítica y mentalista, suelo ser reflexiva ante temas que considero profundos” (Fig. 13); el 48.3% considera que el criterio los describe absolutamente, el 27.6% que los describe demasiado, el 13.8% que los describe moderadamente, el 6.9% que los describe muy poco y el 3.4 no los describe en absoluto.

13. Soy una persona analítica y mentalista, suelo ser reflexiva ante temas que considero profundos.
29 respuestas

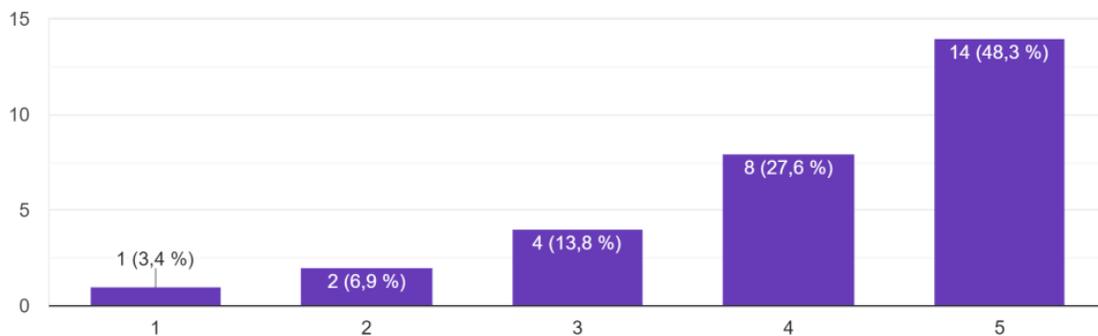


Figura 13. Rasgo del factor de habilidades cognitivas, alta cognición mentalista. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

Criterio “Tengo gran habilidad verbal y soy convincente cuando diálogo con los demás” (Fig. 14), en este criterio el 44.8% de los y las participantes mencionan que la aseveración los describe absolutamente, el 20.7% considera que los describe demasiado, otro 20.7% menciona que los describe moderadamente y el 13.8% que los describe muy poco.

14. Tengo gran habilidad verbal y soy convincente cuando dialogo con los demás.

29 respuestas

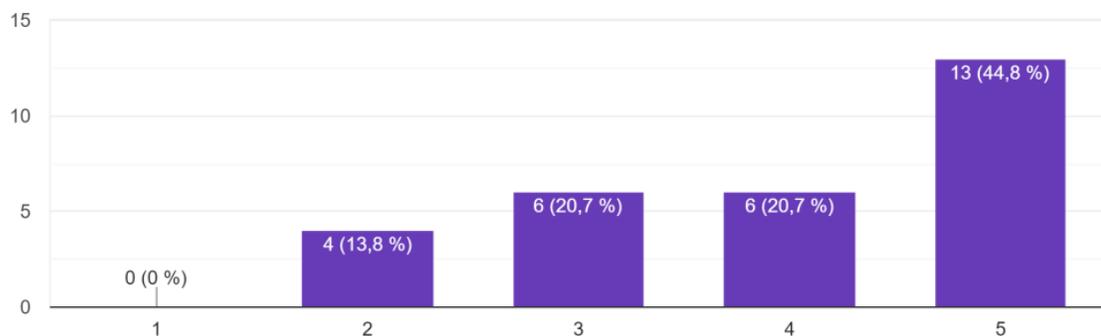


Figura 14. Rasgo del factor de habilidades cognitivas, mayor habilidad verbal. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El rasgo de menor habilidad viso espacial fue evaluado con el criterio “No suelo atender a los detalles viso espaciales” (Fig. 15), en este criterio el 20.7% considera que los describe absolutamente, el 10.3% que los describe demasiado, el 24.1% que los describe moderadamente, el 31% que los describe muy poco y el 13.8% que no los describe en absoluto.

15. No suelo atender a los detalles viso espaciales.

29 respuestas

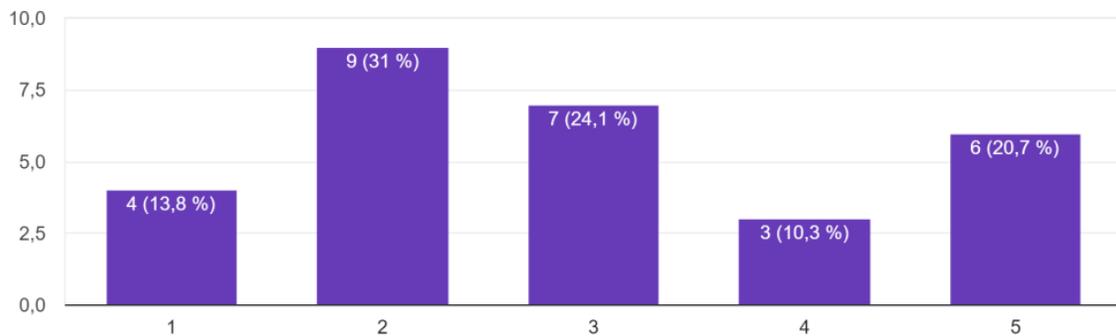


Figura 15. Rasgo del factor de habilidades cognitivas, menor habilidad viso espacial. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

Finalmente, el factor de la maduración sexual considera sólo un rasgo el cual es que la sexualidad es de inicio temprano y rápida (especialmente en mujeres) (Del Giudice, 2018) y se asocia al factor de la motivación sobre todo en el rasgo de sexualidad precoz. Este rasgo de maduración sexual rápida y temprana fue evaluado con el criterio “Considero que mi maduración sexual ha sido temprana y rápida” (Fig. 16), en este criterio el 24.1% menciona que la aseveración los describe absolutamente, el 20.7% menciona que los describe demasiado, el 27.6% menciona que los describe moderadamente, el 13.8% menciona que los describe muy poco y el otro 13.8% menciona que no los describe en absoluto.

16. Considero que mi maduración sexual ha sido temprana y rápida.

29 respuestas

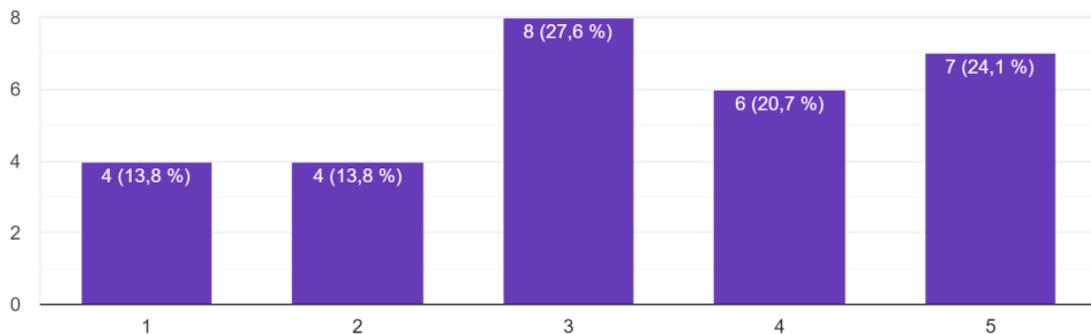


Figura 16. Rasgo del factor de maduración sexual, maduración sexual rápida y temprana. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

Con esto quedan reflejados los resultados en relación con el segundo objetivo específico y se presentan a continuación aquellos relacionados con el tercer objetivo específico.

4.1.3 Asociación del contenido de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de los pacientes con TAG con los síntomas de las categorías vigentes del DSM V y CIE 10

El tercer objetivo específico consiste en asociar el contenido de las estrategias de historia de vida de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada con los síntomas de las categorías vigentes del DSM V y CIE 10; para lo cual se utilizó la prueba estandarizada del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ por sus siglas en inglés) (Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002; *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172; versión original de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Los datos obtenidos en esta parte del proceso de investigación muestran la tendencia general a preocuparse o bien la preocupación como rasgo del trastorno que se investiga. La variable de la preocupación parece cumplir un importante rol en todos los procesos emocionales y en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero que es especialmente relevante en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, cuya principal característica diagnóstica es precisamente una preocupación excesiva e incontrolable.

Está compuesto por 16 ítems, que evalúan mediante escalas de intervalo (desde 1, “nada”, a 5, “mucho”; rango de puntuación = 16-80). La versión original inglesa presentaba cinco ítems en sentido inverso que fueron invertidos en la versión española para personas mayores (Nuevo et al., 2002). La puntuación total se obtiene mediante la suma de las puntuaciones alcanzadas en todos los ítems (‘Nada’=1; ‘Algo’=2; ‘Regular’=3; ‘Bastante’=4; ‘Mucho’=5), ya que todos están plateados en sentido positivo, lo que ofrece un rango de puntuación entre 16 y 80.

En este punto, los resultados arrojan que el 62% de los y las participantes tienen trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el 27.6% tiene otros trastornos de ansiedad y el 10.4% mantiene controles sanos. A continuación, se desglosan los resultados de acuerdo a lo obtenido en cada ítem atendido por parte de los y las participantes.

El primer punto se caracteriza por identificar si la persona “Se preocupa si no tiene suficiente tiempo para hacerlo todo”, el 44.8% se encuentra en el intervalo de mucho, el 34.5% bastante, 10.3% regular, 6.9% algo y 3.4% nada.

1. Se preocupa si no tiene suficiente tiempo para hacerlo todo.

29 respuestas

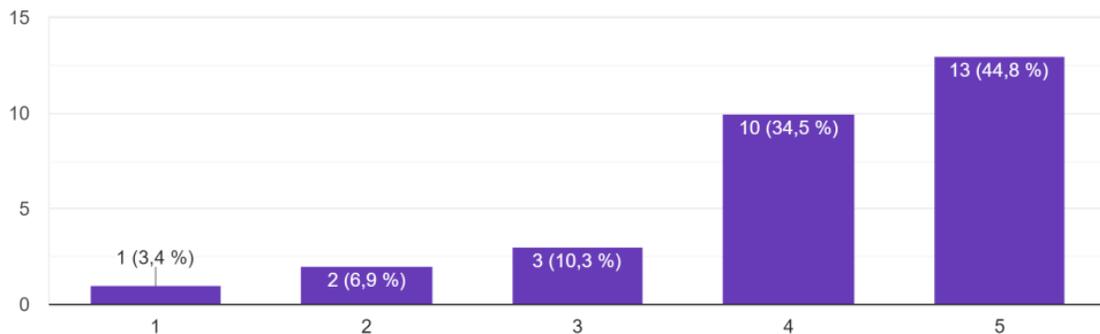


Figura 17. Preocupación por el tiempo, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El siguiente ítem fue “Sus preocupaciones le agobian”, los resultados fueron 48.3% mucho, 17.2% demasiado, 24.1% regular y 10.3% algo.

2. Sus preocupaciones le agobian.

29 respuestas

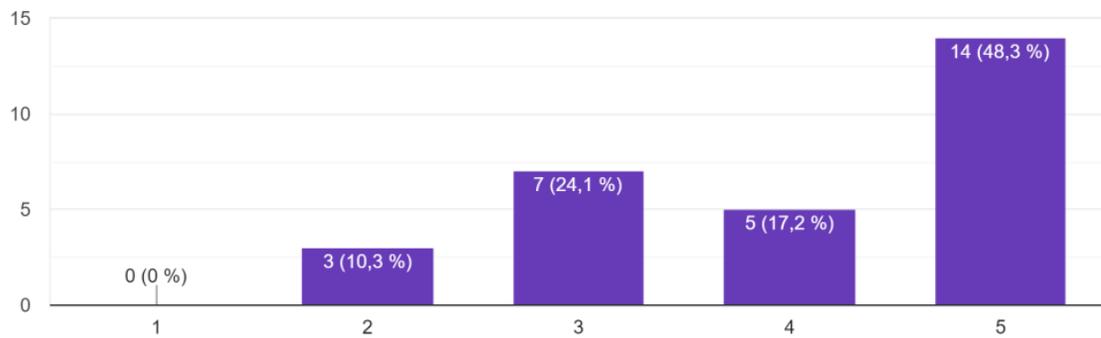


Figura 18. Preocupaciones que agobian, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes

El tercer punto a evaluar dentro del PSWQ es “Suele preocuparse por las cosas”, los resultados fueron de 48.3% mucho, 20.7% demasiado y el 31% regular.

3. Suele preocuparse por las cosas.

29 respuestas

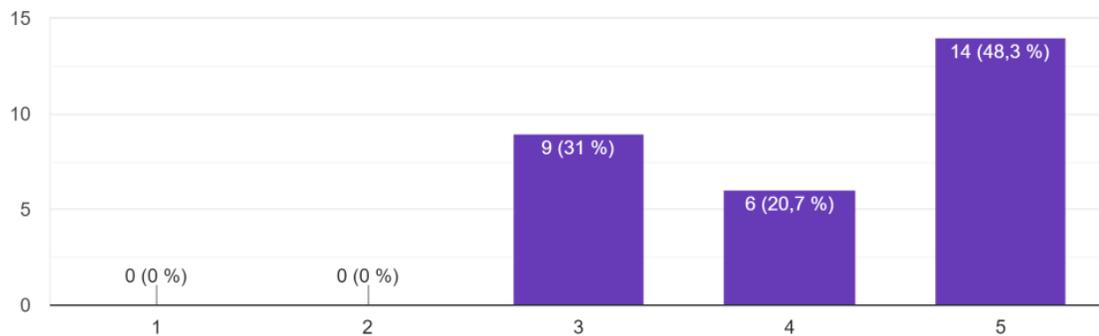


Figura 19. Preocupación por cosas, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El cuarto punto fue “Hay muchas circunstancias”, los resultados fueron de 37.9% mucho, 24.1% demasiado y el 20.7% regular, 13.8% algo y 3.4% nada.

