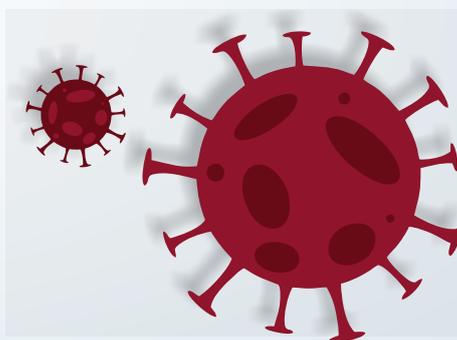


E. MANUEL GARCÍA PÉREZ
ÁNGELA MAGAZ LAGO

MIEDO, ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19



RUMBO AL
BICENTENARIO

FONDO
EDITORIAL



Universidad Nacional de Educación
Enrique Guzmán y Valle
Alma Mater del Magisterio Nacional



E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago son Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, mediante titulación otorgada por el Ministerio de Educación en atención a su currículum académico y profesional; así como expertos en Psicología Educativa (Maestría en Asesoramiento, Orientación e Intervención Educativa otorgada por la Universidad Intercontinental de México). Dirigen un equipo integrado en el momento actual por más de veinte profesionales, con sedes en Madrid, Bizkaia y Cantabria (España).

Ambos son miembros, en algún caso de honor, de diversas Asociaciones Profesionales nacionales e internacionales: Asociación Española de Terapia del Comportamiento (AETCO), Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación del Comportamiento, Colegio Oficial de Psicólogos del Perú, Academia Peruana de Psicología, Asociación Europea de Evaluación Psicológica (EAPA), de la International Society of Quality of Life, Asociación Española de Psicología Conductual, European Educational Research Association, Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés, Asociación de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica e International Association of Applied Psychology.

MIEDO, ANSIEDAD,
ESTRÉS Y DEPRESIÓN
EN TIEMPOS DE COVID-19

E. MANUEL GARCÍA PÉREZ
ÁNGELA MAGAZ LAGO

MIEDO, ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19

FONDO
EDITORIAL



Universidad Nacional de Educación
Enrique Guzmán y Valle
Alma Máter del Magisterio Nacional

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Luis Alberto Rodríguez de los Ríos
Rector

Dr. Segundo Emilio Rojas Sáenz
Vicerrector Académico

Dr. José Raúl Cortez Berrocal
Vicerrector de Investigación

Asesor Editorial: **Dr. Lucas Lavado Mallqui**

Director del Fondo Editorial: **P.C. Víctor Raúl Durand Giuracahua**

Primera Edición: noviembre 2020

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2020-07769

ISBN: 978-612-4148-13-2

Registro del Proyecto Editorial N° 31501182000526

© 2020 **Miedo, ansiedad, estrés y depresión en tiempos de COVID-19**

© 2020 **E. Manuel García Pérez**
Ángela Magaz Lago

© 2020 **Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle**
Fondo Editorial

Av. Enrique Guzmán y Valle 951 La Cantuta, Chosica
Lima - Perú
Teléfono: (01) 313 3725
rectorado@une.edu.pe

© 2020 **Impreso en los talleres gráficos de la Editorial Universitaria de la**
Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle

Av. Enrique Guzmán y Valle 951 La Cantuta, Chosica
Lima - Perú
Teléfono: (01)313 3700 Anexo 5210
ediune@une.edu.pe

Diseño y diagramación: Ernesto Hernández Lama

Tiraje: 300 ejemplares.

DERECHOS RESERVADOS: DECRETO LEGISLATIVO N° 822

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total o parcialmente sin permiso expreso de la editorial.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
--------------------	---

PARTE 1

MIEDO.....	13
ANSIEDAD.....	17
ESTRÉS	21
DEPRESIÓN.....	29

PARTE 2

CÓMO RESOLVER EL MIEDO	39
CÓMO RESOLVER LA ANSIEDAD	47
CÓMO HACER FRENTE AL ESTRÉS	55
CÓMO RESOLVER LA DEPRESIÓN	65

ANEXO

ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN.....	73
-----------------------------------	----



INTRODUCCIÓN

El miedo, la ansiedad, el estrés y la depresión han estado presentes en la vida de los seres humanos, desde siempre. En unas épocas se denominaban con unos términos y en otras épocas con otros, pero siempre se empleaban para describir determinados estados emocionales de las personas.

En la sociedad agrícola-ganadera las circunstancias que llevaban a las personas a sufrir ansiedad, estrés o depresión, eran diferentes a las que empezaron a darse con la revolución industrial y el crecimiento de las grandes ciudades.

Actualmente, en pleno siglo XXI, la búsqueda del mayor bienestar económico y social ha traído consigo una mayor atención a los estados emocionales de las personas. Todos los estudios que se vienen llevando a cabo en la mayoría de los países, más o menos industrializados o con un creciente sector de servicios y comunicaciones, ponen de manifiesto que la frecuencia de estados o situaciones de ansiedad, estrés y depresión, es muy elevada y que sigue una línea ascendente. Este fenómeno, más allá del sufrimiento o del malestar que conlleva en los individuos, tiene unas implicaciones económicas y sociales enormes: los costes sanitarios de los países se multiplican, al igual que los costes económicos para las empresas que deben enfrentarse a numerosas bajas laborales debidas a estos problemas.

Con esta publicación deseamos proporcionar una información actual, veraz y contrastada con el mayor número de evidencias clínicas y científicas sobre estos problemas, incluyendo diversas sugerencias y orientaciones que, sin poder nunca sustituir la acción de los profesionales cualificados, puedan ayudarlos a prevenir y reducir los efectos desagradables de los mismos.

PARTE 1



MIEDO

El miedo es un término que suele emplearse de manera confusa.

Por una parte se refiere a una *reacción emocional*, totalmente involuntaria, que se produce de manera inmediata al momento en el que una persona se da cuenta de que se encuentra en riesgo de sufrir un daño o perjuicio. Tal daño puede ser de naturaleza física. Por ejemplo: ser atacados por un animal, sufrir una infección grave, perder la vida,... Aunque también puede tratarse de un daño o un perjuicio de tipo material, económico, laboral o social. Por ejemplo: se puede incendiar la vivienda, puede sufrir un robo, perder un empleo o ser rechazado por familiares, amistades o conocidos.

Esta reacción emocional puede ser de naturaleza instintiva, aportada por los genes de la especie, como es el miedo de los animales a sus depredadores naturales; o bien, puede ser una reacción “aprendida”, adquirida por experiencias del individuo, como es el miedo a ser rechazado por otras personas.

Los *miedos innatos* (aportados por el paquete genético) de nuestra especie no se pueden evitar; en cambio, los *miedos adquiridos* se pueden resolver, reduciendo su intensidad, el tiempo que duran o incluso eliminándolos.

Existen miedos evolutivos, que se manifiestan en determinadas fases o edades del desarrollo infantil, todos los cuales forman parte de los miedos innatos.

Un buen ejemplo de estos miedos evolutivos es el miedo a la oscuridad que manifiestan todos los niños alrededor de los tres años de edad.

En Psicología, el miedo, como todas las reacciones emocionales, se considera que tiene un gran valor adaptativo, permitiendo alertar al individuo sobre los riesgos que corre y estimulando aquellos comportamientos que permiten la evitación del daño. Ahora bien, el miedo se desarrolla en dos fases:

La primera fase, compartida con los animales, que carecen de capacidad de pensamiento reflexivo: pensar sobre sí mismos, consiste de manera exclusiva en una reacción meramente fisiológica. Esto es: sentir miedo equivale a percibir unos cambios fisiológicos en el organismo, entre otros: dilatación de las pupilas, aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, contracción de los vasos sanguíneos, que reducen la llegada de sangre a la epidermis y provocan escalofríos, aumento del volumen respiratorio, temblores, erección del vello, sequedad de boca y otros cambios; todos ellos resultado de diversas acciones del sistema nervioso autónomo, que envía órdenes a través de los nervios y de diversas hormonas que se trasladan por la sangre a casi todos los órganos y tejidos del cuerpo.



La segunda fase, ésta exclusiva de los seres humanos a partir de una determinada edad, desde el momento en que ya poseen capacidad de pensar sobre sí mismos, consiste en generar y mantener “ideas de peligro”.

Esta fase es de aparición posterior a la anterior, más lenta, con mucha variabilidad entre los individuos y de una duración mucho más larga.

Son los pensamientos sobre: *lo que me puede pasar a mí, lo que les puede pasar a mis seres queridos, lo que les puede suceder a objetos o elementos de mi propiedad, uso o disfrute, lo que puedo o no puedo hacer al respecto*, los que mantienen un estado de alerta, como respuesta a las cogniciones, más que a los estímulos reales percibidos.

Con mucha frecuencia las ideas de temor, de miedo, no van acompañadas de ninguno de los indicadores fisiológicos de la reacción emocional. Es decir, la mayoría de las veces las personas “tenemos miedo”, pero no “sentimos miedo”.

Tener miedo es la situación más frecuente en la vida de las personas, ya que el elemento de peligro no suele estar presente. En algunos casos, si las personas deciden “visualizar, imaginar” el peligro, sí se inicia una reacción fisiológica de miedo, pero casi nunca de la misma intensidad que cuando dicho elemento está presente.

Un ejemplo: Lucía, adolescente de 16 años, acudía a consulta con sus padres porque desde que hacía unas tres semanas se produjo un robo en la vivienda de una amiga suya (cuando estaba ausente la familia), había empezado a “tener miedo”. El análisis de la situación permitió conocer que la razón principal de su miedo era el temor a que alguien entrase en su casa y se llevase “sus cosas”: objetos que apreciaba mucho y que estaban en su habitación.

Los padres informaban de que más parecía obsesionada que temerosa: al ir a acostarse comprobaba que todas las ventanas estaban cerradas, la puerta de la calle con cierre interior y, al

salir de casa comprobaba personalmente todas las ventanas. Pidió a los padres que pusieran unas rejas en las ventanas y una nueva puerta blindada, a lo que estos se negaron tajantemente.

Preguntada por su estado emocional, informaba que sentía mucho miedo, cuando pensaba en lo que podía suceder. Lucía imaginaba con mucho detalle que entraban en su casa y que se llevaban sus cosas, con lo que empezaba a temblar, respirar entrecortadamente, subir el ritmo cardíaco y no poder concentrarse en otra cosa (los estudios, por ejemplo).

En otros muchos casos, las personas con miedo a algún daño o perjuicio informan de numerosas y variadas ideas o pensamientos: contagiarse de alguna enfermedad, tener un accidente de coche o avión, sufrir un asalto en la calle para robarles el teléfono móvil o el dinero,... Sin embargo, suelen reconocer que no imaginan, es decir, que no crean imágenes visuales o auditivas de estos sucesos y que no sienten miedo (no hay taquicardia, sudoración, sequedad de boca, respiración alterada,...). Solamente se sienten mal por las frecuentes ideas que “les vienen a la cabeza” sobre estos posibles daños o perjuicios.

De manera que, en conclusión, es muy necesario aprender a distinguir las situaciones en las que “sentimos miedo” de aquellas en las que “tenemos miedo”. La diferencia entre ambas señala la necesidad de emplear técnicas diferentes en cada caso.

Para dejar de “sentir miedo” son necesarias estrategias de **control de las emociones** (desensibilización y afrontamiento), mientras que para dejar de “tener miedo” se hace preciso emplear técnicas de **modificación cognitiva** y estrategias de afrontamiento.

En ambos casos, no es posible llevar a cabo ni *bricolaje psicológico*, del tipo hágalo usted mismo/a siguiendo los pasos siguientes, ni emplear psicofármacos, ni acudir a pseudociencias o personas que emplean recursos cuya eficacia nunca ha sido comprobada.

Aunque los fármacos ansiolíticos pueden aliviar el malestar temporalmente, solamente contribuyen a mantener el miedo y el consumo de los mismos de manera crónica.

Solamente profesionales cualificados en la ayuda psicológica, con amplia experiencia acreditada, no con sus títulos profesionales, sino con los resultados de sus intervenciones, pueden ayudar a las personas con miedos recurrentes a resolver estas situaciones y alcanzar o recuperar su bienestar.



