



COLEGIO ANTONIO NARIÑO
HH. CORAZONISTAS
BOGOTÁ

LA DEPRESIÓN

**SU
NATURALEZA**

SUS VARIEDADES

**SUS RIESGOS Y
DIFICULTADES**

**SU
TRATAMIENTO**

**TEST DE
EVALUACIÓN**

**NIVEL
DEPRESIVO
DE LAS
PERSONAS**

**PRINCIPIOS
DE
ESPERANZA**

**JULIO – AGOSTO
2025**

SOBRE LA DEPRESIÓN – SU NATURALEZA – SUS VARIEDADES – SUS RIESGOS Y DIFICULTADES – SU TRATAMIENTO-

TEST DE EVALUACIÓN SOBRE EL NIVEL DEPRESIVO EN LAS PERSONAS

En el enfermo depresivo, la esperanza se pierde en medio de la multitud de ideas confusas.

El depresivo siente que la vida no merece la pena, que el esfuerzo de vivir es agotador y no tiene sentido; a veces dichos sentimientos e ideas son tan fuertes que se pueden engendrar ideas suicidas.

Para el depresivo, el tiempo es una carga y no posible oportunidad de llevar a cabo proyectos de vida. El pasado está lleno de culpa y negatividad y el futuro viene siendo una sucesión de catástrofes en potencia.

En toda institución docente no se puede pasar por alto el mundo interior del enfermo, sus sentimientos, las posibles alteraciones psicosomáticas de la química orgánica. Pero en cualquier situación preocupante que se encuentre el educando o alumno, el médico, el psiquiatra o el orientador deben ser verdaderos médicos del alma y ofrecer el mejor camino para recuperar esa fuerza interior que ha perdido y que necesita para seguir adelante.

En la tristeza receptiva o psicológica, producida como consecuencia de algo negativo, lo importante es tener la capacidad para pasar la página o el acontecimiento negativo; neutralizar la melancolía pensando en positivo y viendo el ángulo menos oscuro de esa o esas vivencias.

A continuación, vamos a tratar de comentar en qué suele consistir el fenómeno de la depresión, que también es cierto, se suele ir presentando en un porcentaje significativo ante nuestros educandos; la forma de detectarla y de tratarla acertadamente, de forma científica.

Generalmente con el termino de: **"DEPRESIÓN"**, se refiere a una sensación de malestar relacionada con síntomas de tristeza y de

angustia, de contrariedad, de mal humano y de frustración, como consecuencia de algo negativo que ha sucedido.

La verdadera depresión es un hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida.

El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea como salida de ese estado, el suicidio.

Se habla de depresiones predominantemente endógenas y otra predominantemente reactivas.

Se habla de personalidad depresiva y pre depresiva. Son las típicas personas pesimistas y tristes que siempre piensan en negativo.

La depresión parece ser la enfermedad predominante de nuestra época.

La depresión viene sucediéndose como consecuencia de algo negativo que ha sucedido, de una frustración, de un disgusto, de un desagrado, de una contrariedad, de una molestia, de un enfado, etc, etc.

Puede suceder la depresión, por la pérdida de un bien o imposibilidad de conseguir un objetivo concreto que uno se había fijado.

La personalidad depresiva se caracteriza por el pesimismo y la tristeza, así como la forma de interpretar la realidad de forma determinada.

La persona depresiva, piensa de forma negativa, apreciando mas lo difícil que lo fácil, los contras que los pros.

En la persona depresiva, se da una monotonía en la forma de vivir, un gran aislamiento y una progresiva desmotivación.

A la persona depresiva le pueden aparecer grandes y multitudes enfermedades generales: como procesos cancerosos, infecciones y enfermedades degenerativas, dolores crónicos de origen impreciso y de difícil curación; también puede aparecer estados de ansiedad, esquizofrenias y diferentes fobias.

La depresión es para colocarla más bien en el campo de la psiquiatría o la psicología, que en el campo de la medicina en general. Sus manifestaciones son cansancio psicológico, pérdida progresiva para realizar las labores profesionales, agotamiento, fatiga crónica, irritabilidad, actitudes negativas.

La tristeza es el centro de la depresión. Suelen ser de fondo hereditario o también a veces adquirido. Estas personas manifiestan un humor melancólico, un sufrimiento psicológico, mezcla de profunda infelicidad y una tristeza honda, incapaz de proyectarse en el futuro, una apatía, decaimiento, falta de ilusión, aburrimiento profundo, pérdida del sentido de la vida, desesperación e incluso total hundimiento.

La sociedad moderna con sus prisas y exigencias, parece haber fomentado la proliferación de las depresiones junto con las alteraciones de la personalidad, junto con algunos otros factores de tipo nervioso, físico o psicológico, según las estadísticas.

Otro aspecto o fenómeno que está fomentando la aparición de las depresiones es la ruptura del tejido social tradicional, con las diversas formas de divorcios y abandonos del hogar primario, así como también tantos otros síntomas que en otro tiempo se consideraban secundarios y que hoy día pueden venir siendo de capital importancia como fobias, obsesiones, esquizofrenias, etc, etc.

No confundamos la tristeza con la depresión, aunque se cree también que se vayan dando factores ambientales personales, laborales y hasta hereditarios como posibles causas de las depresiones, lo cierto es que muchas veces no parece ser seguro dicha aparición de la depresión como un factor único y concreto. Es por eso que resulta fundamental el análisis de la historia clínica del paciente para buscar y obtener los antecedentes que hayan ejercido influencia en la aparición y en el desarrollo de dicha enfermedad depresiva.

La vida es un continuo puente entre el presente y el futuro. La depresión puede representar una ruptura de ese puente. El paciente depresivo debe recordar que la vida es siempre un proyecto, un viaje hacia

adelante. Pasado, presente y futuro constituyen nuestras dimensiones vitales.

La pérdida de expectativas y de futuro, puede ser una de las causas fundamentales de la depresión. La persona psíquicamente sana vive empapada del futuro.

No está claro con mucha frecuencia si el origen de algunas depresiones se encuentra primero en la tristeza, una congoja del ánimo, o una mera inhibición, la sensación íntima de no tener ganas de hacer nada, de estar bloqueado o ralentizado. Se cree más bien que se trata de sentimientos independientes, si bien coordinados, ya que la inhibición suele ser fruto de la tristeza previa. La tristeza (y la preocupación) es un sentimiento esencialmente reactivo; la inhibición que adopta formas diferentes, es un componente que se asocia a diversos trastornos nerviosos, entre ellos las depresiones. En general, la inhibición se manifiesta en depresiones ya avanzadas, cuando el paciente se siente incapaz de hacer nada ni de emprender ningún proyecto; ni siquiera tienen ganas de hablar con las personas que les rodean. Los pacientes no presentan mal físico, simplemente carecen de intencionalidad para actuar. Ante la depresión, el sujeto no se siente capaz de compartir la vida con los demás, ni de emprender acciones ni proyectos. El enfermo se encierra en sí mismo, busca lo negativo en todo, se culpabiliza de todo, sus relaciones se vuelven problemáticas y no manifiesta sino incertidumbre hacia el futuro; con frecuencia también estos pacientes descuidan su arreglo personal frecuentemente.

A veces algunos sujetos tienen dificultades para expresarse, para comunicarse e incluso para recordar lo que acaban de hacer; se mantienen en silencio y solo hablan para lamentarse. Presentan falta de expresividad y caen en la inacción. El paciente siente que no es el mismo que el de antes; al mirarse al espejo extraña al ver su rostro como si fuera el de otro o como si estuviera cambiando. Siente un obstáculo interno como el que no les deja hacer nada. Viene siendo el triunfo de la pasividad cayendo en un círculo profundo autodestructivo perdiendo incluso contacto con la realidad; incluso varios pacientes terminan racionalizando tanto su situación que fabrican falsas razones

que les permite de alguna manera justificar su estado de ánimo. Ante tales situaciones conviene desmontar esos falsos argumentos con acertado análisis y poniendo cada cosa en su sitio a través del: ¿Quién, ¿cómo qué, cuando, dónde, y el por qué no?

Con la palabra "Comorbilidad" describimos la asociación de dos o más enfermedades tanto físicas como psicológicas. La comorbilidad es variadísima y por ello tanto el psiquiatra como el psicólogo deben estudiar al paciente desde distintos planos si quieren establecer un diagnóstico concreto.

