

# DEPRESIÓN REACTIVA EN ADULTO MAYOR CON DEBUT DE MIELOMA MÚLTIPLE

Mariela Balbuena <sup>1</sup>

## Resumen

Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe son considerados un asunto prioritario de Salud Pública debido a la carga mundial de morbilidad que generan; la depresión está considerada dentro de las 5 primeras causas.

De la situación demográfica uruguaya se destaca que un 13 % de la población corresponde a adultos mayores lo cual lo posiciona como el país más envejecido de América Latina. En relación a los trastornos mentales se evidencia una alta prevalencia de la depresión afectando al 25 % de los adultos mayores.

El relato de experiencia aborda un caso clínico de depresión reactiva en un Adulto Mayor con debut de mieloma múltiple. El plan de atención de enfermería se realizó desde el Modelo de Enfermería de H. Peplau quien describe la relación enfermero – paciente como centro del cuidado y su intervención con un fin terapéutico desde una perspectiva psicodinámica.

La atención de Enfermería se enmarcó en las etapas de orientación, identificación, aprovechamiento y resolución pautadas según el modelo propuesto, enfatizando las funciones como docente, asesor, conductor y persona a quien recurrir, generando así un proceso de intervención terapéutica en el cual Enfermería desarrolla su esencia fundada en el cuidar.

**Palabras clave:** depresión reactiva, anciano, mieloma múltiple.

---

<sup>1</sup> Licenciada Enfermera. Especialista en Salud Mental, Oncología y Medicina. Estudiante de la Maestría de Salud Mental en Facultad de Enfermería, Universidad de la República. E.mail: [mbalbue@adinet.com.uy](mailto:mbalbue@adinet.com.uy)

## ADJUSTMENT DISORDERS IN AN AGED ADULT WITH MULTIPLE MYELOMA

### Abstract

*The mental disorders in Latin America and the Carib are considered to be a priority matter of Public Health due to the world load of morbidity that they generate; the depression is considered inside the first 5 reasons.*

*From the demographic Uruguayan situation one distinguishes that 13 % of the population corresponds to major adults which positions it as the most aged country of Latin America. In relation to the mental disorders a discharge is demonstrated prevalencia of the depression affecting 25 % of the major adults.*

*The statement of experience approaches a clinical case of depression reactivates in a Major Adult with debut of mieloma multiply. The plan of attention of infirmary was realized from the Model of Infirmary of H. Peplau who describes the relation nurse-patient as center of the care and his intervention with a therapeutic purpose from a perspective psychodynamics.*

*The attention of Infirmary placed in the stages of orientation, identification, utilization and resolution ruled according to the proposed model, emphasizing the functions as teacher, adviser, driver and person to whom resorting, generating this way a process of therapeutic intervention in which Infirmary develops his essence founded in to take care.*

**Key words:** *adjustment disorders, aged, multiple mylenoma.*

## IMPLANTAÇÃO DE PLANOS DE DEPRESSÃO REATIVA EM IDOSOS COM PRINCÍPIO DE MIELOMA MÚLTIPLE

### Resumo

*Os transtornos mentais na América Latina e no Caribe são considerados um assunto prioritário de Saúde Pública devido à carga mundial de morbidade que geram como doenças incapacitantes.*

*Por sua prevalência entre as doenças incapacitantes, a depressão, é considerada uma das cinco primeiras causas.*

*Considerando a situação demográfica do Uruguai, destaca-se que 13 % da população corresponde a adultos maiores, isso o posiciona como o país mais envelhecido da América Latina; em relação aos transtornos mentais e seu incremento com a idade se evidencia uma alta prevalência da depressão, que atinge a 25 % dos idosos.*

*Dentro da depressão, é abordada a depressão reativa, definida como um grupo de disforias secundárias a transtornos orgânicos de diversa índole, entre os quais estão incluídas patologias orgânicas como o câncer.*

*O relato de experiência aborda um caso clínico de depressão reativa em um Idoso com princípio de mieloma múltiplo. O plano de atendimento de enfermagem foi realizado desde o Modelo de Enfermagem de H. Peplau, quem descreve a relação enfermeiro-paciente como centro do cuidado e sua intervenção com uma finalidade terapêutica, em uma perspectiva psicodinâmica.*

*O atendimento de Enfermagem se enquadrou nas etapas de orientação, identificação, aproveitamento e resolução pautadas segundo o modelo proposto enfatizando as funções da disciplina como docente, assessor, orientador e pessoa a quem recorrer, que definiu Peplau gerando assim um processo de intervenção terapêutica no qual a Enfermagem desenvolve sua essência, fundada no cuidado.*