ANSIEDAD

El término “ansiedad” corresponde a una *reacción emocional*, propia del sistema límbico (la parte más antigua del cerebro evolucionado humano), que se activa siempre de manera involuntaria, cuando se da alguna de las siguientes situaciones en la vida de una persona:

Situación tipo 1:

Cuando se anticipa la posibilidad de un riesgo o un peligro para el bienestar propio o de seres queridos, sin saber concretamente de qué se trata.

Ejemplo de ansiedad: cuando un familiar o una amistad nos dice algo similar a: “quiero hablar contigo de un tema” o “tenemos que hablar”.

En las situaciones en las que se anticipa un riesgo o peligro concreto, se trataría de miedo.

Ejemplo de miedo: cuando al llegar a casa recogemos una carta del buzón que nos ha enviado la Dirección General de Tráfico y pensamos que puede ser una multa.

Situación tipo 2:

Cuando alguien se encuentra en una situación de incertidumbre sobre lo que puede suceder en un futuro próximo. Las ideas o pensamientos asociados no anticipan de manera concreta lo que sucederá.

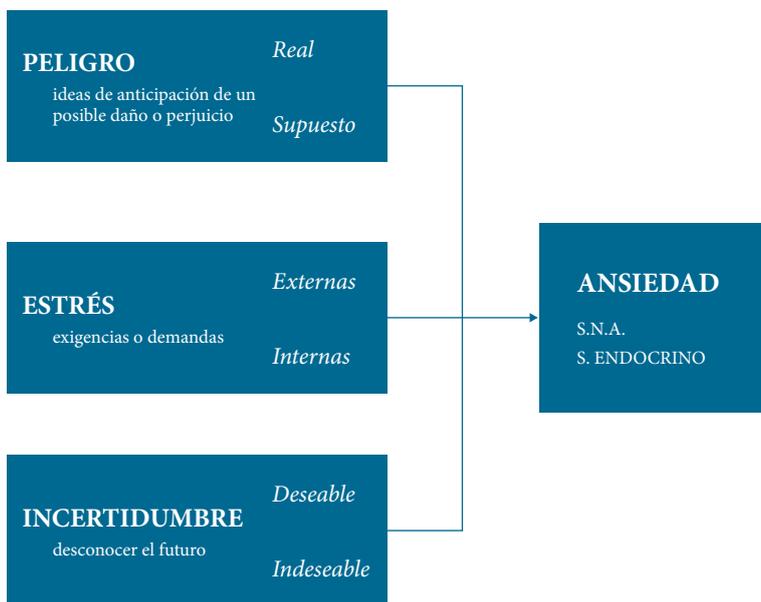
Ejemplo de ansiedad: en el lugar de trabajo se informa a los comerciales, administrativos, técnicos o repartidores, que se

van a producir cinco despidos, pero que serán progresivos y se comunicarán a las personas afectadas, una cada semana.

Situación tipo 3:

Cuando alguien se encuentra en una situación en la que, bien la propia persona o bien su entorno, le exigen un esfuerzo constante de cantidad o calidad de sus actuaciones. En este caso hablamos de que la persona vive una situación estresante o “de estrés”

Ejemplos: preparación de exámenes, oposiciones, pruebas de acceso a un trabajo, mantenimiento del puesto de trabajo, concurso literario, musical, de danza, competición deportiva, etc.



Los tres tipos de situaciones que activan la ANSIEDAD

De aquí se deben establecer unas conclusiones muy concretas que trataremos de no olvidar:

- **La ansiedad es involuntaria.** De manera muy similar, aunque no igual, a cuando se contrae la pupila del ojo cuando recibe una luz intensa, no se puede evitar la respuesta de ansiedad si se da alguna de las circunstancias que la activan. Esto es, como todas las demás emociones, la ansiedad no está bajo control de la voluntad de las personas.
- **La ansiedad es inmediata.** Una vez que las personas perciben alguna de las situaciones ya mencionadas, la respuesta de ansiedad se activa de forma rápida, casi instantánea.
- **La ansiedad se puede prevenir,** pero solo en algunas circunstancias.
- **La ansiedad se puede reducir progresivamente,** mediante algunas técnicas que se aprenden, hasta llegar a su anulación total.
- **La ansiedad forma parte del Miedo,** con la diferencia de que éste no se puede prevenir, aunque sí se puede reducir.
- **La ansiedad forma parte del Estrés,** como veremos en el siguiente capítulo. Cuando reducimos o evitamos el estrés, eliminamos la ansiedad.



ESTRÉS

UNO

Alguna vez te habrás preguntado cómo es posible que, comas lo que comas y bebas lo que bebas, a lo largo de un mes, tus análisis de sangre indican aproximadamente los mismos leucocitos, glóbulos rojos, glucosa, creatinina, etc., que en el análisis que te haces al mes siguiente, habiendo cambiado bastante la dieta.

¿Qué sucede en nuestro organismo para que resulten constantes ciertos parámetros que aparecen en la sangre?

Pues bien, en los años 30, un fisiólogo norteamericano, Walter Cannon, introdujo en la literatura científica el término “homeóstasis” para describir una propiedad de los organismos vivos, consistente en un conjunto de procesos automáticos mediante los cuales se compensan los cambios en el entorno, para mantener estable el estado interno del mismo.

Lo que en el planteamiento de Cannon era un sistema de regulación de las condiciones internas cuando cambiaban las condiciones externas fue dando paso al concepto de “homeóstasis interna”. De manera similar a los cambios internos para ajustarse a los externos, la homeóstasis interna consiste en un conjunto de procesos, regulados a nivel celular, para mantener constantes los parámetros corporales que suponen un equilibrio saludable.

Por ejemplo: si ingerimos alimentos con un exceso de azúcar, este exceso se transforma en glucógeno y se almacena en el hígado. A su vez, cuando el organismo ve reducida su ingesta de azúcar y necesita

la energía que ésta proporciona, el organismo revierte el proceso y convierte el glucógeno en glucosa.

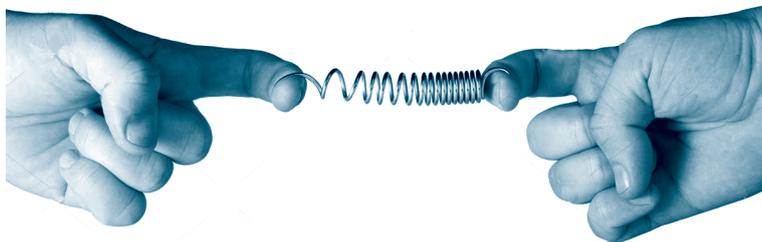
DOS

Por otra parte, conoces bien el funcionamiento de los muelles.

Un muelle es un alambre enrollado de tal manera que admite que se distienda por efecto de alguna fuerza, recuperando su forma y tamaño original cuando desaparece dicha fuerza.



Nos gustaría que imaginases que tienes en tus manos un muelle como el de la imagen superior. Si sujetas cada extremo con el dedo índice de cada mano puedes comprobar que el muelle se estira...



... y que al dejar de hacer fuerza, recupera su estado original.

Este fenómeno de recuperar su condición inicial después de haberse estirado recuerda un poco el concepto de homeóstasis interna que comentamos antes.

El muelle tiene unas características físicas que hacen posible este tipo de homeóstasis mecánica.

Además, habrás comprobado que la acción de estirar del muelle te ha supuesto un esfuerzo que, de repetirlo varias veces, se manifestaría como fatiga muscular.

En este caso, fue otro médico, el Dr. Hans Selye quien, en los años 20, introdujo en la literatura científica el término estrés (*stress*, en inglés) para describir la reacción de cualquier organismo vivo a cualquier demanda o solicitud que se le haga. En realidad, estrés es lo que presenta el muelle cuando *se le solicita que se estire*.

En el caso de los animales, peces, aves, mamíferos y, concretamente los seres humanos, todos reaccionamos con estrés cuando se lleva a cabo una demanda, una solicitud a nuestro organismo.

Reaccionan con estrés los peces del acuario, del río y del mar; las aves en libertad y las aves domésticas, todos los animales, los niños, los adolescentes, los adultos y los ancianos.

Y la reacción de estrés es exactamente la misma en todos los individuos de cada especie.

Así que conviene que nos familiaricemos con este término.

En la actualidad sigue sucediendo lo que ya escribía Platón en la antigua Grecia: *“estos son tiempos difíciles, los hijos no obedecen a los padres y todo el mundo escribe libros”*.

La primera parte de la frase pone de manifiesto que la educación de los hijos no es tarea fácil: la propia historia bíblica menciona los problemas de Adán y Eva con su hijo Caín, así que no vamos a comentarla más allá de que, efectivamente, educar a los hijos es propiamente una fuente de estrés...

Nos interesa especialmente la segunda parte: *...todo el mundo escribe libros...* Una realidad indiscutible, que parece remontarse a la Antigüedad, y que ahora se multiplica por los medios que facilita internet: publicaciones electrónicas, blogs, e-books, sitios web,..., lo que hace que cualquier persona, tenga la cualificación y la experiencia que tenga pueda escribir lo que le parezca bien sobre cualquier tema,

de manera análoga a los participantes en las tertulias televisivas de cualquier cadena. Uno de los extremos del atrevimiento en citas de supuesta naturaleza científica es acudir a la “wikipedia”, que tiene de científica lo que los autores de este libro tenemos de músicos de cámara.

Desde el punto de vista técnico, el término estrés se emplea para describir una situación temporal, en la que se encuentra una persona, caracterizada básicamente por lo siguiente:

Se identifican uno o varios elementos de su contexto personal que tienen la función de “estresores”.

Los estresores serían las demandas o requerimientos que mencionábamos antes, operando sobre el organismo.

Estos estresores pueden ser **externos**, cuando las demandas o requerimientos se producen en el exterior, como son por ejemplo:

- cierta cantidad o calidad de tareas en el entorno laboral.
- la petición de realizar acciones concretas en un tiempo determinado (los plazos de entrega).
- la exigencia de puntualidad, limpieza, orden, etc., por parte de jefes, superiores o miembros familiares.
- algunos aspectos medioambientales como exceso de ruidos, polvo, frío o calor extremo, radiaciones,...

Existen, también, numerosos **estresores internos**. Estos son auto-exigencias sobre las ejecuciones a realizar, las cuales pueden ser de la misma naturaleza que las exigencias o demandas externas o aún mayores: perfeccionismo, evitación de olvidos, errores, tiempos de ejecución de tareas, deseos de aprobación y afecto por parte de otras personas,...

Entre los estresores internos se encuentran algunos aspectos meramente físicos: traumatismos, infecciones, procesos bioquímicos diversos,...

Otro elemento del estrés es la propia “reacción o respuesta de estrés” a los estresores. Citábamos antes a H. Selye como primer científico que proponía que la reacción o respuesta del organismo a cualquier estresor, sea éste de la naturaleza que sea, es siempre la misma.

Con el avance de los conocimientos científicos se ha ido conociendo mucho mejor las características de la respuesta de estrés, llegando incluso a modular su especificidad en función de algunas características genéticas de las personas.

No corresponde al objetivo de esta publicación detallar las características de la respuesta de estrés, por lo que nos limitaremos a destacar que la misma se lleva a cabo con el concurso del sistema nervioso autónomo (sistema neural y sistema neurovegetativo) y el sistema neuro-endocrino.

La respuesta inmediata a un estresor se lleva a cabo mediante órdenes nerviosas que provocan numerosos cambios de los que la persona puede tomar conciencia claramente: sequedad de boca, erección del vello, dilatación de las pupilas, taquicardia, respiración agitada y acelerada. Todos ellos acompañados de ciertos cambios en algunos órganos de los que no tomamos conciencia: liberación de glucógeno en el hígado, enlentecimiento del tránsito intestinal, contracción de los esfínteres y otros.

Así sucede, por ejemplo, cuando hemos estado a punto de atropellar a una persona, si vamos conduciendo, de chocar con otro vehículo, o de ser atropellados.