A ciertas situaciones que presentan estos pacientes las podemos llamar "trastornos clínicos", que vienen siendo alteraciones de ánimo, costumbres alimentarias, problemas del sueño, etc. Otras son llamadas

¿Qué es la depresión?

Trastorno emocional: Más que una tristeza pasajera.

Estado persistente: Dura semanas, meses o incluso años.

Impacto profundo: Afecta la vida diaria, relaciones y trabajo.



No es solo tristeza: Incluye apatía, falta de motivación y desesperanza.

Afecta el cuerpo: Puede causar insomnio, fatiga y cambios en el apetito.

trastornos de personalidad, las cuales aparecen asociadas a trastornos de personalidad bien identificados.

Se deben estudiar las enfermedades físicas, que pueden ser de muchos tipos: infecciones, problemas o alteraciones nerviosas, tumores, etc. Que pueden influir notablemente en el trastorno psíquico. A veces influyen notablemente los problemas psicosociales y ambientales, por la creciente desestructuración social que conduce a la soledad, a la descomposición de la familia, las dificultades laborales, económicas. etc.

Al ser puntual añadiendo la actividad psicológica laboral, y social de los pacientes, se pueden aclarar muchas cosas y situaciones.

Se viene reconociendo la depresión a grandes rasgos por la tristeza visible, el abatimiento, el cansancio físico y moral, por la apatía, la indiferencia, la ansiedad, la crisis del miedo, el insomnio, las fobias, las alteraciones de la personalidad etc. Etc.

Las depresiones se reconocen mediante la entrevista médico – enfermo en primer lugar. El saber preguntar requiere un conocimiento adecuado de la materia en cuestión; saber escuchar es un arte muy positivo.

También se reconocen las depresiones a través de concretos y científicos test, cuestionarios psicológicos, las escalas de evaluación de la conducta y necesariamente sobre el informe del propio sujeto que escribe la historia sobre sí mismo. Se trata de valorar una buena historia del paciente de forma técnica y científica.

Un sujeto se recupera de la muerte de un ser querido con el paso de los días, pero jamás superara una depresión, mientras no se le aplique un tratamiento correcto.

El ser humano presenta siempre 3 preocupaciones fundamentales: la preocupación por la salud del cuerpo del alma y del aspecto material de la vida.

Ante la depresión y otras patologías similares recordemos algunos dichos de tantos sabios y científicos; según Kruyer: el dolor nos

descubre la otra cara de la existencia y otros autores afirman “que el sufrimiento es una piedra de toque fundamental para la maduración de la personalidad”. El sufrimiento suele traer consigo el conocimiento más claro y transparente. Víctor Frank, considera la angustia como crisis de maduración de la personalidad y dice “la mejor manera de destruir o de reducir un sentimiento es analizarlo milimétricamente; es necesario el análisis racionalizador para que se disminuya o disuelva ese ánimo melancólico y triste que con la depresión se puede estar presentando.

El dolor nos descubre la otra cara de la existencia. El sufrimiento es fundamental para la maduración de la personalidad.

Llamamos “depresión residual” a aquellos cuadros depresivos en los que no han remitido totalmente los síntomas esenciales, quedando un deterioro o defecto que afecta a los planos físicos, psicológicos de conducta cognitivos asertivos y sociales; pero no suele haber remisión íntegra total.

Se puede decir que las depresiones clásicas y únicas no se dan por lo general ya que se pueden dar una mezcla y posición y síntomas a la vez.

Los síntomas depresivos son difíciles de analizar cuando aparecen en personas con antecedentes neuróticos bien delimitados o trastornos relevantes de personalidad. A veces la depresión está estrechamente vinculada a factores ambientales o conflictos no resueltos que sobrecargan al sujeto en cuestión.

Grandes psiquiatras afirman que las depresiones en estos últimos años están cambiando en su estructura; aparecen hoy particularidades que antes desconocíamos. Eso no es que existan hoy más depresiones que antes, sino que el momento presente las conocemos mejor, las diagnosticamos mejor, con métodos y medios que antes no se contaba.

La “depresión bipolar” es aquella que alterna frases depresivas e eufóricas de tal manera que el estado de ánimo va de un profundo decaimiento a una alegre vitalidad desbordante. Provocan un

malestar clínicamente significativo, tanto en lo social como en lo laboral o ante otras áreas de la vida de dicha persona.

Cuando la “depresión bipolar” es más aguda viene manifestándose como personas muy irritables, bravas que saltan por cualquier cosa y provocan serios problemas para la convivencia social y familiar.

Otros trastornos como “la manía”: esta se caracteriza por un estado de ánimo festivo, acelerado desinhibido, eufórico, alegre, dinámico, con verborrea, el querer hacer demasiadas cosas, el hablar de un tema y pasar a otro.

Las manías pueden manifestarse de forma festiva, irritable, agresiva iracunda, etc. El sujeto está desparramado, disperso, disipado con la atención. En algunos se manifiestan por el deseo de comprar y comprar, de regalar y de regalar; también se manifiestan por pasar muchos días sin casi dormir hasta que caen agotados.

La no conciencia de esta enfermedad es un problema serio, que lleva a no aceptar ningún tipo de tratamiento.

Se dan en estos o en algunos de estos pacientes que se desaparecen por varios días, a veces van regalando bienes familiares y se han visto en situaciones de verdadero descontrol, incluso hasta cayendo en relaciones promiscuas. A veces estos pacientes se acuestan por la noche muy deprimidos y se levantan por la mañana muy eufóricos, situación que exige mucha sabiduría y prudencia del psiquiatra para tratarle acertadamente con los medicamentos debidos.

Ante tales síntomas el tratamiento a largo plazo ha de ser el siguiente: romper el ciclo de alternancias de fases depresivas y maniacas, conseguir que los periodos entre ambas fases sean cada vez mayores, reducir las tareas de ingresos hospitalarios y menos necesidad del tratamiento electro compulsivo (TEC).

A estos pacientes para su acertado tratamiento habrá que preguntarles si tienen motivos para encontrarse de ese modo y cuáles son.

No hay que extrañarse ante la enfermedad de tipo depresivo ya que, según testimonios de renombrados doctores, algunos se han curado de manera imprevista. Toda la psicopatología de la afectividad ofrece una riqueza inagotable de hechos que forman un entramado en donde el investigador va muchas veces tumbado sin saber a ciencia cierta el porqué de muchos fenómenos.

Ante las depresiones no se debe estudiar tan solo el lugar donde este recala, sino también los pasos intermedios por donde se mueve y las modificaciones que se producen sucesivamente hasta alcanzar un punto de más permanencia. Resulta necesario objetivar los datos para movernos en un terreno cuantitativo, exactos y objetivos ya que la mayoría ostensible de los síntomas, a veces de manera parcial y otras total no se puede tan fácilmente atribuir a terapias aplicadas.

Las emociones intensas emotivas en dichos pacientes, no solo pueden tener un efecto nocivo de poner en marcha una alteración psíquica sino también puede ocurrir a la inversa. De acuerdo con la percepción del tiempo podríamos clasificar las depresiones en: "Inhibidas, paranoides, enmascaradas y atípicas. En depresiones "ansiosas" el paciente siente la sensación de peligro constante, angustia, falta de ánimo, impaciencia, ya que desea que el tiempo pase cuanto antes. El paciente se ve anclado en una permanente visión negativa del pasado y no hace sino temer el futuro.

Ante las depresiones "inhibidas" el paciente manifiesta estar obsesionado con el pasado y el se aísla del entorno. el futuro deja de existir, el porvenir se borra de su mente; en él no existe sentimientos autodestructivos. Cuando el enfermo se siente desinhibido el riesgo de suicidio aumenta ya que nos podemos encontrar ante una depresión catatónica. Ante las depresiones paranoides "el paciente se caracteriza por los delirios" ya que el paciente se suele sentir perseguido y cree que todo se centra en sí mismo, vive agobiado por el miedo al futuro, todo le va a suponer calamidad, sospechas, celos a sentirse siempre aludido y que siempre estén hablando de él, que se ríen de él; va perdiendo poco a poco el contacto con la realidad y cree que sus temores son auténticos.

