

DEPRESIÓN

**Cuando la Tristeza
se vuelve Patológica**



Dr. Juan Moisés de la Serna

Juan Moisés De La Serna

Depresión

«Tektime S.r.l.s.»

Serna J.

Depresión / J. Serna — «Tektime S.r.l.s.»,

Содержание

Prefacio	6
Índice	7
Agradecimientos	8
Aviso Legal	9
Capítulo 1. Tristeza	10
Capítulo 2. Duelo	14
Capítulo 3. Distimia	15
Capítulo 4. Depresión Estacional	17
Конец ознакомительного фрагмента.	18

DEPRESIÓN

Cuando la Tristeza se Vuelve Patológica

Dr. Juan Moisés de la Serna

www.juanmoisesdelaserma.es

Copyright © 2017

Prefacio

En la vida se suceden los acontecimientos, hechos positivos y negativos, que van a influir en nuestra forma de pensar y comportarnos, pero también en cómo nos sentimos.

La tristeza normalmente proviene de una pérdida o de un acontecimiento que sentimos negativo, o simplemente porque no se han cumplido nuestras expectativas.

Esta tristeza puede ser pasajera, durando horas, días o incluso semanas, pero cuando esta tristeza se alarga en el tiempo y cambia nuestra forma de sentir, pensar y actuar, puede que estemos ante un problema más grave, la Depresión.

Índice

[Prefacio](#)

[Índice](#)

[Agradecimientos](#)

[Aviso Legal](#)

[Capítulo 1. Tristeza](#)

[Capítulo 2. Duelo](#)

[Capítulo 3. Distimia](#)

[Capítulo 4. Depresión Estacional](#)

[Capítulo 5. Depresión PostParto](#)

[Capítulo 6. Trastorno de Depresión Mayor](#)

[Capítulo 7. Origen de la Depresión](#)

[Capítulo 8. Tratando la Depresión](#)

[Capítulo 9. Familia y Depresión](#)

[Sobre Juan Moisés de la Serna](#)

Dedicado a mis padres

Agradecimientos

Aprovechar desde aquí para agradecer a todas las personas que han colaborado con sus aportaciones en la realización de este texto, especialmente a D^{ña} Mayca Marñ Valero, psicóloga y responsable de la Formación en la Federación Española de Parkinson y a D. Ferran Pedros Blancquez, profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México).

Aviso Legal

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros medios, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por el teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© Juan Moisés de la Serna, 2017

Capítulo 1. Tristeza

Uno de los problemas que con mayor asiduidad se puede ver en consulta es en relación con las emociones, ya sean por sobre activación, en el caso del estrés y la ansiedad o por su inhibición, en el caso de la tristeza y la depresión.

Pero no se trata únicamente de que las personas estén más sensibles hacia estos problemas, y por ello acudan con mayor frecuencia a consulta psicológica, sino que también son los problemas más comunes que se sufren, mucho más que cualquier otro trastorno del ámbito de la salud mental.

La tristeza es un estado por el cual la persona deja de sentirse plenamente o al menos normal, considerada como una de las emociones básicas, junto con la felicidad o el miedo.

Son muchos los motivos que pueden generar tristeza, desde la pérdida de un ser querido, hasta el no haber logrado una meta ansiada, pero quizás el más grave es por la presencia de una enfermedad, sobre todo si esta es incurable o crónica.

La relación entre la salud física y la mental hace tiempo que dejó de estar en discusión. Cuando alguien sufre un mal físico, esto va a tener un efecto directo sobre su estado de ánimo, y este sobre el resto de los ámbitos de la persona, incluida su forma de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Cuando uno se siente mal, por ejemplo, por sufrir una enfermedad crónica, esto puede alterar de forma significativa su estado de ánimo incluso pudiendo llevar al paciente a tener una depresión.

Pero cuando aparecen los síntomas de la depresión la situación empeora, ya que los efectos que estos tienen sobre la salud son importantes, al reducir la calidad de vida de la persona, con una mengua del estado de ánimo, pero también del sistema inmunitario, lo que permite entrar al paciente en un círculo vicioso.

Cuanto peor está físicamente, peor se siente psicológicamente, y cuantos más síntomas depresivos sufra, su cuerpo va a responder peor y por tanto en vez de facilitar la recuperación va a perjudicarla.