4. Hay muchas circunstancias que hacen que se preocupe.

29 respuestas

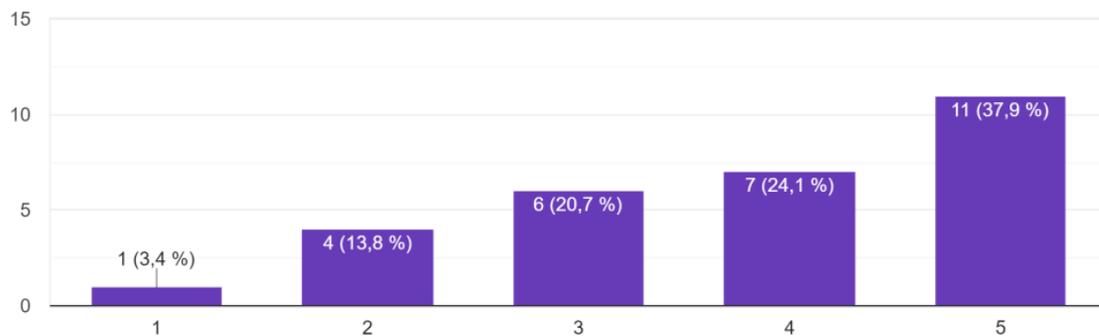


Figura 20. Circunstancias que preocupan, PSWQ Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El quinto ítem fue “Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo”, los resultados fueron de 48.3% mucho, 31% demasiado y el 13.8% regular, 6.9% algo.

5. Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo.

29 respuestas

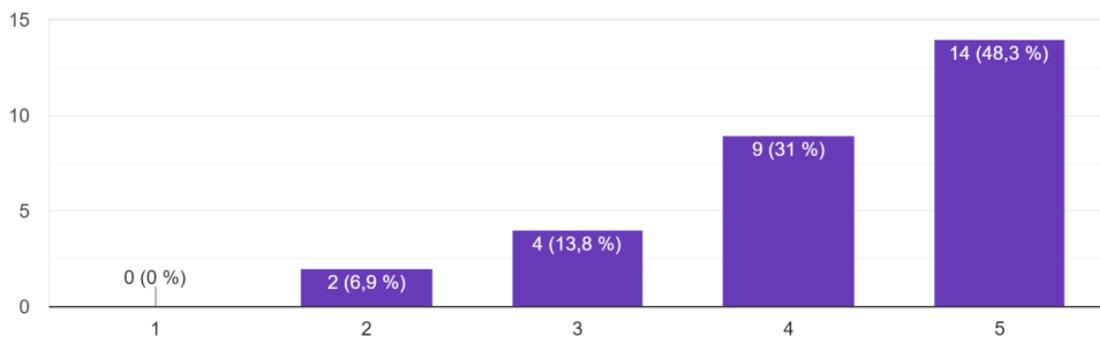


Figura 21. No puede evitar preocuparse, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El sexto “Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse” y los resultados fueron de 62.1% mucho, 20.7% demasiado, el 13.8% regular y el 3.4% algo.

6. Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse mucho.

29 respuestas

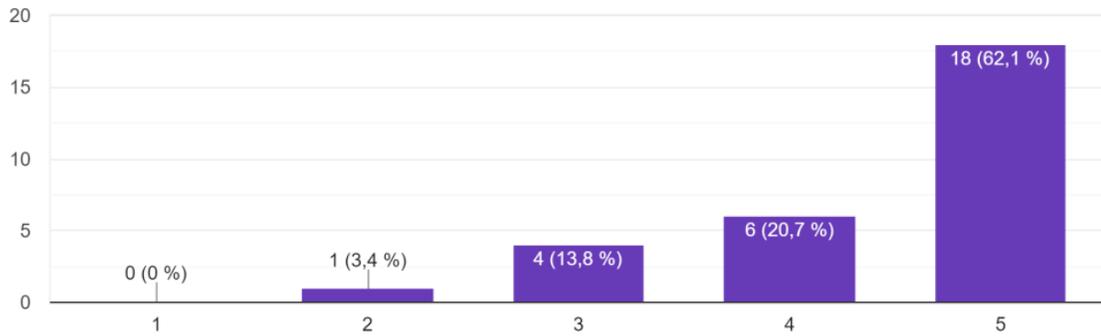


Figura 22. Preocuparse bajo tensión, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El séptimo ítem fue “Siempre está preocupado por algo”, los resultados fueron de 37.9% mucho, 31% demasiado, el 17.2% regular, 3.4% algo y 10.3% nada.

7. Siempre está preocupándose por algo.

29 respuestas

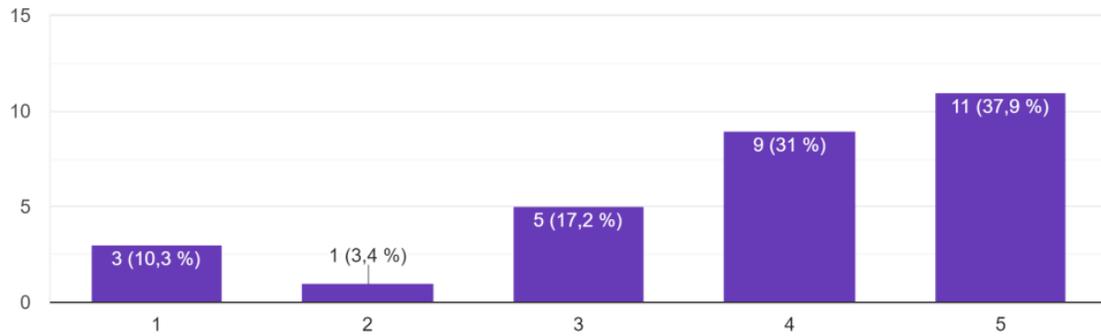


Figura 23. Siempre se preocupa, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El octavo ítem fue “Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones”, los resultados fueron de 37.9% mucho, 31% demasiado, el 17.2% regular, 3.4% algo y 10.3% nada.

8. Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones.
29 respuestas

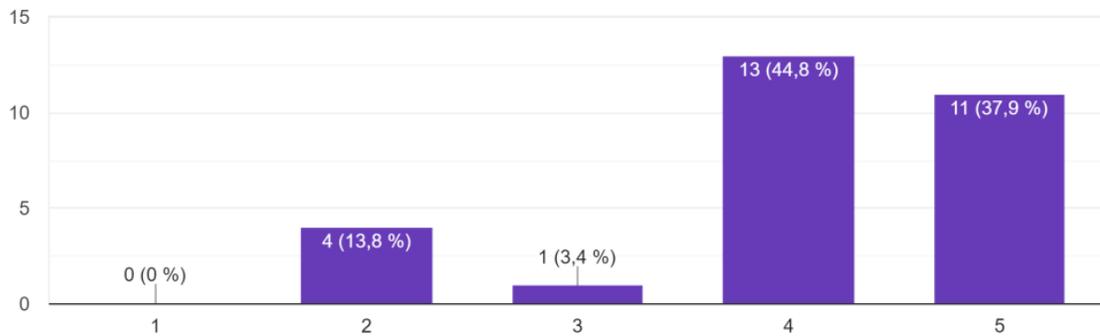


Figura 24. No deja las preocupaciones, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El noveno ítem fue “Tan pronto como termina una tarea, enseguida empieza a preocuparse por alguna otra cosa que deba hacer”, los resultados fueron de 37.9% mucho, 34.5% demasiado, el 13.8% regular, 6.9% algo y 6.9% nada.

9. Tan pronto como termina una tarea, en seguida empieza a preocuparse por alguna otra cosa que debe hacer.

29 respuestas

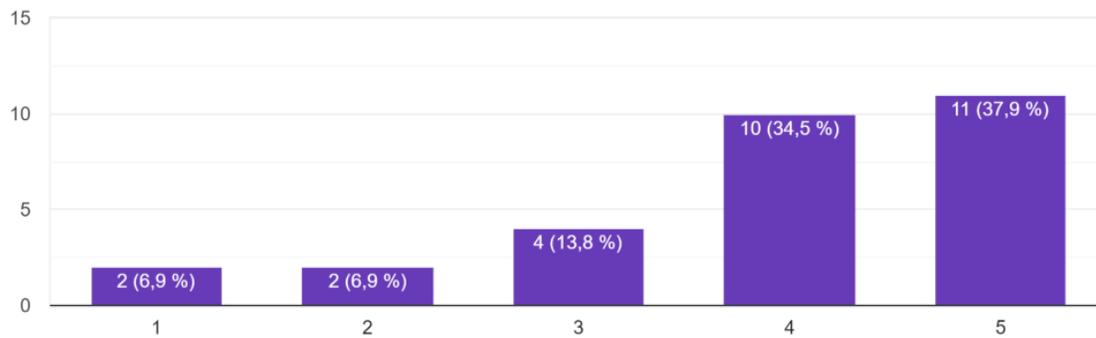


Figura 25. Preocupación por algo que debe hacer, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El décimo ítem fue “Se preocupa por todo”, los resultados fueron de 37.9% mucho, 24.1% demasiado, el 10.3% regular, 13.8% algo y 13.8% nada.

10. Se preocupa por todo.

29 respuestas

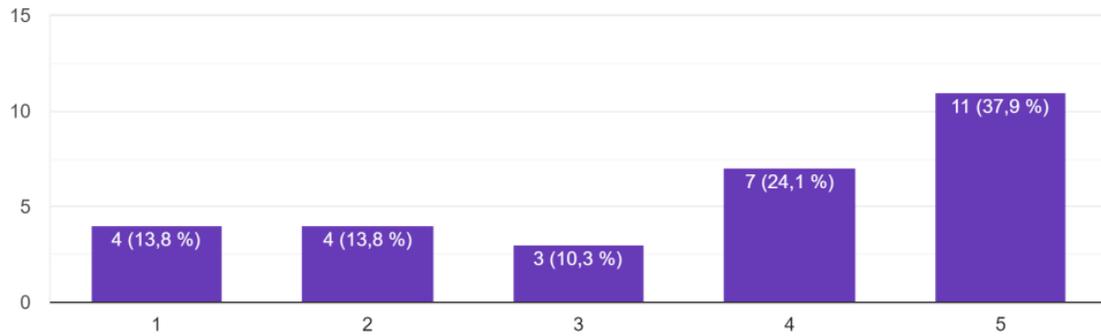


Figura 26. Se preocupa por todo, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El undécimo ítem fue “Aunque no haya nada más que se pueda hacer por algo, sigue preocupándose por ello”, los resultados fueron de 41.4% mucho, 24.1% demasiado, el 13.8% regular y 20.7% algo.

11. Aunque no haya nada más que se pueda hacer por algo, sigue preocupándose por ello.
29 respuestas

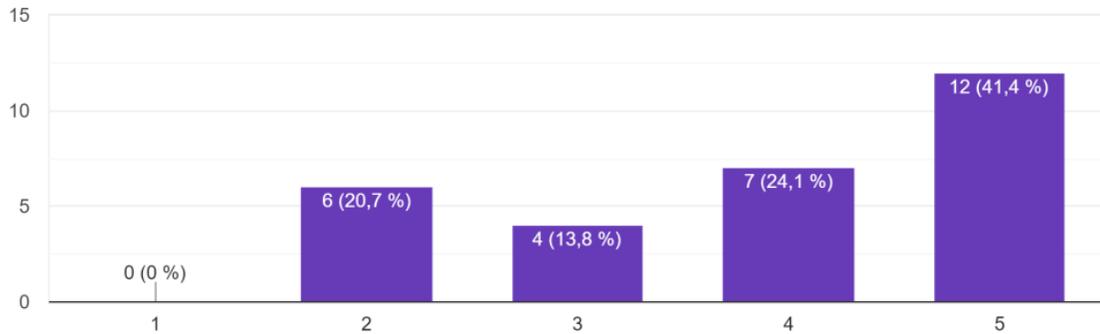


Figura 27. Preocupación cuando no hay nada por hacer, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El duodécimo ítem fue “Ha estado preocupado toda su vida”, los resultados fueron de 37.9% mucho, 24.1% demasiado, el 10.3% regular, 13.8% algo y 13.8% nada

12. Ha estado preocupado toda su vida.

29 respuestas

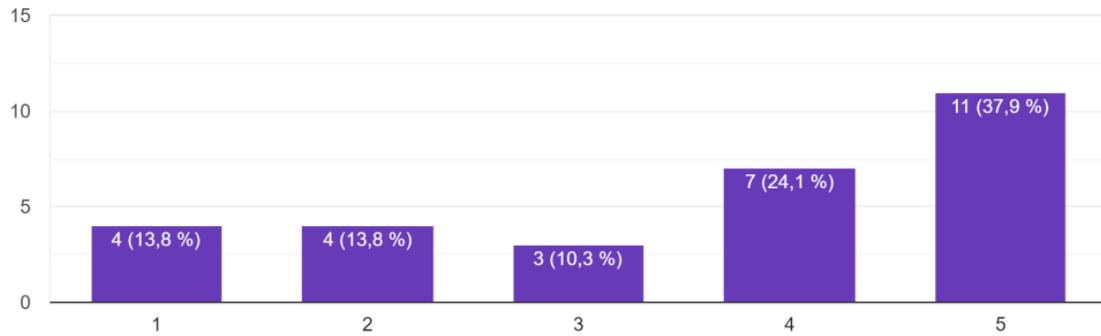


Figura 28. Preocupación toda la vida, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El décimo tercer ítem fue “Se da cuenta de que siempre está preocupándose por las cosas”, los resultados fueron de 41.4% mucho, 20.7% demasiado, el 17.2% regular, 10.3% algo y 10.3% nada.