En las depresiones “enmascaradas”, aparentemente no existen síntomas depresivos. El paciente experimenta una alteración de la excepción temporal el paciente vive sobre todo el presente sin tener en cuenta el pasado e ignorando el futuro, vive el momento actual sin tener en cuenta nada más. Ante cualquier síntoma de dolor piensa siempre en lo peor, en tener tumor, tener un posible infarto, posible afición, muerte, en posibles enfermedades de la peor estirpe, etc. Etc

TIPOS DE DEPRESIÓN

www.psicoterapiaserendipia.com

DEPRESIÓN POSTPARTO

ocurre en el año siguiente al parto

Causas: cambios en el cuerpo, preocupaciones, cambios ciclo vigilia-sueño, etc.

DEPRESIÓN MAYOR

Es el más grave y puede durar meses o años.

Aparición de uno o varios episodios depresivos de más de 2 semanas de duración.

TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL

Suele ocurrir en los meses de invierno. Combinación de tristeza, desesperanza e irritabilidad.

DISTIMIA

Existe un sentimiento de falta de propósito y motivación. Los síntomas son menos graves pero duran más tiempo.

DEPRESIÓN PSICÓTICA

Se caracteriza por síntomas psicóticos: alucinaciones y/o delirios.



DEPRESIÓN CICLOTÍMICA

Cambios de humor cíclicos pero menos severas que en el bipolar.

TRASTORNO BIPOLAR

Combina estados depresivos con manía. Saltos de humor extremo independientemente de los eventos vividos.

Ante la depresión "atípicas" ciertos pacientes parecen sentir una añoranza patológica de la infancia o de la adolescencia; sienten su vida pasada llena de momentos negativos que se vuelcan en un futuro como única forma de escapar de un presente que les abruma

Ante las depresiones atípicas se almacenan las variedades más diversas en forma y contenido.

En la forma "depresiva vital", si persiste el descenso de estado de ánimo, si no se aplica con prontitud un tratamiento, las ideas de suicidio se convierten en tendencias y de estas se pasa al acto.

Muchas depresiones se hacen crónicas por fallos en el tratamiento. Resulta importantísimo el evaluar un diagnóstico concreto y saber el antidepresivo que se debe elegir en cada caso, lo mismo que el tipo de psicoterapia llevado a cabo; a veces ha sido necesario la estimulación magnética tras craneal (EMT).

Numerosos factores influyen en el diagnóstico: el tipo de paciente, la teoría favorita del médico elegido, la medicación, la aplicación de tal o cual psicoterapia.

Siempre hay que estar dispuesto a modificar criterios ante tales enfermedades que resultan una auténtica epidemia en los tiempos de hoy. Dichas depresiones debemos pensar que no pueden exclusivamente curarse con simplemente medicación; la psicoterapia cognitivo-conductual, también a veces resulta necesario.

Ante el correcto tratamiento para los diferentes tipos de depresión, lo primero es el establecer concretamente que tipo de depresión ha sido diagnosticada.

A veces se confunden los criterios y se está llamando depresión a cualquier tipo de sufrimiento llegándose a recetar antidepresivos sin ninguna razón.

Hoy día se sabe que muchos trastornos de conducta infantil y de la pubertad, son depresiones enmascaradas que se presentan ante nosotros como fracaso escolar, el niño que deja de jugar y de participar en el colegio, inapetencia para comer, etc; no se sabe en

los niños distinguir muchas veces las expresiones afectivas, como la tristeza, la melancolía, la apatía que lleguen a ser ni a representar depresiones mayores.

Los límites de la depresión mayor deben ser evaluados adecuadamente.

Los síntomas esenciales que se pueden presentar vienen siendo: "tristeza, apatía, decaimiento, falta de ilusión, ganas de llorar, incapacidad de sentir placer, cansancio, agotamiento, insomnio y muchas ganas de dormir, desesperanza, ansiedad.

La actividad de dichos individuos queda disminuida, el trabajo, las relaciones sociales, las actividades de la vida ordinaria, así como el rendimiento.

Un cambio de ánimo negativo de breve duración no puede ser calificado como depresión en sentido estricto; la duración debe ir de dos semanas hasta las 8 o diez al menos, para considerarse depresión.

Los síntomas que se presenten deben ser al menos tres o cuatro de los ya señalados como esenciales.

La aplicación y el uso de antidepresivos como primera instancia si se percibe que el individuo se siente mejor, más equilibrado y saludable, podemos decir que estamos ante una realidad de depresión. Si el sujeto se recupera espontáneamente, con síntomas pasajeros y transitorios, se trata de la llamada depresión subhumbral.

Se necesita establecer un diagnóstico concreto, preciso, claro y contundente.

Los tratamientos pueden estar basados en la "farmacoterapia", con antidepresivos, con técnicas electroconvulsivas (TEC), la estimulación magnética tras craneal y las curas de sueño, que actúan sobre el cerebro y en concreto sobre el origen que causa la enfermedad.

Se ayuda al paciente a través de la psicoterapia con sus diversas formas, dando un apoyo positivo, con la psicoterapia "cognitiva-

conductual" y con una buena relación del doctor con el paciente, estableciendo confianza recíproca.

Otro medio a emplear ante el depresivo es "la laboro terapia" asegurándole ocupación, trabajo. La "socio terapia" es otro medio de vencer las depresiones, evitando la soledad, fomentando las relaciones humanas y la vida de comunicación.

Otro medio de vencer la depresión es la "biblio terapia", leyendo libros sencillos y claros que incluso expliquen el por qué de sus padecimientos.

La psiquiatría es ciencia y arte, rigor y estilo, contenido y forma que lo lleva a cabo el especialista.

Todos los antidepresivos tardan en hacer efecto entre una y tres semanas desde el comienzo del tratamiento; el paciente debe esperar con fe los efectos curativos de los antidepresivos y no abandonarlos nunca.

Al hacer uso de antidepresivos el paciente puede manifestar taquicardia, palpitaciones, sensación de mareo, visión borrosa, sudoración excesiva, dilatación pupilar, disminución del lívido sexual, sequedad de boca etc. También a veces puede manifestarse efectos cardiovasculares, arritmias, taquicardia; a veces efectos alérgicos, anemias con disminución de glóbulos blancos.

El paciente se siente a veces desorientado, sensación de estar sedado, temblores en las manos y efectos endocrinológicos como el descenso de la libido.

Si el paciente evita de forma brusca e inmediata el uso de la medicación, va a sentir un malestar general, nerviosismo, irritabilidad, náuseas, vómitos; a veces el paciente puede llegar a sentir ciertos efectos neurológicos, espasmos, insuficiencia muscular, crisis epilépticas; alucinaciones, ideas delirantes etc.

Es importantísimo atenerse a tomar siempre la dosis adecuada y mantener la dosis durante cuatro a seis meses después de la desaparición de los síntomas.

En los enfermos depresivos con tendencias suicidas manifestados claramente, hay que contemplar la necesidad de un ingreso hospitalario con control permanente del comportamiento del paciente.

Hoy día también se viene usando la llamada politerapia farmacológica, que aspira a buscar la combinación más apropiada. La monoterapia es la mejor a corto plazo.

En los casos agudos lo mejor es la “combinación”.

La asociación de antidepresivos se debe emplear cuando el enfermo no responde a diversos fármacos.

El antidepresivo real no existe.

El fármaco ideal debe ser efectivo en un amplia gama de depresiones, que vaya consiguiendo remisión de todos los síntomas físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos y asertivos; que su eficacia sea probada y que el enfermo se recupere y pueda hacer una vida normal; que el fármaco tenga una respuesta pronta, de acción rápida, como la tan famosa “amoxapina”. También debe ser efectivo en distintos grupos de edad; que el antidepresivo no interfiera con sus efectos en la vida cotidiana del paciente y poderse usar a pesar de poseer cualquier enfermedad.

El uso de la terapia electrocompulsiva. (TEC), hoy es muy efectiva y nada dolorosa al hacerse hoy bajo anestesia local. Es la aplicación de una corriente eléctrica en la zona fronto-temporal, bajo anestesia que produce efectos antidepresivos muy eficaces.

La estimulación magnética transcraneal (EMT) es innegable su efectividad, reduciendo tanto la tristeza profunda, el llanto, los sentimientos de culpa, las tendencias suicidas.