Las consecuencias de este círculo vicioso es un agravamiento de la sintomatología, empeorando la calidad de vida del paciente, haciendo que sea menos tolerante a lo que le sucede y con ello que tenga un peor pronóstico, en comparación con otro que no tenga asociado estos síntomas depresivos.

De ahí la importancia de detectar los primeros síntomas de la depresión, para poder tratarlos cuanto antes para que no avance y perjudique más a la salud del paciente. Una de las dificultades al respecto es precisamente en el tratamiento, ya que en ocasiones el farmacológico es incompatible con la enfermedad crónica, por lo que habrá que centrarse exclusivamente en el psicológico, pero ¿cuántas personas que sufren una enfermedad crónica tienen depresión?

Esto es precisamente lo que tratar de dar respuesta con una investigación el Departamento de Enfermería de Salud Comunitaria, Colegio Universitario Al Farabi; la Facultad de Enfermería, la Universidad de Jordania; la Facultad de Enfermería, Universidad del Rey Saud y el Centro de Cáncer del Rey Hussein (Jordania) recientemente publicado en el 2014 en la revista científica *Psychology*.

En el mismo participaron ochocientos seis pacientes, de los cuales el 45% eran mujeres. Todos ellos venían padeciendo una enfermedad crónica como ánimo desde los seis últimos meses, ya fuese esta una diabetes tipo II, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares, cáncer o enfermedades pulmonares.

Se excluyeron del estudio quienes ya tenían historial de problemas de salud mental previos.

Se emplearon seis cuestionarios traducidos al árabe, el Multidimensional Scale of Perceived Social Support para analizar la percepción de apoyo social de los pacientes, el Beck Depression Inventory-II (B.D.I-II) para evaluar la presencia de síntomas depresivos, el Psychological Stress

Measure (P.S.M.) para evaluar los niveles de ansiedad, el C.O.P.E. Inventory para evaluar el manejo del estrés, el Life Orientation Test (L.O.T.-R.) para los niveles de optimismo y el Satisfaction with Life Scale para los niveles de satisfacción con su vida.

Los resultados indican que la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas muestran síntomas depresivos, de ellos el 27% son leves y el 31% moderados.

Igualmente, estos pacientes muestran bajos niveles de optimismo en la mitad de los casos, con una habilidad moderada para el manejo del estrés, a pesar de lo cual cuentan con niveles elevados de satisfacción con su vida, niveles moderados de estrés, y bajos niveles de percepción de apoyo social.

Hay que recordar que estos resultados han sido obtenidos mediante cuestionarios contestados por los propios pacientes, de ahí que algunos resultados sean mejores de lo que cabría esperar como con la satisfacción de la vida o los niveles de estrés.

Una de las limitaciones del estudio es precisamente la población objeto de análisis, es decir, únicamente se tuvieron en cuenta los pacientes de una población muy concreta como eran los habitantes de Jordania, un pueblo con una cultura, religión e idiosincrasia muy particular, lo que hace que se precise de nueva investigación al respecto para poder comprobar si los resultados se mantienen en otras poblaciones.

Igualmente, el haber reunido dentro del grupo de estudio a pacientes con diagnósticos de enfermedades graves tan dispares, y con tan diverso pronóstico, como el de diabetes junto con el de cáncer, puede haber afectado a los resultados.

Será mejor escoger un único grupo de enfermos crónicos y observar el número de ellos que padecen síntomas depresivos, ya que la información obtenida al respecto tendrá mayor validez ecológica.

Otra de las limitaciones del estudio provendrá de la exclusión de los pacientes con enfermedades crónicas que además padecen alguna psicopatología, lo que agravará aún más el pronóstico.

A pesar de las limitaciones comentadas el estudio muestran un índice elevado de pacientes crónicos con sintomatología depresiva, en ocasiones no diagnosticada ni tratada, lo que va en detrimento de la calidad de vida del paciente.

Dada la importancia de la depresión en la salud, ya sea al sufrir o no una enfermedad crónica, pues afecta al desempeño en todo lo que hacemos, desde las ciencias médicas se ha investigado sobre los factores que podrán estar favoreciendo o protegiendo a la persona de sufrir una depresión, y en caso de padecerlo, que ayuden a superarlo.

La red social de apoyo ha sido una de las estimadas como fundamentales tanto a nivel preventivo como para favorecer su recuperación, en caso de caer en depresión.

