

Depresión y envejecimiento: Complejidades del diagnóstico y abordaje (Caso clínico)

Luciana Ferraris¹, Gabriela Lopez²

Resumen

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la vejez, después de las demencias, de ahí la importancia de su diagnóstico diferencial y de su abordaje temprano dado que es una de las patologías con más alta prevalencia de suicidio en personas mayores. En el presente trabajo abordaremos un caso clínico de Depresión Mayor, su diagnóstico y tratamiento en una sala de internación psiquiátrica de un hospital Privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, destacando la importancia del papel del factor de personalidad al momento de enfrentar los cambios que conlleva el envejecimiento.

Palabras clave: Depresión, diagnóstico, abordaje temprano, personas mayores, envejecimiento.

Abstract

Depression is one of the most frequent psychiatric disorders in old age after dementia, hence the importance of its differential diagnosis and its early approach since it is one of the pathologies with the highest prevalence of suicide in the elderly. In the present work we will address a clinical case of Major Depression, its diagnosis and treatment in a psychiatric hospitalization room of a private hospital in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina highlighting the importance of the role of the personality factor in facing the changes that Leads to aging.

Key words : Depression, diagnosis, early boarding, elder people, aging.

Introducción

La depresión y las demencias son las patologías psiquiátricas más frecuentes en adultos mayores. Ambas disminuyen su calidad de vida y aumentan las enfermedades físicas, razón esta última por la cual se prolongan las estancias hospitalarias, generando consecuencias a nivel socioeconómico y familiar.

Si bien la depresión en adultos mayores no es más frecuente que en los adultos jóvenes, la prevalencia de síntomas depresivos en este grupo etario que no reúnen los criterios para Depresión Mayor llega a un 27%, lo cual nos alerta sobre la necesidad de detección y abordaje temprano de estos síntomas para evitar su agravamiento. Esta situación se complica aún más cuando esta presentación se naturaliza por estar transcurriendo esta etapa de la vida, como si fuera esperable que una persona

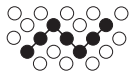
ISSUE N°1
JUNIO
2017

Recibido:
04/04/2017

Aceptado:
21/04/2017

(1)Lic. Y Prof. En Psicología. Ex Residente de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Peron de San Martin, Buenos Aires, Argentina. Residente de segundo año de Residencia posbasica interdisciplinaria en Gerontología, CeSAC 36, Ciudad Autonoma de Bs. As. , Argentina, Psicologa de Guardia en Hospital Interzonal General de Agudos Eva Peron de San Martin, Buenos Aires, Argentina
e.-mail: Luciana_ferraris@hotmail.com

(2)Lic. En Psicología, . Ex Residente de Salud Mental del Hospital General de Agudos Belgrano , San Andres, Buenos Aires, Argentina. Residente de segundo año de Residencia posbasica interdisciplinaria en Gerontología, Hospital Durand, Ciudad Autonoma de Bs. As. , Argentina.



Depresión y envejecimiento: Complejidades del diagnóstico y abordaje (Caso clínico)

mayor solo por el hecho de serlo tuviera que estar padeciendo algún tipo de síntoma físico o psíquico.

Asimismo, debemos destacar que durante el proceso de envejecimiento hay múltiples eventos en las trayectorias vitales de las personas que transcurren con síntomas de la serie depresiva, como ser pérdidas de seres queridos, mudanzas, separaciones, jubilación, enfermedades físicas, pérdida de funcionalidad, y otras tantas pueden dar lugar a un quiebre en el sentimiento de continuidad de la persona y por ende de su identidad. Pero no todos llegan a una Depresión. La mayoría consigue adecuarse a los cambios que conlleva el envejecimiento. La Depresión tiene que ver con las reacciones psicológicas ante la pérdida de un objeto significativo, ya sean físicas o psíquicas y con la imposibilidad de tramitar o procesar estos duelos.

Por eso es importante detectar no solo los factores socio ambientales que operan en las diversas trayectorias vitales, sino también los personales, que pueden favorecer u obstaculizar estos procesos.