13. Se da cuenta de que siempre está preocupándose por las cosas.

29 respuestas

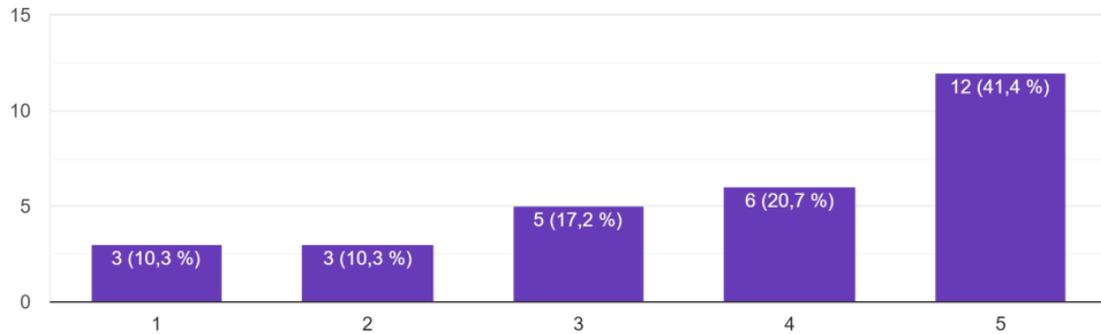


Figura 29. Siempre se preocupa por las cosas, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El décimo cuarto ítem fue “Una vez que comienza a preocuparse por algo, ya no puede parar”, los resultados fueron de 37,9% mucho, 27.6% demasiado, el 17.2% regular, 13.8% algo y 3.4% nada.

14. Una vez que comienza a preocuparse por algo, ya no puede parar.
29 respuestas

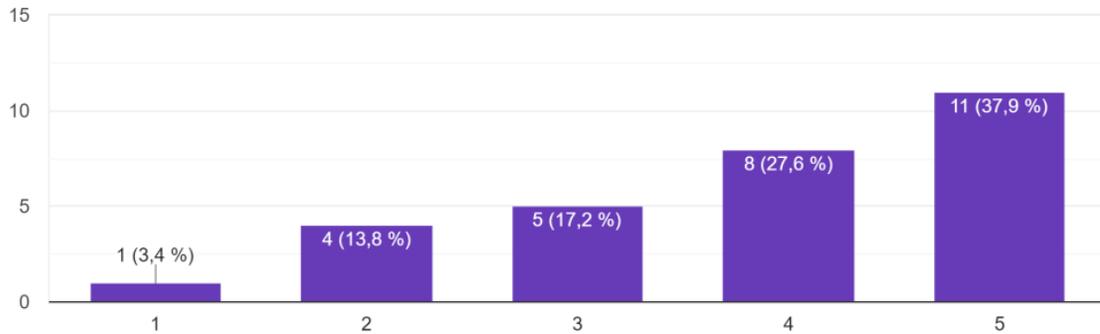


Figura 30. No puede parar de preocuparse, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El décimo quinto ítem fue “Está todo el tiempo preocupándose por algo”, los resultados fueron de 31% mucho, 27.6% demasiado, el 13.8% regular, 17.2% algo y 10.3% nada.

15. Está todo el tiempo preocupándose por algo.

29 respuestas

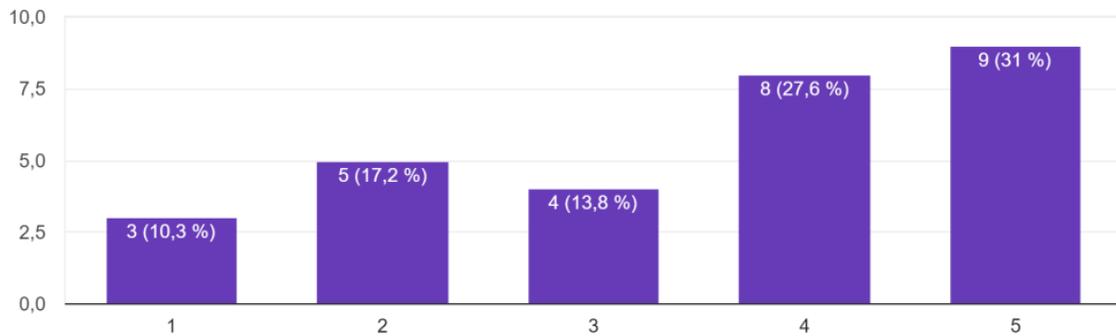


Figura 31. Preocupación todo el tiempo, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

El décimo sexto ítem fue “Se preocupa por un proyecto que está acabado”, los resultados fueron de 51.7% mucho, 20.7% demasiado, el 10.3% regular, 10.3% algo y 6.9% nada.

16. Se preocupa por un proyecto hasta que está acabado.

29 respuestas

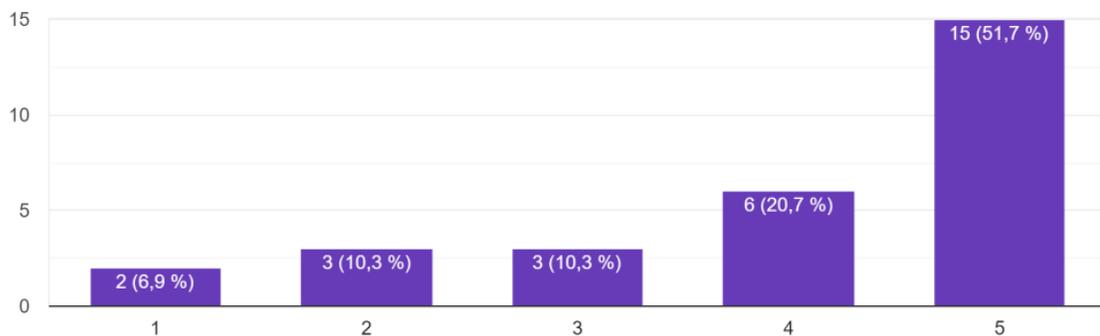


Figura 32. Preocupación por proyecto hasta concluirlo, PSWQ. Elaboración propia con datos obtenidos en la historia clínica de los y las participantes.

Para concluir con este punto sobre la asociación de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista con el rasgo de la preocupación del PSWQ de los criterios diagnósticos del DSM V y CIE 10, se muestran los resultados de la correlación estadística entre ambos. El resultado de la estadística descriptiva no mostró correlación entre el modelo FSD y el cuestionario PSWQ de la ansiedad (Fig. 33).

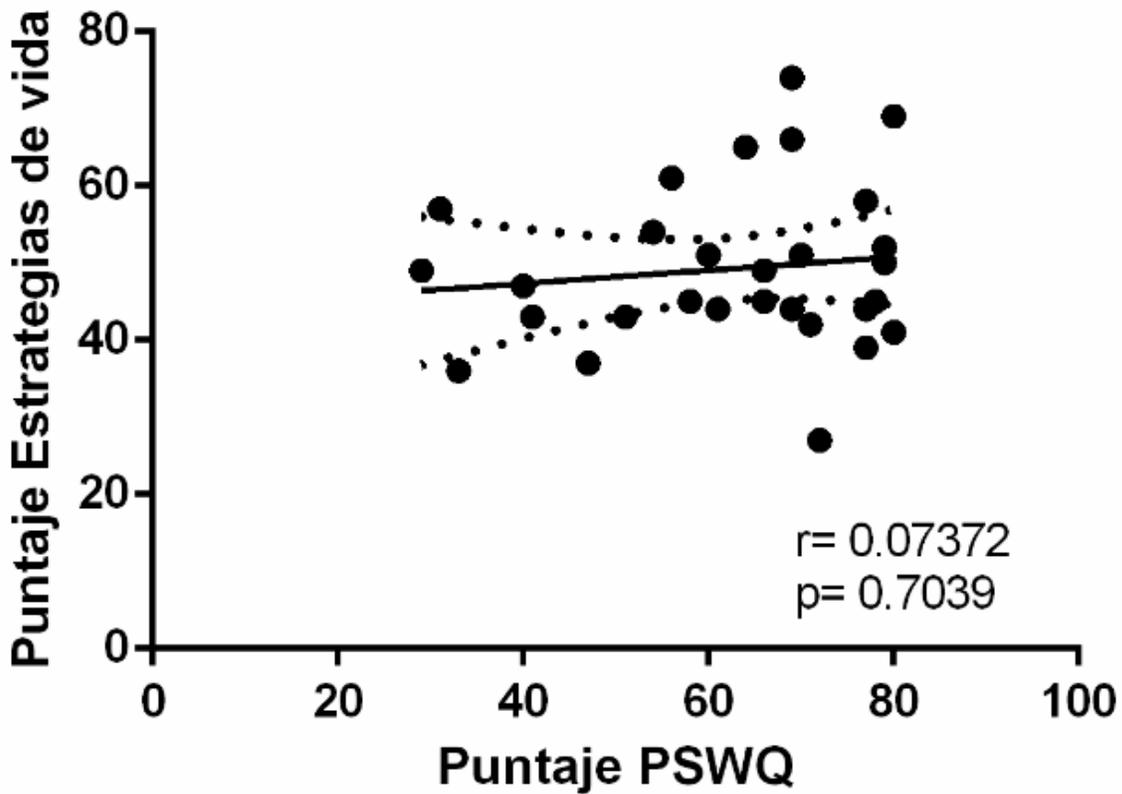


Figura 33. Correlación entre el puntaje de PSWQ y Estrategias de historia de vida del modelo FSD. Correlación de Pearson, regresión lineal. La línea punteada representa el límite de confianza del 95%

4.2. Discusión

En este apartado se incluye una discusión detallada y cuidadosa a través de construcciones teóricas, así como las categorías conceptuales desarrolladas en la investigación. Se presentan además los hallazgos encontrados más importantes. Así, lo principal es partir del objetivo general de la investigación que es evaluar el modelo FSD en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, y con ello se

espera desglosar los hallazgos relevantes de los datos obtenidos en la investigación. Dado que la presente investigación sigue una metodología mixta con un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo exploratorio, los datos obtenidos han sido manejados de forma estadística y a continuación se presentan los hallazgos encontrados de mayor relevancia.

Para dar inicio, es importante mencionar que los resultados estadísticos no marcaron una asociación relevante entre las estrategias de historia de vida (Modelo FSD) y el cuestionario de la preocupación de pensilvania (PSWQ), en este punto lo que resultó de importancia fueron las variables sociodemográficas vistas en el primer instrumento de recolección de datos asociados a la historia clínica de los y las participantes. Por lo que la discusión que se presenta se enfoca principalmente en mostrar los datos sociodemográficos arrojados que tuvieron mayor incidencia en términos generales dado que todos los y las participantes tienen diagnóstico de ansiedad generalizada. Esto en principio, permite observar si existe o no congruencia con la teoría, para posteriormente, identificar los rasgos sociodemográficos asociados a las coincidencias en las respuestas de los y las participantes en los instrumentos de la preocupación de pensilvania (PSWQ) y las estrategias de historia de vida del modelo FSD (*fast, slow, defense*) de la psicopatología evolucionista, es decir, aquellas respuestas en donde el rasgo de la preocupación coincide con la estrategia de historia de vida defensiva.

En este sentido, el primer hallazgo de relevancia está asociado a las siguientes variables: ser mujer y adolescente, tal como lo establece la teoría (Heather, et al., 2001 y Merikangas, et al., 2009). Del total de los y las participantes que resultaron

con TAG según el PSWQ (62% de los y las participantes), el 83.3% son mujeres y el 16.7% son hombres, y también el 48% de las y los participantes oscilan entre los 18 y 28 años, manifestando una edad de inicio entre los 11 y 15 años (31%) y 16 a 20 años (13.8%). Lo que confirma que las mujeres suelen ser más propensas a desarrollar el trastorno de ansiedad generalizada, así como que el TAG emerge durante el periodo de la adolescencia, según lo dicho por Van Oort, et al.(2009).

