

razón y la producción, excluye a los que niegan tales universales, inhabilitándolos en su hacer, pensar y sentir.

La metodología utilizada fue el método dialéctico, utilizando la técnica de la entrevista. De esta forma pudimos escuchar, y luego hacer un análisis del discurso de los internados y de los trabajadores de la salud, lo cual nos permite; visualizar la dialéctica individuo-sociedad, la generación del conflicto cuando lo real no coincide con el ideal y la emergencia del síntoma psicosocial en tanto marcas y resonancias psíquicas que lo social deja en el sujeto.

En una primera aproximación podemos afirmar en que las personas que son parte de la totalidad institución cerrada sufren una desobjetivación. Escuchamos que los pacientes "desean", y quieren modificar su situación, y que esto no es tenido en cuenta. El imaginario que circula es que "los pacientes no desean, no creen, no piensan por que son locos". Y lo que más nos sorprende es que no solo se trata de representaciones externas a la institución, sino que aquellos que cumpliendo un rol que les posibilita generar cambios y contando con las herramientas para motivarlos y ayudarlos se ven atrapados en el mismo discurso hegemonía, "si esta acá, esta loco, si esta loco hay que segregarlo". El manicomio se convierte así en una institución que reproduce los valores de la sociedad, encarnándose en los sujetos que la hacen ser.

Creemos que estamos avanzando como sociedad en la desestigmatización del loco, que la sanción de la nueva ley de salud mental pone énfasis en un tratamiento psicoterapéutico que favorece la construcción de la subjetividad, en donde se trabaje interdisciplinariamente en beneficio de la "persona" pero no aislada sino en relación con el contexto y en su contexto, con una medicación correctamente dosificada y de primera calidad.

La desmanicomialización, a la cual adherimos, no consiste en derribar los muros y dejar a las personas solas con su patología a la deriva, ni a los profesionales sin trabajo sino todo lo contrario, se trata de una construcción conjunta donde "ese lugar" o sea un "no lugar" que no tenga como fin el encierro sino que de ser requerido sea un paso para una mejoría tanto del paciente como del profesional.

PALABRAS CLAVE: síntoma psicosocial- institución manicomial- subjetividad- estigmatizar

HISTORIAS DE VIDA Y DESENCADENANTES EMOCIONALES DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. INICIO DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL EL CRUCE

Mauricio Abal, Juan Diego Wolcan, Carlos Tajer
Facultad de Psicología. UNLP. Servicio de Cardiología del Hospital El Cruce, de Florencio Varela

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son consideradas la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo, así como también en nuestro país. Existe en la bibliografía un número identificado de factores de riesgo que incluye el sedentarismo, el consumo de tabaco, una inadecuada dieta alimenticia, el estrés personal y laboral, la tendencia a la ira-hostilidad, la ansiedad y la depresión, los cambios sociales vinculados a los niveles socioeconómicos, y las catástrofes naturales y artificiales. Si bien estos factores de riesgo explican una condición favorable a su aparición, dando cuenta de una enfermedad arterial crónica, la presentación clínica del evento cardiovascular es habitualmente abrupta. Más de la mitad de los pacientes con infarto no son precedidos por patología previa o siquiera síntomas. La literatura científica ha estudiado la activación de los síndromes coronarios agudos, prestando un especial

interés a la idea de que los comportamientos y las emociones pueden desencadenar ("gatillar") eventos cardíacos en personas susceptibles. La situación psicológica desencadenante puede ser un acontecimiento aparentemente banal si se la considera y valora de manera objetiva. Sin embargo, su importancia radica en su repercusión psicológica y en la significación que adquiere para el propio paciente en el contexto de sus vivencias actuales y pasadas.

La investigación cualitativa aportada por los casos explorados a través de la corriente narrativa en medicina y psicología, y por los casos investigados mediante métodos psicoanalíticos constituyen las fuentes posibles de información acerca de los conflictos recientes vividos por los pacientes con síndrome coronario agudo.