Caso clínico

T. es una mujer de 71 años de edad que ingresa a la sala de internación de Psiquiatría, tras haber sido acompañada por su único hijo a la Guardia, presentando sintomatología compatible con la serie depresiva (ideas de ruina, auto reproches, hiporexia con leve pérdida de peso, hipobulia, clinofilia, mayor tristeza e ideas de muerte no auto agresivas) efectuándose en este caso una Internación de carácter voluntario. T. conocía bien las internaciones, no era la primera vez que andaba por allí. He aquí algo de su historia.

De nacionalidad Italiana, residente allí hasta sus 12 años, viaja a la Argentina junto a su padre y algunos hermanos en barco. Todos los recuerdos que posee de su tierra natal están teñidos de tristeza según aduce, relacionados con el hambre y la muerte. De su viaje en barco recuerda que ella era la única que no se había enfermado, que iba a buscar la comida para su familia que se encontraba descompuesta junto a los otros pasajeros.

Se aloja en casa de su hermana, luego conoce a su pareja, se casa, se van a vivir juntos.

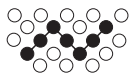
En cuanto a su escolaridad, cursó parte de la Escuela Primaria, sin que su padre hubiera permitido que continuara. Fueron posteriormente sus hermanos mayores quienes les “enseñaron” lo que aprendían en el colegio a las hermanas menores.

Hasta quedar embarazada trabajó 11 años en una fábrica de galletas. Convive con su esposo e hijo hasta el 2001, momento en el cual su marido fallece a causa de un episodio que al momento actual ella califica como dudoso “no sé si se resbaló sin querer o a propósito, nunca lo sabré, tenía deudas grandes, algo percibía, él no me contaba nada, pero estaba muy preocupado” (sic). Cabe destacar que era una época de crisis económica de la Argentina. Niega ludopatía en el marido, aduce que ha pedido préstamos para “levantar el negocio de frutas y verduras” (sic), de los cuales ella nunca se enteró hasta después de su fallecimiento (hipoteca de la casa, juicios).

Posteriormente al fallecimiento de su esposo debe salir a trabajar (cuidando adultos mayores) para pagar las deudas. Al respecto dice “junte coraje, salí de muchas, ahora no tengo fuerzas, estoy cansada, me duele el cuerpo” “no tengo coraje” me siento menos que los demás” “inútil”, “soy una carga para mi hijo” no quiero arruinar su matrimonio”.

Ese mismo año (2001) recidiva CA de mama (primero en 1986) y realiza la primer sobre ingesta medicamentosa, en el contexto de ideación tanática según refiere, a partir de lo cual comienza un tratamiento en Htal. Alvear.

Al respecto, dice: “Siento que la muerte de mi marido me hizo mal, no soy una persona, es como si una parte no estuviera, siento un vacío adentro”, al hablar de este tema se angustia y vuelve a reclamar preguntando si hay cura para su situación. Continuando sobre el tema económico nos dice “De repente me vienen estas crisis, no me siento como si fuera yo. Quería tener otro departamento, siempre el dinero no alcanzó. No me quiero ver en la casa, me trae recuerdos de mi marido, me siento sola. Antes tenía una vecina que era amiga.” (sic). Al preguntarle sobre ella nos cuenta que aquella vivienda cuenta con tres pisos, en cada uno vive una familia. Cuando ella se mudó al segundo piso, se hizo muy amiga de una vecina del primero. Nos cuenta que, al mudarse esa familia, siente como que quedó “un vacío”.



Luciana Ferraris, Gabriela Lopez

Vuelve a angustiarse, pero un poco más reflexiva nos mira y nos pregunta “Parezco una nena caprichosa ¿No? Siento que nunca crecí, siempre me dijeron que no. Sólo fui feliz esos años con mi marido. Me siento sola”. (sic)

Su hijo comenta al respecto que la paciente incurría a repetición en sobre ingestas los días que él tenía franco, que siempre ha sido muy “demandante” en relación al estar acompañada. Ubica que las “crisis” de la paciente han tenido que ver con situaciones en que sus apoyos se han modificado (muerte de su marido, casamiento de su hijo, noticia de embarazo de su nuera, nacimiento de su nieto).