Asimismo, al hablar de salud mental, se mencionan los factores protectores y los factores de riesgo (Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G., 2016), dentro de los cuales se destacan en la presente investigación: vivir con la familia nuclear, vivir con los padres (sin hermanos) y vivir con la pareja. Esto puede resultar en factor protector o factor de riesgo, en la presente investigación este aspecto se ha de considerar parte del primer hallazgo con diferencia significativa ligado a las variables sociodemográficas, ya que se encontró que el 51.7% de los y las participantes mencionaron que viven con su familia nuclear y de acuerdo a los resultados obtenidos, del total de participantes con TAG (62%), el 50% vive con su familia nuclear, mientras que el 27.7% vive con sus padres (sin hermanos) y el 16.6% vive con su pareja o cónyuge. Lo anterior muestra una incidencia en los casos en que coinciden el rasgo de la preocupación del PSWQ y la estrategia defensiva del modelo FSD de las estrategias de historia de vida de la psicopatología evolucionista. Las variables sociodemográficas analizadas en torno al contexto socioemocional del participante reflejan la relevancia de las relaciones interpersonales y su impacto en la vida del sujeto sin que esto determine si en lo particular favorece o no la condición mental del participante.

Dentro de los factores protectores y de riesgo, y como parte de los hallazgos vinculados a las variables sociodemográficas, se encuentran el nivel educativo y el nivel de ingresos, ambas variables fueron consideradas dentro del instrumento de historia clínica de los y las participantes y los resultados arrojan que el 57.1% tiene estudios de pregrado (licenciatura) y el 21.4% tiene estudios de posgrado, sumando un total del 78.5% del total de los participantes. Lo anterior es congruente con lo que menciona Silva, Loureiro & Cardoso, (2016) en tanto que sugieren que a menor nivel educativo mayor es el riesgo de padecer algún padecimiento mental. De acuerdo con los y las participantes de la investigación y teniendo una población adulta, es decir mayores de 18 años en una muestra por conveniencia, se estaba sumamente limitado, sin embargo, se observa que es el nivel educativo de mayor prevalencia entre los y las participantes y en relación a la investigación puede considerarse relevante para los fines perseguidos. En lo que respecta al nivel de ingresos que se asocia al nivel socioeconómico, se observa que la muestra arroja que el 50% ($p=0.0026$) de los y las participantes tiene un ingreso entre los \$5,000.00 y los \$15,000.00 mensuales, lo que en relación a las condiciones de vida actuales, si bien es cierto no es un ingreso despreciable, también lo es que no permite hacer frente a situaciones básicas para el individuo en términos de salud, recreación y otros aspectos que la OIT considera indispensables para la vida de las personas¹ y que forma parte de la protección a la salud mental.

Todos los datos presentados hasta este momento forman parte de los resultados obtenidos con el primer instrumento, el cual abarca características de la historia

clínica ligadas a las variables sociodemográficas analizadas. A partir de ello, es posible identificar incidencias que, como parte de los hallazgos encontrados, pueden ser categorizadas en función de la correlación de variables del rasgo de la preocupación del PSWQ y de la estrategia defensiva del modelo FSD de psicopatología evolucionista. De tal forma que se ofrece una síntesis de dicha correlación asociada a su vez a variables sociodemográficas que resultaron de interés en los resultados de la presente investigación. Con eso, se plantea que los y las participantes que coinciden en el rasgo de la preocupación y la estrategia defensiva son en su mayoría mujeres entre los 20 y 40 años, viven en familia o pareja. Esto en relación con la teoría permite observar que estas características coinciden con los y las participantes.

El siguiente hallazgo relevante fue aquello relacionado propiamente con el trastorno de ansiedad generalizada: su diagnóstico y tratamiento. En este caso el 62.1% corresponde a diagnóstico psiquiátrico y el 27.6% a diagnóstico psicoterapéutico, esto estaría ligado posiblemente a que uno de los criterios de inclusión de los y las participantes fue que estuvieran diagnosticados con TAG por lo que es de entenderse que ello resultara de esta manera. Asimismo, el tratamiento se basa en psicofármacos, psicoterapia y psicoeducación, y los resultados ligados a ello fueron los siguientes: 79.3% sí ha consumido psicofármacos, mientras que el 20.7% no los ha consumido, esto a su vez permite observar que la mayor parte de los y las participantes han modificado su neuroquímica cerebral por consumo de psicofármacos, lo que es sabido, también modifica la conducta. El 31% menciona que ha consumido sertralina y el 20.7% fluoxetina como los más relevantes, ambos

dentro del grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Bravo, 2015). En esta misma tesitura, se observa que el 65.5% se ha sometido a tratamiento psicoterapéutico, mientras que el 34.5% no. En relación con el acompañamiento de psicoeducación en salud mental, el 55.2% sí lleva o ha llevado acompañamiento y el 44.8% no.

Con la estructura presentada para el desarrollo de esta investigación, se observa que los y las participantes tienen conocimiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y que manifiestan los rasgos que establece el cuestionario de la preocupación de Pensilvania (PSWQ). Sin embargo, estadísticamente no se ve reflejada la relación entre el PSWQ y las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista, por lo que es posible atribuir las coincidencias en los resultados a las variables sociodemográficas y de historia clínica, de tal forma que a partir de ello se ofrece una explicación viable para comprender qué sucede con la correlación de variables.

Al asociar el contenido de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de los pacientes con TAG con los síntomas de las categorías vigentes del DSM V y CIE 10, se observa que del total de los y las participantes, se encontró una coincidencia del 41.3%, es decir, que en más del 40% coincide el rasgo de la preocupación con la estrategia defensiva del modelo FSD de la psicopatología evolucionista. La mayoría fueron mujeres, lo que de hecho coincide tanto en lo dicho por la psicopatología evolucionista como por las categorías vigentes DSM V y CIE 10; asimismo, el 66% de los y las participantes que coinciden en los criterios su estado civil es en pareja ya sea casados o en unión libre y viven con su familia nuclear o

bien solo con su pareja. La mayoría tiene nivel de estudios de licenciatura y la ocupación predominante fue empleados y actividades profesionales.

De acuerdo con la variable de diagnóstico y tratamiento, se observa que los y las participantes que coinciden en el rasgo de la preocupación del PSWQ y la estrategia defensiva del modelo FSD corresponden a que el 75% fue diagnosticado por un psiquiatra; asimismo, el 41.66% consume sertralina como parte de su tratamiento. El 75% lleva tratamiento psicoterapéutico y el 66.66% lleva acompañamiento con psicoeducación.

Por otra parte, los aspectos a considerar en lo que se refiere a las categorías existentes entre el rasgo de preocupación del PSWQ y la estrategia defensiva de historia de vida del modelo FSD son los siguientes: del factor de personalidad se observaron tres rasgos de un total de cinco, del factor de motivación hubo un total de cuatro rasgos de cinco, y los siguientes factores, a saber: toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y maduración sexual, se observaron todos los rasgos de cada uno. De manera particular, se observa que del total de los y las participantes con coincidencia en rasgo preocupación y estrategia defensiva, se destaca que las características de mayor impacto con un 91.67% fueron aquellas asociadas a las categorías de toma de decisiones y autorregulación, seguida de las habilidades cognitivas y personalidad con un 83.33%, posteriormente la motivación y la maduración sexual con un 75%.

Se destaca que el primer hallazgo significativo de la relación entre la estrategia defensiva del modelo FSD con el rasgo típico de la ansiedad, a saber, la

preocupación, se presenta en función de la frecuencia de aparición de rasgos, es decir, cuantas veces se ve reflejado un rasgo particular entre los y las participantes que coincidieron en puntaje alto en los instrumentos del PSWQ y el Modelo FSD. Los rasgos de estrategias de historia de vida con mayor frecuencia fueron: alta impulsividad, correspondiente a la categoría de toma de decisiones y autorregulación con un porcentaje del 91.67%; seguida de la capacidad analítica y reflexividad y la habilidad verbal, ambos rasgos correspondientes a la categoría de habilidades cognitivas; luego se destaca un rasgo de la categoría personalidad que es sentirse atraído por lo bello e imaginar situaciones de agrado. Todos estos rasgos están por encima del 80% de las respuestas de los y las participantes, lo que indica que en principio representan rasgos de relevancia asociados al trastorno de ansiedad generalizada. Los siguientes rasgos de mayor frecuencia con un 75% fueron la maduración sexual temprana y rápida, de la categoría maduración sexual; y no considerarse susceptible a situaciones evaluadas como moral o sexualmente asquerosas, correspondiente a la categoría de motivación.

A partir de estos datos, se puede establecer que existen rasgos del modelo FSD de mayor dominio como parte del trastorno de ansiedad generalizada, a saber:

1. Alta impulsividad
2. Capacidad analítica y reflexividad
3. Habilidad verbal
4. Atracción por la belleza e imaginar situaciones agradables
5. Maduración sexual temprana y rápida
6. No ser susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas

Derivado de lo anterior, a continuación, se presentan los resultados particulares relacionados a los seis rasgos del modelo FSD de mayor frecuencia, se revisaron en función de las particularidades de la psicopatología evolucionista, es decir, por qué estos rasgos resultan adaptativos para el sujeto y de qué manera se volvieron disfuncionales para contribuir en el desarrollo de una enfermedad mental.

Para comenzar, es indispensable establecer que la escala Likert desarrollada para evaluar los rasgos de las estrategias de historia de vida, presentan criterios que son afines a lo dicho por Del Giudice (2018) en torno a las estrategias rápidas y defensivas del modelo FSD. Esto puede asociarse a que los rasgos de los factores del modelo de mayor impacto se relacionan con aspectos adaptativos que caben en los criterios del evolucionismo y que implican conductas instintivas. De acuerdo a los resultados obtenidos y con ello a los rasgos de mayor frecuencia, se observa que la alta impulsividad en la toma de decisiones y la autorregulación están vinculados a la preservación de la vida, asimismo, las habilidades cognitivas que abarcan la capacidad analítica y la reflexividad, así como la habilidad verbal pueden considerarse configuraciones concretas de la arquitectura de la mente como parte del adaptacionismo (Cosmides & Tooby, 2000).

La perspectiva darwinista supone que los seres vivos están inmersos en una lucha por la vida, se enfrentan a múltiples problemas que afectan su supervivencia y las oportunidades de reproducirse. Sin embargo, los rasgos heredables que ayudaron a mantenerse con vida pueden ayudar a resolver problemas. En este sentido, aquellos individuos que tienen una variación más adecuada del rasgo para resolver problemas tienen una mayor posibilidad de sobrevivir y reproducirse que los menos

adecuados. Los problemas de supervivencia y reproducción generan presiones de selección que a su vez generan variaciones particulares (Dickins, 2016).

En primer término, la alta impulsividad, como parte de los hallazgos obtenidos, es también el reflejo de la necesidad de tomar decisiones urgentes a fin de mantenerse a salvo mediante la huida (lo que implica ejecutar una de las estrategias de historia de vida propuestas por el modelo FSD). En este sentido, este rasgo puede ser considerado de gran relevancia en el desarrollo del trastorno, puesto que con ello se muestra la necesidad del sujeto de mantenerse con vida. Para la persona que vive con trastorno de ansiedad generalizada, la evitación de la preocupación es fundamental (Behar et al., 2011), sin embargo, eso mismo puede llegar a ser causa de mayores conflictos y dolor en virtud de que el sujeto pasa de un estado a otro (eventualmente lleno de angustia por mitigar el dolor y lograr estabilidad) como parte de sus mecanismos de supervivencia. Algunos filósofos como Damasio (1994) y Gigerenzer (2008) han realizado experimentos que muestran que la racionalidad humana está centrada en el instinto. Esto vinculado al rasgo de la alta impulsividad, da cuenta de que el rasgo estaría asociado a la necesidad de tomar decisiones como parte del mecanismo de supervivencia. Antonio Damasio en su libro "El error de Descartes", sugiere que el propósito de razonar es decidir. Esta decisión necesariamente debería llevar al individuo a vivir bien o al menos a preservar su vida. La propuesta que hace Damasio, llamada la hipótesis del marcador somático, está relacionada con la respuesta emocional del cerebro ante determinados estímulos. El cerebro vincula sólidamente el estímulo con la respuesta ventajosa al tomar una decisión. Esta propuesta rompe los esquemas clásicos del razonamiento

y abre la puerta para la realización de análisis empíricos que permitan investigar el funcionamiento cerebral del individuo en la toma de decisiones coherentes y sistemáticas para la vida cotidiana pero que tienen un referente somático-biológico.