Igualmente se conoce que existen otras circunstancias que pueden favorecer la depresión, como es la ruina económica, una pérdida afectiva e incluso del trabajo, etc.

Estos desencadenantes pueden generar un período razonable de duelo, o cronificarse y convertirse en una verdadera depresión mayor.

Hay que tener en cuenta que la depresión cuenta con tres componentes, el afectivo, el comportamental y el cognitivo, factores que están estrechamente interrelacionados de forma que se llega a autoalimentar formando un círculo vicioso difícil de romper sin ayuda terapéutica especializada.

En cuanto al caso de este tercero, los pensamientos se vuelven catastróficos, pesimistas y sin solución a la situación actual.

Pero cuando una persona está expuesta a una realidad desfavorable, los pensamientos catastróficos coinciden con su realidad, por lo que sale reforzado sus pensamientos y con ello favorecerá la aparición de la depresión, entonces ¿Existe relación entre la depresión y el nivel económico?

Eso es precisamente lo que se puede responder gracias a un informe publicado por el departamento de Salud del gobierno de Puerto Rico (EE. UU.), desarrollado durante el 2013.

En el mismo se analizan distintos factores que pueden estar influyendo en la presencia de la depresión, el cual ha sido realizado dentro de un proyecto más amplio para detectar conductas de riesgo entre la población según el programa The Behavioral Risk Factor Surveillance System (B.R.F.S.S.).

Para ello se realizó una encuesta telefónica a una muestra de seis mil habitantes que representa el 0,21% de la población total, todos ellos mayores de 18 años, mayoritariamente hispana (98,5%), siendo el 64% mujeres.

Igualmente se recogieron datos por tramos de edad, el nivel educativo de los participantes y sus ingresos económicos.

Los resultados muestran que las personas en el tramo de los 45 a 54; y los 55 a 64 años, son los que más sufren depresiones, llegando a niveles del 25.7% y 30.7% respectivamente, muy por encima de los niveles de los más jóvenes entre 18 a 24 años, del 5.9%.

Igualmente muestran que las personas que tienen menos estudios (sin escolaridad terminada) presentan mayores niveles de depresión, frente a los que finalizaron los estudios universitarios, obteniendo porcentajes del 21.3% frente al 14,4% respectivamente.

El informe además separa a los encuestados en seis tramos en función de sus ingresos, lo que permite observar la relación entre los aspectos económicos y la presencia de depresión, siendo los que más lo sufren los que obtienen ingresos inferiores a 15000 dólares, con un 23,2%, frente a los que tienen ingresos mayores a 75000 dólares, con un 9,2%.

Una de las limitaciones de este estudio, y característico de la forma de recoger datos a través del teléfono, es que quedan excluidas ciertas poblaciones que por un motivo u otro no disponen de línea telefónica, y por tanto queda sesgado el estudio, al dejar una parte de la población sin investigar, probablemente con bajos recursos económicos.

Otra limitación es que los resultados no distinguen entre el tipo de depresión que padece, ya sea depresión mayor o distimia, además los datos tal y como están presentados no permiten realizar comparaciones entre grupos, que posibiliten profundizar más en las diferencias encontradas entre los grupos en función de las variables analizadas.

A pesar de las limitaciones anteriores, hay que destacar la importancia de los resultados al mostrar el perfil de aquellas personas que están más expuestas a sufrir depresión, el bajo nivel educativo, una edad entre los 45 a 64 años y unos escasos ingresos económicos.

Por el contrario, las personas que parecen estar más protegidas de sufrir depresión son los jóvenes entre los 18 a 24 años, los que tienen estudios universitarios, y los que ganan entre 35000 a 49999 dólares, y más de 75000 dólares.

Por tanto, y respondiendo a la cuestión inicial, parece que sí existe relación entre la depresión y el nivel económico, pero esta no es una relación directa, de a más dinero menos depresión, tal y como se comprueba entre los que ganan entre los 50000 a 74999 dólares que sufren un porcentaje de depresión similar al de niveles anteriores, en concreto asemejándose a los que cobran entre 25000 a 34999 dólares.

Aunque el estudio no entra en valoraciones teóricas sobre las explicaciones al respecto, parece lógico pensar que la preocupación por la carencia de dinero puede ser determinante, así como el acceso a una mayor y mejor cantidad de recursos que podrán prevenir y paliar la aparición de los primeros síntomas de la depresión antes de que esta se cronifique.