Objetivos y metodología: En el Servicio de Cardiología del Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce", de Florencio Varela, hemos comenzado a desarrollar un proyecto de investigación clínica con el propósito de evaluar en una serie de pacientes ingresados con diagnóstico confirmado de infarto agudo de miocardio o angina inestable, la prevalencia de situaciones emocionales negativas intensas estereotípicas en las horas o días previos al evento coronario. Para tal objetivo son realizadas entrevistas semidirigidas a cargo de un profesional psicólogo, a pacientes menores de 65 años de edad, en las cuales se toma en especial consideración el relato de la historia de vida reciente del paciente junto a posibles situaciones conflictivas previas que puedan acompañar el cuadro coronario agudo, la trama familiar y las personas significativas, el contexto e historia laboral, y la vida sexual del paciente. El estado de conciencia inadecuado para el interrogatorio y la existencia de eventos coronarios previos constituyen los criterios de exclusión para esta investigación.

A su vez, se evaluará la correlación entre los hallazgos obtenidos en las entrevistas y una serie de test y cuestionarios reconocidos en la exploración de los factores emocionales en este tipo de pacientes: el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee y el score de situación de ira, la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), el cuestionario Beck de depresión y el Cuestionario de Eventos Vitales.

La reiteración en un porcentaje relevante de los casos de la identificación de la situación conflictiva estereotípica permitiría un avance significativo en esta línea de investigación fisiopatológica y psicológica, la ampliación del conocimiento relativo al síndrome coronario agudo, y facilitaría, a su vez, la elaboración de estrategias psicoterapéuticas orientadas al tratamiento y a la modificación pronóstica de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: cardiopatías – emociones – conflictos – gatillos

Las enfermedades cardiovasculares son consideradas la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo (13), así como también en nuestro país. Muchas de las condiciones de vida y hábitos asociados a la vida urbana, en particular en los últimos dos siglos, se vinculan con una mayor incidencia de estas patologías: el sedentarismo, el consumo de tabaco, los niveles crecientes de diabetes, la elevación del colesterol en sangre, la obesidad y la hipertensión, vinculados en parte a una inadecuada dieta alimenticia. Se ha observado también que existen diferentes factores psicosociales asociados con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares: el estrés personal y laboral, la tendencia a la ira-hostilidad, la ansiedad y la depresión, el aislamiento social, un bajo nivel socioeconómico aún en sociedades con menores niveles de inequidad.

Una de las formas más graves de enfermedad cardiovascular aguda es el infarto de miocardio, patología frecuente con más de 40.000 internaciones anuales en la Argentina y una elevada morbimortalidad. Aunque los factores de riesgo explican una condición favorable a su aparición, por enfermedad arterial crónica, su presentación clínica es habitualmente abrupta. Más de la mitad de los pacientes con infarto no son

precedidos por patología previa o siquiera síntomas. En los estudios fisiopatológicos se ha definido a esta situación como "accidente coronario", reflejando un momento evolutivo accidentado de la pared arterial desencadenado por factores poco comprendidos aún. Estos factores son denominados gatillos.

¿Qué es lo que se dispara la enfermedad aguda, y en minutos induce que una obstrucción del 20% sin relevancia clínica pase bruscamente al 100% ocluyendo una arteria coronaria y desencadenando un infarto? (Tajer, 2008).

En la tradición cultural popular existe una clara asociación entre intensas emociones negativas y la aparición de un infarto, y en las últimas décadas se ha desarrollado una abundante investigación científica explorando circunstancias personales, familiares, socioculturales, emocionales, que puedan asociarse a eventos cardíacos en personas susceptibles.

Los factores emocionales y psicológicos han sido explorados no sólo en su condición de "gatilladores" del infarto, sino en su relevancia en todas las etapas de la experiencia de una enfermedad, incluyendo: la percepción de los síntomas, las suposiciones acerca de las causas de la enfermedad, las conductas a seguir ante la aparición de los síntomas, durante el tratamiento y la recuperación, y ante la decisión de regresar a las actividades cotidianas. (7) El motivo de la investigación que se presenta se concentra en el rol o gatillo.

La exploración del "gatillo", "disparador" o "desencadenante", definido como un estímulo o actividad que produce cambios fisiológicos y fisiopatológicos agudos que conducen a la aparición del síndrome coronario agudo no es sencilla. En primera instancia, no existe un acuerdo general acerca de cuánto tiempo antes de la aparición de los síntomas debería tener lugar tal estímulo o actividad para considerarse como un disparador agudo en lugar de un factor etiológico más general (10,12). Se han explorado como disparadores también los esfuerzos físicos exagerados y las relaciones sexuales, pero sólo explican menos del 10% de los casos. Los distintos estudios sobre disparadores generalmente evalúan las actividades en el período de tiempo que va desde unos pocos minutos a 24 horas antes del inicio de la enfermedad cardiovascular.