**Palavras-chave:** *trastornos de adaptação, idoso, mieloma múltiplo.*

## Introducción

Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe según reporte del Dr. R. Kohn (Kohn R *et al.* 2005) asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) son considerados un asunto prioritario de Salud Pública debido a la carga mundial de morbilidad que generan como enfermedades discapacitantes llegando a representar las afecciones psiquiátricas y neurológicas en el año 2002 el 22,2 % de los años de vida ajustados por discapacidad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005 el 31,7 % de todos los años vividos con discapacidad es debido a causas neuro psiquiátricas destacando dentro de las 5 primeras la depresión unipolar, los trastornos relacionados con el uso de alcohol, la esquizofrenia, depresión bipolar y demencia.

Uruguay demográficamente tiene una población mayor a 60 años que constituye el 17%; de ellos un 13,4% es mayor de 65 años (datos obtenidos del censo 2004 fase 1) Esto lo posiciona como el país más envejecido de América Latina.

Considerando la situación demográfica de Uruguay y el aumento de los trastornos mentales con la edad, es de interés destacar el aumento de la prevalencia de la depresión de un 7 a un 12 % en la población general y su incremento a cifras de un 25 % en los adultos mayores.

Estos cambios demográficos y epidemiológicos provocan un impacto social, sanitario y político de entidad para poder abordar los altos costos sanitarios de la asistencia de adultos mayores. Si se piensa desde la disciplina Enfermera estos datos llevan a considerar la posibilidad de un cambio de paradigma desde lo asistencial a lo preventivo.

En el presente trabajo se expone un caso clínico de depresión reactiva en un adulto mayor con debut de enfermedad orgánica. Se utiliza como estrategia de abordaje el rol de enfermería desde la perspectiva de H. Peplau<sup>2</sup>, potenciando el rol profesional con un fin terapéutico.

En este proceso de cambios de paradigmas adherimos al pensamiento de J. L. Rebellato (2000) cuando plantea que vivimos tiempos de crisis, de desafíos, de esperanza y que esto requiere de nosotros lucidez, entrega a una tarea liberadora, adhesión a la utopía mediatizada en proyectos efectivos.

---

<sup>2</sup> Hildegard Peplau. Enfermera Psicodinámica. Nació en Pennsylvania 1909. Se destaca su aporte dentro de la enfermería psiquiátrica por el desarrollo y aplicación del modelo de atención interpersonal, confiriéndole a la enfermera un rol activo, con un fin terapéutico. En lo académico impulsa el programa de posgrado para Enfermería en Psiquiatría en 1954.

## Objetivos

- Analizar desde que concepción se realizan los cuidados en enfermería y contextualizarlos en el ciclo vital que transita el usuario.
- Reflexionar sobre las dificultades desde lo cotidiano del trabajo en equipo en la asistencia del usuario.
- Rescatar el rol de enfermería como terapéutico desde cada intervención para satisfacer las necesidades del usuario durante su internación, su rehabilitación y su egreso.

## Marco teórico

La depresión conforma una categoría psicopatológica que afecta globalmente la vida psíquica destacándose:

- en la esfera afectiva tristeza patológica, decaimiento, vacío existencial, anhedonia, ansiedad, miedo.

- síntomas de tipo cognitivo como disminución de la atención, pérdida de capacidad para planificar, ideas de culpa y/o ruina, pensamiento lento, monoorde.

- síntomas conductuales: irritabilidad, pesimismo, dificultad en el desempeño de las actividades diarias como por ejemplo la higiene.

- riesgo de conducta suicida.

- síntomas somáticos: anorexia, disminución de la libido, cefaleas.

Para diagnosticar depresión los síntomas deben persistir al menos 2 semanas. Según la intensidad y duración de los mismos puede tratarse de un síntoma, un síndrome o presentarse de diversas maneras, formando parte de una enfermedad mental o una enfermedad médica.

Según los criterios diagnósticos del manual DSM IV – TR<sup>3</sup> se clasifica la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo en:

- Trastorno depresivo mayor: episodio único o recidivante.
- Trastorno distímico.
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto: donde se incluyen las depresiones reactivas.

---

<sup>3</sup> American Psychiatric Association. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 1995.

- Trastorno depresivo no especificado: donde aparecen síntomas pero no son suficientes para cumplir los criterios de los trastornos previos; se incluyen el síndrome depresivo ansioso, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo post – psicótico.
- Reacción de duelo.