Cuando uno piensa en dinero y la depresión no suele hacerlo en el coste para la sociedad en la que vive, sino más bien en la persona que lo sufre, pero no es ese el planteamiento que se hacen desde las administraciones públicas que buscan optimizar sus recursos priorizando sobre dónde van destinados el dinero entre los distintos servicios y departamentos que se encuentran a su cargo,

ya sea en inversión de materiales como de personal para poder dispensar con mayor eficacia sus servicios.

El trastorno de depresión mayor afecta principalmente a la salud psicológica del paciente, pero también al resto de sus actividades diarias, la gana de comer, o la capacidad de tener un sueño reparador, pero sus efectos se extienden también a sus familiares, compañeros y amigos.

Lo normal es observar una disminución en el rendimiento académico o laboral, que en el caso de una mayor severidad de este trastorno puede llevar a la persona a perder su puesto de trabajo, sus amigos e incluso su pareja.

Actualmente existen diversos métodos de intervención terapéutica desde la psicoterapia, hasta la farmacológica pasando por la terapia electroconvulsiva, cuando no responde adecuadamente a la farmacológica.

Cada una de estas intervenciones requiere de un personal especializado, el desarrollo de una tecnología y un centro donde se administra, lo que va sumando "gastos" para la administración, pero ¿cuál es el coste de la depresión en el primer mundo?

Esto es precisamente lo que ha tratado de averiguar desde la Escuela de Medicina de Hannover, junto con la Universidad Goethe de Frankfurt y la Universidad Jena Friedrich-Schiller (Alemania) cuyos resultados han sido publicados en el 2014 en la revista científica *Depression Research and Treatment*.

En el estudio intervinieron setenta médicos de la red sanitaria alemana, los cuales realizaron una reevaluación de sus pacientes diagnosticados con depresión, a la vez que les informaban del estudio y recogían su consentimiento para participar, al final fueron seiscientos veintiseis pacientes, siendo el 75,7% mujeres, a los que se les tomaron medidas en tres momentos, en el momento de preguntar sobre su participación, a los 6 meses y al año.

De cada participante se recogieron cinco datos, la medicación que recibían, las visitas al médico general, las visitas al especialista, la psicoterapia que recibían y el número de hospitalizaciones, siendo su coste extraído de unas tablas estandarizadas estimadas por la Oficina de Estadística Federal de Alemania.

Los resultados muestran que el coste medio por paciente con depresión mayor durante un año es de 3813€, no existiendo diferencias significativas en el coste entre hombres y mujeres.

Lo que en cifras macroeconómicas supone un gasto anual en Alemania en pacientes con depresión mayor de 15.6 billones de euros.

Cantidad que a los autores les parece excesiva, a pesar de ser el trastorno psicológico más frecuente entre los pacientes que acuden a consulta. De ahí que los autores del estudio sugieran realizar mayores intervenciones tanto en la detección temprana de la enfermedad como de búsqueda de nuevas y mejores técnicas y terapias con los que reducir el número de consultas, y sobre todo el coste total de la atención recibida por los pacientes con depresión mayor.

Aunque los resultados son reveladores, no informan sobre si son más o menos costosos que otras enfermedades mentales, e incluso que otras afecciones físicas que se atienden, con lo que no se puede estimar si se trata de un gasto excesivo o no para las administraciones, ni si se tiene que priorizar sobre otras enfermedades debido a su elevado gasto.

Todo lo anterior muestra cómo no se trata de un problema menor, por sus implicaciones tanto en lo que respecta al paciente, y su salud, como en el aspecto económico.

Pero para poder establecer un diagnóstico y su posterior tratamiento, lo primero que hay que hacer es distinguirlo de otros fenómenos emocionales en donde existe una tristeza, pero que no llega a desencadenar la Depresión Mayor.

Capítulo 2. Duelo

Se denomina duelo a la reacción de tristeza tras la pérdida de un ser querido y el decaimiento del ánimo, este se entiende como un paso normal en las personas que tienen un vínculo afectivo con el fallecido.

Una de las discusiones más encendidas entre los profesionales de la Salud Mental a la hora de afrontar la reforma del manual de referencia para el diagnóstico y tratamiento (D.S.M.-V) ha sido con respecto a la forma de abordar la temática del duelo.