En la literatura anglosajona la exploración se ha concentrado en la caracterización de emociones negativas recientes:

- a) definiendo un índice de situaciones conflictivas a través de puntajes
- b) analizando situaciones personales en las 24 horas recientes que hubieran desencadenado situaciones de ira-hostilidad manifiesta, emociones negativas en el trabajo, y otras circunstancias específicas.

Estas exploraciones han demostrado una asociación entre estas situaciones y el infarto, pero sólo son confirmadas en una pequeña proporción de los pacientes. Una debilidad de este análisis surge de considerar que la situación psicológica desencadenante puede ser un acontecimiento aparentemente banal si se la considera y valora objetivamente. Sin embargo, su importancia radica en su repercusión psicológica, en su resonancia afectiva. Ricardo Ruiz (1995) planteaba como una de las características de los fenómenos psíquicos el aprovechamiento individual de la experiencia. En este sentido, los acontecimientos vividos responden a una especificidad individual, que cobra significación a partir de la historia personal del sujeto.

La aproximación desde la narrativa y el psicoanálisis

Como reacción a una medicina excesivamente tecnológica e impersonal, en los últimos años ha resurgido el interés por el entrenamiento de los profesionales médicos en recursos narrativos, en lo que se ha dado en llamar "medicina narrativa" o "medicina basada en narraciones".

La investigación cualitativa aportada por los casos explorados a través de la narrativa constituye entonces una de las fuentes posibles de información acerca de los conflictos recientes vividos por los pacientes con síndrome coronario agudo.

Para la interpretación de estos relatos, una fuente metodológicamente relevante podría surgir del psicoanálisis.

En una publicación reciente, se han revisado las diferentes teorías que se han esbozado a través de la escuela psicoanalítica para interpretar la aparición de un infarto. Como ejemplo, Flanders Dunbar (1943) concluyó que un ataque al corazón sigue generalmente a una situación psicodinámica importante en la que el paciente ve amenazada su autoridad por el entorno, sintiéndose humillado e insultado.

El psicoanalista argentino Luis Chiozza y col. (1982) han propuesto para la situación emocional característica del infarto la denominación de "ignominia". En su propuesta, el infarto de miocardio representaría el proceso por el cual el corazón, simbólicamente, se "estrangula a sí mismo", en el intento por evitar el nacimiento de un afecto nuevo que, de llegar a configurarse, conformaría justamente una ignominia, o sea, algo que "no tiene nombre" y que resulta imposible de tolerar.

En el relato de los pacientes se revelan cinco condiciones o características que describen la situación aguda en que se presenta la ignominia:

- 1) Es inefable, en el sentido de indignante e insoportable, y se encuentra más allá de cualquier nominación posible.
- 2) Exige perentoriamente una solución. Chiozza agrega aquí que no es posible evitar "tomárselo a pecho".
- 3) Esta solución no puede encontrarse, presentándose como un dilema insoluble.
- 4) Existe un sentimiento de culpa de difícil atribución.
- 5) Implica una situación pública degradante.

Hasta el momento no existen investigaciones sistemáticas cualitativas orientadas a establecer la prevalencia de estos relatos en series consecutivas ni su correlación con otros parámetros o circunstancias emocionales evaluadas a través de técnicas cuantitativas.

De confirmarse la hipótesis de Chiozza, esto permitiría un puente de gran importancia a la exploración biológica de los mecanismos involucrados, así como una base conceptual para la comprensión y estrategias psicoterapéuticas orientadas a la prevención de nuevos episodios.