La “Fototerapia”, se viene utilizando especialmente en las depresiones estacionales, llevadas a cabo por el psiquiatra ROSENTHAL y su equipo en 1984, basado en la utilización de la luz artificial administrada de manera que ampliaba el fotoperiodo. Los resultados son muy esperanzadores.

Existen conexiones entre las enfermedades depresivas y la luz solar. Las variaciones estacionales están ligadas a ciertas anorexias, a trastornos obsesivos- compulsivos

A veces también estas o ciertas depresiones, son tratadas a través de la cura de sueño, es decir mantener al enfermo dormido una serie de días, ante depresiones débiles. También se usa el mantener el enfermo despierto en la noche y dormido en el día.

La "remisión" es la ausencia de síntomas depresivos y se constata con la presencia de rasgos positivos de la salud mental, teniendo conciencia de la realidad, capacidad para dar y recibir amor, normal inteligencia, voluntad, afectividad, etc; el poder hacer y llevar una vida normal en el trabajo, en la capacidad de disfrutar, en el ejercicio de la responsabilidad y en el poder establecer relaciones sociales sanas y positivas, en el estado de ánimo estable, ni eufórico ni depresivo, llevando una vida normal. Si se tiene capacidad para afrontar el estrés y superarlo satisfactoriamente. Uno de estos pacientes se puede ir sintiendo curado, al estar contento con su vida como antes de padecer la depresión y siente felicidad y comprueba que hay una buena relación entre lo que uno ha deseado y lo que uno ha conseguido, ha conseguido una personalidad madura y equilibrada.

A veces ante estos casos también se puede ir dando la recaída y recurrencia al sentirse de nuevo en un descenso de estado de ánimo que a veces puede ser pasajero y otras veces permanente.

En la llamada "recurrencia" la depresión tiende a establecer una periodicidad y un volver a repetirse con una cierta frecuencia.

En la "psicoterapia", se trata de un tratamiento de tipo psicológico que ayuda de alguna manera a mejorar. Además de medicación (Farmaterapia) se necesita la atención psicológica (psicoterapia) para lo que se necesita conocer la personalidad del sujeto y conocer sus aspectos negativos y positivos. Con la psicoterapia bien llevada se logra personas maduras y equilibradas y de desarrollo integral ideal.

La psicoterapia trata de llevar al paciente a comprenderse mejor y asumir su biografía superando las heridas del pasado; es ir madurando en las diferentes vertientes de su personalidad.

En dicho tratamiento psicoterapéutico se llega uno a conocerse a sí mismo, a comprenderse y la forma de reaccionar.

Se acepta la historia personal, viviendo el presente, superando las heridas del pasado y viviendo empoderado hacia el porvenir.

También se va avanzando en la maduración afectiva de la personalidad, de forma libre, responsable y coherente, aspecto que necesitan disciplina y con la ayuda del psicólogo ir alcanzando cimas graduales.

La técnica psicológica empleada y el modo de hacerla es muy importante. El ir creando una buena transferencia es muy importante a través de una relación positiva de confianza que hace que el paciente se sienta comprendido, de tal manera que al paciente se le disminuyan los sentimientos de culpa y a disolverle la ansiedad.

La psicoterapia familiar también es muy efectiva y positiva, en la que se explican las causas de dichos trastornos como el tratamiento familiar a seguir en pro del paciente.

Es necesario ayudar al paciente a ser responsable en el seguimiento de su medicación y normas incluidas (no tomar alcohol hacerse análisis de sangre periódicamente, sondeos médicos, etc).

Es importantísimo la buena relación médico- enfermo, donde reine la confianza, el respeto y saber decir las cosas tal como uno las siente.

Es interesante la llamada terapia del "bienestar", que busca no solo aliviar los estados negativos de los depresivos, sino aumentar sus recursos psicológicos frente a las adversidades; así como la psicoterapia de "orientación dinámica" que tiene grandes influencias positivas y se manifiesta teniendo una fecha limitada, con número de sesiones, duración, costos, objetivos a cubrir.

En el tratamiento hay que centrar los conflictos y sus ramificaciones principales y ver la forma de resolverlas; si el tratamiento no resulta tan efectivo, hay que enseñar al paciente a que lo sepa aceptar de buen grado y sepa convivir dichos síntomas produciéndole la mínima ansiedad.

Hay que demostrarle técnicas de afrontamiento sano y saber identificar los síntomas somáticos (taquicardia, sudoración, dificultad respiratoria, temblor, molestias digestivas, dándole explicaciones y comprensiones de por qué sucede todo eso, cual es la raíz y cómo debe luchar por luchar por superarlo.

En las psicoterapias breves se dispone de poco tiempo para explorar el pasado siendo bueno el pedirle al paciente que dé una información biográfica por escrito especificando sus aspectos importantes de la vida, infancia, pubertad, adolescencia, la figura e imagen de sus padres, educadores, rendimiento escolar, universidad, el despertar de la sexualidad, historia de sus relaciones afectivas, traumas vividos, etc., etc, todo ello matizando conceptos y perfilando objetivos.

Ante los citados tratamientos, también hay que tener en cuenta criterios de selección. Los pacientes que están más motivados, sanos y enfermos, es más fácil que cambien en positivo y sigan las instrucciones del terapeuta.

Se debe siempre establecer un límite en el tiempo, favoreciéndose así la individualización de cada sesión, que debe ser bien aprovechada, se da también más autonomía al paciente para aflorar sus actuales vivencias y también se le estimula al paciente para que se vaya haciendo más independiente y vaya ganando confianza en sí mismo.

Son muy distintas las psicoterapias a corto plazo a las de largo plazo; las primeras se ciñen a lo esencial ignorando muchas circunstancias; en "las largas" se cuenta todo lo que se ha vivido centrándose la atención en lo fundamental.

La acción del terapeuta puede ser perjudicial cuando actúa en exceso y tiende a suplantar la personalidad de su paciente por la suya

propia; debe haber un gran respeto entre el actuar del paciente y del psicoterapeuta.

“La terapia de conducta” tiene una acción positiva en las depresiones leves y moderadas; se da gran mejoramiento en la madurez de la personalidad.

Las conductas normas como las anormales se aprenden y también se mantienen con refuerzos positivos.

Por la “psicológica conductista” sabemos que el entorno social desempeña un papel fundamental en el desarrollo de las conductas normales sanas y en las anormales enfermas.

En termino, de conducta, “la depresión” puede ser definida como un estado emocional caracterizado por una perdida generalizada del esfuerzo.

El principal objetivo del tratamiento es la conducta problemática en sí; por eso hay que especificarla, concretar qué se quiere cambiar y qué circunstancias se están dando a su alrededor y evaluarlo correctamente.

“la terapia de conducta”, se basa en un enfoque científico, del tratamiento, siguiendo las relaciones, estimulo-respuesta.

Otro medio es usar la “llamada “desensibilización sistemática”, en la que se establece una serie de jerarquía de situaciones de ansiedad, con también técnicas de relajación desdramatizando el hecho sin ansiedad hasta alcanzar el objetivo; se pasa de un miedo insuperable, a un medio intenso, luego a un miedo menor hasta que cabe sin sentir miedo o fobia.

Otro método es la llamada “terapia de exposición”, también se la llama “practica programática” y se emplea en las fobias y en las obsesiones. Se trata de establecer una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad, de más a menos: el terapeuta debe elogiar cualquier progreso por pequeño que sea e invitarle a perseverar al paciente.

Otro medio es la “exposición asistida por el terapeuta”, quien acompaña a su paciente en la situación de miedo enorme y le va enseñando a enfrentarse con ella poco a poco.

Con la “terapia de exposición en grupo”, se añade la posibilidad de discutir con los participantes dicha situación. Con el procedimiento de la inmersión “el sujeto se baña en medio hasta que puede resistir su ansiedad y ésta vaya desapareciendo”

Estrategias Diarias contra la Depresión

Rutina Saludable:

Establece una estructura diaria.

Metas Realistas:

Fija objetivos alcanzables.

Reduce Redes:

Limita el uso de redes sociales.

Aprende algo Nuevo:

Mantén tu mente activa.

Comunica:

Expresa tus emociones.



Practica Gratitude:

Agradece lo positivo diariamente.

Duerme Bien:

Prioriza un descanso adecuado.

Medita: Dedicar tiempo a mindfulness.