El D.S.M.-V va siendo periódicamente revisado por los expertos, realizando inclusiones de nuevas psicopatologías y excluyendo otras.

En la última versión, la quinta, han sido pocos los cambios realizados pero muy polémicos. Uno de los más destacados fue con respecto a la consideración del duelo, como ente propio o como parte de la depresión.

El duelo es una etapa, que pasa la persona cuando pierde a un ser querido, con anterioridad en algunos países este se ve reflejado en una vestimenta distinta y en actos como el velatorio.

El duelo tiene una parte importante de vivencia personal, pero también social, donde se recibe el apoyo y consuelo de los familiares y allegados, así como su proceso.

Cuando una persona experimenta el duelo, va a sentirse decaída, triste, sin ganas de hacer nada, perdiendo incluso el sentido de lo que hace... algo lógico y normal dentro de la sociedad.

El problema es que estos también son síntomas de la depresión o, como en psicopatología se denomina, Trastorno de Depresión Mayor.

Algunos expertos han señalado que, si comparten los mismos síntomas, es porque se trata del mismo problema de salud. Otros, en cambio, lo diferencian debido a que existe una "causa que lo justifica".

Otra de las polémicas al respecto es sobre cuánto debe durar el duelo. En algunas tradiciones, se establece que el luto sea por un periodo de un año, en otras sociedades es de escasamente siete días pero una cosa es el duelo y otra el luto.

El primero hace referencia al estado de ánimo del familiar, mientras que el luto es una muestra social, que varía de país en país, y que puede llegar a durar años. El luto de por sí no va a implicar ningún riesgo a la salud de la persona, por lo que la extensión del mismo no supone ningún problema, siempre que se sigan los convencionalismos sociales.

Con anterioridad al D.S.M.V, se estableció que, si el duelo excede los dos meses, debe ser atendido clínicamente como Depresión Mayor. Actualmente no se respeta ese periodo mínimo de dos meses, por lo que puede ser diagnosticado y tratado desde el momento en que aparezca la sintomatología recogida para la Depresión Mayor.

Con este cambio se trata de dar respuesta cuanto antes a un problema de salud mental tan importante y extendido como es la depresión, sin necesidad de esperar los dos meses preceptivos como se hacía antes.

Por ello, el duelo, ha sido entendido como un simple tránsito por el que todos debemos pasar cuando perdemos a un ser querido, pero hay que vigilarlo para ver que los síntomas no sean tan importantes que estén escondiendo un verdadero Trastorno de Depresión Mayor.

Hay que tener en cuenta que, en cualquier caso, para superar el duelo es fundamental contar con el apoyo social de familiares y amigos que entiendan la situación y atiendan a la persona mientras está pasando por ese duelo, para que lo haga de la forma adecuada.

Capítulo 3. Distimia

La mayoría de nosotros hemos tenido en algún momento de nuestras vidas una mala racha, una etapa en la que no tenemos ganas de hacer nada, nos sentimos apáticos y abatidos, cualquier problema nos supera y no levantamos cabeza, pero con el tiempo todo se va solucionando y recuperamos nuestro estado anterior. Sin embargo, si sientes que este estado se mantiene durante años, es posible que se esté sufriendo un trastorno denominado distimia.

La distimia es un tipo de trastorno del estado de ánimo, donde la persona experimenta síntomas depresivos crónicos, de duración superior al año en el caso de niños y adolescentes, y a dos años en los adultos. Se considera que tiene un inicio temprano si se presenta antes de los 21 años y tardío si es posterior.

Es un trastorno con síntomas leves o moderados y no tiene suficiente intensidad para ser considerado un episodio depresivo, requisito para diagnosticar un Trastorno Depresivo Mayor.

Según el Estudio ESEMeD-España, realizado conjuntamente por la Unidad de Investigación y Desarrollo; Centro de Salud Mental Sant Joan de Déu; Sant Boi de Llobregat, y la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Instituto Municipal de Investigación Médica. Barcelona (España) cuyos resultados han sido publicados en el 2006 en la revista científica Medicina Clínica.

La distimia es el tercer tipo de trastorno mental más frecuente en la población española, afectando a casi un 1,5% de los ciudadanos cada año, y al contrario que en otros trastornos psicológicos, existen importantes diferencias en cuanto a la distribución en la población por género de la distimia, afectando hasta cinco veces más a las mujeres que a los hombres.