La propuesta de investigación

En el Servicio de Cardiología del Hospital El Cruce, de Florencio Varela, comenzamos a desarrollar un proyecto de investigación clínica en el cual nos hemos propuesto evaluar en una serie de pacientes ingresados con diagnóstico confirmado de infarto de miocardio o angina inestable, la prevalencia de tales situaciones emocionales negativas intensas estereotípicas en las horas o días previos al evento coronario. Para tal objetivo son realizadas entrevistas semidirigidas, a pacientes menores de 65 años de edad, en las cuales se toma en especial consideración la historia de vida reciente del paciente junto a posibles situaciones conflictivas previas que puedan acompañar el cuadro coronario agudo, la trama familiar y las personas significativas, el contexto e historia laboral, y la vida sexual del paciente. El estado de conciencia inadecuado para el interrogatorio y la existencia de eventos coronarios previos constituyen los criterios de exclusión para esta investigación. Todos los relatos son grabados y resumidos en textos, para su discusión grupal.

Los relatos son posteriormente clasificados en tres categorías:

- a) Compatibles con la situación conflictiva estereotípica descrita por Chiozza.
- b) Situación conflictiva, pero no abarcada por la definición descrita.
- c) Ausencia de situaciones conflictivas.

Para poder establecer la especificidad de los relatos, estos serán comparados con un grupo control sin esta patología.

A su vez, se evaluará la correlación entre los hallazgos de las entrevistas y una serie de test y cuestionarios reconocidos en la exploración de este tipo de pacientes, que indagan situaciones de ira, el nivel de ansiedad y depresión, y los cambios en la historia de vida reciente de los sujetos. Estas herramientas se han utilizado

previamente en la búsqueda de gatillos en diferentes publicaciones, y serán comparadas en su prevalencia y especificidad con el hallazgo cualitativo comentado anteriormente. Para evaluar el nivel de ira es utilizado el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee y el score de situación de ira; el grado de ansiedad es determinado a partir de los cuestionarios de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) y el cuestionario Beck de depresión; mientras que para la evaluación del nivel de estrés se aplica el Cuestionario de Eventos Vitales (Recent Life Changes Questionnaire).

Extracto de una entrevista a modo de ejemplo

María tiene 46 años. Vive con su marido, con quien está casada desde el '83, y con sus dos hijos, de 24 y 14 años respectivamente. Pero además perdió dos embarazos posteriores debido a su problema de hipotiroidismo.

Hizo el bachillerato en un colegio privado, que la habilitó posteriormente para trabajar en las oficinas administrativas de una entidad bancaria. Pero a sus 39 años quedó desempleada y no volvió a conseguir trabajo formal desde entonces. A su vez, a su marido lo echan del trabajo, motivo por el cual ella comenzó a limpiar por horas en casas de familia y a cuidar niños. Su intención ha sido que este sea sólo un trabajo momentáneo, pero al día de hoy continua con la misma labor.

De chica fue siempre la mejor estudiante de su curso. Era muy "autoexigente", pero "de ser la mejor en el colegio terminé siendo sirvienta y niñera", se lamenta.

Su padre falleció de un paro cardíaco cuando María tenía 17 años. Cursaba entonces el último año de la secundaria y había hecho el curso para el ingreso a la carrera de medicina pero no pudo continuar ya que debía quedarse junto a su madre y salir a trabajar. En aquel entonces se encontraba peleada con él, ya que María había descubierto que su padre engañaba a su madre. Él nunca supo que María estaba enterada y ella jamás le dijo nada a nadie. Desde entonces quedó muy resentida con su padre, y tras su muerte ella se quedó con todo lo que pudo haberle dicho en su momento.

Tiempo después, María contrae matrimonio con quien ahora es su marido, para alejarse de su casa y escapar al destino de acompañar y cuidar de su madre.

Ella sabía que algo le iba a terminar pasando. Hace un mes atrás su marido desapareció de su casa durante 48 horas. María lo buscó durante esos dos días sin comer ni dormir. Hizo la denuncia en la policía. Él se había "deprimido" y se alejó para pensar qué iba a hacer consigo. Compró veneno para ratas, pero finalmente decidió volver a la casa. Su "depresión" se debía a unas importantes deudas económicas que contrajo. No era la primera vez que se endeudaba. María, en cambio, es ahorrativa y no corre riesgos económicos. Su marido no se animó a enfrentarla y decidió irse para pensar qué hacer. Tras esos dos días optó por volver y decirle a María lo que le había ocurrido "para poder salir juntos adelante".