El riesgo de sufrir o provocar un daño indeseable es un estresor que pone en marcha la respuesta de estrés.

Si la situación se resuelve en pocos minutos, no se pasa a otra fase de la reacción de estrés y el organismo procede a la recuperación del equilibrio bioquímico.

En cambio, si los estresores permanecen a lo largo de un tiempo prolongado, se activa otro sistema de respuesta al estrés, con la liberación de una enorme cantidad de hormonas, procedentes de

diversas glándulas. La acción de estas hormonas tiene como objetivo normal, controlar ciertos procesos biológicos del organismo. Como sólo pueden llegar a los órganos que corresponden a cada hormona (conocidos como “órganos diana”) a través de la sangre, la realidad es que llegan a todos los órganos y tejidos, los que deben recibir el **mensaje hormonal** y todos los demás.

Como los mensajes hormonales son lo más parecido a un correo electrónico o un SMS, la cantidad de estas hormonas circulando es pequeña y, una vez entregado su mensaje, dejan de circular y son eliminadas adecuadamente. El problema, gravísimo problema, consiste en que la respuesta de estrés crónico, de semanas y meses de duración, cuando no de años, mantiene a todas estas hormonas, en mayor o menor cantidad, permanentemente en la sangre. Y esto no es saludable.

Las hormonas que libera la respuesta de estrés, al circular permanentemente en la sangre, actúan, para los órganos y tejidos como un papel de lija que puede producir lesiones diversas, poco a poco.

El primer aviso a la zona de conciencia del organismo lo constituyen ciertos desajustes en el funcionamiento de unos u otros órganos, con gran variación entre las personas. Estos desajustes llevan a las personas a la consulta médica, donde realizan diversas pruebas y concluyen que todos los órganos y tejidos están bien, aunque indiscutiblemente, algunos funcional mal.

El conocimiento de estos fenómenos llevó a los profesionales de la medicina y la psicología conjuntamente a concluir que la respuesta prolongada de estrés, antes o después, provocará algún “TRASTORNO FUNCIONAL”.

Ejemplo de los cuales son:

- La hiperacidez gástrica
- La dermatitis atópica
- La artritis reumatoide

- Los ciclos menstruales irregulares
- La reducción de producción de espermatozoides

Así como, también, la activación de brotes de psicosis, asma, artritis, colon irritable, psoriasis,...

De modo y manera que el **término estrés** puede referirse tanto a la existencia de **estresores** (internos o externos), a la propia **respuesta de estrés** y a una **situación** en la que se encuentra una persona que presenta algún trastorno funcional, revelador de una respuesta de estrés, ante diversos estresores.

Quizás por tal motivo, y dado lo incapacitante que puede resultar para una persona encontrarse en una situación de estrés, es por lo que la medicina tradicional asigna a esta situación la siguiente categoría diagnóstica: “trastorno por estrés”.

Obviamente, vivir en una situación de estrés constituye sin duda alguna un “trastorno”; esto es: algo perturbador que impide disfrutar de un moderado y saludable bienestar.

Y, hemos dejado para el final de este capítulo el tema final: la depresión.

Pese a lo mucho que se ha escrito, que se sigue escribiendo, en todo tipo de publicaciones, conferencias, charlas-coloquio, revistas de todo tipo, ..., en la actualidad, la evidencia más sólida considera que la situación depresiva es de naturaleza única, de intensidad variable, pero que constituye un “trastorno funcional por estrés” y así es como puede tratarse para lograr la mayor eficacia en su resolución.

Cualquier otra explicación causal del “trastorno depresivo” solamente perjudicará su tratamiento y retrasará su superación o hará muy probable su cronificación.



DEPRESIÓN

El término “depresión” se ha empleado en las últimas décadas como descriptivo de una enfermedad que afecta al *estado emocional* (por eso la Psiquiatría la denomina *trastorno del estado de ánimo*), al *sistema cognitivo* (resultando perjudicada la atención, la concentración, la capacidad de razonar y tomar decisiones) y el *sistema locomotor* (con sensaciones de fatiga, dolores musculares o articulares,...)

Indiscutiblemente, estas características de los sistemas emocional, cognitivo y musculo-esquelético, junto a otros más, se presentan de manera conjunta, aunque con muchas variaciones en las personas, en determinados momentos de su vida. En la medida en que estas características afectan negativamente al desenvolvimiento habitual de las personas; tanto en el ámbito laboral, lo que conlleva bajas por ILT (incapacidad laboral transitoria), como en el familiar, social y personal, se considera una enfermedad y se describe con la categoría clínica de “trastorno mental”, empleándose como “tratamiento” de tal enfermedad fármacos que reciben el nombre de “antidepresivos”.

La realidad al respecto es que, pese a los numerosos estudios llevados a cabo en multitud de países, con personas de distintas edades, sexo, nivel socioeconómico, cultural, etc., nunca se ha encontrado una “causa física” que tenga como efecto la “síntomatología depresiva”.

Aunque desde la Antigüedad, esta situación de malestar se conocía muy incapacitante, dificultando el poder llevar una vida normal; denominándose en su día como “melancolía”, se propusieron diversos posibles remedios, algunos de los cuales, precursores de los modernos psicofármacos, consistían en “brebajes”, y otros, también

precursores de las actuales técnicas o estrategias psicológicas, consistían en consejos respecto a la utilidad de adoptar ciertos pensamientos o ideas, rechazar enérgicamente otros y seguir un plan de acción en su vida familiar, social e, incluso, laboral.

La hegemonía de la farmacología, adoptada como único recurso por la medicina oficial, ha pretendido establecer las siguientes afirmaciones de manera “indiscutible”:

- La depresión es una enfermedad que tiene un fundamento biológico (afirmación jamás demostrada)
- La depresión es un trastorno mental (ya que afecta a diversas funciones mentales: atención, cognición, memoria,...)
- La depresión se explica por un déficit cuantitativo de un neurotransmisor denominado “serotonina”. Razón por la cual, se debe proporcionar a los pacientes fármacos que aumenten la presencia de serotonina en determinadas zonas del cerebro: los denominados antidepresivos.
- Existen dos tipos claros de depresión: la depresión endógena, cuyas causas, nunca aclaradas, se encuentran en el interior del paciente, y la depresión exógena, cuyas causas se encuentran en el exterior del organismo, en el medio donde se desenvuelve.

Como ejemplo “tópico” de las depresiones endógenas siempre se mencionan algunas depresiones que aparecen tras un parto.

Los ejemplos de depresiones exógenas son muy diversos, relacionándolas en su mayor parte con situaciones de pérdida de algo muy apreciado por el paciente: familiar, trabajo,...

Sorprendentemente, se diagnostica una depresión cuando una persona manifiesta de manera habitual determinados indicadores o “síntomas”, entre los que se incluyen algunos de naturaleza emocional, el que se encuentra omnipresente en todos los casos en la ansiedad, además de la tristeza y, en ocasiones, la ira. Además, se valoran ideas negativas, pesimismo sobre el futuro, sobre otras personas, y se con-

sidera como muy importantes la fatiga, el insomnio, el dormir mal, los dolores musculares o articulares,...

Pero, como la explicación defendida por la Psiquiatría y financiada por la industria farmacológica, consiste en la falta de “serotonina”, el tratamiento habitual en todo el mundo es el mismo:

- Antidepresivos (supuestamente para aumentar la serotonina)
- Ansiolíticos (ciertamente eficaces para reducir la ansiedad)
- Hipnóticos (para inducir el sueño)

Si la hipótesis de la falta de serotonina fuera cierta, la ingesta de los antidepresivos, conllevaría el efecto, al cabo de algunos días de la desaparición de los “síntomas de la depresión”: la persona recuperaría su optimismo original, se terminarían los problemas del sueño, los dolores corporales, desaparecería la fatiga (sobre todo porque llevaría semanas sin hacer esfuerzo físico alguno), recuperaría sus intereses sexuales (desaparecidos o muy reducidos), sus intereses sociales, etc.

Pero la realidad es otra: los pacientes se hacen consumidores crónicos de los psicofármacos y no se ponen de manifiesto cambios cognitivos ni mejoras físicas.

¿Cómo lo explican los psiquiatras? Del modo siguiente: “esto es un proceso lento, que puede llevar varios meses”.

Perfecto, es como si para resolver una infección bacteriana los enfermos debieran seguir con el mismo nivel de infección durante meses, mientras los antibióticos actúan “poco a poco”.

La realidad es muy diferente.

Como en todo, el desarrollo de la investigación científica conlleva la mejora de la tecnología y la solución más rápida y eficaz que con métodos e instrumentos anteriores. Pero la ciencia no avanza de la nada, la ciencia es como una escalera que va ascendiendo subiendo escalones y, en el caso de la depresión, hace ya varias decenas de años que la ciencia médica se ha quedado parada en un escalón

“psicofarmacológico”, mientras que la psicología científica, ha seguido subiendo escalones.

Ciertamente numerosos psicólogos se han mantenido en la misma posición que la mayoría de los psiquiatras, adoptando modelos acordes al planteamiento de los años 50 y 60 (algunos “modernizados” con la denominada “Terapia de Activación Conductual”). Sin embargo, desde hace más de 40 años, siguiendo las propuestas de Joseph Wolpe y otros investigadores, la psicología cognitivo-conductual, ha encontrado una explicación muy plausible a las “situaciones depresivas” de las personas y, con ella, un método sumamente eficaz para su prevención y, especialmente, para la superación de las mismas.

No es casual que hayamos desarrollado este capítulo después de los dedicados al estudio de la ansiedad y el estrés, porque lo que deseamos destacar es lo que se viene considerando como alternativa al modelo médico de la depresión como enfermedad mental.

La depresión como tal, no puede seguir siendo considerada, ni una enfermedad, consistente en alguna anomalía en el funcionamiento cerebral que tiene reducida la cantidad de serotonina, ni una enfermedad mental que se manifiesta con alteraciones cognitivas de la atención, concentración, etc.

La denominación de “trastorno depresivo” ya abandonada hace pocos años por organismos y entidades de notable prestigio, como el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los EEUU., no puede mantenerse vigente, ante la evidencia científica.

En lo que sigue de este libro, emplearemos la denominación “situación depresiva” para describir las características emocionales, cognitivas y musculo-esqueléticas que pueden presentar algunas personas en determinados momentos de su vida.

Y, como explicación alternativa al modelo médico, claramente falsado por la evidencia, defendemos el modelo bio-psico-social, que combina conocimientos de la medicina y de la psicología, actuales, veraces y, sobre todo, basados en la evidencia que proporciona la práctica clínica habitual.

De acuerdo al citado modelo bio-psico-social, todos los indicadores de cualquier situación depresiva, se van presentando de manera progresiva y diferente en unas personas y otras, aumentando, cronificándose y agravándose con el tiempo si no reciben asistencia profesional, siendo todos ellos el resultado de haber vivido situaciones de estrés.

Es decir que, resumidamente, la depresión puede considerarse una clase de “trastorno funcional por estrés”.

La denominación “funcional” se refiere a que no existe ningún daño en órganos o tejidos, sino un cierto “desajuste” en su funcionamiento normal.

En este sentido, la situación depresiva no tendría una explicación muy diferente a la de una dermatitis atópica, una alteración del ciclo menstrual, una reducción de la producción de espermatozoides, un brote de artritis reumatoide, y otros trastornos funcionales asociados a la acción de las hormonas del estrés.

Como en tantos otros casos, los trastornos o desajustes funcionales debidos a la acción de dichas hormonas que la reacción de estrés libera en el torrente sanguíneo, pueden darse en dos clases de situaciones de estrés:

Los desajustes en el sistema límbico, caso de la depresión, se pueden dar, tras un período muy prolongado de estrés, con días de mayor y días de menor intensidad de la respuesta de estrés, y una subida elevada de estrés que el organismo ya no está en condiciones de sobrellevar, o bien, tras la desaparición repentina y total de los factores estresantes, con una retirada brusca de las hormonas del estrés en el organismo. En estos casos, los indicadores depresivos pueden aparecer a los pocos días de la desaparición del estrés. Los indicadores más frecuentes son “llanto repentino sin causa y debilidad o flojedad en las piernas”. A continuación se instaura de manera progresiva, pero rápida, un conjunto de indicadores que constituyen una situación depresiva.