Las causas de la distimia no están todavía suficientemente clarificadas, atribuyéndose a una alteración de un determinado tipo de neurotransmisor denominado serotonina, responsable de manejar las emociones y los juicios de valor; igualmente podrán estar en su origen situaciones de estrés continuadas y factores de personalidad.

Entre las quejas más frecuentes que llevan a una persona a la consulta médica por este motivo nos podemos encontrar con los siguientes signos de distimia:

- Estado de ánimo deprimido o irritable (en el caso de niños y adolescentes).
- Pérdida de interés por las cosas que antes resultaban placenteras.
- Sentimientos de culpa, minusvaloriándose a sí mismo.
- Percepción de sí mismo como «triste» o «desanimado».
- Persistencia de dicho estado durante mucho tiempo.

A todo lo anterior, además el diagnóstico debe explorar la presencia de los siguientes síntomas de distimia:

- Alteraciones del apetito (puede presentarse en exceso o en defecto).
- Escasez de energía y fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultad para concentrarse y para tomar decisiones.
- Alteraciones del sueño (puede presentarse en exceso o en defecto).
- Síntomas crónicos y persistentes, más leves que los de la depresión.

Como se puede deducir, la distimia es una enfermedad silenciosa, con una sintomatología leve que puede llegar a pasar desapercibida, siendo en muchos casos, difícil establecer su comienzo; además, antes de poder establecer el diagnóstico de distimia hay que descartar otras causas que pueden estar detrás, como problemas físicos (como el hipotiroidismo) o un origen médico (al estar consumiendo algún tipo de medicamento que justifiquen dicho estado).

Igualmente, hay que prestar especial cuidado para diferenciarlo de otros trastornos con síntomas parecidos, como el trastorno depresivo breve recurrente o el trastorno de personalidad depresiva:

En el primero se experimentan múltiples trastornos depresivos a lo largo de la vida, pero estos son episódicos y aislados, y muestran una sintomatología más grave.

Con respecto al trastorno de personalidad depresiva, éste es un rasgo permanente de la persona, luego se puede diagnosticar la distimia si ha tenido un inicio tardío.

A pesar de lo indicado con anterioridad, hay que resaltar que la distimia suele presentarse junto con otros trastornos tanto físicos como psicológicos. Entre los primeros están el dolor crónico, la fibromialgia y el síndrome de colon irritable; entre las enfermedades mentales, se suele presentar junto con depresión mayor en el 40% de los casos, denominándose entonces depresión doble; pero también puede ir acompañada de Trastornos de Ansiedad, especialmente del Trastorno por Crisis de Angustia.

Una vez obtenido el diagnóstico oportuno hay que establecer el tratamiento orientado a que la persona recupere un estado de ánimo normal, tal y como tenía antes de que padeciese distimia.

Entre las acciones que se pueden llevar a cabo para prevenir la distimia podemos destacar:

- Realizar diariamente algún tipo de actividad deportiva moderada, aunque sólo sea pasear, preferentemente al aire libre.
- Llevar un sistema de comidas adecuado, en el que se eviten los excesos o las dietas prolongadas.
- Mantener un nivel moderado de actividad (trabajo/estudio) diaria, evitando situaciones de estrés, en el que la persona se pueda sentir útil con aquello que hace.
- Cuidar las relaciones sociales, ya sean familiares o de amistad, consolidando relaciones emocionales duraderas y de calidad.
- Dormir alrededor de ocho horas diarias, tiempo que puede variar en función de la edad, teniendo en cuenta que debe ser el suficiente para recuperarse y poder rendir adecuadamente al día siguiente.

Capítulo 4. Depresión Estacional

Es normal sentir somnolencia y decaimiento los primeros días, cuando se cambia de estación, sobre todo al entrar en la época del frío; pero si estos y otros síntomas permanecen puede que nos encontremos ante una Depresión Estacional.

Seguramente habrá sentido alteraciones en su organismo en algunos momentos del año, sobre todo ante los cambios de estaciones, aunque normalmente lo achacamos a la disminución de la temperatura o al aumento de la humedad, cuando nos acercamos al invierno; o a una subida de temperatura y reducción de humedad cuando se acerca el verano.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.