Especificando sobre depresión reactiva J. Vallejo (1997) define la depresión somatogena como un grupo de disforias secundarias a trastornos orgánicos de diversa índole destacando tanto causas cerebrales, extra cerebrales, medicamentosas y vinculadas a patologías orgánicas como alteraciones de tiroides, anemias, infecciones virales y cáncer.

El mieloma múltiple es una neoplasia de la médula ósea que hasta el momento no es curable pero si tratable, en este contexto se consideran urgencias en el tratamiento el padecimiento de lesiones óseas, infecciones y alteraciones renales. El Instituto Nacional del Cáncer de EEUU considera la depresión como una enfermedad comórbida que afecta entre el 15 al 25 % de los pacientes con cáncer con un alto impacto a nivel personal y familiar.

En relación a la etapa del ciclo vital el transitar hacia la vejez tiene características propias físicas, psicológicas, funcionales, económicas y sociales importantes todo esto inmerso en una auto percepción y percepción que tiene la sociedad de la vejez.

Se considera adultos mayores -según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)- a las personas de más de 65 años.

Analizada la vejez desde la perspectiva de una etapa más del ciclo vital cuyo criterio ordenador es la edad, aproxima a la situación que la vivencia de la vejez está determinada por acontecimientos, conductas y experiencias de los individuos acontecidas en etapas previas.

En este contexto la vejez al igual que otras etapas de la vida, tiene un conjunto de normas, expectativas y roles donde es la sociedad la que determina las pautas sociales de este ciclo. Pero, además, desde la individualidad, posee potenciales y restricciones que se resolverán según como haya transitado la vida.

El abordaje de enfermería se realizó desde el Modelo de Peplau (Peplau H. 1990) quien destaca la relación enfermero-paciente como centro del cuidado y su intervención con un fin terapéutico desde una perspectiva psicodinámica. Describe 4

etapas en el proceso de cuidado: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, basándose en 6 funciones de enfermería como: docente, persona a quien recurrir, conductor, sustituto y asesor.

### Situación clínica

Por consideraciones éticas para preservar su identidad llamaremos al usuario Juan. Tiene 65 años, es de sexo masculino, unión estable, jubilado, 2 hijos adultos jóvenes.

Consulta en policlínica por cuadro respiratorio que cursa con evolución desfavorable agregando astenia, adinamia motivando su ingreso al servicio de Medicina donde se constata falla renal aguda requiriendo Hemodiálisis aguda. Sin antecedentes personales a destacar. De los antecedentes familiares se destaca: madre hipertensa, diabética tipo 2, fallece por Insuficiencia Renal Crónica que requirió los últimos 5 años tratamiento dialítico.

Se diagnostica mieloma múltiple por lo cual además del tratamiento dialítico recibe poliquimioterapia.

De su aspecto general y presentación es de destacar:

- Edad biológica coincide con la cronológica, buena presencia personal vestimenta acorde a la edad y la época, estado general aceptable, obeso moderado, complexión robusta, buena higiene personal, postura tensa.
- Facies tristes, mirada perdida, colabora en la entrevista con tono monocorde, hipogestualidad.
- Pensamiento: lento, coherente, concreto (muy escueto en sus respuestas).
- Emociones: en referencia al estado de ánimo y afectividad se destaca que se percibe asustado, poco comunicativo, expresividad pobre, tono monocorde, facies tristes.

De su evolución se destaca: el período de internación de un mes donde fue atendido por numeroso equipo asistencial y multidisciplinar, la realización de reiterados estudios y técnicas invasivas para su tratamiento. Se agrega que, a causa de inmunosupresión reactiva a citostáticos, debió ser colocado en aislamiento durante 1 semana.

Del abordaje diario asistencial se señala que no pregunta sobre su enfermedad y explicita que no quiere saber más de lo que pregunta. Se muestra muy angustiado, en múltiples ocasiones llora. Es de destacar que nunca reclamó que lo atendieran durante toda su internación. Su sala siempre

permaneció cerrada con muy poca circulación de cuidadores y familiares. Los miembros de su familia actuaron en forma continente siendo los cuidadores principales su pareja y su hermano. Se percibía la existencia de buena relación con sus 2 hijos.

### **Análisis de la situación clínica**

La enfermedad irrumpe bruscamente en la homeostasis psíquica y física del sujeto exponiéndolo a un mundo desconocido y negado donde situaciones complejas y nuevas, maniobras invasivas que provocan dolor físico y alto grado de estrés, la despersonalización que implica el hecho de estar hospitalizado, el equipo hasta el momento no conocido que lo asiste, conjuntamente con periodos largos de internación hasta estar "aislado" hacen que inexorablemente despliegue mecanismos de defensa que le permitan abordar la situación.