Mucho menos frecuente, pero también posible, una situación depresiva puede iniciarse tras la vivencia de una experiencia estresante de mucha intensidad.

Dos casos pueden ilustrar el modelo biopsicosocial:

Ejemplo 1:

Mario era un varón, trabajador durante 40 años en una fábrica de porcelanas. De estudios básicos, casado y con tres hijos, se esforzó mucho para conservar su empleo y progresar en la fábrica. El progreso conllevaba ascensos de categoría y mejora de salario. No recuerda haber faltado al trabajo nunca, ni por enfermedad, y afirma haber sido siempre estrictamente puntual.

Al principio se esforzó mucho para aprender a hacer el trabajo rápido y con calidad. Después, a medida que fue ascendiendo de categoría, sus esfuerzos aumentaron a medida que asumía responsabilidades con respecto a los empleados a su cargo. Aunque sus jefes no le exigían nada, él se esforzaba constantemente para mantener los elogios y el reconocimiento que le hacían.

En su casa no tuvo problemas. Los hijos crecieron y estudiaron con normalidad. Su relación de pareja fue siempre buena y muy estable.

Los últimos años empezó a empeorar de la vista y le costaba controlar las piezas de la fábrica. Se hizo revisar y cambió de gafas varias veces. Los dos últimos años de trabajo, antes de jubilarse, reconoce que los vivió con mucha tensión, por temor a “terminar mal” en una empresa que le “había tratado siempre muy bien”.

Ante su jubilación, la empresa organizó una cena de homenaje y despedida donde terminó llorando de la emoción.

Todos le deseaban lo mismo: “ahora tienes que descansar que bastante has trabajado y te has esforzado en la vida”.

A los dos días, tras el desayuno, empezó a sentirse mal: le temblaban las manos y las piernas, sentía una sensación de mareo y

de opresión en el pecho, le sudaban las manos y sentía taquicardia. Informó a su esposa que se sentía cada vez peor y que le venía una pena enorme.

Lógicamente, la pena la explicaron por la jubilación, pero llamaron al médico de urgencias.

La revisión del médico, rutinaria pero exhaustiva, concluyó en que no tenía nada y que seguramente era una crisis de ansiedad.

Le recetó un ansiolítico y le recomendó ir a su médico de familia si no mejoraba.

La realidad es que cada día que pasaba se encontraba peor: problemas de sueño, dolores, fatiga, temblores, sensación de tristeza, ..., lo que le llevó al médico de familia a los cuatro días.

El médico le dijo que todo indicaba que tenía una “depresión reactiva” y le propuso o ir al especialista o tomar antidepressivos.

Unos días más tarde solicitó nuestros servicios profesionales que, tras recabar los datos anteriores y algunos otros sobre sus características personales, comenzaron explicándole que era la eliminación brusca del estrés que estuvo viviendo lo que le provocó un desajuste en la zona que regula las emociones y que, efectivamente, estaba en una “situación depresiva temporal”, pero que no tenía ninguna enfermedad y que saldría adelante en tres o cuatro meses como máximo.

Ejemplo 2:

Elena era una mujer sana, de 52 años que tenía una mercería, donde trabaja con su hija, de 27 y a la que acudía con frecuencia su esposo, por las tardes para llevar las cuentas y ayudarla en lo necesario.

Una tarde, poco antes de ir a cerrar, estando su marido en la trastienda, entró un joven de mal aspecto, sacó una escopeta recortada y, poniéndosela en el pecho a la hija, le dijo que abriera la caja y le diera el dinero.

Elena se quedó paralizada donde estaba, con una intensa reacción de ansiedad e ideas de miedo por si disparaba y mataba a su hija.

Le pasaba por la cabeza que su marido podía salir y empeorar las cosas.

La hija reaccionó con gran serenidad, abrió la caja, le dio el dinero y el chico se fue.

Una vez salió el chico la madre y la hija se abrazaron y Elena empezó a llorar. El marido salió y le contaron lo sucedido, se le ocurrió salir a la calle a ver si veía al delincuente. Tuvo que desahogarse con las personas de los comercios contiguos y otros clientes que entraron a tranquilizar a Elena.

La sentaron en una silla, la dieron consuelo y le trajeron una tila del bar cercano. Con el paso de los minutos, Elena se tranquilizó, se repuso y se fueron a casa.

Una vez en casa, los comentarios fueron positivos: afortunadamente todo ha sido un susto y no ha pasado nada.

Solamente pudo cenar una sopa, estuvo viendo la televisión tranquila y se fue a la cama.

A la mañana siguiente, se levantó, aparentemente bien, fue al baño a asearse y maquillarse y, repentinamente, empezó a llorar de manera espontánea, le temblaron las piernas y se tuvo que sentar en un sillón del salón de su casa.

Desayunó, pensó que no es que “no había pasado nada; a ella sí le había pasado algo y grave”. De modo que acudió a nuestra consulta a pedir cita lo antes posible.

Identificamos más indicadores iniciales de situación depresiva, pero inicial y leve.

Le ofrecimos la explicación correspondiente al suceso e iniciamos una asistencia profesional que no requirió más de cuatro consultas.

PARTE 2

CÓMO RESOLVER EL MIEDO

Todas las personas conocen el miedo (excepto el personaje del famoso cuento “Juan sin Miedo”, de los hermanos Grimm) y, después de lo descrito en el primer capítulo, ya podemos diferenciar entre “sentir” y “tener” miedo.

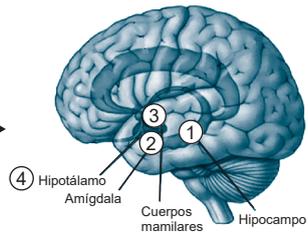
Cuando sentimos miedo, estamos recibiendo un mensaje de alerta de nuestro cuerpo, que nos avisa de que existe un riesgo de sufrir un daño o un peligro (lo que incluye perder algo deseable). Este mensaje de alerta, consiste exclusivamente en los cambios fisiológicos que son similares a la ansiedad: sequedad de boca, taquicardia, sudor de manos, etc. El mensaje de alerta no incluye ningún tipo de pensamiento o idea. Gracias a eso, podemos controlar el miedo, reduciéndolo o eliminándolo.

Cuando nuestra zona de conciencia, el córtex prefrontal, recibe la información correspondiente a los cambios fisiológicos provocados por la respuesta del sistema emocional, se inician los pensamientos, las reflexiones, las diversas ideas que podemos tener respecto a la situación que ha provocado esos cambios en nuestro organismo, incluso respecto a las sensaciones que percibimos. Y aquí es donde empezamos a “tener miedo”. Así pues, todas las personas sentimos el miedo de la misma manera, igual que percibimos el olor a rosas o a café recién hecho. Puede variar en intensidad: poco, moderado, bastante o mucho miedo, lo cual nos viene indicado por la intensidad de los cambios fisiológicos, igual que el olor a rosas o a café. En lo que nos diferenciamos unas de otras es en lo pensamos sobre la situación.

Es decir: tenemos diferentes miedos porque pensamos de maneras diferentes sobre la misma situación.



1. Juan ve cómo le persigue el oso



2. El sistema emocional se activa para alertar a Juan de que está en peligro.

Juan “siente miedo”



3. El córtex prefrontal “atiende” el aviso del sistema límbico y empieza a considerar todas las posibilidades que tiene para resolver el peligro.

Juan “tiene miedo y decide correr”

En otro caso, se ha difundido la noticia de un hombre atacado por un oso que, sintió miedo, pensó de manera temerosa y decidió ponerse a gritar al oso para ahuyentarlo.



Por otra parte la comercialización de un spray ahuyentador es un recurso alternativo, que puede emplear la persona atacada por un oso.



En la misma o muy parecida situación, diferentes personas piensan de manera diferente, según sus habilidades y características, y toman decisiones diferentes para hacer frente al miedo.

Un ejemplo: Si viajamos en avión y atravesamos una zona de turbulencias, algunas personas no sentirán miedo (si acaso una reacción inmediata y breve de alerta o sorpresa) y otras sentirán poco, moderado o mucho miedo. La pérdida de estabilidad del avión provocará, de manera innata, en las personas que no han aprendido a controlar el miedo a volar una reacción de miedo que dará lugar a diversos pensamientos. Según los pensamientos que genere cada pasajero, la reacción fisiológica de temor se irá reduciendo o aumentando de manera más o menos rápida.

Ante el probable aviso de la tripulación de que el avión se acerca a una zona de turbulencias, solicitando a los pasajeros que permanezcan en los asientos con el cinturón de seguridad abrochado, las personas con experiencia en vuelos comerciales, recibirán la noticia con tranquilidad y, ante las primeras turbulencias mantendrán la calma. En cambio, las personas con poco o ninguna experiencia de vuelo empezarán a sentir algo que se parece al miedo, aunque no lo es, pues el mensaje anticipa algo desconocido y sin concretar el momento en que sucederá. Así que el aviso de turbulencias generará una reacción de ansiedad. Si ante esa reacción la persona genera ideas de peligro, acabará de aparecer el miedo: siente miedo cuando nota el movimiento del avión y tiene miedo cuando piensa en el peligro que esos movimientos pueden implicar.

Por otra parte, si la turbulencia es de aparición repentina, sin previo aviso de la tripulación, o tarda en aparecer tras el aviso, estas mismas personas experimentarán una reacción de miedo, tras lo cual comenzarán a generar ideas de riesgo o peligro. Estas ideas “alimentan” la sensación de miedo que puede seguir sintiendo la persona aunque no haya nuevas turbulencias.

En concreto, tanto el mensaje de turbulencias como las propias turbulencias pueden provocar reacciones de miedo, cambios fisiológicos involuntarios, pero no provocan las ideas de temor. La percepción de la sensación de miedo es lo que lleva a la persona a generar, voluntariamente, ideas de peligro de todo tipo.

En este ejemplo, se ha incluido la forma más común de prevenir, reducir o terminar con el miedo: los pasajeros que **tienen información sobre la naturaleza y las características de las turbulencias en los vuelos comerciales**, incluyendo el **motivo de permanecer sentados con el cinturón de seguridad abrochado**, pueden reaccionar de manera repentina con un sobresalto, forma ligera y muy breve de miedo, ante el cual aplican las ideas y pensamientos que ya tienen “preparados de antemano”, incluso antes de iniciar el despegue del avión. Estos pensamientos consisten en una valoración de los riesgos o peligros de las turbulencias nulos o mínimos: puede caerse la bebida o la comida de la bandeja; puede abrirse alguna puerta de la zona superior de equipajes, puede caerse algo, ..., pero no existe ningún riesgo de daño a las personas.

Evidentemente, muchos pasajeros conocen estos pensamientos e incluso los mantienen en su mente a veces; sin embargo, no consiguen eliminar o reducir de manera significativa el miedo a las turbulencias, o a volar. La explicación es muy sencilla: conocen las formas adecuadas de pensar sobre la situación de vuelo, pero no están plenamente convencidos de ello. No toleran la posibilidad de sentir miedo: no se creen totalmente que es un medio seguro, con escaso riesgo de accidente. Por ello, sienten poco miedo, pero no consiguen eliminarlo totalmente.

Es una explicación similar a las reacciones de miedo de muchas personas adultas a algunos animales totalmente inofensivos, tales como: las cucarachas, ante las que muchas personas disimulan su miedo afirmando que “les dan asco”, los ratones de campo, lagartijas, ranas o aves pequeñas.

La ayuda que necesitan estas personas “miedosas sin motivo” es la atención psicológica de un profesional que diseña un **plan integral de asistencia**, adecuado a las características de la persona y a las circunstancias en las que se activa o mantiene su miedo; porque, ante un peligro real, rechazar e ignorar ideas de temor es una decisión peligrosa, calificable más como una insensatez que como un acto

inteligente; similar a caminar por el borde un acantilado o cruzar la calle con los ojos cerrados.