La terapia "cognitiva", es un sistema de tratamiento basado en que nuestra mente es como un ordenador: que recibe información, la ordena y clasifica y luego le da respuestas concretas. Esta terapia se dirige a modificar las distorsiones que se producen en la percepción de la realidad y que dan lugar a trastornos de la conducta.

Ante esta actitud se debe corregir toda inferencia arbitraria, evitando adelantar cualquier conclusión en ausencia de algo evidente que lo confirma.

Se debe corregir la "abstracción selectiva" centrándose en detalle negativo, extraído fuera de contexto y evitando la "generalización excesiva", elaborando una regla general a partir de uno o dos hechos. Evitando la "masificación o minimización", es decir elevando el sentido negativo de algo y magnificándolo en el otro caso es justo lo contrario.

Corregir la "personalización" atribuyéndose a uno mismo fenómenos externos que no tienen conexión con uno mismo".

Corregir los pensamientos "absolutistas dicotómicas"; clasificando los hechos en términos radicales y contrapuestos: blanco – negro, amor – odio. El paciente se describe así mismo en categorías extremas, corregir los pensamientos "catastróficos", prediciendo el peor resultado posible e ignorando las alternativas positivas que pueden darse.

Los conceptos básicos de la terapia cognitiva debemos tenerlos claros. "el estímulo": que produce una acción o activación. La "respuesta": es la reacción al estímulo. "El refuerzo", que aumenta o disminuye la posibilidad de una respuesta; hay refuerzo positivos y negativos. El "castigo": consiste en aplicar un estímulo asertivo a la conducta no deseada para mantenerlo bajo control.

La terapia "cognitivo –conductual" es el tratamiento psicológico más estudiado en las depresiones endógenas y en las distimias. Junto a los antidepresivos, son las dos columnas vertebrales en el tratamiento de estos cuadros clínicos.

En la fase aguda de depresión es preferible emplear antidepresivos; en especial ante tendencias autodestructivas, hospitalarias y evitar el suicidio.

¿En qué depresiones debe utilizarse la terapia “cognitivo conductual”?

En las depresiones no endógenas y en las distimias (cuando se asocian a un trastorno de la personalidad)

También ha de usarse cuando fracasan los antidepresivos después de un tiempo de empleo suficiente; buscar técnicas alternativas, asociar dos o más antidepresivos, suprimir totalmente los ansiolíticos, en los casos más rebeldes usar “estimulador magnetico trans craneal” (TEC), la cura del sueño la luminoterapia.

Si el paciente depresivo se ha ido descompensado y tiene tendencias suicidas permanentemente, es necesario el ingreso hospitalario con vigilancia y control estricto.

¿Cómo actúa la terapia cognitivo-conductual? : esta terapia modifica formas de pensar o cambia esquemas distorsionados por otros más sanos y ajustados a la realidad; el sujeto no achaca su depresión o responsabilidad a terceros. Hace la persona más objetiva frente a las cosas que le suceden.

La “forma vital” tiene un soporte esencialmente fisiológico y bioquímico, de ahí que la principal herramienta es la farmacología. La psicoterapia en las depresiones graves tiene escaso valor.

La psicoterapia”. Trata de hacer el trabajo profesional con ilusión, entrega y profesionalidad. El problema puede tener varios aspectos.

- Personas sin trabajo. El paro influye para que la persona se deprima. Los dos componentes de la felicidad son el amor y el trabajo.
- Personas que tienen un trabajo que les disgusta, por su actividad monótona, por su ambiente negativo, poca afectividad y entendimiento con las personas del centro laboral
- Gente que se ha tenido que jubilar todavía joven y que a la larga lleva a una vida depresiva

- Personas jubiladas a su tiempo, pero sin aficiones, bien sea por soledad o por inactividad.

El apoyo social o “socio terapia”, es un fenómeno que se ha estudiado con detalle en el campo de la salud mental y de la depresión en particular. La calidad de las relaciones familiares y sociales pronostican la evolución de muchas depresiones, hacia su mejoría primero y hacia su curación después.

La soledad el aislamiento y la falta de soporte familiar y social pueden determinar el origen y el aumento de la depresión en las personas.

La “socioterapia” beneficia la forma psíquica de la depresión. La compañía, la relación con otras personas ayudan a evitar el ponerse triste y caer en depresión.



PRINCIPIOS DE ESPERANZA

- ✓ No hace falta tanta preocupación, tanto miedo, tanta ansiedad, sólo hace falta tener la certeza de que Dios resolverá todo lo que te preocupa
- ✓ Pedir ayuda, no es debilidad, sino valentía
- ✓ Busca apoyo profesional, ya que te pueden ayudar
- ✓ Hay personas que te aman y que te necesitan
- ✓ Anímate que pequeños y continuos pasos pueden llevarte muy lejos y victorioso
- ✓ Tu vida vale mucho: ¡Permítete un día más, que las cosas se pueden cambiar!
- ✓ El acto más valiente es mantener la fe cuando todo parece perdido
- ✓ No hay tormenta eterna, el viento cambiará y las estrellas volverán a brillar, ya que eres más fuerte de lo que creer y tu todo lo puedes
- ✓ Cada amanecer es una nueva oportunidad para empezar de nuevo; el ayer ya se pasó y con el presente construirás tu futuro
- ✓ Nunca te duermas sin un sueño ni te levantes sin un motivo.

ACTITUDES A VIVIR, MEJORAR Y PROYECTAR EN SOCIEDAD

La felicidad es el objetivo de la existencia humana. No se trata de una situación estática, sino dinámica, que está en movimiento.

La vivencia de la felicidad es siempre perceptible. Sabemos que para aspirar a la felicidad en nuestras vidas ha de hacerse con argumentos; la felicidad es un proceso que exige: orden, constancia, voluntad y motivación.

Sepamos minimizar los fracasos y valorar cualquier logro por pequeño que sea.

La felicidad absoluta en este mundo no existe.

Hay que aspirar una felicidad razonable, a través del amor, del trabajo de la cultura, dando siempre lo mejor de sí mismo

La cultura bien entendida nos lleva a emprender el camino hacia una meta verdaderamente valiosa. La cultura es un saber que humaniza al ser humano y la mejora.

En la vida aprendamos a tomarnos los acontecimientos con el mejor sentido del humor. El sentido del humor es patrimonio de las buenas personas con buena salud mental. Es un componente clave de la actitud positiva. El sentido del humor es la sabia que adereza en el día, las adversidades y reveses.

La amargura, el humor irónico, son rasgos de la personalidad pesimista, que ve y se detiene más en lo negativo que en lo positivo en lo malo que en lo bueno.

Uno de los puntos esenciales para alcanzar la plenitud es llegar a conocernos a nosotros mismos lo más profunda y realmente posible sin excusas ni disculpas.

Los antiguos griegos tenían por ley primera el alcanzar el propio conocimiento.

Para llegar uno a conocerse hace falta que se reconozca sus actitudes como sus limitaciones.

Este es un proceso complejo y alegre doloroso a veces, de pulir, quitar, añadir, mejorar, afinar aspectos, redondear la personalidad.

Una persona madura es un gran antídoto contra la depresión, que analizaremos y aprenderemos a mandarnos a nosotros mismos mensajes siempre positivos y con palabras que nos inspiran lo mejor; por ejemplo: ánimos, adelante, tú lo puedes, no te dejes vencer por la derrota y sigue luchando sin desanimarte y crécete ante las dificultades y serás más y más fuerte; el que vuelve y lucha tiene la mitad conseguido.

Trata de conocer y de fortalecer en todo momento tu voluntad, una persona con voluntad llega en la vida más lejos que una persona inteligente.

Si la voluntad es entrenada en una lucha y superación constante, será capaz de ponerse retos, exigencias, metas, objetivos concretos.

Siempre ante una voluntad recia aparece la luz y la fortaleza de la verdad.

La voluntad es la capacidad para hacer algo valioso, aunque al inicio cueste y se haga difícil.



Nunca pierdas la esperanza,
a pesar de los golpes
y decepciones de la vida.
Olvida el ayer y ten fe en este
nuevo día que Dios te regala,
viene cargado de **esperanzas**,
ilusiones, sueños y alegrías.

Norfi

Es hacer algo positivo para uno mismo, aunque sabiendo que los resultados no serán inmediatos, pero si mediatos.