Menciona que “siempre fue depresiva” (sic). La paciente nunca tuvo buena adherencia a ningún tipo de tratamiento. Ha presentado cuatro internaciones previas de similares características a la internación en curso. En entrevista refiere “estoy vacía”, “es como si no fuera yo”, “quiero curarme, estar feliz, me siento desarmada, me había hecho una posición, ahora no tengo nada”, “condenada a la soledad”, “me autocastigo”, “no quisiera existir pero no voy a matarme, eso solo lo da y lo quita Dios” (sic).

Como tratamientos posteriores a su primera internación ha realizado tratamientos en consultorios externos (danza movimiento Terapia, psicoterapia, con parcial a escasa adherencia, sosteniendo psiquiatría.)

Hacia fines de 2015 comienza Hospital de día, con adherencia parcial a continuada, coincidiendo sus últimas internaciones con interrupción de dicho tratamiento.

Al indagar sobre internaciones pasadas, la paciente refiere que relaciona la internación del 2014 con un viaje frustrado a su ciudad natal. “Pensé que mi tía iba a pagarnos el viaje, pero cuando me enteré que no, no supe cómo íbamos a afrontarlo. Me daba miedo también volver, por todo lo que significa volver allí, los recuerdos...”

Al preguntarle sobre la internación en curso nos dice que piensa en su nieto, y en cómo se siente culpable de complicarle la vida a su hijo. “Me castigo, me castigo sintiéndome mal, ¿Por qué soy así?” (sic).

Durante su internación es entrevistada cotidianamente en espacio de entrevista individual, al cual accede

refiriendo sentir un poco de angustia “Siento algo que sube y me baja en el pecho, no sé qué es, me angustia. ¿Hay cura para esto doctor?”. (sic) Tras un momento de contención verbal se tranquiliza y nos comienza a contar sobre su historia.

Una vez terminada la entrevista, y al finalizar el grupo de cierre de fin de semana, la paciente nuevamente detiene a un integrante del equipo psicoterapéutico en el pasillo pidiendo una medicación para su angustia, se le realiza contención verbal y ella manifiesta “Me siento mal, avergonzada que me vengán a visitar así, mi nieto... ¿Por qué soy la abuela mala? ¿Por qué no puedo ser la abuela buena?” (sic). Luego de reflexionar sobre su internación y contenerla verbalmente la angustia disminuye y se retira a su habitación más tranquila.

Discusion

La valoración del estado mental forma parte del proceso de valoración gerontológica integral en la medida en que aporta información necesaria para formular un plan de cuidados adecuado a las necesidades particulares de cada adulto/a mayor. Para realizar esta evaluación, que incluye tanto aspectos afectivos como cognitivos, se pueden utilizar como insumos tanto la historia clínica, los observables comportamentales, la exploración física, neurológica, la aplicación de escalas, tests. Asimismo, se nutre principalmente del propio discurso de la persona mayor en cuestión, además de las informaciones aportadas por familiares y cuidadores.

En el caso citado nuestra protagonista se fue mostrando cada vez más cómoda con la entrevista y la argumentación a medida que se fue afianzando el lazo con el equipo de atención en Salud Mental. Su hijo se convirtió en el principal referente, aportando valiosa información, permitiendo darle forma a los mojones del camino recorrido por T.