En los momentos actuales, en plena crisis provocada por la COVID19, uno de los factores más generalizados de miedo en buena parte de la población mundial es el temor a enfermar o al fallecimiento por el SARS-Cov-2, tanto la propia persona como alguno de sus familiares, junto con el temor a la pérdida de empleo o de ingresos suficientes para mantener su poder adquisitivo actual.

Sin embargo, no es objetivo de este libro proporcionar cualquier tipo de consejos concretos para reducir o eliminar estos miedos. Es necesario tener en cuenta dos cosas:

1. Tener miedo al virus es algo natural, razonable, sensato y adecuado, puesto que constituye un riesgo real de un posible daño elevado, aunque de probabilidad baja: fallecimiento o grave discapacidad posterior a la infección; por lo que no es posible ni deseable eliminar este miedo.
2. Cada persona posee un conjunto de habilidades, actitudes ante la vida, valores, experiencias previas, apoyos familiares y sociales, ..., que hace imposible en la práctica proporcionar alGÚn tipo de “consejo” con el que pueda reducir el miedo hasta niveles aceptables para que no afecten a su desenvolvimiento diario: laboral, familiar o social. La mejor ayuda en este tema es la guía de un profesional de la Psicología con experiencia en entrenamiento en habilidades de manejo de las emociones, que le proporcione una ayuda personalizada, esto es: adecuada a sus características y circunstancias.

Si desea valorar su nivel de miedo al SARS-CoV-2 puede hacerlo contestando a las siguientes cuestiones del **Perfil de Impacto Emocional de la COVID-19** (García Pérez y Magaz, 2020).

Ahora siento miedo y me preocupa que...

Pueda enfermar en cualquier momento

Nada de miedo Algo Bastante Mucho miedo

Pueda enfermar alguno de mis familiares próximos (pareja, padres, hijos)

Nada de miedo Algo Bastante Mucho miedo

Pueda fallecer por esta enfermedad

Nada de miedo Algo Bastante Mucho miedo

Pueda fallecer alguno de mis familiares próximos (pareja, padres, hijos)

Nada de miedo Algo Bastante Mucho miedo

Esta situación me ocasiona serias dificultades económicas (despido, cierre de negocio, etc.)

Nada de miedo Algo Bastante Mucho miedo



CÓMO RESOLVER LA ANSIEDAD

Anteriormente explicamos que la ansiedad es la denominación que se da a la reacción emocional, que se activa en tres clases de situaciones:

- cuando percibimos un riesgo de daño o peligro,
- cuando vivimos una situación de incertidumbre sobre lo que puede suceder, y
- cuando nos encontramos en una situación de estrés.

Adicionalmente, en las situaciones de depresión, también *sentimos ansiedad*, tanto porque formaba parte del estrés que causó la depresión, como porque percibir el estado físico y de ánimo depresivo, se convierte en un nuevo estresor.

En cualquiera de estas situaciones se desencadenan las reacciones fisiológicas ya descritas anteriormente, que percibimos como un estado de ansiedad, tensión, nerviosismo,...

Desde un punto de vista meramente biológico, la ansiedad se puede reducir, e incluso eliminar, mediante el consumo de ciertos psicofármacos: los conocidos como ansiolíticos. Los ansiolíticos son sustancias sustitutas de las antiguas hierbas curativas, quizás con parte de razón, ya que sus principios activos suelen ser derivados de extractos de algunas de esas plantas.

Ahora bien, tanto las hierbas curativas, como los ansiolíticos no constituyen la solución a las causas de la ansiedad, sino que, más bien contribuyen a su cronificación.

En Europa, los ansiolíticos se conocen como “fármacos medicinales o medicamentos”; sin embargo, los medicamentos son sustancias o principios activos que curan enfermedades, como es el caso de los antibióticos.

Los ansiolíticos no curan nada, en primer lugar porque la ansiedad no es una enfermedad que haya que curar y en segundo lugar porque *la ansiedad no es el problema, sino un indicador de la existencia de un problema.*

Como es fácil de suponer, las soluciones al malestar vienen de la mano de sus causas. Así que, el modo de resolver la ansiedad requiere, imprescindiblemente, que conozcamos si su origen o la razón de su mantenimiento a lo largo del tiempo se debe a algún tipo de miedo, a una situación de incertidumbre o a una situación de estrés, incluyendo la depresión.

Si la ansiedad proviene de algún tipo de miedo o temor, pueden seguirse los pasos siguientes:

- Identifica los miedos concretos que cada persona considera que le está afectando en su vida y le causa ansiedad.
- Identifica los pensamientos, las ideas, las creencias, que la persona mantiene sobre los elementos que teme. Haz una lista escrita de todas esas ideas y creencias.
- Identifica el estilo actitudinal de cada persona, el sistema general de valores que ha adquirido, para tomar decisiones en su vida. A los profesionales les resultarán de gran utilidad los instrumentos siguientes: **ADCA-1** (Auto- informe de Conducta Asertiva), **ICP** (Inventario de Características Personales) y **EgacAP** (Escala GAC de Adaptación Personal).
- Considera la probabilidad de sufrir un daño o riesgo con relación al elemento que temes.
- Si la probabilidad es grande, o el daño grave, toma la decisión de evitar en lo posible la situación o el elemento que le produce temor.



- Si la probabilidad no es elevada, o el daño es leve, considera acudir a un profesional cualificado para que te ayude a desarrollar un plan de afrontamiento del miedo, con lo cual se habrá resuelto tu problema de ansiedad.

Por otra parte, si la ansiedad es la reacción ante una situación de incertidumbre sobre el futuro, puedes seguir los pasos siguientes:

Describe la situación, escribiéndola en el encabezamiento de una hoja de papel.

Piensa en las diversas posibilidades que pueden ocurrir. Clasifícalas en “deseables” e “indeseables”.

Otorga cierto valor a cada una de estas posibilidades: 1 = poco, 2 = bastante, 3 = muy deseable; -1 = algo, -2 = bastante, -3 = muy indeseable.

Luego, haz una estimación de probabilidad de que ocurra cada una de las posibilidades. Ejemplo: 5%, 20%, 50%, 65%,.... 95% de probabilidad.

Ahora vamos a contarte un secreto:

Si ya estuvieras haciendo lo que te acabamos de sugerir, con respecto a alguna situación de tu vida que te genera ansiedad por incertidumbre, es muy probable que en este momento tu nivel de ansiedad ya se haya reducido.

Y lo único que has hecho es pararte a pensar y generar ideas sobre dicha situación. Ideas que te proporcionan una cierta sensación de control sobre la misma. ¡Hazlo siempre! Recuerda que necesitas papel y bolígrafo o lápiz. Puedes cometer el error de intentar hacerlo “de memoria”. ¡No lo hagas! Sería contraproducente, puesto que el córtex prefrontal del cerebro no está diseñado para llevar a cabo una tarea múltiple de manera simultánea. Si lo haces “de memoria” sentirás más ansiedad.

Veamos un ejemplo:

Papel, lápiz y escribe:

La situación que me genera ansiedad, porque no sé lo que puede suceder es: “.....”

Lo que yo pienso que puede suceder es:

Podría suceder “A”

Podría suceder “B”

Podría suceder “C”

Podría suceder “D”

Vamos a quedarnos con cuatro posibilidades. Ahora valoraremos las posibilidades y la probabilidad de que ocurran:

A, sería: -3 (muy indeseable) 50% de probable

B, sería: -1 (algo indeseable) 50% de probable

C, sería: 2 (bastante deseable) 35% de probable

D, sería: 1 (algo deseable) 60% de probable

Evidentemente, te puedes equivocar al calcular las probabilidades de que ocurran A, B, C y D, pero así es como funcionan todas las cosas en la vida. Con nuestras experiencias, aprendemos para el futuro.

Si lo estuvieras haciendo, te habrías tranquilizado bastante y esto es una buena preparación para la tarea que sigue.

Vamos a pedirte un ejercicio de reflexión, tras considerar los datos anteriores.

Ahora no tienes en tu mente solamente las posibilidades indeseables, también eres consciente de otras posibilidades más o menos deseables.

Piensa que lo que ocurre en el futuro depende, a veces de nosotros exclusivamente, a veces de otras personas exclusivamente, pero, en otras muchas ocasiones, el futuro depende algo de nosotros y algo de otras personas.

Piensa si puedes hacer algo para evitar que suceda lo indeseable y, en cambio, conseguir que suceda algo deseable.

Si crees que puedes hacer algo, ponte en marcha y no le des más vueltas al pensamiento “lo que puede pasar”. Dedicar todos tus esfuerzos a lo que has decidido hacer para conseguir el mejor futuro.

Si crees que no puedes hacer nada al respecto, entonces ponte a pensar en cómo prevenir los perjuicios que te puede ocasionar el hecho de que ocurra algo indeseable; es decir: si crees que puede llover, *¡prepárate para la lluvia!*

Además, piensa, también, en qué podrías hacer si sucediese, de manera inevitable, algo indeseable. Elabora, también por escrito, todo lo que se te ocurra que podrías hacer si sucediera esto.

¿Sabes cuál es el fundamento del ahorro? Tener un recurso económico por si sucediese algo indeseable que te privase de ingresos.

¿Sabes cuál es el fundamento del almacenamiento de repuestos de electrodomésticos, por parte de los fabricantes?

Pues poder seguir fabricando o reparando equipos, en el caso de dificultades de aprovisionamiento.

En efecto, las personas ahorradoras y los jefes de almacén no viven con ansiedad por la incertidumbre de lo que pueda pasar.

Y, en el caso más extremo de personas con grandes dificultades para ahorrar, ¿no crees que pueden considerar que tendrían acceso a ayudas de familiares, amistades, instituciones?

Bien, deseábamos guiar tu lectura hacia este punto: la ansiedad por incertidumbre no se resuelve con relajación, yoga, meditación, *mindfulness*, *coaching*, u otros recursos similares, que se emplean incluso por algunos los profesionales de la Psicología. La ansiedad por incertidumbre se genera, se mantiene y se puede reducir con estrategias de control de los propios pensamientos, lo que incluye habilidades de pensamiento asertivo, habilidades de análisis de situaciones y toma de decisiones y otras que solamente puede aprender con la ayuda de profesionales cualificados. Todo lo que añadas a esto, los recursos anteriores y otros muchos tales como: ejercicio, alimentación, música, pintura, videojuegos, redes sociales, ... constituyen actividades vitales que conforman tu "forma de vida" y contribuyen a que tengas más o menos fuentes de placer, pero recuerda: la clave para conducir tus emociones, y dirigir tu vida, tu día a día, está en tus valores.

Ya te anticipamos que no es posible el bricolaje psicológico. El ¡hágalo usted mismo! ¡Compra y lee mi libro y aprenderás cosas que te cambiarán la vida! Esto no funciona, durante los años 80 los psicólogos empleamos este sistema, apoyándonos en los llamados libros de Auto-ayuda, y el resultado, constatado al comienzo de los 90, fue que los libros, los audios y los vídeos de Auto-ayuda, solamente ayudaron a quienes los escribían, los editaban y los comercializaban. Las personas necesitan la guía experta de los profesionales, para desarrollar todo tipo de Habilidades para la Vida; entre ellas, de manera muy significativa, las habilidades para resolver situaciones de incertidumbre que generan miedos, ansiedad y estrés.

De manera similar a los menores de Educación Primaria y Secundaria, proporcionarles sistemas de información o de texto y de ejercicios no les permite aprender. Es necesaria la participación de un docente que guíe a los menores en el uso correcto y eficaz de tales recursos.



CÓMO HACER FRENTE AL ESTRÉS

Anteriormente concretamos que el término estrés hace referencia a tres elementos:

1. **Un elemento responsable del estrés**, que conocemos como “estresor”.
2. **Una reacción fisiológica compleja** que se activa cuando se presenta un estresor.
3. **Una situación temporal en la vida de una persona** que se caracteriza por la presencia de uno o más estresores, una respuesta fisiológica y unos efectos indeseables en la salud física, en el estado emocional e, incluso, perturbadora de la vida cotidiana; lo que se conoce como “trastorno por estrés”.