No debemos dejar que los problemas nos venzan. Tengamos la capacidad de comprendernos a nosotros mismos; tener la capacidad de perdonarnos a nosotros mismos, tener la capacidad de rectificar y de saber que el tiempo cura casi todas las heridas

Una persona madura es aquella que sabe disponer y administrar el tiempo: vive instalada en el presente, tiene asumido y superado el pasado y vive abierta al porvenir. Haz y procura que el pasado y el presente y el futuro se constituyan en una forma de aparecer sana, equilibrada y armónica.

Sé consciente que necesitamos de la ayuda y la comprensión de los demás. si siembras afectividad, confianza, perdón, etc, eso mismo recogerás a satisfacción.

La familia es y debe ser el resguardo privado en donde se aprende a amar y donde mejor se siente comprendido y satisfecho

Aprende a pedir ayuda cuando la necesites a familiares, amigos, personal profesional, como médicos, psicólogos, psiquiatras, pero aprende a pedir ayuda cuando la necesites; a veces la medicación resulta necesaria hay que llevarla a cabo con seriedad, fe y perseverancia.

Pero en especial: "busca el sentido de la vida" ya que es necesario descubrir qué es la vida, en qué consiste y para qué vivimos y existimos; hay que saber hacia dónde vamos y dónde venimos.

Trata de conocer la verdad y de amarla y comprométete con ella, busca lo que nos es transitorio ni momentáneo.

Sácale el máximo partido a cada jornada viviendo intensamente el momento y descubre lo que debe ser para ti esta vida con verdadero sentido.

Ten presente que la esperanza es el auténtico eje de la existencia. La esperanza es una ilusión por completar nuevos proyectos, de

expectativas de un futuro siempre enriquecedor y de fe en trascender las propias limitaciones; pero siempre mantén la esperanza. La esperanza es la confianza que tenemos en nosotros mismos en los demás, es el lazo que une el presente, el pasado y el futuro; es una auténtica columna vertebral de la vida y la felicidad.

No siempre tendremos éxitos, pero la esperanza nos dará ánimos para superar las adversidades y los fracasos.



ENRIQUE ROJAS:
CÓMO SUPERAR LA DEPRESIÓN
Y LA TRISTEZA

HNO. ANGEL CORRES ROBLES

CUESTIONARIO DE ROJAS PARA VALORAR LA ANSIEDAD

Instrucciones: conteste a las siguientes preguntas en relación con los síntomas que haya notado durante los últimos tres meses. Haga un círculo alrededor del asterisco situado en la columna *Sí* cuando haya notado ese síntoma; valore el grado de su *intensidad* (I) de 1 a 4 (1: intensidad ligera; 2: intensidad mediana; 3: intensidad alta; 4: intensidad grave, la más intensa).

Si no siente dichos síntomas, ponga un círculo alrededor del *No*.

SÍNTOMAS FÍSICOS

	SÍ	NO	INTENSIDAD
1. Tiene palpitaciones o taquicardias (le late a veces rápido el corazón)	*	*	_____
2. Se ruboriza o se pone pálido	*	*	_____
3. Le tiemblan las manos, pies, piernas o el cuerpo en general	*	*	_____
4. Suda mucho	*	*	_____
5. Se le seca la boca	*	*	_____
6. Tiene tics (guiños o contracturas musculares automáticas)	*	*	_____
7. Nota falta de aire, dificultad para respirar, opresión en la zona del pecho	*	*	_____
8. Tiene gases	*	*	_____
9. Orina con mucha frecuencia o de forma imperiosa	*	*	_____
10. Tiene náuseas o vómitos	*	*	_____
11. Tiene diarreas, descomposiciones intestinales	*	*	_____
12. Se nota como un nudo en el estómago o en la garganta, le cuesta tragar	*	*	_____
13. Tiene vértigos, sensación de inestabilidad, de que puede caerse, desmayo	*	*	_____
14. Le cuesta quedarse dormido por las noches	*	*	_____
15. Tiene pesadillas	*	*	_____
16. Tiene sueño durante el día y se queda dormido sin darse cuenta	*	*	_____
17. Pasa temporadas sin apetito, sin querer comer casi nada	*	*	_____
18. Tiene ratos en que come excesivamente o cosas extrañas, incluso sin apetito	*	*	_____
19. Ha notado un menor interés por la sexualidad ...	*	*	_____
20. Ha notado un mayor interés por la sexualidad ...	*	*	_____
SUMA			

SÍNTOMAS PSÍQUICOS

	SÍ	NO	INTENSIDAD
1. Se nota inquieto, nervioso, desasosegado por dentro	*	*	_____
2. Se siente como amenazado, incluso sin saber por qué	*	*	_____
3. Tiene la sensación de estar luchando continuamente sin saber contra qué	*	*	_____
4. Tiene ganas de huir, de marcharse a otro lugar, de viajar a un sitio lejano	*	*	_____
5. Tiene fobias (temores exagerados a algún objeto o situación)	*	*	_____
6. Tiene miedos difusos, es decir, sin saber bien a qué	*	*	_____
7. A veces queda preso de terrores o tiene ataques de pánico	*	*	_____
8. Se nota muy inseguro de sí mismo	*	*	_____
9. A veces se siente inferior a los demás	*	*	_____
10. Nota una cierta sensación de vacío interior	*	*	_____
11. Se nota distinto, como si estuviese perdiendo su propia identidad	*	*	_____
12. Está triste, meditabundo, melancólico	*	*	_____
13. Teme perder el autocontrol y hacer daño a otras personas	*	*	_____
14. Teme no controlarse y llegar a suicidarse	*	*	_____
15. Está asustado o le da mucho miedo la muerte ..	*	*	_____
16. Está asustado pensando que se está volviendo o que se puede volver loco	*	*	_____
17. Tiene la sensación de que ocurrirá alguna desgracia, como un presentimiento	*	*	_____
18. Se nota muy cansado, sin intereses ni ganas de hacer nada	*	*	_____
19. Le cuesta mucho tomar una decisión	*	*	_____
20. Es una persona recelosa o desconfiada	*	*	_____
SUMA			

SÍNTOMAS DE CONDUCTA

	SÍ	NO	INTENSIDAD
1. Está siempre alerta, como vigilando o en guardia	*	*	_____
2. Está irritable, excitable, responde exageradamente a los estímulos externos	*	*	_____
3. Rinde menos en sus actividades habituales	*	*	_____
4. Le resulta difícil o penoso realizar sus actividades habituales	*	*	_____
5. Se mueve de un lado para otro, como agitado, sin motivo	*	*	_____
6. Cambia mucho de postura, por ejemplo cuando está sentado	*	*	_____
7. Gesticula mucho	*	*	_____
8. Le ha cambiado la voz o ha notado altibajos en sus tonos	*	*	_____
9. Se nota más torpe en sus movimientos o más rígido	*	*	_____
10. Tiene más tensa la mandíbula	*	*	_____
11. Tartamudea o cecea	*	*	_____
12. Se muerde las uñas o los padrastrós. Se chupa el dedo o se los frota	*	*	_____
13. Juega mucho con objetos, necesita tener algo entre las manos	*	*	_____
14. A veces se queda bloqueado, sin saber qué hacer o decir	*	*	_____
15. Le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa	*	*	_____
16. Muchas veces tiene la frente fruncida	*	*	_____
17. Tiene los párpados contraídos o las cejas arqueadas hacia abajo	*	*	_____
18. Tiene expresión de perplejidad, desagrado, displacer o preocupación	*	*	_____
19. Le dicen que está inexpresivo, como con la cara «congelada»	*	*	_____
20. Le irritan mucho los ruidos intensos o inesperados	*	*	_____
SUMA			