En el relato de su historia, pudimos ubicar dos eventos importantes como estresores que desencadenan una primera conducta de tentativa suicida y la llevan a un tratamiento en un hospital Psiquiátrico: el fallecimiento de su marido y una recidiva de una enfermedad oncológica. Por otra parte, los dolores físicos también son estresores muy importantes en esta paciente y en varias ocasiones han sido el comienzo de una serie de síntomas depresivos que iban seguidos de desgano, falta de apetito, necesidad de permanecer en la cama y

Depresión y envejecimiento: Complejidades del diagnóstico y abordaje (Caso clínico)

que culminaban con una sobre ingesta medicamentosa e internación psiquiátrica. Por otra parte, se trata de una mujer con un estilo de personalidad dependiente. En una primera etapa de su vida dependió de su padre y hermanos varones y más tarde, al formar su única pareja, de su marido. Actualmente es su hijo quien ocupa este lugar y a quien ella recurre cada vez que algo de estas pérdidas se reactualiza, ubicándose como una “niña caprichosa” según sus dichos que demanda constantemente atención y no puede tolerar el estar sola. A pesar de contar con una red familiar (hijo, nuera, nieto) pareciera que está en una situación de aislamiento social. Es una mujer que no ha construido demasiados vínculos y en todo su relato nombra solo a una amiga que ya no tiene. De ahí la importancia de fomentar nuevos vínculos y la continuidad de su tratamiento en hospital de día, considerando que este es un marco que sostiene su desborde.

Podríamos pensar por otro lado el quiebre narcisista en su viudez, ya que a partir de ahí ella no logra “rearmarse” y ubica que le falta un pedazo, cierto sentimiento de despersonalización, como si su identidad hubiera dependido exclusivamente de ser la esposa de su marido. Al casarse su hijo también sintió esto como una pérdida de un rol importante para ella. Debemos además recalcar que ella ubica que se había “armado una posición” (sic), refiriéndose a su pasar económico, si bien cabría preguntarnos si se trata de eso o más bien de su lugar subjetivo, un nombre posible.

Nomenclaturas...

Las llamadas “depresiones reactivas” son responsables de la mayor parte de las depresiones en la vejez, aunque en realidad no deberían llamarse así, sino que su nombre correcto, establecido y suficientemente estudiado por Freud y toda la escuela psicoanalítica, es “duelo”. Las “depresiones reactivas” son siempre duelos. Para Freud (1915) “el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, la patria, la libertad, el ideal, etc.” Dentro del concepto “abstracción equivalente” fácilmente podemos incluir las cosas de todo tipo que las personas mayores pierden permanentemente: capacidades, dientes, roles sociales, la audición, poder adquisitivo, velocidad, manejo del automóvil, su pareja, como T. Todas estas pérdidas ponen en funcionamiento procesos de duelos normales que van -o deberían

ir- acompañados del afecto correspondiente que es la tristeza o la pena; pero esto no es una depresión, existiendo así dos tipos, el normal y el patológico.

Creemos por supuesto que la actitud profesional frente a estos fenómenos debería ser diferente, pero... ¿es así? ¿Realmente ocurre esto? Veamos. La enorme mayoría no vacila en medicar a estos cuadros sin entrar en consideraciones sobre si están en presencia de un duelo normal o uno patológico. ¿Es más rápido prescribir un antidepresivo? ¿Es más eficaz? Es también muy notable, que jamás se nos ocurra considerar al duelo como un estado patológico ni someter al sujeto a un tratamiento médico, aunque se trata de una condición que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos, efectivamente, en que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo y juzgamos inadecuado e incluso perjudicial, perturbarlo” ¿Se sigue esta contundente afirmación de Freud tendente a rescatar los mecanismos saludables del individuo para resolver sus conflictos con sus propias fuerzas? No, no se lo sigue. Se trata y medica todo por igual, tristeza y depresión, cuando debería reservarse la “mirada clínica” sólo para el duelo patológico. Es posible considerar que las “depresiones reactivas” en realidad son los “duelos patológicos.

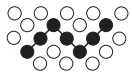
¿Que ocurre en la vejez?

Las depresiones son formas de padecimiento que no resultan exclusivas de este grupo etario, pero que tienen cierta especificidad en dicha etapa. Hasta aquí hablamos de su evolución, ¿pero ¿cuáles son sus posibles desenlaces? ¿Qué pasa si no se detectan tempranamente?