Pues bien, para protegerse de los potenciales riesgos del estrés, la solución no puede ser otra que evitar en la medida de lo posible los elementos estresores, o bien, eliminarlos o reducirlos lo más posible en el caso de que aparezcan. Puede parecer paradójico pero, si no hay estresores, no hay respuesta de estrés, no hay situación de estrés y, en ausencia de perjuicios físicos, emocionales o sociales, no hay “trastorno por estrés”.

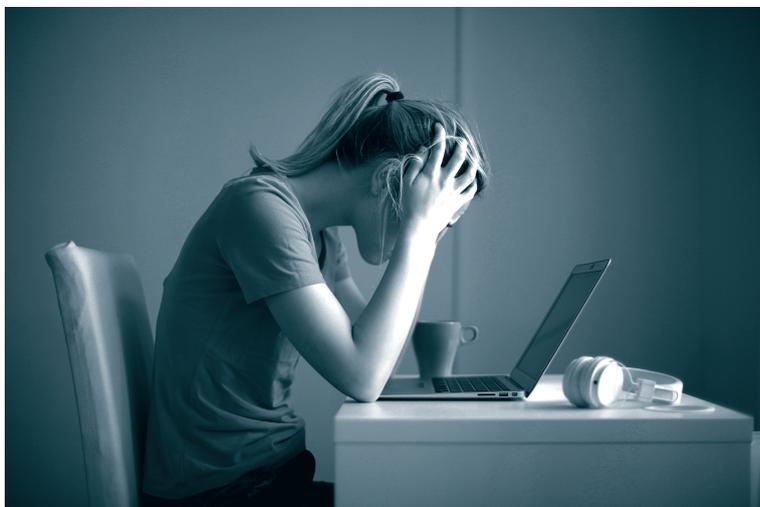
De modo que la forma de enfrentarse al estrés es doble. A saber:

1. **Evitar la aparición de estresores:** “si no hay perro, se acabó la rabia”.
2. **Poner fin o reducir la presencia de estresores.**

Comenzaremos con la primera opción: cómo evitar los estresores.

Teniendo en cuenta que los **estresores** pueden ser **externos** a la persona, podemos considerar que no siempre es posible evitarlos. Como ejemplos podemos citar el frío o el calor extremos, los ruidos permanentes, como el de los aviones al despegar o aterrizar, la contaminación del aire, los cuales, entre otros sucesos ajenos al control de las personas, tienen un valor estresante para el organismo.

Asimismo, algunas circunstancias de tipo laboral, familiar o social, pueden actuar como estresores: excesivas exigencias en el trabajo: de tiempo, cantidad o calidad del mismo; enfermedad o discapacidad de un familiar que requiere tiempo de cuidados por nuestra parte; algunas circunstancias sociales de la zona, región o país donde vivimos, discriminación o exclusión social por motivos de sexo, edad, etnia, u otros. En estos casos, no resulta fácil y frecuente poder evitar tales estresores, pero sí existen formas de reducir el impacto emocional que tienen sobre nosotros, como veremos más adelante.



Por otra parte, existen numerosos **estresores internos**: los de naturaleza biológica, como por ejemplo: una infección, un accidente con traumatismo, una intervención quirúrgica, ... y los de naturaleza “cognitiva”. A este respecto destacamos que los estudios que se han ido realizando en los pasados años, han permitido conocer que la fuente de estrés más frecuente y más perjudicial para las personas, son algunos de los valores adquiridos en la infancia y consolidados en la adolescencia y la juventud, que se han establecido como firmes hábitos de pensamiento en multitud de situaciones de la vida cotidiana.

Estos *hábitos de pensamiento*, que constituyen las *actitudes* que tenemos ante los diversos acontecimientos que nos pueden sobrevenir, están fundamentados en determinadas valoraciones que hacemos, de manera automática, cuando se dan las circunstancias oportunas. Así, por ejemplo, consideramos imprescindible actuar de maneras tales como:

Hacer las cosas perfectamente, o, alternativamente, hacerlas lo mejor posible.

Realizar el mayor número posible de tareas en un tiempo determinado.

No cometer error alguno.

No olvidarnos de nuestras obligaciones o compromisos.

Actuar siempre con total sinceridad.

Actuar con generosidad con las personas que nos conocen y aprecian.

Ser puntuales en nuestras citas o compromisos.

Si deseas realizar una breve evaluación de tus estresores personales puedes hacerlo con el cuestionario siguiente. Ten presente que cuanta mayor sea la frecuencia de cada respuesta, mayor poder estresante tiene.

- Indica, por favor, con qué frecuencia te ocurre lo que expresan cada una de las frases siguientes.
- Utiliz el siguiente código, poniendo una equis X en la columna correspondiente:


 N NUNCA

 PV POCAS VECES

 MV MUCHAS VECES

 S SIEMPRE o CASI SIEMPRE

Por ejemplo:

Me gusta conocer personas nuevas

 N

 PV

 MV

 S

Me gusta hacer las cosas lo mejor posible

 N

 PV

 MV

 S

Pienso en cosas desagradables que podrían ocurrirme

 N

 PV

 MV

 S

Me enfado cuando se me olvida algo importante

 N

 PV

 MV

 S

Pienso en cosas desagradables que podrían ocurrirme en el futuro

 N

 PV

 MV

 S

Intento hacer las cosas mejor que los demás

 N

 PV

 MV

 S

Soy incapaz de hacer las cosas despacio

 N

 PV

 MV

 S

Intento conseguir que los demás estén de acuerdo con mis ideas

 N

 PV

 MV

 S

Me afecta mucho que me critiquen

 N

 PV

 MV

 S

Me propongo metas muy altas

 N

 PV

 MV

 S

Me empeño en demostrar a los demás mi valía

 N

 PV

 MV

 S

Me pongo muy nervioso/a si compruebo que tengo muchas cosas pendientes

 N

 PV

 MV

 S

Me interesa más que me aprecien los demás que mi propio aprecio

 N

 PV

 MV

 S

Me comprometo a realizar demasiadas cosas

 N

 PV

 MV

 S

Hago todo lo posible por evitar que me critiquen por lo que hago o dejo de hacer

 N

 PV

 MV

 S

Pienso que podría contraer una grave enfermedad o sufrir un accidente

 N

 PV

 MV

 S

Intento terminar lo antes posible todo lo que empiezo

 N

 PV

 MV

 S

Como se puede comprobar con facilidad, las posibilidades de vivir con estresores internos son muy amplias, en algunos casos mayores que enfrentarse a estresores externos, dependiendo de las circunstancias y características de cada persona. A diferencia de los estresores externos, que pueden variar a lo largo del tiempo, variando con el tiempo, los estresores internos son permanentes, perjudicando mucho más a las personas que los externos.

En los casos de situaciones de estrés que se mantienen por estresores internos, la mejor solución es solicitar los servicios profesionales de profesionales de la Psicología, quienes llevarán a cabo una Valoración Integral de la persona afectada y sus circunstancias y pondrán en marcha un programa en entrenamiento que puede incluir:

Sugerencias, fundamentadas, de cambio de algunos valores, lo que conllevará, necesariamente, cambios de actitudes y, consiguientemente, de hábitos de pensamiento y acción. Esto reduce notablemente o elimina las respuestas de estrés en pocas semanas.

Planificación de puesta en práctica, en situaciones simuladas, imaginadas y reales, de los nuevos valores y hábitos.

Entrenamiento en técnicas de control o reducción de la ansiedad que se genera en situaciones con valor estresante.

Entrenamiento en Habilidades de Planificación de Actividades, en el ámbito laboral, familiar y social.

Entrenamiento en Habilidades de Análisis de Situaciones y Toma de Decisiones, en cualquiera de los ámbitos de la vida.

No obstante lo anterior consideramos que puede resultarte de utilidad que, a falta de la asistencia profesional ya mencionada, puedas seguir las sugerencias de la siguiente...

GUÍA PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS

1. Acostúmbrate a tomar decisiones, aceptando anticipadamente cualquier posible consecuencia.

“No sé lo que realmente sucederá, pero, ocurra lo que ocurra, nunca lamentaré esta decisión”.

2. Busca cuanto antes la información que consideres útil para tomar una decisión: lee, pregunta,...

3. Resuelve tus conflictos pendientes: habla y negocia con tus jefes, pareja, padres, hermanos, amigos, vecinos,...

4. Expresa tus emociones y sentimientos —tanto positivos como negativos— de manera apropiada. Decide cuándo, cómo y con quién lo hace. No tienes que hacerlo con todas las personas o grupos, ni en todas las situaciones, tú eliges.

5. Clarifica tus valores sobre las cosas y los sucesos:

¿Qué es realmente importante para ti?

¿Cuánta importancia quieres darle?

No esperes a tener un gran problema, para restar valor a detalles desagradables que puedes “pasar por alto”.

6. Modifica los valores que no deseas mantener en el futuro:

¿Qué tal si cambias la forma de pensar como obligaciones y las sustituyes por decisiones?

En vez de pensar que *tienes que hacer algunas cosas*, mejor piensa que *tienes pendiente un compromiso* para hacerlas, pero que puedes demorarlas o incluso modificar tu compromiso. De nuevo, tú decides.

Una obligación es algo que te exige, que “tira de ti como una soga al cuello”. En cambio un compromiso es una intención de actuar de una manera de actuar determinada de antemano, pero puedes cambiar esa intención, en función de circunstan-

cias, externas o internas, de modo que no haces lo previsto, porque no puedes o porque no deseas hacerlo.

Recuerda esta modificación del **compromiso de boda** que, en tono de humor, pensó en la posibilidad de emplear durante la ceremonia una conocida de los autores:

“Yo, Yolanda, te recibo a ti, Pablo, como esposo y prometo serte fiel,..., todos los días de mi vida,..., en la medida que me sea posible”

Todos los compromisos podrían tener el mismo final:

Por ejemplo:

“Yo J, acepto que me prestes tu coche para este fin de semana y me comprometo a cuidarlo, evitarle cualquier daño y devolvértelo el domingo antes de las 22.00 horas,..., en la medida que me sea posible”

De este modo un compromiso deja de convertirse en un estresor, mientras que una obligación siempre lo es.

7. Desarrolla el sentido del humor y aplícatelo.

Habrás oído hablar de la Risoterapia y puede que lo hayas considerado como una “ocurrencia” de algunos psicólogos. Te equivocas: la risa sincera, la que provocan algunas imágenes, chistes o vídeos, provoca una liberación de otras hormonas, diferentes de las del estrés, que neutralizan los efectos de éstas últimas.

No obstante, no es necesario que acudas a “talleres de risoterapia”, es suficiente que dediques algún rato todos los días a exponerte a situaciones divertidas: programas de TV, canales de humor de la Red, libros de chistes, etc. Tú eliges los que te resultan simpáticos y “te permites” dar rienda suelta a tu risa, sin contenerla en las situaciones que te parezca oportuno.

8. Organiza y planifica tus proyectos más o menos largos, y los

que no haces en el plazo previsto: cambia el plazo, si es posible, o renuncia a ellos, como un cambio de decisión, nunca como una “obligación incumplida”

9. Evita mantener proyectos pendientes para evitar el “agobio”, hazlo o abandónalo, pero no lo mantengas en “pendientes”.
10. Considera la posibilidad de pedir ayuda en momentos críticos. Recuerda que del mismo modo que a ti te resulta gratificante ayudar a otras personas, a muchas de las personas con las que te relacionas más o menos: familiares, amistades, conocidos, compañeros de trabajo, ..., les sucede lo mismo:
11. Si te es posible, haz ejercicio físico al aire libre de vez en cuando; pero evita los deportes de competición. Tampoco te obsesiones con el ejercicio físico. En la actualidad se promociona mucho con diversos fines de mejora de la salud en general: prevenir enfermedades cardio-respiratorias, evitar la obesidad, fortalecer músculos, ... Pero es preciso tener cuidado para que no se convierta en otro estresor. Ciertamente, el ejercicio físico diario, desde correr hasta cortar leña con un hacha, favorece la liberación, no de “tensiones”, sino de determinadas hormonas que son antagonistas del estrés. Además, es necesario para mantener la capacidad funcional a medida que aumenta la edad.
12. Elimina las exigencias: los seres humanos no somos “super-man o super-woman” y tenemos diversas limitaciones, diferentes en unas personas y en otras. Procura ajustar tus decisiones y compromisos a tus posibilidades reales “sin estirar demasiado el muelle”. Aprende a decir NO, tanto a ti como a otras personas.
13. Proporcionarte algunas satisfacciones con regularidad: ver una película, jugar, leer, hacer una comida agradable, salir con personas que aprecias, incluso, cuando sea seguro ir al cine, a un concierto, al teatro, ... Procura hacerlo habitual, después de un período de trabajo intenso.