Reflexionando sobre el significado del vocablo enfermedad, en idioma inglés el enfermar y su consecuencia en lo biológico se considera *disease*. Pero cuando se piensa desde el dolor o sufrimiento especialmente en lo psíquico se usa *sickness* y cuando predomina lo social se dice *illness*.

Desde la perspectiva de repercusiones psicológicas que genera la enfermedad renal se destaca en Juan:

- Pérdida de la función de un órgano (que además le genera una situación de dependencia vital y permanente).
- Gravedad de la enfermedad por la Insuficiencia Renal y el Mieloma Múltiple.
- La vivencia que genera la enfermedad en él dado el antecedente de su madre.
- El cambio en su proyecto de vida dada su reciente jubilación.
- Los cambios en la situación familiar.
- Los cambios económicos que genera una enfermedad crónica.
- Etapa de duelo por su reciente jubilación.

La hospitalización en sí misma es un factor desencadenante de estrés y aumento de ansiedad debido a que es un acontecimiento indeseable (rompe con nuestro entorno y nuestro funcionamiento basal) e imprevisible donde el rol adoptado dependerá de su personalidad previa, la edad, la enfermedad que curse, lo institucional, el vínculo con el equipo. En el cuidado brindado por el equipo asistencial enfermería tiene características muy propias como es la permanencia de 24 horas, la contingencia que es

tanto para el paciente y familia como para todos los integrantes del equipo y la continuidad de los cuidados. En esta situación en particular en donde intervienen tantos especialistas que fraccionan desde "su punto de vista" la atención enfermería rescata el todo del paciente, entorno y familia y es además quien tiene la secuencia completa de los procesos vivenciados desde lo físico y emocional del usuario, quien conoce intrínsecamente la situación o como nosotros lo llamamos "la interna".

La proximidad y el trabajar directamente con el cuerpo, un cuerpo muy invadido por técnicas llevan a un contacto muy directo movilizándolo muchas vivencias de dolor en el que el cuidado se hace fundamental, el contacto humano permite objetivar la relación, facilitando la integración emocional.

Lo central del cuidado es el vínculo que desde Peplau (1990) lo rescatamos como interpersonal, de intercambios entre este "sujeto doliente" y un equipo que le permite transitar este proceso sosteniéndolo, incluyendo sentimientos de aceptación, de contención de soporte y de confianza.

La incertidumbre en el diagnóstico incrementa la ansiedad, la angustia, la vivencia de muerte generándole vivencias de vulnerabilidad y desamparo sobre todo cuando está comprometida la vida misma con enfermedades de alto impacto negativo, con un estigma social de sufrimiento y mal pronóstico como es el cáncer, donde se transforman en el imaginario social en enfermedades míticas rodeadas de un "halo" de misterio.

Desde los mecanismos de afrontamiento desplegado denota una negación a la situación, un "no querer saber" siguiendo la conceptualización de Dr. Rodolfo Fahrer (1988) quien realiza una comparación entre las reacciones descritas por Selye, H. (1956) sobre respuestas neurofisiológicas y humorales a las tensiones físicas y los pacientes sometidos a hemodiálisis crónica describe 3 etapas que transita desde las reacciones paranoides en las primeras instancias para luego pasar a una reacción de adaptación con componentes depresivos para desenlazar en una etapa de agotamiento donde hay un notorio declive físico y psicológico por la decadencia misma que impone la enfermedad renal.

Juan transita la segunda etapa cursando una depresión reactiva a diagnóstico de enfermedad orgánica (mieloma múltiple con los mitos implicados de una enfermedad maligna), traducida por una inhibición física y psíquica, una



## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association*. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 1995.
- Collière MF. Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana. España. 1993.
- Fahrer R. Aspectos psicosociales de la relación médico-paciente en hemodiálisis crónica. En Fahrer R, Magaz A. Temas de psicología médica. Buenos Aires: CTM Servicios Bibliográficos; 1988:169-180.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Saxena S, Saraceno. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18(4/5).
- Peplau H E. Relaciones interpersonales de Enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990:64 – 69.
- Rebellato J. *Ética de la liberación*. Montevideo: Nordan; 2000.
- Restrepo L. El derecho a la ternura. Bogotá: Doble Clic; 1978.
- Selye H. *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill, 1956.
- Vallejo J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Editorial Salvat. Madrid. 1997.