La propuesta del marcador somático tiene que ver con sensaciones viscerales y no viscerales relativas al cuerpo, es decir, las sensaciones del soma pueden tener un referente emocional intenso que propiamente se asocia a la respuesta neural del organismo ante ciertos estímulos, así como las sensaciones que pueden ser de tipo perceptual y que implican los sentidos (tacto, gusto, oído, olfato y vista); de forma que ambas sensaciones vayan conduciendo al individuo a la acción. El marcador somático obliga a enfocar la atención en el resultado negativo de una acción determinada, a través de una fugaz sensación de displacer en el cuerpo, para poder captar el peligro y así enfocarse en lo que cause el menor daño y sea proveedor de estabilidad vital (Damasio, 1994).

Esta hipótesis indica que, las estructuras neurales tienen representaciones de asociaciones efectuadas entre situaciones complejas vividas por el individuo, y las sensaciones viscerales o no viscerales vinculadas con anterioridad a esas situaciones. Cuando una persona se enfrenta a una situación igual o parecida a alguna experimentada en el pasado, los mecanismos de la memoria se activan como un recuerdo o bien como representación cognitiva, que lleva al individuo a enfrentar opciones de respuesta ante una situación concreta. El organismo va acumulando información desde su ontogenia, de modo que las asociaciones situacionales con eventos somáticos van otorgando señales ante determinados estímulos de forma que se logre que los procesos de razonamiento y toma de

decisiones lleven al individuo a conductas específicas asociadas al alcance de determinados resultados, sobre todo aquellos que mantengan la vida estable del individuo.

Las marcas somáticas no son elegidas de manera deliberada por la persona, son un emparejamiento entre los procesos cognitivos y los procesos emocionales que además están inmersos en un ambiente determinado, el cual permite contextualizar las situaciones de experiencias vividas, mismas que llevan a la decisión tomada y por lo tanto dan significación a los acontecimientos. Este punto es relevante porque se destaca que el emparejamiento contextualizado que menciona Damasio, ofrece al individuo referencias para la vida futura, que no surgen de la nada, pero tampoco a voluntad, sino como expresión de preservación de la vida en función de varios aspectos.

Por otra parte, Gigerenzer (2008), en su libro “Decisiones instintivas: la inteligencia del inconsciente”, expresa que las decisiones inconscientes de los individuos son más frecuentes de lo que imaginamos. Estas decisiones inconscientes han sido llamadas “intuiciones” y, según él, no es posible dar razones que justifiquen la acción tomada. Las investigaciones realizadas por Gigerenzer y su equipo, muestran que existen reglas generales o heurísticas que subyacen a las intuiciones. Las heurísticas para este autor son parte del proceso racional humano y se fundamenta en un enfoque adaptativo de la conducta.

Por otra parte, la atracción por la belleza e imaginar situaciones agradables, como parte de los hallazgos obtenidos, forma parte de la categoría de la personalidad.

Según Carl Jung (2010), la personalidad es configurada por la persona y sirve para adaptarse al medio en el que se habita, es decir, este rasgo adaptativo es capaz de mostrar y esconder lo que el sujeto quiere que otros observen o no de sí mismo a fin de lograr la supervivencia en su entorno y en el mejor de los casos la pertenencia al grupo, lo que de hecho también implica mayores posibilidades de supervivencia. La personalidad se modela a partir de la conjunción de la genética y el ambiente, lo que en principio no pareciera instintivo, sin embargo, es adaptativo dado que la persona desarrolla rasgos que le permiten la supervivencia en el ambiente en el que se encuentra con los recursos que cuenta. Esto podría llevar a la discusión sobre si es verdaderamente posible que se tenga este rasgo de la personalidad aunado a las habilidades cognitivas: analíticas, reflexivas y verbales. Lo que en principio resulta complejo, es posible desde la perspectiva junguiana ya que la personalidad está afectada por el inconsciente colectivo generando arquetipos que tienen una representación simbólica y que han sido construidos como un recurso o esquema adaptativo transmitido de generación en generación que permite la supervivencia de la persona (Ortiz, 2021).

La maduración sexual temprana y rápida, así como no ser susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas, implica un sentido de supervivencia y reproducción como parte de las motivaciones básicas del ser humano, lo que al parecer daría razón al modelo FSD de la psicopatología evolucionista. Esto implica que el sujeto orientado a la supervivencia desde sus niveles más fundamentales es capaz de tener acciones que promuevan actos que garanticen su éxito de vida desde una perspectiva funcional y básica. Según Lawson (2016) la perspectiva de

historia de vida usa la optimización de recursos para entender la variación en las historias de vida observadas, de tal forma que se reconozca la optimización de dicha variación como una aptitud que le permite desarrollarse en el nicho ecológico en el que se encuentra. Así, estas estrategias elegidas, son capaces de propiciar el éxito de una persona en relación con las condiciones individuales y al acceso de recursos. Por ejemplo, la madurez sexual retardada incrementa la reproducción potencial de adultos por los beneficios físicos y cognitivos que conlleva. Sin embargo, cuando se considera estar en peligro, la madurez sexual retardada puede significar fracaso reproductivo. En el caso particular, el que un sujeto con TAG se sienta en constante amenaza y/o peligro, implica que su maduración sexual sea pronta a fin de minimizar el fracaso reproductivo y garantizar la supervivencia. Este tipo de estrategias merman el desarrollo del cerebro y ralentizan el aprendizaje, lo que en principio lleva a un ciclo sin fin de supervivencia generacional asociado al trastorno de ansiedad generalizada.

Esto a su vez, se asocia a las características rápidas del modelo FSD de Del Giudice (2018), en donde se menciona que algunos rasgos del trastorno de ansiedad generalizada, sobre todo en mujeres, están asociados a una maduración sexual temprana y rápida. Según la teoría de las invarianzas de historia de vida (Charnov, 1993), el retraso en la sexualidad es producto de menores riesgos potenciales y/o amenazas extrínsecas para el individuo. A la inversa, un individuo que se siente en constante peligro tiende a desarrollar conductas sexuales tempranas y rápidas a fin de garantizar su supervivencia. Lo que resulta paradójico es tanto que, la persona que padece TAG siente que vive en constante peligro, lo que por un lado conduce

a una maduración sexual temprana y rápida, mientras que, por el otro, mantiene conductas sexuales de riesgo al no tener un gran impacto lo considerado moral o sexualmente asqueroso. Esta combinación de conductas tiene un impacto ambivalente en el sujeto dado que la necesidad de reproducción no está en función de la estabilidad física, emocional y cognitiva (que en principio llevan al éxito reproductivo y por lo tanto implican fertilidad) , sino en la necesidad de mantenerse con vida ante la hostilidad del contexto en que habita ya sea real o imaginario. Se menciona así en tanto que el rasgo principal del trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación, denota inestabilidad e incertidumbre percibida, más no necesariamente real.

Es importante mencionar que recientemente algunos investigadores de la psicología evolucionista han estudiado los mecanismos adaptativos de la historia de vida, así como los límites psicológicos, cognitivos y de desarrollo que permiten identificar ciertas particularidades de determinadas poblaciones. En este caso, revisar las estrategias de historia de vida en torno al trastorno de ansiedad generalizada, permite reconocer cuales han sido las estrategias llevadas a cabo y las consecuencias de ello, de qué manera han impactado la vida del ser humano y que tal vez en algunas de esas conductas realizadas desde la inmediatez de la supervivencia, se pueden encontrar respuestas a situaciones complejas por las que atraviesa la sociedad contemporánea. El caso de los trastornos mentales es solo uno de muchos temas en los que la psicología evolucionista está abonando para conocer nuevos marcos explicativos que permitan dar cuenta de las causas de dichas situaciones que el ser humano experimenta en la vida actual.

Finalmente, los rasgos de la capacidad analítica y la reflexividad, así como la habilidad verbal representan características que se asocian a la cognición de alto nivel, es decir, a aspectos cognitivos que en principio parecieran no estar vinculados al instinto de supervivencia pero que son parte importante del desarrollo cognitivo de las funciones ejecutivas, principalmente del razonamiento. Según la psicología evolucionista, el razonamiento es parte del proceso evolutivo del cerebro. El enfoque que ofrecen los psicólogos evolucionistas para el estudio de la razón se caracteriza por considerar que la mente humana está compuesta por módulos innatos de dominio específico, producto de la selección natural. Cosmides y Tooby (1992,1997) sostienen que los módulos son mecanismos computacionales innatos. La modularidad masiva es una hipótesis que afirma que la mente humana está compuesta mayormente por mecanismos cognitivos altamente especializados o módulos (García, 2009) y los psicólogos evolucionistas aceptan el computacionalismo, el innatismo y el adaptacionismo.

Dado que los psicólogos evolucionistas proponen una manera distinta de entender la racionalidad humana, la psicología evolucionista se asocia a una visión optimista de la racionalidad. Esta visión considera que el ser humano razona, a partir de procesos cognitivos que se han desarrollado por selección natural, como parte del instinto de supervivencia. Los psicólogos evolucionistas definen su proyecto como “un acercamiento a la psicología, en el que el conocimiento y los principios de la biología evolucionista son usados para investigar la estructura de la mente... Bajo esta visión, la mente es un conjunto de máquinas procesadoras de información que fueron diseñadas por la selección natural para resolver problemas adaptativos a los

que nuestros ancestros cazadores-recolectores se enfrentaron” (Cosmides & Tooby, 1997).

Si se parte de este supuesto, la psicología evolucionista presenta argumentos en contra de la interpretación pesimista de la racionalidad propuesta por la tradición de heurísticas y sesgos; además de realizar un estudio descriptivo de la razón, a saber, cómo de hecho razonamos. Esto es, un razonamiento instintivo. Desde esta perspectiva la mente humana es poderosa e inteligente, no porque contiene propósitos generales en los métodos de razonamiento sino porque es instintiva, llamado por Cosmides (1994) *reasoning instincts*. Los principales problemas a los que se enfrentaron nuestros ancestros, como se mencionó anteriormente, fueron de tipo adaptativo. Esto, según los psicólogos evolucionistas, dio lugar a las bases neurales de los programas cognitivos para la adaptación. “La mayoría de los problemas adaptativos se relacionan con cómo los organismos conducen sus vidas: qué comen, quiénes se los comen, con quiénes se aparean, con quiénes socializan, cómo se comunican, y así sucesivamente. Los problemas adaptativos son el único tipo de problemas para los que la selección natural pudo diseñar circuitos para solucionarlos” (Cosmides & Tooby, 1997).

Con frecuencia se piensa en los instintos como el polo opuesto del razonamiento y del aprendizaje (Cosmides & Tooby, 1997). Sin embargo, la perspectiva cognitiva que se ha sostenido e informado de la biología evolutiva pone en duda estos supuestos. Dentro de la lógica adaptacionista y la psicología evolutiva, se intenta mostrar cómo las respuestas conductuales adaptativas son resultado de un proceso evolutivo constante. De tal forma que las conductas efectuadas como parte del

razonamiento humano no dependen de materias formales como la lógica o la probabilidad, sino que se encuentran intrínsecas en el razonamiento instintivo (Gigerenzer, 2008).

El enfoque adaptacionista se centra en el diseño cerebral adaptativo de la especie, por lo que busca las distintas capacidades mentales como únicas y la psicología evolucionista utiliza este tipo de enfoque para estudiar la mente humana. Asimismo, rechaza la dicotomía del instinto versus razonamiento o bien lo innato versus lo aprendido. Supone de hecho, que los aspectos fenotípicos de un organismo son el producto de la selección natural, los genes y el ambiente, por lo que puede suponerse que el ser humano es capaz de desarrollar mecanismos adaptativos como la capacidad analítica, la reflexividad y la habilidad verbal como parte de sus estrategias de supervivencia.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Las conclusiones de la presente tesis doctoral se centran en lo esbozado y proyectado en el inicio del documento, principalmente en evaluar el modelo FSD de la psicopatología evolucionista, el cual se caracteriza por plantear que los trastornos mentales tienen un componente adaptativo ligado a las estrategias de historia de vida como parte de la supervivencia. En este documento se revisó en función del trastorno de ansiedad generalizada, por ser uno de los más prevalentes en salud pública, no solo en México sino alrededor del mundo. Dicha evaluación consistió en asociar los rasgos de los factores de las estrategias de historia de vida de la psicopatología evolucionista con el rasgo de la preocupación por ser considerado uno de los principales signos y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada según las clasificaciones vigentes del DSM V y CIE 10. Para lograr lo anterior, se utilizó el Cuestionario de la Preocupación de Pensilvania (PSWQ) y una escala likert de diseño propio con los rasgos de la estrategia rápida del modelo, es decir del tipo F (F-Type), la cual se caracteriza por ser una estrategia de supervivencia a través de la huida. El objetivo fue igualar la cantidad de ítems y emparejar los puntajes según lo establecido en la teoría propuesta por el autor del modelo FSD.