SÍNTOMAS INTELECTUALES

	SÍ	NO	INTENSIDAD
1. Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, difícil, de forma pesimista	*	*	_____
2. Piensa que tiene mala suerte y que siempre la tendrá	*	*	_____
3. Cree que no sirve para nada, que no sabe hacer nada correctamente	*	*	_____
4. Los demás dicen que no es justo en sus juicios y apreciaciones	*	*	_____
5. Se concentra mal, con dificultad	*	*	_____
6. Nota como si le fallase la memoria, le cuesta recordar cosas recientes	*	*	_____
7. Le cuesta recordar cosas que cree saber, haber aprendido hace tiempo	*	*	_____
8. Está muy despistado	*	*	_____
9. Tiene ideas o pensamientos de los que no se puede librar	*	*	_____
10. Les da muchas vueltas a las cosas	*	*	_____
11. Todo le afecta negativamente, cualquier detalle o noticia	*	*	_____
12. Utiliza términos extremos: <i>inútil, imposible, nunca, jamás, siempre, seguro</i> , etc.	*	*	_____
13. Hace juicios de valor sobre los demás, rígidos e intolerantes: <i>inútil, odioso</i> , etc.	*	*	_____
14. Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo	*	*	_____
15. Le cuesta pensar, nota un cierto bloqueo intelectual	*	*	_____
16. Un pequeño detalle que sale mal le sirve para decir que todo es caótico	*	*	_____
17. Piensa que su vida no ha merecido la pena, que todo han sido injusticias o dolor	*	*	_____
18. Pensar en algo angustioso le conduce a pensamientos más angustiosos todavía	*	*	_____
19. Piensa en lo que haría en una situación difícil y cree que no podría superarla	*	*	_____
20. Cree que su única solución es un cambio realmente profundo o que es inútil	*	*	_____
SUMA			

SÍNTOMAS ASERTIVOS

	SÍ	NO	INTENSIDAD
1. A veces no sabe qué decir ante ciertas personas	*	*	_____
2. Le cuesta mucho iniciar una conversación	*	*	_____
3. Le resulta difícil presentarse a sí mismo en una reunión social	*	*	_____
4. Le cuesta mucho decir «no» o mostrarse en desacuerdo con algo	*	*	_____
5. Intenta agradar a todo el mundo y siempre sigue la corriente general	*	*	_____
6. Le resulta muy difícil hablar de temas generales e intrascendentes	*	*	_____
7. Se comporta con mucha rapidez, sin naturalidad, en las reuniones sociales	*	*	_____
8. Le resulta muy difícil hablar en público, formular y responder preguntas	*	*	_____
9. Prefiere claramente la soledad antes que estar con desconocidos	*	*	_____
10. Se nota muy pasivo o bloqueado en reuniones sociales	*	*	_____
11. Le cuesta expresar a los demás sus verdaderas opiniones y sentimientos	*	*	_____
12. Intenta dar en público una imagen de sí mismo distinta a la real	*	*	_____
13. Está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de usted	*	*	_____
14. Se siente a menudo avergonzado ante los demás	*	*	_____
15. Prefiere pasar totalmente desapercibido en las reuniones sociales	*	*	_____
16. Le resulta complicado terminar una conversación difícil o comprometida	*	*	_____
17. Tiene o utiliza poco el sentido del humor ante situaciones de cierta tensión	*	*	_____
18. Está muy pendiente de lo que hace en presencia de personas de poca confianza	*	*	_____
19. Prefiere no discutir ni quejarse a pesar de estar seguro de llevar la razón	*	*	_____
20. Se avergüenza o incomoda por cosas que hacen los demás («vergüenza ajena»)	*	*	_____
SUMA			

Explicación de la puntuación obtenida por dimensión:

20: banda normal.

20-30: ansiedad ligera.

30-40: ansiedad moderada.

40-50: ansiedad grave.

50 —>: ansiedad muy grave.

- Son cinco dimensiones las que se valoran en el cuestionario: síntomas físicos, psicológicos (vivenciales), de conducta, cognitivos (mentales o intelectuales) y asertivos (habilidades sociales).
- La máxima puntuación por dimensión son 80 puntos (20 ítems, a 4 puntos de máxima). Consideramos que una puntuación de 50 en adelante, por dimensión, significa una ansiedad alta.

ESCALA DE ROJAS PARA VALORAR EL RIESGO DE SUICIDIO

01. Estado de ánimo deprimido
02. Impotencia para la vida
03. Diselpidia
04. Inhibición de agresiones
05. Aborrecimiento de sí mismo
06. Llanto
07. Sentimiento de culpa
08. Sentimientos de fracaso
09. Plano cognitivo
10. Aislamiento
11. Asertividad
12. Deseos de muerte
13. Impulsos de suicidio
14. Concreción de la inclinación suicida
15. Pérdida del apetito
16. Pérdida de peso
17. Imposibilidad para trabajar
18. Libido
19. Sueños de autoaniquilación
20. Insomnio

Nota: se remite al lector a las páginas siguientes, donde se explica cada uno de los epígrafes. Cada cuestión ha de ser valorada de 0 a 4 puntos.

— La escala debe ser aplicada por alguien del equipo psicológico-psiquiátrico y valorada por esa misma persona.

— A partir de 30 puntos es necesario seguir un tratamiento médico.

— Una puntuación en torno a 50 indica un riesgo elevado autodestructivo.

1. Estado de ánimo deprimido

- 0. No me encuentro deprimido.
- 1. Me siento ligeramente deprimido, bajo de ánimo. No tengo ganas de nada.
- 2. Tengo bastante pena.
- 3. Estoy profundamente triste y abatido.
- 4. Tengo tal tristeza que ya no puedo más.

2. Importancia para la vida

- 0. Me siento capaz de realizar mi vida.
- 1. Me encuentro con pocas fuerzas y vigor para vivir.
- 2. Me veo con pocas posibilidades de salir adelante. Estoy cansado de la vida.
- 3. Soy impotente para llevar mi vida hacia delante. No tengo ganas de vivir.
- 4. No puedo seguir así. No tengo fuerzas para nada. Es imposible la vida.

3. Diselpidia

- 0. No me siento desesperado.
- 1. Estoy algo desalentado (decepcionado).
- 2. Estoy desmoralizado. Veo muy mal el futuro.
- 3. Tengo una gran desesperación. Es muy difícil salir de donde estoy.
- 4. Tengo una profunda desesperanza. Ya no puedo esperar nada mío ni de nadie.

4. Inhibición de agresiones

- 0. Cuando es necesario, manifiesto claramente mis reacciones agresivas y mi descontento por algo.
- 1. A veces contengo mis reacciones agresivas.
- 2. Suelo contener con frecuencia mis reacciones agresivas.
- 3. La mayoría de las veces me abstengo de protestar cuando me hacen algo desagradable.
- 4. Siempre inhibo (contengo) mi agresividad y me retraigo de protestar, sea lo que sea y ante quien sea.

5. Aborrecimiento de sí mismo

- 0. No me aborrezco.
- 1. A veces estoy descontento conmigo mismo.
- 2. Con bastante frecuencia reniego de mí mismo.
- 3. La mayoría de las veces me odio y desprecio.
- 4. Me detesto como persona.

6. Llanto

- 0. No lloro casi nunca.
- 1. A veces lloro.
- 2. Ahora lloro más de lo normal.
- 3. Me paso el día llorando.

7. Sentimiento de culpa

- 0. No me siento culpable.
- 1. A veces me siento culpable.
- 2. Muchas veces veo que tengo yo la culpa de todo.
- 3. Siempre pienso que es mi culpa, por mis errores.
- 4. Soy absolutamente culpable de todo, no tengo perdón.

8. Sentimiento de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. A veces me siento fracasado.
- 2. Muchas veces me veo como una persona malograda y desengañada.
- 3. La mayoría de las veces tengo delante el infortunio y el fracaso de mi vida.
- 4. He fracasado en la vida y me encuentro absolutamente frustrado. No valgo nada.

9. Plano cognitivo

- 0. Percibo todo igual que antes. Mis observaciones, pensamientos, ideas y juicios son como han sido siempre. Me veo a mí mismo, a mi futuro y a lo que me rodea igual que siempre.
- 1. Últimamente lo que veo, mis recuerdos, mis pensamientos, mis juicios, son menos positivos. Me veo peor, al igual que mi futuro y todo lo que me rodea.
- 2. Noto que tengo menos capacidad para concentrarme, menos memoria; mis pensamientos son negativos y mis juicios, pesimistas. Todo lo percibo como problemático y difícil de superar.
- 3. Tengo grandes dificultades para concentrarme. Leo y no capto el contenido. Estoy muy abstraído. Me falla mucho la memoria. Mis pensamientos son tristes. Tiendo a fijarme solo en detalles negativos, a agrandar los problemas y a pensar en términos extremistas (blanco-negro, bueno-malo, amor-odio, útil-inútil, etc.).
- 4. Todo lo que veo, recuerdo o enjuicio es tremendamente triste. No puedo concentrarme en nada. Veo la vida negra, llena de obstáculos y sin sentido. Me siento vacío de todo y sin apoyo. Estoy en una situación límite.