María sintió que el mundo se le venía encima. No podía perdonarlo y no pasa un día sin recordar lo que él hizo. Su pregunta constante es "por qué" y no puede salir de esa pregunta. Pregunta que por otro lado, no ha formulado.

Su marido es de las personas que dicen "ya pasó" y no vuelven a hablar del tema. Él siempre fue así. Así lo conoció y lo aceptó hasta ahora, pero María necesitaba al menos una muestra de arrepentimiento de parte de él. Guardó este disgusto para sí y no habló más sobre lo ocurrido... hasta la noche anterior al infarto.

María y su marido discutieron por algo que ni siquiera recuerda, pero a partir de eso ella empezó a decirle cosas acerca de lo ocurrido hace un mes y reclamándole por la desconsideración hacia ella y sus hijos, sobre todo en cuanto a lo que pudiera haber hecho con el veneno para ratas. Pero él le dijo que no iba a dejarse usar por nadie y que lo importante era únicamente lo que a él le pasaba. Enojada, María le respondió que entonces serían ellos los que se dejen usar, y con eso terminó la discusión y se fue a dormir. Pero le costó mucho conciliar el sueño... No tenía palabras para decir lo que sentía.

Ella, que en los momentos difíciles hizo sacrificios primero por su madre y luego por su familia, que callaba para evitar conflictos mayores, que su mayor orgullo era el haber sido madre y conservar el equilibrio familiar, veía como todo eso se le escapaba de las manos.

Al otro día se levantó con un intenso dolor de cabeza. Su marido le preguntó si estaba bien pero ella, que no quería hablar con él, le dijo que sí y se fue a trabajar. Nadie se dio cuenta de lo que a ella le pasaba. Sentía una soledad muy importante. Nunca pudo abrirse con nadie sin sentirse juzgada. No quiere que le digan algo que sabe y que no quiere escuchar, como por ejemplo que se hace demasiados problemas o que debería dejar atrás lo sucedido... o dar lástima.

Angustiada, con ganas de bajar los brazos, pensaba en que quería sacar un pasaje de ida y no regresar más. ¿Cómo arreglar esto que le pasaba? ¿Qué fue lo que hizo mal? ¿Fue él y su desconsideración? ¿Fue ella por su aceptación y su silencio? Ese mediodía, volviendo en el colectivo hacia su casa desde el trabajo, empieza a sentir una fuerte opresión en el pecho, como si la apretaran con una pared. Sintió que el brazo izquierdo se le adormecía y se le dificultaba respirar. "El dolor era insoportable", me explica, "y solo puede saberlo una persona que pasó por lo mismo".

No quería descomponerse en la vía pública y que la vieran en ese estado. Bajó del colectivo y las siete cuadras a su casa las caminó velozmente. Al llegar abre la puerta, le dice a su marido que llame a alguien que la ayude y posteriormente es trasladada al hospital.

Comentarios finales

De confirmarse la reiteración de la situación conflictiva estereotípica en un porcentaje relevante de los casos permitiría un avance significativo en esta línea de investigación fisiopatológica y psicológica, la ampliación del conocimiento relativo al síndrome coronario agudo, y a su vez facilitaría la elaboración de estrategias psicoterapéuticas orientadas a la atención y a la modificación pronóstica de la enfermedad, aún ausentes en la literatura científica.

Bibliografía

1. Bhattacharyya, M. & Steptoe, A. (2007) Emotional triggers of acute coronary syndromes: strength of evidence, biological processes, and clinical implications. *Progress in Cardiovascular Diseases*, N° 49 (5): 353-65.
2. Carrió, S. (2006) Aproximaciones a la medicina narrativa. *Rev. Hospital Italiano de Buenos Aires*, N° 1 (26): 14-19.
3. Chiozza, L., Aizenberg, S., Califano, C., Fonzi, A., Grus, R., Obstfeld, E., Sainz, J.J., y Scapusio, J.C. (2008). Las cardiopatías isquémicas. *Patobiografía de un enfermo de ignominia*. En Chiozza, L. *Obras Completas Tomo X (1981-1990)*. Afectos y afecciones 1, (pp. 21-50). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
4. Chiozza, L. (2008). Prólogo del libro ¿por qué enfermamos de...? angina de pecho, infarto cardíaco e hipertensión arterial. En su *Obras Completas Tomo XI (1990-1993)*. Afectos y afecciones 2, (pp. 273-276). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
5. Chiozza, L. (2008). ¿Por qué enfermamos?: La historia que se oculta en el cuerpo. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
6. Dumber, F. (1943) *Psychosomatic Diagnosis*. New York: Hoeber and Harper.
7. Hirani, S. & Newman, S. (2005) Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart*, N° 91: 1235-1239.
8. Jordan, J.; Bardé, B.; Zeiher, A.M. (2007) Contributions toward evidence-based psychocardiology: A systematic review of the literature. Washington, DC, US: American Psychological Association,
9. Klöner, R. (2006) Can we trigger an acute coronary syndrome? *Heart*, N° 92: 1009-1010.
10. Kop, W.J. (1999) Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, N° 61: 476-87.