5.1 Hallazgos

La tesis doctoral presentada buscó evaluar el modelo FSD de la psicopatología evolucionista en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) con la finalidad de identificar si efectivamente es viable asociar los rasgos y características presentadas por los criterios diagnósticos vigentes (DSM V y CIE 10) con los

factores de personalidad presentados en el modelo mencionado. Con ello se aporta una nueva perspectiva para comprender y abordar este trastorno desde un enfoque interdisciplinario que integra la biología evolutiva, la psicología clínica, la neurociencia y las ciencias sociales. La investigación ha permitido no solo evaluar los factores de personalidad de las estrategias de historia de vida defensivas en el TAG según el modelo FSD, sino también reflexionar sobre cómo estas estrategias, inicialmente adaptativas, pueden volverse disfuncionales.

A continuación, se expone un análisis detallado de los hallazgos obtenidos, su relevancia teórica y práctica, y las implicaciones para la salud mental, además de las recomendaciones para investigaciones futuras.

Evaluación del modelo FSD: interpretación de los resultados

El modelo FSD propone que las estrategias rápidas y defensivas son respuestas adaptativas desarrolladas para enfrentar contextos de alta incertidumbre, donde la supervivencia depende de la toma de decisiones rápidas y la optimización de recursos a corto plazo. En el presente estudio, estas estrategias fueron evaluadas mediante una escala diseñada específicamente para medir los rasgos del modelo FSD, en combinación con el Cuestionario de la Preocupación de Pensilvania (PSWQ), que mide el rasgo de preocupación característico del TAG.

Si bien no se encontraron correlaciones significativas entre los instrumentos utilizados, los resultados permitieron identificar patrones consistentes en los participantes con TAG, destacando seis rasgos principales del modelo FSD: alta impulsividad, capacidad analítica y reflexividad, habilidad verbal, atracción por la

belleza e imaginación de situaciones agradables, maduración sexual temprana y rápida, y ausencia de susceptibilidad a estímulos considerados moral o sexualmente desagradables.

Estos hallazgos son consistentes con la propuesta de Del Giudice (2018) sobre la psicopatología evolucionista, que sugiere que los síntomas de trastornos mentales como el TAG pueden entenderse como expresiones extremas de estrategias adaptativas. Desde esta perspectiva, los rasgos identificados no son intrínsecamente disfuncionales, sino que reflejan mecanismos diseñados para maximizar la supervivencia en contextos adversos o bien percibidos por el sujeto como adversos. Sin embargo, en el entorno actual, caracterizado por demandas sociales y emocionales complejas, estas estrategias pueden convertirse en factores de riesgo para el desarrollo del TAG.

Análisis detallado de los rasgos del modelo FSD en el TAG

Alta impulsividad: Este rasgo, vinculado a la toma de decisiones rápidas, es adaptativo en situaciones de peligro inmediato reales o imaginarias, en el TAG se traduce también en dificultad para regular las emociones básicas principalmente el miedo, así como una tendencia a la evitación, es decir, al no sentirse capaz de enfrentar la adversidad, el sujeto afectado tiende a la huida a fin de mantener la supervivencia, lo que perpetúa el miedo y con ello la preocupación excesiva ante situaciones que se consideran amenazantes desde una perspectiva no sólo psíquica sino biológica, reforzando los mismos patrones de comportamiento. 2.

Capacidad analítica y reflexividad: Aunque estas habilidades permiten una mayor profundidad en el análisis de problemas, en pacientes con TAG se asocian con la rumiación y la amplificación de preocupaciones, generando un estrés cognitivo que exacerba el malestar emocional, esto desde la perspectiva de la psicología clínica. Sin embargo, desde la psicología evolucionista, esto representa una sobreactivación del sistema cognitivo de alto nivel asociado al razonamiento por un desfase en el sistema cognitivo de bajo nivel asociado a las emociones básicas, particularmente el miedo. Esto es que, en el sujeto con TAG, la respuesta al miedo no tiene un sentido lógico o congruente dado que el acontecimiento tampoco, por lo que la capacidad de análisis y reflexividad emergen como un recurso invaluable para encontrar la solución a una situación sentida como amenazante aunque en sí misma no lo sea. Por otra parte, la neurobiología del trastorno de ansiedad está vinculada a desórdenes en la adecuada producción de los neurotransmisores reguladores del estado de ánimo y por tanto desregulan la conducta del sujeto que padece TAG, lo que en principio lleva a que el actuar de la persona sea errático y por tanto cubierto por el rasgo de personalidad de análisis y reflexión a fin de sostenerse estable en medio de la ambigüedad de las sensaciones experimentadas.

Habilidad verbal: Este rasgo, que facilita la comunicación y la resolución de conflictos, puede intensificar la rumiación verbal interna, un síntoma común del TAG que mantiene al paciente atrapado en un ciclo de pensamientos intrusivos. La habilidad verbal es parte del sistema cognitivo de alto nivel, de tal forma que desde la psicología evolucionista, este rasgo se activa, al igual que el anterior por desfase

de activación del sistema cognitivo de bajo nivel o bien por la total falta de activación, es decir, cuando una situación amenazante no es controlable por los medios de supervivencia básicos (sistema cognitivo de bajo nivel), se activa el de alto nivel a fin de resolver el problema o situación adversa desde recursos mucho más sofisticados que los del sistema cognitivo de bajo nivel, lo que, si bien es cierto puede representar una forma de atender situaciones críticas, también lo es que el exceso de elaboración del discurso lleva a encontrar multiplicidad de escenarios mentales, la mayoría irreales, que llevan al sujeto a entrar en bucle de caos mental dado que cada vez se tiene una mayor cantidad de situaciones que enfrentar y abordar; sin embargo, al ser la estrategia de vida del sujeto, la huida y no la pelea, éste no suele enfrentar el conflicto y en consecuencia el sistema de huida, en principio imaginaria, se activa para mantenerse con vida.

Atracción por la belleza e imaginación de situaciones agradables: Este rasgo refleja una sensibilidad estética y emocional que, en el TAG, puede actuar como un mecanismo de escape o disociación de la realidad presente, perpetuando la evitación de problemas. En este punto, se hace hincapié en un recurso utilizado por el sujeto con TAG como parte del mecanismo de supervivencia de huida, en tanto que la imaginación hace el papel de creación de alternativas de vida independientes de cualquier adversidad o bien como un mecanismo que permite enfrentar de forma imaginaria lo que en la realidad no se enfrenta por no ser parte de la estrategia de historia de vida dominante de la persona. Asimismo, este rasgo de personalidad permite que el sujeto con TAG pueda elaborar vínculos de relación con pares, que

apuestan por garantizar la estabilidad y minimizar la necesidad de huida. La contradicción radica precisamente en que ese recurso es precisamente la huida, complicando los vínculos y reforzando el trastorno.

Maduración sexual temprana y rápida: En contextos evolutivos, este rasgo maximiza las oportunidades reproductivas y por tanto garantizan la supervivencia. En este sentido, el sujeto prioriza de forma inconsciente permanecer con vida mediante su descendencia. En pacientes con TAG, no se trata propiamente de ello sino que es un rasgo de personalidad que puede asociarse con conductas impulsivas y relaciones interpersonales inestables, lo que incrementa la vulnerabilidad emocional. Asimismo, este rasgo se vincula con el de alta impulsividad analizado con antelación y que muestra como el peligro o riesgo inminente activa zonas del cerebro que desinhiben el miedo y la preocupación como dos de los rasgos críticos del TAG.

Ausencia de susceptibilidad a estímulos moral o sexualmente desagradables: Este rasgo de personalidad se vincula estrechamente con el anterior así como con la alta impulsividad, de hecho esta triada en pacientes con TAG es uno de los signos más relevantes en tanto que muestran de manera clara y contundente la respuesta instintiva de huida ante diversas situaciones. En términos adaptativos, se puede mencionar que forma parte de un alto grado de flexibilidad conductual a fin de lograr la supervivencia. Sin embargo, estos rasgos implican aspectos no solo psíquicos

sino también neurobiológicos en tanto que se activan neurotransmisores capaces de promover sensaciones que “hacen sentir viva” a la persona que las experimenta, de tal forma que no se mide el riesgo que lleva consigo la conducta sino la capacidad de sentir y experimentar situaciones que en otro contexto no se sería posible vivir sin afrontarla (por ejemplo, la afectividad en las relaciones interpersonales significativas) y que de esta manera refuerza la huida como estrategia de historia de vida. Implicaciones sociodemográficas y clínicas

El análisis sociodemográfico de los participantes reveló que el TAG afecta de manera desproporcionada a mujeres jóvenes, con una incidencia especialmente alta entre los 18 y 28 años. Este hallazgo refuerza la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y tratamiento dirigidas a este grupo, considerando factores de género y etapas críticas del desarrollo.

Además, se identificó que las dinámicas familiares y el nivel socioeconómico tienen un impacto significativo en la experiencia del TAG. Aunque vivir con la familia nuclear o con la pareja puede actuar como un factor protector, también puede convertirse en una fuente de estrés dependiendo de la calidad de las relaciones y las expectativas culturales. Asimismo, los niveles de ingresos reportados por los participantes reflejan las limitaciones económicas que dificultan el acceso a tratamientos integrales, destacando la importancia de políticas públicas que garanticen la equidad en el acceso a la salud mental.

Aportaciones de la psicopatología evolucionista

La integración de la psicopatología evolucionista en el estudio del TAG ofrece una perspectiva enriquecedora que trasciende las clasificaciones diagnósticas tradicionales. Este enfoque no solo permite comprender los síntomas desde una óptica funcional, sino que también promueve un cambio de paradigma en el abordaje de los trastornos mentales. Entre las principales aportaciones teóricas y prácticas de este enfoque, destacan:

Reinterpretación de los síntomas: Los síntomas del TAG pueden entenderse como respuestas adaptativas que han perdido su funcionalidad. Este enfoque ayuda a desestigmatizar el trastorno y facilita una mayor empatía hacia los pacientes dado que los rasgos adaptativos son parte de la supervivencia de la especie humana, sin embargo, la utilización funcional de las estrategias de historia de vida, radican en la intensidad de los síntomas presentados por el sujeto afectado y que tanto esta sintomatología afecta su calidad de vida. En personas que aún no han experimentado algún acontecimiento detonante del trastorno, pueden vivir con estrategias de historia de vida y conductas disfuncionales sin que estas afecten su vivir cotidiano, por lo que, en principio no se consideran parte de la estadística de pacientes con trastorno mental. La psicopatología evolucionista permite llevar a cabo un meta análisis capaz de indagar no en la sintomatología que representa un problema de salud mental, sino en las posibilidades de desarrollarlo a partir de las conductas funcionales que forman parte de la estrategia de historia de vida adoptada desde la infancia.

Desarrollo de intervenciones personalizadas: Al identificar los rasgos específicos asociados al modelo FSD, es posible diseñar tratamientos que capitalicen estas características, promoviendo su uso funcional en lugar de intentar suprimirlas. Las intervenciones personalizadas permiten un análisis fenomenológico del trastorno, por lo que el paciente puede encontrar la garantía de que la estrategia de historia de vida pudo haber sido fuente de estabilidad y regulación biopsicosocial en momentos críticos de su vida pero que eventualmente se requiere atender a una transición funcional para que esta estrategia no culmine en un trastorno que se agrave con el tiempo, sino que se genere una ruta alternativa sin que la persona se considere defectuosa y que por otro lado, desarrolle la capacidad de autoconocimiento y autocuidado para tener la posibilidad de generar nuevas opciones de desempeño saludable en su vida cotidiana.

Prevención temprana: Identificar rasgos de estrategias rápidas y defensivas en etapas tempranas de la vida puede facilitar la implementación de programas preventivos dirigidos a reducir la incidencia del TAG en poblaciones vulnerables. Así, la prevención se vuelve crucial para que la prevalencia del trastorno disminuya y permita al sujeto beneficios personales y sociales en términos de salud emocional y física. Con ello se establece la directriz para una sociedad mucho más saludable y funcional, lo que impacta de manera significativa en todos los sentidos a nivel colectivo.

5.2 Recomendaciones

Derivado de lo anterior, se sugiere profundizar en la investigación mediante la validación del instrumento de las estrategias de historia de vida a fin de conocer su viabilidad para ser utilizado como herramienta predictiva de trastorno de ansiedad generalizada. Esto puede abrir la posibilidad de una línea de investigación más amplia en torno a una patología mental que va en aumento y que genera incapacidad en muchos aspectos de la vida para la persona afectada.

Por otra parte, la especulación sobre la disonancia cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada ofrece la posibilidad de realizar un análisis metacognitivo con relación a las implicaciones subjetivas de dicha disonancia y cómo esto impacta la vida de la persona dado que se recibe información de alto y bajo nivel en términos cognitivos, lo que puede resultar sumamente complejo de experimentar.

5.3 Investigaciones Futuras

Se presenta la posibilidad de estudios futuros vinculados a lo dicho, principalmente validar el instrumento diseñado para conocer las estrategias de historia de vida y aplicarlo de manera amplia a fin de lograr hallazgos significativos para la investigación. Posteriormente, revisar si efectivamente los rasgos de los factores de las estrategias de historia de vida que hasta ahora resultaron, a saber: alta impulsividad, capacidad analítica y reflexividad, habilidad verbal, atracción por la belleza e imaginar situaciones agradables, maduración sexual temprana y rápida, y finalmente, no ser susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas; pueden resultar en rasgos predictivos para el desarrollo del trastorno y

si a partir de ello es viable generar estrategias en salud pública que permitan una atención oportuna en personas con tendencia a desarrollar el trastorno para mejorar su calidad de vida. Asimismo, se esperaría que ello permita el diseño y elaboración de estrategias de prevención basadas en el autoconocimiento y el autocuidado.

