

Pro-Salud News

10.03.2010

Entrevista con el Dr. Luis Hornstein, médico psicoanalista galardonado con el premio Konex platino en 2006

“Los cambios de ánimo y las manifestaciones somáticas son los primeros motivos de consulta en los cuadros depresivos”

El especialista, también presidente de la Fundación para el Estudio de la Depresión (FUNDEP) señaló que los pensamientos negativos, es decir la indecisión, la culpa, las ideas suicidas, la crisis de ideales o de valores y el pesimismo, también deben ser considerados factores que impulsan el encuentro médico-paciente y contribuyen al desarrollo de un diagnóstico.

Buenos Aires - La crisis, los permanentes conflictos, la incertidumbre económica, laboral, social y en definitiva emocional en la que se vive actualmente, contribuyen a la aparición de sensaciones de inestabilidad, miedo, desesperanza y angustia que, con el tiempo, pueden desembocar en el desarrollo de cuadros depresivos. No obstante, la posibilidad o no de que este trastorno psíquico tenga lugar depende también de las características propias de cada individuo.

Por eso, y con el objetivo de entender un poco más acerca de las principales instancias que intervienen en la aparición de la depresión, Pro-Salud News dialogó en exclusiva con el doctor Luis Hornstein, médico psicoanalista, especialista en el tema y presidente de la Fundación para el Estudio de la Depresión (FUNDEP).

El doctor Hornstein también ha sido distinguido con el premio Konex de platino en la categoría Psicoanálisis, edición 2006, y es el autor del libro publicado por Paidós ese mismo año: “Las Depresiones”.

- Pro-Salud News: ¿Cuáles son las principales características que definen a las personas que padecen depresión?

- Dr. Luis Hornstein: Los principales enigmas del paciente actual están caracterizados por las oscilaciones intensas de la autoestima, la desesperanza, las alternancias en el estado de ánimo, la apatía, la hipocondría, los trastornos del sueño y del apetito, la ausencia de proyectos, la crisis de ideales y valores, las disfunciones sexuales, las adicciones y los trastornos corporales.

Todas ellas tiene que ver con el hecho de que las personas que padecen depresión tienen una visión pesimista de sí mismos y del mundo, así como también suelen estar acompañados por un

marcado sentimiento de impotencia y fracaso. Por eso, por lo general sus días transcurren como una sucesión de rutinas y pesares, sin presencia ni indicios de los pequeños estallidos de alegría que puede tener una persona que no sufre este cuadro, y casi sin motivos de deleite.

Así, progresivamente van mermando la energía y el interés y van creciendo los sentimientos de culpa, las dificultades de concentración, la pérdida de apetito y los pensamientos de muerte o suicidio.

Todos estos cambios van acompañados además de alteraciones en las funciones cognitivas, el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, el apetito y la actividad sexual), situación que a su vez suele afectar el desempeño social, laboral e interpersonal.

- PSN: ¿De qué manera se verbalizan estas modificaciones?

- Dr. L.H.: Por lo general, el agobio se expresa a partir de la temporalidad, siendo frecuente escuchar que un paciente diga: “no tengo futuro”. Por otro lado, suele haber frases relacionadas con la motivación como “no tengo fuerzas”, o bien con la propia estimación: “no valgo nada”.

Vale aclarar que existe un amplio rango de humores y un notable repertorio de expresiones afectivas. Esto es así porque habitualmente los pacientes con un ánimo elevado (es decir, manía) muestran expansividad, fuga de ideas, insomnio e ideas de grandiosidad; mientras que aquellos con humor deprimido y pérdida de interés empeoran su rendimiento escolar o laboral y disminuyen el grado de motivación.

- PSN: ¿Cuales son, actualmente, los principales motivos de consulta?

- Dr. L.H.: Actualmente los cambios de ánimo y las manifestaciones somáticas constituyen los primeros motivos de consulta en los cuadros depresivos, aunque en términos generales podemos distinguir o agrupar tres categorías.

La primera de ellas está dada justamente por las modificaciones del estado de ánimo y la afectividad, y sus principales indicadores son la tristeza, la baja autoestima, los autorreproches, la pérdida del placer y el interés, la sensación de vacío, la apatía, la ansiedad, la tensión, la irritabilidad y las inhibiciones.

Luego nos encontramos con los cambios en el pensamiento debido a que la concentración disminuye, aparecen la indecisión, la culpa, el pesimismo, la crisis de ideales y valores y los pensamientos suicidas.

Por último aunque no menos importante, como se dijo al comienzo, otro motivo de consulta muy importante son las manifestaciones somáticas basadas en la alteración de algunas funciones (insomnio, hipersomnia, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual),

la aparición de dolores corporales (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y síntomas viscerales (principalmente gastrointestinales y cardiovasculares).

- PSN: ¿Qué diferentes grados de gravedad existen en las depresiones?

- Dr. L.H.: La depresión puede ser leve, moderada o grave. En el primer caso, la persona enferma siente que es incapaz de hacer frente a la mayor parte de sus actividades cotidianas.

En el segundo, a esa sensación de no poder y no alcanzar, se le suman dificultades para mantener esas actividades, para concentrarse, para tomar decisiones. Los errores laborales se hacen más frecuentes y eso, al mismo tiempo, daña aún más la autoestima.