14. Regula tu “ambiente” para reducir elementos “intensos o excesivos”: ruidos, luces, pósteres, muebles, libros,... todo aquello que te resulte molesto o desagradable tener delante.

No queremos decir que mantengas el mayor orden posible a tu alrededor, proponemos a cada persona que retire de la vista todos los elementos que sean innecesarios y resulten molestos. Por ejemplo: en la cocina, mantén despejadas encimeras o mesas; en el escritorio, retira libros, papeles, carpetas con los que no estés trabajando; en el lugar de trabajo, ordena las herramientas y retira las que no usas. En la habitación de estudio, guarda aquellos elementos que no vas a utilizar durante el juego o el estudio y mantén ordenados los demás.

Ten en cuenta que el cerebro percibe todo lo que está a su alcance, analizando la información visual y auditiva. Un exceso de la misma puede producir fatiga y malestar, además de constituir un elemento de estrés.

15. Con la frecuencia que puedas, pon en práctica las nuevas formas de valoración de lo que haces, lo que consigues y lo que no logras. Haz lo mismo con respecto a los demás.

Valora como satisfactorios tus logros, sean cuales sean, pero no te valores por ellos; de este modo, cuando no consigas lo que te propones no sentirás ningún malestar hacia ti. Alégrate de lo que consigues y de lo que te sucede, si te agrada.

Del mismo modo, cuando tengas un fracaso, un olvido o cometes una equivocación, dirige el malestar que sientes a las consecuencias, pero no lo dirijas contra ti. Recuerda que tu valía no está en juego cada vez que te propones hacer algo.

16. Elimina o reduce al máximo los tóxicos: alcohol, tabaco, estimulantes, bebidas carbónicas, porque reducen tus defensas ante las hormonas del estrés. Evidentemente, esta recomendación no tiene como objetivo prevenir el estrés, sino los daños que pueden producirse en tu organismo si se presentasen estresores al mismo.

17. Asegúrate un descanso suficiente que permita a tu cuerpo recuperar el equilibrio biológico que se pierde con las respuestas naturales de estrés del día a día: reduce la luz que pueda haber en de tu dormitorio, elimina las fuentes de ruido mientras duermes, elige un colchón y almohada confortables. Evita dormir demasiado, solo lo suficiente para sentir que has descansado.

Al prepararte para dormir, genera recuerdos de algo agradable que te haya sucedido en el día, o en los días anteriores.

Si te sientes con tensión, agobio o cierta ansiedad, haz unos ejercicios de respiración controlada y de relajación muscular. En el Grupo ALBOR-COHS entrenamos y aconsejamos el método ideado por el Dr. Edmund Jacobson.

Y, nunca enciendas dispositivos electrónicos con luz azul, ya que estos alteran los procesos biológicos que ocurren durante el sueño.

Concluyendo: ante la imposibilidad de ajustar las sugerencias de esta Guía a todo tipo de personas y profesiones, te proponemos que lleves a cabo una adaptación de cada sugerencia a tu situación vital concreta: joven, adulto, docente, personal sanitario, empresario/a, trabajador/a autónomo/a o empleado/a, investigador/a, comerciante, artista, ...etc. La edad, actividad profesional, situación familiar, los ingresos económicos, la vivienda,... Todos estos y muchos más, son factores que nos hacen personas únicas, por eso no sirve un “corta-pegar” de consejos para ayudarnos a reducir el estrés, ni “opiniones” de personas que pueden tener recursos válidos para ellas y otras. La ayuda segura es la que se basa en un análisis integrado de cada persona y sus circunstancias, y que se fundamenta en el método científico para diseñar y perfeccionar técnicas de ayuda, para aumentar, reducir o eliminar emociones, valores y hábitos, con la finalidad de aumentar el bienestar.



Edmund Jacobson

CÓMO RESOLVER LA DEPRESIÓN

Finalmente, llegamos al problema que, de manera tónica, se considera uno de los riesgos de problema de “alud mental” más preocupante en la población general.

Efectivamente, numerosos intereses, de índole tanto económica como académica, han difundido por todo el mundo la idea de que la depresión es una enfermedad que suele hacerse crónica, cuyo tratamiento es imprescindiblemente farmacológico, combinación de ansiolíticos y antidepresivos, el cual debe ser controlado por un profesional de la Medicina.

Ello no obsta para que se recomienden tratamientos psicológicos que complementen la terapia farmacológica.

Los autores recibimos, durante nuestra formación universitaria, esta información, en la que destacaba claramente el riesgo de suicidio de las personas con depresión.

La idea nuclear establecía que la “causa” de la depresión era la falta de serotonina en algunas zonas del cerebro, por lo que se hacía imprescindible el uso de antidepresivos. Los citados antidepresivos tendrían el efecto de aumentar los niveles, deficitarios, de serotonina. Las dudas comenzaron con el ejercicio profesional:

Primera duda:

Si el problema es la falta de serotonina, ¿por qué las personas con depresión no “se curaban” en unas dos o cuatro semanas? La evidencia era que recibíamos personas con diagnóstico de depresión, que llevaban meses, o incluso años tomando antidepresivos y seguían igual de deprimidas, con sus altas y bajas, según el día.

Segunda duda:

Si el problema es la falta de serotonina, ¿para qué se aconsejaba a estas personas que acudieran a un profesional de la Psicología?

¿Qué podíamos hacer nosotros con esas personas que venían tomando los antidepresivos desde hacía semanas, meses e incluso años y seguían con controles médicos por “su depresión”?

Acudimos a nuestros textos y apuntes, y más recientemente a las diversas “guías de práctica clínica” y nos encontramos con una gran variedad de “técnicas de intervención psicológica para la depresión”, con más o menos evidencia de eficacia. Muchas técnicas parecían ocurrencias de parapsicólogos y otras, más fundamentadas, eran incongruentes con la explicación del “déficit de serotonina”.

Tras el análisis de las fuentes de información y la experiencia, activamos nuestro espíritu analítico y encontramos lo siguiente:

Los antidepresivos eran simplemente otra clase de ansiolíticos, más potentes y con cierto poder adictivo. Pero no resolvían en modo alguno la situación de depresión.

Las técnicas cognitivas mejoraban a algunas personas, pero sólo dependiendo de su estado emocional y cognitivo: eran ineficaces en personas de bajo nivel cultural o intelectual y, también, si se encontraban excesivamente relajadas a causa de la ingesta de ansiolíticos y antidepresivos.

Las técnicas conductuales de los años 60, que son las que nos enseñaron en la Facultad, eran pruebas iniciales de la Psicología científica que no estaban perfeccionadas y que hubo que mejorar en los años 70.

Así pues, nos encontramos con algo sorprendente por poco habitual: el Dr. Josep Wolpe había descartado el modelo médico, pese a ser Psiquiatra, y propuesto un modelo bio-psico-social. Modelo que considera que, efectivamente, *existe una interacción entre las circunstancias del medio, social, la conducta de las personas: lo que*

sienten, piensan y hacen, en diversas situaciones vitales y los cambios en el organismo.

Así pues, este modelo considerado junto a los conocimientos que ya se tenían sobre el estrés, llevó al Dr. Wolpe a defender la hipótesis de que “el estado depresivo” de las personas se puede explicar como uno de los posibles “trastornos funcionales por estrés”. Esta hipótesis resulta de todo punto congruente con los hechos siguientes:

1. Nunca se han encontrado evidencias sólidas de que la persona “en depresión” tenga alguna patología física: no se han encontrado daños en ningún órgano o tejido.
2. Se ha confirmado, sin lugar a dudas de que, en estas personas, se ha producido un “mal funcionamiento” de los procesos bioquímicos que regulan el “estado de ánimo”. Lo que apoya el “diagnóstico de trastorno funcional”.
3. El suministro de ansiolíticos, como tales o como antidepresivos, contribuye a reducir los niveles de ansiedad que se asocian al estrés, lo que podría explicar ciertas mejorías en algunas personas. La mejoría solo es posible cuando el nivel de psicofármacos administrados es moderado; en cambio no se produce cuando es elevado.
4. Bajo la hipótesis del estrés como factor causante del estado depresivo, cabe considerar la intervención activa de profesionales de la Psicología, cualificados en intervenciones en estrés.
5. Cuando se identifican los factores externos e internos del estrés de estas personas y se pone en marcha un Plan de Control del Estrés, con todos los componentes que puedan ser necesarios en cada caso, la situación depresiva remite en un período promedio de cuatro meses.
6. Las personas que se han recuperado de un “cuadro depresivo” con un Programa de Control del Estrés, no presentan “recaídas”.

Como conclusión de todo lo anterior, es posible considerar que

la Psicología no se ocupa de Terapias específicas para la Depresión, sino que incluye este problema, el “trastorno del estado de ánimo”, en los trastornos funcionales por estrés.

Podemos finalizar este apartado poniendo a tu disposición el **Cuestionario de Valoración de Situación Depresiva**, con la finalidad de que puedas comprobar los diferentes Perfiles que se pueden obtener de diferentes personas, todas las cuales reciben el mismo diagnóstico clínico sin diferencia alguna entre ellas. Obviamente, desde una perspectiva médica y desde una perspectiva psicológica que asume el modelo médico, carece de sentido la elaboración de un Perfil de Situación Depresiva que discrimine para cada persona:

- Los indicadores fisiológicos de estrés
- Los indicadores de alteración del estado de ánimo
- Los indicadores cognitivos de la situación personal
- Los indicadores de cambios en la actividad diaria

La consideración de que cada caso es similar en algo a otros, pero diferente en algunos aspectos, es lo que permite al profesional de la Psicología el diseño de un Plan de Asistencia Individualizado, al objeto de, eliminar o reducir significativamente las respuestas de estrés y permitir la recuperación homeostática del sistema regulador del estado de ánimo. Lo cual, obviamente, habrá puesto fin a la situación depresiva.

Más de treinta y cinco años trabajando con los planteamientos antes expuestos nos permiten disfrutar de la satisfacción de haber podido ayudar a personas “en situación de depresión” de todas las edades, estatus socio-económico y cultural, en nuestras Consultas de Psicología en Alcalá de Henares (Madrid), Bilbao (Bizkaia) y Santander (Cantabria).

C.V.S.D.

Versión 1.2018

Autores: E. Manuel García Pérez, Ángela Magaz Lago y Alberto M. García García

A continuación te presentamos una serie de pensamientos, sentimientos, cambios fisiológicos y de comportamiento que han podido tener lugar recientemente en tu vida, con respecto al pasado.

En el siguiente listado, deseamos que señales las circunstancias que se puedan aplicar a tu caso, poniendo una equis entre los paréntesis [] situados al final de la frase que corresponda. Gracias por tu colaboración.

CON RELACION A MI SITUACIÓN ANTERIOR...