11. Laham, M. (2010). Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Buenos Aires: Ediciones del Instituto de Psicocardiología.
12. Muller, J.E., Abela, G.S., Nesto, R.W., Tofler, G.H. (1994) Triggers, acute risk factors and vulnerable plaques: the lexicon of a new frontier. J. Am. Coll. Cardiol., N° 23: 809-13.
13. Organización Mundial de la Salud (2004) The World Health Report 2004 - Changing History (http://www.who.int/entity/whr/2004/en/report04_en.pdf), pp. 120-4.
14. Ruiz, R. (1995) Ideas para el estudio de la organización psíquica. La Plata: Editorial de la UNLP.
15. Strike, P. & Steptoe, A. (2005) Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: A systematic review and critique. Psychosomatic Medicine, N° 67: 179-186.
16. Tajer, C. (2008). El corazón enfermo. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL, RESILIENCIA Y TRAUMA: BREVE REVISIÓN CONCEPTUAL

Alicia Estévez, Silvina Serrone, Gimena Molinaroli
Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional del Comahue

RESUMEN

Masten y Gewirtz (2006) sostienen que si bien desde siempre las historias que narran el triunfo de una persona frente a la adversidad han ejercido fascinación sobre la gente, el estudio científico de la resiliencia se inició entre los años sesenta y setenta. En 1990 Rutter sostuvo que el interés por conocer las características de aquellas personas que desarrollan "resiliencia" a pesar de las condiciones adversas de crianza o en circunstancias que aumentan el riesgo de presentar psicopatologías, provenía de tres fuentes: una, el aumento y consistencia de datos empíricos sobre diferencias individuales en poblaciones infantiles de alto riesgo. La segunda se originó en las investigaciones sobre temperamento realizadas en USA en los años setenta. Para comprender la idea anglosajona de temperamento hay que pensar en "tendencias a desarrollar la personalidad de una cierta manera" (Cyrulnik, 2008: 43). La tercera línea tuvo su origen en la observación de las distintas formas en que las personas enfrentan las experiencias vitales (Becoña, 2006). La primera generación de investigaciones eran consistentes entre sí sugiriendo la poderosa influencia del proceso adaptativo común y el interjuego de genes y experiencia en el desarrollo infantil. (Masten y Gewirtz, 2006)

Uno de estos estudios pioneros fue realizado por Werner y Smith con 698 niños nacidos en Kauai (Hawaii) en 1955. La totalidad de la población estudiada estaba en condiciones de riesgo pero aproximadamente un tercio estaba sujeto a múltiples factores de alto riesgo, a saber: pobreza, discordia parental, psicopatología parental y estrés perinatal. El seguimiento de la cohorte se realizó hasta los 40 años. Uno de los hallazgos fue que muchos de los jóvenes del subgrupo de alto riesgo que habían desarrollado problemas en la adolescencia se habían convertido en adultos con relaciones estables y satisfactorias en la familia y el trabajo. Solamente uno de cada seis adultos manifestaba problemas de diversa índole: pobreza, conflictos domésticos, violencia, abuso de sustancias, problemas de salud mental y baja autoestima. (Benard, 2004)

Otra investigación seminal sobre resiliencia surgió de la búsqueda de las causas de la enfermedad mental. Los investigadores se concentraron en los hijos de padres mentalmente enfermos y advirtieron que muchos de estos niños se desarrollaban bien y no presentaban problemas de salud mental. Siguió una perspectiva integrativa y