Finalmente, la depresión grave daña casi por completo el día a día de la persona, puesto que darse un baño o ir al trabajo se convierte en una tortura. En este estadio pueden aparecer no sólo las ideas de suicidio sino también las tentativas.

Igualmente, es importante aclarar que ni en el cuerpo ni en la mente, hay dos personas que padezcan lo mismo. Cada individuo es único, y por ende cada cuadro depresivo, si bien comparte con otros, en ciertos ejes también es único.

- PSN: Usted habló de la relación entre los cuadros depresivos y las manifestaciones somáticas. ¿Qué tipo de patologías son las más frecuentes?

- Dr. L.H.: Lo primero que hay que mencionar es que la relación es bilateral: si bien hay cuadros depresivos que influyen en el desarrollo de determinadas patologías, también hay algunas enfermedades como por ejemplo los accidentes cerebrovasculares, las cardiopatías, el cáncer, las anemias, la enfermedad de Parkinson, los trastornos hormonales y las infecciones virósicas que pueden contribuir a que una persona padezca una enfermedad depresiva.

No obstante, las enfermedades médicas que habitualmente se asocian a la depresión son el síndrome de colon irritable, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la insuficiencia renal y las enfermedades autoinmunes.

- PSN: ¿Como la depresión condiciona la evolución de la enfermedad médica?

- Dr. L.H.: Los estados depresivos comprometen la evolución de la enfermedad somática o influyen en su tratamiento eficaz, de manera que han de tenerse en cuenta a la hora de establecer un pronóstico. Así, por ejemplo, la mortalidad a los diez años de los pacientes que han sufrido un ACV es 3,4 veces mayor si están deprimidos que si no lo están.

Algo similar ocurre con la de los pacientes con patologías como el infarto de miocardio, la hemorragia subaracnoidea, la embolia pulmonar y la hemorragia digestiva alta. En estos casos, la posibilidad de fallecer alcanza el 47 por ciento en las personas deprimidas y el 10 por ciento en las no deprimidas.

- PSN: ¿Qué son los cuadros “enmascarados” u ocultos?

- Dr. L.H.: Se habla de depresiones enmascaradas cuando la alteración del estado de ánimo no se expresa a través de síntomas psíquicos como puede ser la tristeza, sino a partir de alteraciones fisiológicas como la anorexia, la astenia, los dolores musculares, las cefaleas, el insomnio y la pérdida de peso.

Debido a que esto ocurre, cerca del 50 por ciento de los episodios depresivos mayores no se detectan, ya que el estado de ánimo depresivo es menos evidente que otros síntomas del trastorno.

Otros cuadros de depresión mayor que suelen estar enmascarados son los conflictos conyugales y familiares, el ausentismo laboral, el bajo rendimiento escolar, el aislamiento social y la falta de motivación.

- PSN: En cuanto a la manifestación de los cuadros depresivos, ¿hay diferencias entre las mujeres y los hombres?

- Dr. L.H.: Pocas veces el varón expresa la alteración del estado de ánimo a través de síntomas psíquicos como la tristeza, la labilidad emocional o la ideación depresiva. Por eso la depresión masculina está más enmascarada que la femenina y puede pasar inadvertida.

También es un factor a considerar el hecho de que “ellos” son más incapaces de identificar las emociones propias y, por lo tanto, de expresarlas con palabras. Así, sólo mencionan los síntomas físicos de su malestar. En concreto: la depresión masculina suele enmascararse y esa situación es costosísima. De hecho, en los últimos 40 años, la tasa de suicidio entre hombres ha sido cuatro veces superior a la de mujeres.

- PSN: ¿Qué características no faltan en un cuadro depresivo, al margen de las diferencias entre sexos y de la individualidad de cada persona?

- Dr. L.H.: Tenemos dos elementos predominantes: una pérdida y una decepción o consecuencia herida narcisista. Debido a esto, el trabajo del duelo se traba una y otra vez.

El problema es que, más allá de esta tipificación, no está claro por qué la depresión se expresa más somáticamente en unos pacientes que en otros, pero es posible que una de las variables intervinientes sea el carácter del individuo.

- PSN: ¿Cuál es el “tratamiento ideal”?

- Dr. L.H.: La terapia de las depresiones no puede ser abordada sino desde el paradigma de la complejidad. Esto es así porque entran en juego múltiples factores, que deben investigarse por separado y en conjunto.

Un eje de trabajo clave es el concepto de autoestima, pues éste es un estuario caudaloso, turbulento, con cambiantes mareas. No es para menos, porque los ríos que desembocan en ella son la infancia, las realizaciones, la trama de relaciones significativas, pero también los proyectos (individuales y colectivos) que desde el futuro hacen posible el presente. Es decir, tiene muchos afluentes.

En cuanto a lo farmacológico, es cierto que la bioquímica puede aliviar ciertos padecimientos, pero no es la llave maestra, razón por la cual postular que las depresiones son solamente biológicas es científicamente falso y humanamente peligroso.

Para concluir cabe destacar que los pacientes depresivos requieren innovación, sobre todo en un país como Argentina en el cual no es aventurado vincular la depresión a los duelos masivos y los traumas devastadores que hacen zozobrar vínculos, identidades y proyectos, personales y colectivos.

Nota original en: <http://prosalud-news.com.ar/cables/11-03-10-entrevista-depresion-hornstein.html>