Cambios fisiológicos:

- Me cuesta conciliar el sueño/Tardo mucho en quedarme dormido/a []
- Me despierto dos o más veces durante la noche []
- Me despierto con la sensación de no haber descansado []
- Durante el día me siento cansado/a y sin fuerzas para hacer cosas []
- He perdido las ganas de comer (o se me han reducido bastante) []
- Tengo dolores frecuentes en brazos, piernas u otras partes del cuerpo []
- Me cuesta mucho concentrarme en algo: leer, ver tv,... []
- Me despierto muy temprano y me cuesta mucho volver a dormirme []

Cambios en el estado de ánimo:

- Lloro o tengo ganas de llorar, sin motivo aparente []
- Me siento triste []
- No me enfado por casi nada (o por cosas que antes me irritaban) []
- He perdido el interés por el sexo (o me cuesta reaccionar en estas situaciones) []
- Ahora no me divierto con las cosas que antes me gustaban []
- Siento pesimismo o sensación de amargura []
- Soy incapaz de disfrutar con las cosas que antes me hacían sentirme bien []
- Casi todo el día siento ansiedad, tensión, angustia,... []

Cambios cognitivos:

- Pienso que esto que me pasa no tiene solución []
- Me cuesta tomar decisiones []
- Me siento culpable de lo que me ocurre []
- Creo que no le importo a nadie []
- Creo que he fracasado en muchos aspectos de mi vida []
- Pienso que mis problemas se resolverían si me muriese /estaría mejor muerto []
- Me encuentro insatisfecho/a conmigo mismo/a []
- Me preocupa mucho esta situación y no puedo dejar de pensar en ello []

Cambios en la actividad diaria:

Me encuentro tan mal que no puedo trabajar o realizar mis tareas cotidianas []

Me paso la mayor parte del día tumbado/a o sentado/a en el sofá []

He reducido mucho mis relaciones sociales []

Hablo mucho menos que antes []

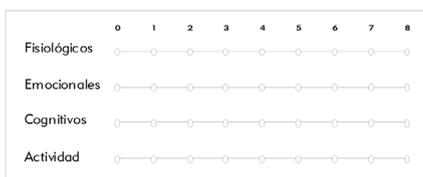
Ahora salgo mucho menos de casa []

Camino y hago las cosas muy despacio []

No hago prácticamente nada []

Evito mantener conversaciones con amistades y familiares (no me apetece hablar con nadie) []

PERFIL DE RESULTADOS



Nota: El Manual Técnico de este instrumento se remite gratuitamente profesionales de la Medicina o la Psicología solicitándolo al e-mail: albormadrid@gmail.com

ANEXO

ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN

En este breve anexo deseamos compartir de manera gráfica los planteamientos conceptuales que guían nuestro quehacer profesional con personas que solicitan nuestra asistencia psicológica a causa de un estado emocional casi permanente, de ansiedad excesiva.

Cuando evaluamos su caso y encontramos que, más allá de la ansiedad, su estado emocional se podría considerar como un estado o situación de estrés, consideramos que la persona se encuentra en riesgo de llegar a una situación de depresión, y así se lo hacemos saber, explicándole el motivo de nuestra previsión.

Ciertamente, no todas las personas que viven situaciones de estrés desarrollan una crisis depresiva o consolidan una situación depresiva. Los estudios realizados con el máximo rigor han llegado a considerar que el estrés, tanto agudo y breve, como el moderado y prolongado, es un serio factor de pronóstico de algún trastorno funcional, como fase previa a un daño orgánico.

Las personas parecen tener una predisposición genética a desarrollar unos u otros trastornos funcionales. Algunas características de su temperamento constituyen indicios de qué clase de daño o desajuste puede llegar a ocasionar el estrés.

Sin embargo, habida cuenta de la elevada prevalencia de la depresión en el mundo, es muy prudente considerarla como, quizás, *el más frecuente de los trastornos ocasionados por el estrés*.

En nuestras consultas, identificamos el estrés por la presencia de un número significativo de indicadores fisiológicos, tales como los

siguientes, cuando se han dado en la vida de una persona, al menos en los últimos dos meses (tomados de la Escala Magallanes de Estrés, EMEST):

Me ha costado mucho concentrarme en lo que hacía

Me cansaba con facilidad

Me irritaba con cualquier contrariedad

Me costaba empezar a dormir

Tuve sueños que me inquietaban

Me desperté una o más veces en la noche

Tuve diarrea o estreñimiento

Me desperté con la sensación de no haber descansado

Tuve dolores en alguna parte del cuerpo

Me acatarré

Se me olvidaban las cosas

Me costaba mucho estar tranquilo/a y relajado/a

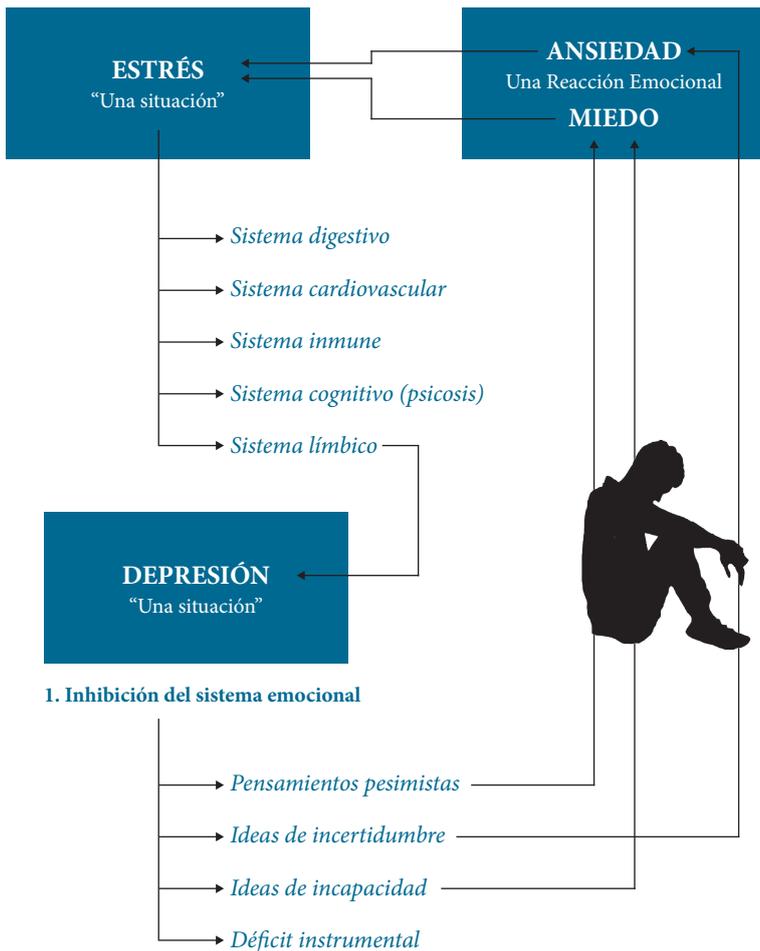
Me he mordido las uñas

He tenido algún o algunos tics

He comido mucho más de lo que antes comía

La secuencia de aparición de la depresión, desajuste de los centros reguladores del estado de ánimo, a partir de un estado de ansiedad, quedaría explicada en el esquema siguiente que denominamos LA TRÍADA PERVERSA (García Pérez y Magaz, 2000), debido al daño que ocasiona a las personas:

LA TRÍADA PERVERSA



OTRAS OBRAS DE LOS AUTORES

Los autores de este libro han publicado artículos en prensa, libros y escrito algunos capítulos en libros de otros autores. Es, asimismo notable, el número de estas publicaciones y Comunicaciones a Congresos y Reuniones Científicas, lo que les otorga cierto prestigio profesional en el que basar la confianza de las personas que solicitan sus servicios profesionales y los de sus colaboradores.

Destacamos por su interés con respecto al tema de este libro las publicaciones siguientes:

Descubre tu fuerza, descubre tu poder

Publicado en 2018, tiene como objetivo ayudar a las personas a pensar de manera más eficaz, asertiva, como el mejor modo de prevenir miedos y ansiedad social, lo que hace muy poco probable la aparición de estresores internos de esta naturaleza.

Claves de la asertividad

Publicado en 2018, expone de manera clara y concisa todo un conjunto de planteamientos básicos ante diversas situaciones de la vida, necesarios para fundamentar el conjunto de valores y actitudes asertivas.

Hablando se entiende la gente

Publicado en 2018, explica diversas técnicas de comunicación eficaz.

Otras obras de similar y diferente naturaleza pueden encontrarse en www.psicologia365.com

RECURSOS

Los profesionales que prestan sus servicios como Consultores, pueden disponer de diversos elementos que faciliten a sus clientes para ayudarlos a resolver situaciones de miedos, ansiedad, estrés y, en su caso, depresión.

La **División de Consultoría del Grupo ALBOR-COHS** (www.gac.com.es) cuenta con:

Materiales impresos: fichas, esquemas y textos.

Vídeos didácticos de sus cursos de formación tutorizada, en Psicología Cognitivo Conductual Avanzada (antes Psicología Clínica y de la Salud), secuencias de películas y series comerciales.

Audios: Entrenamiento en Relajación mediante el método de Jacobson (versión jóvenes o adultos).

Referencia de películas comerciales, entre las que destaca por su enorme interés en este tema “Del Revés” (Inside Out, 2015), en el que la protagonista, Riley, es una chica que disfruta o padece toda clase de emociones. Aunque su vida ha estado marcada por la Alegría, también se ve afectada por otro tipo de emociones. Lo que Riley no entiende muy bien es por qué motivo tiene que existir la Tristeza en su vida. Una serie de acontecimientos hacen que Alegría, Miedo, Ansiedad y Tristeza se mezclen en una aventura que conmoverá el mundo de Riley.

Las entidades o instituciones tales como empresas, asociaciones, fundaciones, centros de formación, ..., que puedan estar interesadas en proporcionar a sus miembros alguna actividad de prevención y/o resolución de situaciones de miedo, ansiedad o estrés: Conferencias, Charlas-Coloquio, Presentaciones, Cursos, Talleres, *on-line* o presenciales, pueden dirigirse a cualquiera de los autores mediante un correo electrónico enviado a abaaolve@gmail.com

Miedo, ansiedad, estrés y depresión en tiempos de COVID-19
se terminó de imprimir en noviembre del 2020 en la Editorial Universitaria de
la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle
siendo su director el P.C. Víctor Raúl Durand Giuracahua.

Av. Enrique Guzmán y Valle 951 La Cantuta, Chosica
Lima - Perú

Directores y Profesores del Máster en Psicología, Especialidades Psicología de la Educación, Psicología Clínica y de la Salud, Atención Temprana y Psicopedagogía Clínica, de la Universidad Internacional "Menéndez Pelayo", con promociones en Madrid, Bilbao, Perú y Chile. Miembros de la plantilla docente de otras Universidades Internacionales, como profesores visitantes, tutores de prácticum u honoríficos: Universidad de Buenos Aires, Universidad de La Plata y Universidad del Aconcagua (Argentina), Benemérita Universidad de Puebla (México), Universidad Federico Villarreal, Universidad Nacional de Educación, Universidad Ricardo Palma (Perú), Universidad Autónoma de Madrid, Universidad del País Vasco y Universidad de Alcalá de Henares.

Profesores invitados en diversos cursos de formación para posgraduados y de actualización científico-profesional, en Perú (Universidad César Vallejo, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Universidad Femenina del Sagrado Corazón UNIFÉ, Universidad San Martín de Porres), en Argentina (Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Rosario), en España (Universidad de Valladolid, Universidad de Badajoz, Universidad de Alcalá de Henares, Universidad de Navarra, Universidad del País Vasco, Universidad Internacional Menéndez Pelayo), Colegios Públicos, Privados y Centros de Formación del Profesorado de diversas Comunidades Autónomas (Galicia, Asturias, País Vasco, La Rioja, Castilla-León, Castilla La Mancha, Andalucía, Extremadura, Comunidad Valenciana y Madrid)

Han desarrollado una amplia labor investigadora en el campo de la psicología de la salud y de la educación, con la publicación de numerosas obras de naturaleza diferente: libros, test psicométricos, instrumentos de evaluación conductual, programas de intervención psicoeducativa y protocolos de evaluación e intervención.

PARTE 1

MIEDO

ANSIEDAD

ESTRÉS

DEPRESIÓN

PARTE 2

CÓMO RESOLVER EL MIEDO

CÓMO RESOLVER LA ANSIEDAD

CÓMO HACER FRENTE AL ESTRÉS

CÓMO RESOLVER LA DEPRESIÓN

ANEXO

ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN

ISBN: 978-612-4148-13-2



9 786124 148132