Finalmente, se espera que esta investigación promueve la psicoeducación en torno a la salud mental desde una perspectiva biológica en tanto que la argumentación de la psicopatología evolucionista ofrece razones que facilitan el entendimiento de aquello que se vive en términos subjetivos ante un padecimiento sumamente complejo como lo es el trastorno de ansiedad generalizada. 5.4. Limitaciones

La investigación se basa en datos recogidos hasta 2023, lo que puede omitir descubrimientos o desarrollos recientes en la psicopatología evolucionista y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La muestra utilizada en el estudio puede no ser representativa de la población general, lo cual podría limitar la generalización de los resultados.

5.4. Limitaciones

La investigación se basa en datos recogidos hasta 2023, lo que puede omitir descubrimientos o desarrollos recientes en la psicopatología evolucionista y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La muestra utilizada en el estudio puede no ser representativa de la población general, lo cual podría limitar la generalización de los resultados.

5.5. Validez de la investigación

La validez de la investigación es sostenida por la utilización de instrumentos bien establecidos, como el Cuestionario de la Preocupación de Pensilvania (PSWQ), combinado con una escala de diseño propio que se alinea con los rasgos del modelo FSD. Estos métodos han permitido una evaluación detallada de los rasgos de las estrategias de historia de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Además, el enfoque interdisciplinario que integra la biología evolutiva, la psicología clínica y las ciencias sociales fortalece la relevancia teórica y práctica de los hallazgos. Sin embargo, es fundamental considerar las limitaciones mencionadas, como la representatividad de la muestra y las posibles variables no controladas, para interpretar con precisión los resultados y su aplicabilidad a diferentes contextos. En conjunto, la investigación ofrece una perspectiva valiosa y bien fundamentada, aunque se reconoce la necesidad de estudios adicionales para validar y expandir estos hallazgos.

5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales

En resumen, esta tesis doctoral ha proporcionado una comprensión integral del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) desde una perspectiva interdisciplinaria que integra la psicopatología evolucionista. Al evaluar el modelo FSD y sus rasgos asociados, se ha logrado identificar patrones y características que, aunque inicialmente adaptativos, pueden volverse disfuncionales en el contexto moderno, contribuyendo al desarrollo y perpetuación del TAG. Los hallazgos obtenidos

subrayan la complejidad del TAG y la necesidad de abordajes personalizados y empáticos que consideren tanto los factores evolutivos como los contextuales.

Este trabajo representa un esfuerzo significativo por desentrañar la naturaleza del TAG desde una óptica novedosa y multifacética. A lo largo del proceso de investigación, se ha evidenciado la importancia de considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales de manera integrada para entender mejor los trastornos mentales. La psicopatología evolucionista ha ofrecido una nueva luz sobre cómo ciertos rasgos y estrategias de supervivencia, aunque útiles en contextos históricos, pueden representar desafíos en el mundo actual.

Una de las principales reflexiones personales es la importancia de la psicoeducación y la desestigmatización del TAG. Al comprender que muchos de los síntomas son respuestas adaptativas extremas, podemos promover una mayor empatía hacia quienes sufren este trastorno, fomentando un entorno más comprensivo y de apoyo. Además, la posibilidad de desarrollar intervenciones personalizadas basadas en los rasgos específicos del modelo FSD abre nuevas vías para tratamientos más efectivos y preventivos.

Otra reflexión importante es el impacto de las dinámicas familiares y el nivel socioeconómico en la experiencia del TAG. La investigación ha mostrado que el apoyo familiar y la estabilidad económica son factores clave para mitigar los efectos del TAG. Por tanto, es esencial considerar estos elementos en el diseño de intervenciones y políticas de salud mental. Las políticas públicas deben centrarse

en garantizar el acceso equitativo a tratamientos y recursos, especialmente para los grupos más vulnerables.

Además, la posibilidad de prevenir el TAG mediante la identificación temprana de rasgos de estrategias rápidas y defensivas destaca la importancia de implementar programas preventivos en etapas tempranas de la vida. Estos programas deben centrarse en el autoconocimiento y el autocuidado, proporcionando herramientas y recursos para manejar el estrés y las preocupaciones de manera efectiva.

La psicoeducación juega un papel crucial en la comprensión y manejo del TAG. Al educar a la sociedad sobre la naturaleza evolutiva de los síntomas del TAG, podemos reducir el estigma asociado con el trastorno y promover un entorno más comprensivo y empático. La integración de la psicopatología evolucionista en la psicoeducación puede proporcionar una comprensión más profunda y matizada de los síntomas, ayudando a los pacientes y a sus familias a abordar el trastorno de manera más efectiva.

En conclusión, esta tesis doctoral no solo aporta al cuerpo académico y científico, sino que también tiene implicaciones prácticas significativas para el tratamiento y la comprensión del TAG. Espero que estos hallazgos puedan inspirar futuras investigaciones y contribuir a un enfoque más holístico y humano en el campo de la salud mental. La combinación de la psicopatología evolucionista con intervenciones personalizadas y un enfoque empático puede transformar la manera en que abordamos y tratamos el TAG, mejorando significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen, J., Balfour, R., & Marmot, M. (2014) Social determinants of mental health *Journal International Review of Psychiatry* Volume 26, 2014 - Issue 4 pages 392-407
2. Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Arlington, VA.
3. Bados, A. (2017). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia.
4. Barkow, J.H., Cosmides, L., y Tooby, J. (1992). *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*.
5. Baxter, A., Vos, T., Scott, K., Ferrari, A., & Whiteford, H. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine*, 44(11), 2363-2374. doi:10.1017/S0033291713003243
6. Behar, E., DiMarco, I. Hekler, E., Mohlman, J., & Staples, A. (2011) Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders* Vol. 23, p. 1011–1023.
7. Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009) Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50:4 (2009), pp 386–395 doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x
8. Borkovec, T., Ray, W., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), p. 561-576.

9. Borkovec, T. & Newman, M. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Series Eds.), & P. Salkovskis (Vol. Ed.), *Comprehensive clinical psychology: Vol. 6. Adults: Clinical formulation and treatment.* (pp. 439-459). Oxford, England: Pergamon Press.
10. Bravo, MF. (2015) *Psicofarmacología para psicólogos.* Madrid.
11. Carroll, B., & Davidson, J. (2000). *Screening Scale for DSM-IV GAD.* Copyright.
12. Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., y Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
13. Casey, B. J., Craddock, N., Cuthbert, B. N., Hyman, S. E., Lee, F. S., & Ressler, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research?. *Nature reviews. Neuroscience*, 14(11), 810–814. <https://doi.org/10.1038/nrn3621>
14. Charnov, E.L. (1993) *Life history invariants,* Oxford University Press.
15. Christensen H, Batterham P, Mackinnon A, Griffiths KM, Kalia Hehir K, Kenardy J, Gosling J, & Bennett K (2014) Prevention of Generalized Anxiety Disorder Using a Web Intervention, iChill: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2014;16(9):e199
16. Compton, S. N., Peris, T. S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P. C., Albano, A. M. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: results from the CAMS trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 212–224. doi:10.1037/a0035458

17. Cosmides, L. y Tooby, J. (1992) "Cognitive adaptations for social exchange" en Barkow, J., Cosmides, L. y J. Tooby (eds.), *The Adapted Mind. Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*, New York: Oxford University Press, pp. 163-228
18. Cosmides, L. y Tooby, J. (1997) "Evolutionary Psychology: A Primer", Disponible en: <http://www.psych.ucsb.edu/research/cep/primer.html> Web
19. Cosmides, L. & Tooby, J. (2000) *Evolutionary Psychology and the Emotions. Handbook of Emotions, 2nd Edition*. Nueva York.
20. Cosmides, L. y Tooby, J. (2004) "Better than Rational: Evolutionary Psychology and the Invisible Hand". *The American Economic Review*, Vol. 84, No. 2, Papers and Proceedings of the Hundred and Sixth Annual Meeting of the American Economic Association (May, 1994), 327-332.
21. Crocq, M. (2017) The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, Jun; 19(2): 107–116.
22. Cuthbert, B.N., Insel, T.R. (2013) Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 11, 126 (2013). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
23. Cuthbert, B. (2015) Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Mar; 17(1): 89–97.
24. Damasio, A. (1994) "Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain". New York. Editorial Avon Books.
25. Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013) La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, vol. 2, núm. 7, julio-septiembre, 2013, pp. 162-167
26. Dickins, T. (2016) Perspectivas evolucionistas de la conducta. En Swami, V. (Ed.) *Psicología evolucionista. Una introducción crítica*. México. pp. 9-41

27. Del Giudice, M. (2018) *Evolutionary psychopathology: A Unified Approach*. Oxford University Press. ISBN: 9780190246846
28. Del Giudice, M. (2016) The evolutionary future of psychopathology. *Current Opinion in Psychology* Vol. 7 p. 44–50.
29. Fernández, AM. (2004) Aportes del Darwinismo a la Psicología Clínica: El paradigma de la Psicología Evolucionista. *Terapia Psicológica* 2004, Vol.22, Nº 1, 33-42
30. Fisher, M. & Baum, F. (2010) The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44:1057 – 1063
31. Freud, S. (1895) *Estudios sobre la histeria*. RBA. España.
32. Garbarino, H. (2012) Las diferentes concepciones psicoanalíticas de la angustia. *Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea)* (114): 15-26 | 15 issn 1688 – 7247
33. García, J. (2009) “La psicología evolucionista y la racionalidad”. Capítulo III. “Epistemología y psicología cognitiva”. México. Editor Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano.
34. Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública De México*, 63(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>
35. Gigerenzer, Gerd (2008) “Decisiones Instintivas: La Inteligencia del Inconsciente”. Barcelona. Editorial Ariel.
36. Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 159–168.

37. Heather B., Howell BA., Brawman-Mintzer O., Monnier J., & Yonkers KA. (2001) Generalized Anxiety Disorder in Women. *Psychiatric Clinics of North America* Volume 24, Issue 1, Pages 165-178
38. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. McGrawHill. México.
39. Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American journal of psychiatry*, 167(7), 748–751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
40. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Consultado el 25 de abril de 2020. Recuperado de: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Dur/Poblacion/default.aspx?tema=ME>
41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023) INEGI. Indicador Trimestral de Actividad Económica Estatal ITAEE . Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/itae/itae_2023_01_Dgo.pdf
42. Jung, C. (2010) *Sobre el desarrollo de la personalidad*. Trota España.
43. Klein, M. (2008) *Amor, culpa y reparación*. Ediciones culturales Paidós. México.
44. Lawson, D. (2016) Teoría de la historia de vida y conducta reproductiva humana. En Swami, V. (Ed.) *Psicología evolucionista*. Una introducción crítica. México. pp. 197-230
45. Makovac, E., Smallwood, J., Watson, D. R., Meeten, F., Critchley, H. D., & Ottaviani, C. (2017). The verbal nature of worry in generalized anxiety: Insights

from the brain. *NeuroImage. Clinical*, 17, 882–892.
<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.12.014>

46. Medina-Mora, E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la encuesta mundial de salud mental. Edited by Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn, Sergio Aguilar-Gaxiola Pan American Health Org, 2009 - Medical
47. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16 [citado febrero 19, 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
48. Merikangas, K., Nakamura, E. & Kessler, R. (2009) Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2009 Mar; 11(1): 7–20.
49. Meyer, T., Miller, M., Metzger, R., & Borkovec, T. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 6, pp. 487-495.
50. Newman, M. & Llera, S. (2011) A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. The Pennsylvania State University, United States. *Clin Psychol Vol. 31(3)*: p. 371–382.
51. Newman, M., Llera, S., Erickson, T., Przeworski, A. & Castonguay, L. (2016) Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Health and Human Services. Annu Rev Clin Psychol. Vol. 9* p. 275–297.