10. Aislamiento

- 0. Me comunico y me relaciono igual que siempre.
- 1. Me cuesta más establecer relaciones, comunicarme, salir, distraerme.
- 2. Me cuesta bastante establecer relaciones.
- 3. Es muy difícil para mí tener relaciones sociales y paso el día solo y sin hablar con nadie.
- 4. Estoy solo, no puedo hablar con nadie, me es imposible comunicarme y relacionarme. Mi soledad e incomunicación son totales.

11. Asertividad

- 0. Tengo la misma habilidad social que siempre he tenido. Capto normalmente el compromiso de los demás y lo que significa; sé responder a los estímulos exteriores del mismo modo que siempre.

2. Tengo bastante menos habilidad social que antes. Me cuesta expresar opiniones contrarias a las que escucho. Me quedo un poco parado ante la gente. Me cuesta decir que no. He perdido bastante el contacto con los demás. Si tuviera que ponerme una nota en participación social, esta sería de aprobado bajo o suspenso alto.
 3. Mis habilidades sociales han quedado reducidas al mínimo. Ante la gente me quedo sin saber qué hacer ni decir. Me es imposible decir que no. La relación con los demás se me hace imposible. Si tuviera que ponerme una nota en participación social, esta sería de suspenso.
 4. Mis habilidades sociales son nulas. Jamás digo que no. Cuando estoy con gente no sé en absoluto lo que hacer ni decir. No tengo ningún interés en entenderme con los demás. Si tuviera que ponerme una nota en participación social, no tendría más remedio que ponerme un cero.
- 12. Deseos de muerte**
0. No deseo morirme.
 1. A veces deseo morirme.
 2. Muchas veces pienso que sería mejor morirme.
 3. Estoy deseando morirme. Yo así no puedo vivir.
 4. Ya no puedo más. Esto es insoportable. Mi única ansia (deseo, aspiración) es morirme cuanto antes.
- 13. Impulso suicida**
0. No tengo inclinaciones de hacer nada contra mí mismo.
 1. A veces tengo ideas de hacerme daño.
 2. Con bastante frecuencia tengo inclinaciones suicidas.
 3. Siento fuertes y casi constantes arrebatos (empujones, presiones, incitaciones) suicidas.
 4. Lo mejor para mí sería suicidarme, si tuviera fuerzas para ello.
- 14. Concreción de la inclinación suicida**
0. No he tenido ideas de suicidio.
 1. A veces he tenido ideas de suicidarme, pero sin pensar en hacerlo de verdad.
 2. Bastantes veces he pensado en quitarme la vida e incluso cómo hacerlo.
 3. Tengo permanentemente ideas de suicidio, he pensado mucho en cómo hacerlo.
 4. Quisiera suicidarme y terminar de una vez. He pensado muchas veces en la forma de hacerlo.
- 15. Pérdida del apetito**
0. Tengo el mismo apetito de siempre.
 1. Últimamente he notado que tengo menos ganas de comer.
 2. Tengo ahora bastante menos apetito que antes.
 3. Tengo cada día menos apetito.
 4. He perdido totalmente las ganas de comer.

16. Pérdida de peso

- 0. Peso igual que antes.
- 1. Creo que he perdido uno o dos kilos.
- 2. He perdido tres o cuatro kilos.
- 3. He perdido de unos cinco a siete kilos.
- 4. He perdido últimamente más de siete kilos.

17. Imposibilidad para trabajar

- 0. Puedo trabajar igual que antes.
- 1. A veces no puedo trabajar, se me han quitado las ganas.
- 2. Muchas veces me siento sin fuerzas para realizar mi trabajo habitual.
- 3. Estoy sin ninguna facultad para trabajar.
- 4. Soy incapaz de llevar a cabo ningún tipo de trabajo.

18. Libido

- 0. Siento que el sexo me atrae ahora igual que antes.
- 1. A veces me siento menos atraído hacia el sexo.
- 2. Veo que cada vez todo lo referente al sexo me interesa menos. Lo hago por cumplir con mi pareja, pero cada día con menos ganas.
- 3. La vida sexual no me dice nada, me es casi indiferente.
- 4. He perdido todo el interés por las cuestiones relacionadas con sexualidad.

19. Sueños de muerte y aniquilación

- 0. No he soñado últimamente con cosas de muertos, ni de nada por el estilo.
- 1. Últimamente, en alguna ocasión, he tenido sueños de muertos.
- 2. He tenido sueños en los que la gente que yo conocía moría. Eran angustiosos.
- 3. Sueño con mucha frecuencia que personas que conozco y que viven se mueren. Son sueños tristes. Otras veces sueño que me destruyo y que acabo conmigo.
- 4. Ahora siempre sueño con escenas en las que alguien a quien yo quiero o conozco se muere. Sueño continuamente que me mato, que me quito de en medio.

20. Insomnio

- 0. Duermo igual que siempre.
- 1. A veces, de tarde en tarde, duermo mal de noche.
- 2. Con bastante frecuencia duermo mal por la noche.
- 3. Casi siempre duermo mal de noche.

01. *Deseo de vivir:*
 - Moderado a fuerte (0)
 - Débil (1)
 - Ninguno (2)
02. *Deseo de morir:*
 - Ninguno (0)
 - Débil (1)
 - Moderado a fuerte (2)
03. *Razones para vivir / morir:*
 - Porque seguir viviendo vale más que morir (0)
 - Aproximadamente iguales (1)
 - Porque la muerte vale más que seguir viviendo (2)
04. *Deseo de intentar activamente el suicidio:*
 - Ninguno (0)
 - Débil (1)
 - Moderado a fuerte (2)
05. *Deseos pasivos de suicidio:*
 - Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida (0)
 - Puede dejar de vivir / morir por casualidad (1)
 - Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida (2)
06. *Dimensión temporal (duración de la ideación / deseo suicida):*
 - Breve, periodos pasajeros (0)
 - Por amplios periodos de tiempo (1)
 - Continuo (crónico) o casi continuo (2)
07. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio):*
 - Raro, ocasional (0)
 - Intermitente (1)
 - Persistente o continuo (2)
08. *Actitud hacia la ideación / deseo:*
 - Rechazo (0)
 - Ambivalente, indiferente (1)
 - Aceptación (2)
09. *Control sobre la actividad suicida / deseos de acting out:*
 - Tiene sentido del control (0)
 - Inseguro (1)
 - No tiene sentido del control (2)
10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad):*
 - Puede no intentarlo a causa de un disuasivo (0)
 - Alguna preocupación sobre los medios puede disuadirlo (1)
 - Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos (2)
11. *Razones para el intento contemplado:*
 - Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse (0)

- Combinación de 0 y 2 (1)
- Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta (2)
- 12. *Método (especificidad / planificación del intento contemplado):*
 - No considerado (0)
 - Considerado, pero detalles no calculados (1)
 - Detalles calculados / bien formulados (2)
- 13. *Método (accesibilidad / oportunidad para el intento contemplado):*
 - Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad (0)
 - El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa (1)
 - Método y oportunidad accesibles (2)
 - Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto (2)
- 14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento:*
 - No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente (0)
 - Inseguridad sobre su valor (1)
 - Seguros de su valor, capacidad (2)
- 15. *Expectativas / espera del intento actual:*
 - No (0)
 - Incierto (1)
 - Sí (2)
- 16. *Preparación actual para el intento contemplado:*
 - Ninguna (0)
 - Parcial (ej., empieza a almacenar pastillas...) (1)
 - Completa (ej., tiene las pastillas, pistola cargada...) (2)
- 17. *Nota suicida:*
 - Ninguna (0)
 - Piensa sobre ella o comenzada y no terminada (1)
 - Nota terminada (2)
- 18. *Actos finales en anticipación de la muerte (ej., testamento, póliza de seguros...):*
 - Ninguno (0)
 - Piensa sobre ello o hace algunos arreglos (1)
 - Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales (2)
- 19. *Engaño / encubrimiento del intento contemplado:*
 - Reveló las ideas abiertamente (0)
 - Frenó lo que estaba expresando (1)
 - Intentó engañar, ocultar, mentir (2)

Corrección e interpretación de los resultados

- Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.