La Depresión es el principal factor de riesgo suicida en la vejez, siendo el suicidio una de las 10 causas principales de muerte en los viejos, acentuándose esta tendencia en los hombres mayores de 65 años. No solo utilizan medios más letales; además el hecho de vivir solos y el aislamiento muchas veces reduce las chances de rescate. En las personas mayores, 1 de cada 4 cumple con su objetivo posterior al intento.

Salvarezza plantea que el suicidio en la vejez es el resultado de la dialéctica del “ser individualmente viejo dentro de una sociedad viejista”, quedando muchas veces los viejos atrapados en los comportamientos viejistas y convalidando estas conductas discriminatorias.

El término ageism (viejismo) fue acuñado en 1969 por R Butler, y define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los



Luciana Ferraris, Gabriela Lopez

viejos simplemente en función de su edad. Hoy se define más ampliamente como cualquier prejuicio o discriminación contra o a favor de una categoría de edad. El viejismo se manifiesta de muchas maneras ya sea explícitamente o implícitamente.

Este concepto, traducido al castellano (Salvarezza, 1998) “colocaría a los viejos en los márgenes de la sociedad y los lleva a interrogarse sobre sus valores, utilidad, autoestima y el lugar que le es asignado en el entramado social. Sentirse sin lugar en el futuro es uno de los caminos que pueden conducir con mayor facilidad y rapidez a la desesperanza” (Matusevich, Finkelstein 2012).

Pero existe otro prejuicio que da sustento a la naturalización de estos padecimientos en la vejez y sostiene el hecho de que muchos profesionales de la salud piensen aún hoy en día que las enfermedades mentales en la vejez son intratables, y es la idea de que las personas mayores son rígidas e impermeables al análisis y que las enfermedades mentales son inevitables o esperables a determinada edad.

Conclusión

¿Deprimida por ancianidad? ¿Depresiva entrada en años? Dirimimos que le ocurre a T. ...

En cuanto a los factores psicológicos, diversos autores han relacionado ciertos tipos de personalidad con el suicidio en la vejez, como ser rasgos de tipo narcisista, timidez, tendencia a la hipocondría, hostilidad y rigidez.

En este sentido Zarebski, (2014) plantea que hay condiciones de personalidad que pueden convertirse en factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico y factores protectores. Es decir, rasgos de personalidad que determinarán una vulnerabilidad emocional ante determinados acontecimientos del envejecimiento y llevarán a significarlos como situaciones de adversidad. O por el contrario, personalidades más flexibles, con poder de reflexión y auto cuestionamiento que permitirán una aceptación y un afrontamiento más exitoso ante los cambios que trae aparejado el envejecer. T. parecería desplegar rasgos estancos de personalidad dependientes, coagulados, que no le permiten una adaptación moldeable al entorno y las coyunturas que la bordean.

Nos preguntábamos si T. se había construido un nombre, una posición a través del rol que desempeñaba en el hogar como esposa y madre y pensamos que algo de la pérdida de esos lugares y de la soledad que esto le genera es lo que se le hace imposible de soportar. De ahí la necesidad de un abordaje que pueda poner en cuestión, conmover y flexibilizar posiciones que obstaculizan la elaboración de estas pérdidas y posibilite la construcción de nuevos sentidos que den continuidad a su identidad.

Bibliografía

1. Freud, S. (1915). Obras Completas. Tomo XIV. Duelo y melancolía. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
2. Matusevich, D.; Finkelstein, C., (2012). Psicogeriatría Clínica. Buenos Aires, Del Hospital ediciones.
3. Salvarezza, Leopoldo, (1944). Vejez, medicina y prejuicios. en CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530) www.area3.org.es disponible en <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-1b-vejez-LSalvarezza.pdf>
4. Zarebski, G. (2014). Factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico y factores protectores. En Zarebski, G. (1) edición) Cuestionario Mi Envejecer. Un instrumento psicogerontológico para evaluar la actitud frente al propio envejecimiento. (p. 37-50). Buenos Aires. Paidós.