52. Nuevo, R., Montorio, I. y Ruiz, M.A. (2002). Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. [Applicability of the Penn State Worry Questionnaire in an older adult population.] *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172.
53. Organización Mundial de la Salud (2000) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
54. Organización Mundial de la Salud. (2011) Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Consejo Ejecutivo 130.^a reunión. Ginebra, Suiza. OMS; 2011.
55. Ortiz, E. (2021). Los arquetipos de Jung en la antropología cognitiva. En García Campos, J. y Guerrero Rodríguez, F. (Eds). *Ciencias sociales y humanidades en Durango. Estudios de filosofía e historia*. Universidad Juárez del Estado de Durango.
56. Padros-Blazquez, F., Gonzalez-Betanzos, F., Martinez-Medina, M., & Wagner, F. (2018). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Preocupación Pensilvania (PSWQ) de las Versiones Original y Reducida en Muestras Mexicanas. *Actas Esp Priquiatria*, 46, 4, pp. 116-24.
57. Ribot, Th. (1900) *La psicología de los sentimientos*. Madrid. Librería de Fernando Fé.
58. Rodríguez-Yunta, E. (2016) Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *pers.bioét.* 2016; 20(2): pp. 192-204. DOI: 10.5294/pebi.2016.20.2.6

59. Salas, G. (2010) Ribot, Janet y Binet: Pioneros de la Psicología Francesa Contemporánea. *Revista Eureka Asunción (Paraguay)* 7(2):11-22 ISSN 2218-0559
60. Sarudiansky, M. (2013) Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana* (julio-diciembre, 2013), vol. 21, no. 2, pp. 19-28. issn 1405-0943
61. Selzam, S., Coleman, J.R.I., Caspi, A., Moffitt, T. y Plomin, R. (2018) A polygenic p factor for major psychiatric disorders. *Transl Psychiatry* 8, 205 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0217-4>
62. Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016) Social determinants of mental health: a review of the evidence. *European Journal of Psychiatry*. Vol. 30, N.º 4, (259-292)
63. Soriano, A. M. (2014). Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos* 14, 19-40
64. Torrades, S. (2004) Ansiedad y Depresión. Evidencias genéticas. *OFFARM* 2004: 23:126-9
65. Van Oort, K, Greaves-Lord, F.C., Verhulst, J. & Ormel, A.C. (2009) The developmental course of anxiety symptoms during adolescence: the trails study. *Volume50, Issue10, pages 1209-1217*
66. Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2014). Personality, Emotions, and the Emotional Disorders. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 2(4), 422–442. <https://doi.org/10.1177/2167702614536162>
67. Weine, S., Langenecker, S., y Arenliu, A. (2018) Global mental health and the National Institute of Mental Health Research Domain Criteria. *International Journal of Social Psychiatry* 1–7 DOI: 10.1177/0020764018778704

68. Wittchen, H.U. (2002) Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*. Wiley-Liss, pages 162–171
69. Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl 8), 24-34.
70. Whooley, O. (2014). Nosological reflections: The failure of DSM-5, the emergence of RDoC, and the decontextualization of mental distress. *Society and Mental Health*, 4, 92–110.
71. Asociación Americana de Psiquiatría (2014) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Arlington, VA.
72. Cuevas-Cancino, J.J., & Moreno-Pérez, N.E.. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
73. Instituto Nacional de Salud Mental (2009) Trastornos de Ansiedad. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>
74. Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University.
75. Organización Mundial de la Salud (2000) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
76. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS, 2018 [citado febrero 19, 2021]. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

77. Organización Panamericana de la Salud (2010) “Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud” Washington, D.C.: OPS, © 2010
78. Neil, A. & Christensen, H. (2009) Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety Clinical Psychology Review Volume 29, Issue 3, April 2009, Pages 208-215.
79. Mendelson, T. & Eaton, W. (2018) Recent advances in the prevention of mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology April 2018, Volume 53, Issue 4, pp 325–339 <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1501-6>
80. Wittchen, H.U. (2002) Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. Depression and Anxiety. Wiley-Liss, pages 162–171

APÉNDICE: Formatos empleados durante la investigación

APÉNDICE A. Consentimiento informado

"Evaluación del modelo FSD en pacientes con TAG"

El presente consentimiento informado es parte de la investigación denominada "Evaluación del modelo FSD en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)" del Doctorado en Salud Mental del Instituto Superior de Estudios de Occidente.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva que no se restringe a ninguna circunstancia del entorno en particular. El modelo FSD sugiere que los padecimientos mentales tienen relación con las estrategias de historia de vida (rápida, lenta y defensiva).

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación denominado: "Evaluación del Modelo FSD en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada", como parte de los proyectos del Doctorado en Salud Mental del ISEO.

Los objetivos de la investigación son:

1. Conocer la historia clínica de la paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada;
2. Identificar estrategias de historia de vida del paciente según el modelo FSD;
3. Asociar el contenido de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de los pacientes con TAG con los rasgos de preocupación.

Para lo anterior, su participación en este estudio se desarrollará en tres partes: la primera consta de contestar un cuestionario de historia clínica; la segunda una escala Likert sobre las estrategias de historia de vida del modelo FSD, y la tercera corresponde a contestar el Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ).

Las anotaciones y la precisión de los datos que se deriven de esta evaluación serán llevados, con el uso de un código para lograr un registro y manejo confidencial adecuado de la información.

Me queda claro:

- a) Que los resultados que se obtengan de mi colaboración son de carácter experimental y que por mi participación en este estudio no se otorga ningún tipo de beneficio económico.
- b) Que mi decisión de participar o no de la investigación no afectará a mi situación personal.
- c) Que los resultados de la investigación no serán utilizados en mi perjuicio.
- d) Que la investigación no ocasiona ningún daño colateral en mí.

Después de haber leído la información contenida en este documento y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente, y voluntariamente, manifiesto que he resuelto aceptar mi participación en el desarrollo de la presente investigación. Expresamente autorizo a la persona encargada de realizar la investigación para usar la información en otros futuros trabajos. Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que por ello deba dar explicaciones. Asimismo, tengo la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. **Favor de indicar si acepta o no acepta participar en esta investigación:**

ACEPTO PARTICIPAR

NO ACEPTO PARTICIPAR

APÉNDICE B. Historia clínica

A continuación se presentan algunas preguntas para conocer su historia clínica.
Favor de responder con absoluta sinceridad.

Nombre completo:**Edad:**

15-17 años

18-24 años

25-28 años

29-34 años

35-38 años

39-44 años

45-49 años

50-55 años

56-60 años

Más de 60 años

Sexo:

Mujer

Hombre

Zona de residencia:

Zona norte de la ciudad de Durango

Zona sur de la ciudad de Durango

Zona este de la ciudad de Durango

Zona oeste de la ciudad de Durango

Zona centro de la ciudad de Durango

Nivel educativo:

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Licenciatura

Posgrado

Otro:

Ocupación:

Estudiante

Empleada o empleado sin estudios profesionales

Empleada o empleado con estudios profesionales

Negocio propio

Actividad profesional o trabajador independiente

Ama de casa

Pensionado/Jubilada

Desempleado

Otro:

Nivel de ingresos mensuales:

Menos de \$5,000 mensuales

Entre \$5,000 y \$15,000 mensuales

Entre \$16,000 y \$32,000 mensuales

Entre \$33,000 y \$49,000 mensuales

Más de \$50,000 mensuales

Estado civil:

Soltera/Soltero

Casada/Casado

Unión libre/concubinato

Divorciada/Divorciado

Viuda/Viudo

Separada/Separado

Vive con:

Familia nuclear (pareja/cónyuge e hijos/hijas o padres y hermanos/hermanas)

Padre, madre o ambos

Hermanos

Pareja/Cónyuge

Hijos y/o hijas

Amigos/roomies

Sola/Solo

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El siguiente apartado corresponde a preguntas relacionadas con el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

¿Quién le diagnosticó Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)?

Psiquiatra

Psicólogo/ Psicoterapeuta

Otro:

Edad de inicio de los síntomas del trastorno:

Menos de 6 años de edad

De 6 a 10 años de edad

De 11 a 15 años de edad

De 16 a 20 años de edad

De 21 a 25 años de edad

De 26 a 30 años de edad

De 31 a 35 años de edad

De 36 a 40 años de edad

De 41 a 45 años de edad

De 46 a 50 años de edad

De 51 a 60 años de edad

Más de 60 años de edad

¿Cuánto tiempo lleva padeciendo TAG a partir de que le fue diagnosticado?

Menos de 1 año

De 1 a 3 años

De 4 a 6 años

De 7 a 9 años

10 años o más

¿Ha tomado psicofármacos para el trastorno de ansiedad que padece?

Sí

No

¿Qué psicofármacos le han sido administrados?

Fluoxetina

Paroxetina

Sertralina

Escitalopram

Alprazolam

Clonazepam

Ninguna

Otro:

¿Actualmente está medicada/medicado por Trastorno de Ansiedad Generalizada?

Sí

No

¿Ha llevado o lleva actualmente tratamiento psicoterapéutico?

Sí

No

¿Ha llevado o lleva acompañamiento de psicoeducación en salud mental para un mejor manejo del trastorno?

Sí

No

APÉNDICE C. Estrategia de historia de vida

NIVELES DE RESPUESTA: 1) No me describe en absoluto, 2) Me describe muy poco, 3) Me describe moderadamente, 4) Me describe demasiado, 5) Me describe absolutamente.

Nombre del

participante: _____

NIVELES DE RESPUESTA ESTRATEGIA DE HISTORIA DE VIDA	1	2	3	4	5
Me considero una mujer que prefiere decir las cosas de frente a los demás y comúnmente me dicen no tener tacto o amabilidad al decirlas.					
Habitualmente no me cuestiono si lo que hago, pienso y siento es bueno o malo, correcto o incorrecto.					
Soy una mujer altiva y orgullosa de sí misma, sé que soy valiosa y me considero alguien importante.					
Me gusta sentirme cómoda en los distintos ámbitos de la vida aunque eso me lleve a la deshonestidad en algunas ocasiones.					
Suelo sentirme atraída por lo bello e imaginar distintas situaciones que me agradan.					
Mi despertar sexual fue a una edad muy temprana.					
Suelo relacionarme socialmente sin restricciones sexuales, el pudor no es parte de mi vida.					
Generalmente pienso que mis relaciones amorosas podrían ser inestables.					
Tengo temor de hacer planes a largo plazo, prefiero pensar en términos casi inmediatos.					
No soy tan susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas.					
Suelo ser una mujer impulsiva al momento de tomar decisiones.					
Me gusta tomar riesgos y buscar sensaciones placenteras en ello.					
Soy una persona analítica y mentalista, suelo ser reflexiva ante temas que considero profundos.					
Tengo gran habilidad verbal y soy convincente cuando diálogo con los demás.					
No suelo atender a los detalles viso espaciales.					
Considero que mi maduración sexual ha sido temprana y rápida.					

Elaboración propia con base en el modelo FSD de Del Giudice (2018).

APÉNDICE D. Cuestionario de la preocupación de Pensilvania

NIVELES DE RESPUESTA: 1) Nada, 2) Algo, 3) Regular, 4) Bastante, 5) Mucho.

Nombre del

participante: _____

RESPUESTA	NIVELES	DE	1	2	3	4	5
Se preocupa si no tiene suficiente tiempo para hacerlo todo							
Sus preocupaciones le agobian							
Suele preocuparse por las cosas							
Hay muchas circunstancias que hacen que se preocupe							
Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo							
Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse mucho							
Siempre está preocupándose por algo							
Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones							
Tan pronto como termina una tarea, en seguida empieza a preocuparse por alguna otra cosa que debe hacer							
Se preocupa por todo							
Aunque no haya nada más que se pueda hacer por algo, sigue preocupándose por ello							
Ha estado preocupado toda su vida							
Se da cuenta de que siempre está preocupándose por las cosas							
Una vez que comienza a preocuparse por algo, ya no puede parar							
Está todo el tiempo preocupándose por algo							
Se preocupa por un proyecto hasta que está acabado							

Elaboración propia basado en Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ por sus siglas en inglés) (Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002; Ansiedad y Estrés, 8, 157-172; versión original de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990).

CURRICULUM VITAE

Angélica Fabiola Sánchez Gutiérrez

Originaria de la ciudad de Durango, Dgo., México, Angélica Fabiola Sánchez Gutiérrez realizó estudios profesionales en administración en el Instituto Tecnológico de Durango, posteriormente realizó estudios de maestría en desarrollo humano y valores en el IAPE, Ciencias Humanistas y maestría en ciencias y humanidades con especialidad en filosofía en la Universidad Juárez del Estado de Durango. La investigación titulada “Evaluación del modelo FSD de la psicopatología evolucionista en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada” es la que presenta en este documento para aspirar al grado de doctora en Salud Mental.

Su experiencia de trabajo ha girado, principalmente, alrededor del campo de la formación humana en capacitación, docencia e investigación, específicamente en las áreas de integración personal, filosofía de la mente y de las ciencias cognitivas, así como en salud mental desde hace 17 años.

Asimismo, ha participado en iniciativas profesionales como la creación del Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos; también ha participado como ponente en diversos congresos de carácter nacional e internacional en áreas de desarrollo humano, salud y calidad de vida, psicología, salud mental y filosofía.

Como Coordinadora Académica de Posgrado, Angélica Fabiola Sánchez Gutiérrez, desempeña las funciones de coordinación de las actividades y procesos académicos de los programas educativos de Maestría, Doctorado y Posdoctorado.

Asimismo, organiza y dirige el cuerpo académico de investigación de la universidad. Entre sus principales habilidades destaca su alta capacidad organizativa, empatía y respeto. Se centra en resultados y es capaz de enfocarse en proyectos de gran interés. Su expectativa profesional se proyecta en el ámbito académico y de la investigación.

