

COMENTARIOS AL TRASTORNO PERSISTENTE DE DUELO COMPLICADO DEL DSM-5

Por Susana Uribe

Este trastorno se encuentra clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (2013; DSM-5, por sus siglas en inglés) dentro de los Trastornos Relacionados con Trauma y Estresores, en la categoría de “Otros Trastornos Especificados Relacionados con Trauma y Estresores”.

Esta categoría diagnóstica, aplica a presentaciones clínicas en las cuales los síntomas son característicos de un trastorno relacionado con trauma y estresores, provocan perturbación clínicamente significativa o disfunción en las áreas ocupacionales, sociales u otras áreas importantes de funcionamiento; pero dichos síntomas no cumplen con el criterio completo de ninguno de los otros trastornos relacionados con trauma y estresores. Este diagnóstico requiere de mayor investigación.

Las personas con Trastorno Persistente de Duelo Complicado (TPDC), están incapacitadas por la pena, enfocados en la pérdida con poco o ningún interés en otras relaciones o actividades.

Desarrollo y Evolución

Puede ocurrir en cualquier edad, a partir del primer año de vida.

Generalmente los síntomas aparecen en el primer mes posterior a la muerte de la persona significativa, sin embargo, en algunos casos pueden pasar meses o años antes de que se manifieste.

En los pequeños, la perturbación se puede expresar por medio del juego o conductas. Puede haber regresiones (por ejemplo: si ya habían dejado el chupón o la mamila, la piden de nuevo, vuelven a mojar la cama por la noche, imitan la forma de hablar de niños más pequeños) y comportamiento agresivo o ansioso en momentos de separación o reunión con figuras de apego (conexión emocional). Lo predominante en los niños es la angustia de separación de los cuidadores primarios u otra figura de apego, como por ejemplo una mascota.

Criterios:

El **Criterio A** es específico: el duelo se debe a la muerte de una persona con la que se ha tenido una relación cercana. No contempla los duelos por ruptura de relaciones afectivas importantes u otras, por ejemplo salud, trabajo, etc.

El **Criterio B** señala que los dolientes presentan, por lo menos uno de los siguientes síntomas, casi todos los días y de manera importante: nostalgia o anhelo por el fallecido, preocupación por él o ella (por ejemplo: ¿*“habrá llegado al cielo”?*, ¿*“sentiría dolor en el momento de la muerte”?*, ¿*“encontrará el descanso eterno”?*), dolor emocional y pena intensa en respuesta a la muerte, preocupación por la forma en la que falleció la persona.

La duración de dichos síntomas debe ser de 12 meses por lo menos (en los niños 6 meses).

En los pequeños, estos síntomas pueden manifestarse mediante el juego y preocupación de que otras personas cercanas a ellos, mueran también.

Caso clínico: Mujer de 30 años de edad a quien llamaremos María. Su madre murió en un accidente automovilístico cuando ella tenía 17 años. María se enteró por los medios de comunicación al ver las imágenes del auto totalmente destrozado en la televisión. En la primera consulta manifestó que lo que más le dolía del hecho de haber perdido a su madre, era el pensar en el dolor físico y emocional de su mamá en el momento del accidente (a pesar de que le habían informado que había muerto instantáneamente).

Cuando le pregunté si pensaba en ello con frecuencia, respondió inmediatamente: *“todos los días”*. Incluso había noches en que esta preocupación no la dejaba dormir, al grado de medicarse para conseguirlo. Su sintomatología se agravaba si se enteraba o veía algún accidente de autos.

El **Criterio C** menciona que existe una marcada dificultad para aceptar la muerte, incredulidad o embotamiento emocional referente a la pérdida, enojo o amargura relacionadas a la muerte, dificultad para encontrar recuerdos agradables del fallecido, culpa por la sensación de no haber hecho lo suficiente por el fallecido; lo que lleva, en ocasiones, a la disminución del auto-concepto. Éste término se refiere al conjunto de características que conforman la imagen que alguien tiene de sí mismo, y que incluyen aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales.

Puede también presentarse la evitación de recuerdos de la persona que ha muerto (en los niños esto puede incluir la evitación de pensamientos o sentimientos que le recuerden al fallecido), deseo de morir para estar con el fallecido, sentirse solo o aislado, creer que no se puede vivir sin esa persona, confusión acerca del quehacer en la vida. Por ejemplo, la gente puede dudar acerca de la utilidad o beneficio de su trabajo o actividad. Incluso hay casos de personas que dejan de trabajar en la profesión que anteriormente les satisfacía, o se cuestionan si lo que hasta ahora hacen es de alguna utilidad para algo o alguien.

Puede haber disminución del sentido de identidad, por ejemplo, para algunas mujeres perder a su cónyuge y dejar de ser “la esposa de...” o la “Señora de...”, puede ser muy perturbador. O cuando se pierde a los padres, sobre todo en la infancia o adolescencia, dejar de ser “la hija/hijo de...” afectan el sentido de quién eres en la vida. Puede también suceder que los dolientes, experimenten dificultad para confiar en los demás, así como para proseguir con sus intereses o planear el futuro.

De estos síntomas, por lo menos 6 deben estar presentes durante casi todos los días, en un grado importante y tener una persistencia de al menos 12 meses (en niños 6 meses).

Caso clínico: Una mujer a quien llamaremos Sandra se presenta a consulta referida por el médico psiquiatra tras ser diagnosticarla con Depresión. Al hacer la toma de historia, manifiesta no saber si es una “buena madre, o buena esposa” (disminución del sentido de identidad). Al preguntarle desde cuando tenía esa sensación, responde: *“desde que murió M, mi hijo”* (esto había sucedido 25 años atrás). Además presentaba culpa por esa muerte, pues no había *“elegido el hospital adecuado”*. Evitación: al morir el hijo se guardaron todas sus fotos y nunca se mencionaba nada de él, ni con su esposo, ni con los hermanos mayores. Deseo de morir: al manifestar que deseaba contraer alguna enfermedad que *“me mate pronto”*. Se sentía muy sola pues *“nadie puede entenderme”*, eso la llevaba a aislarse incluso de su familia cercana. Enojo: *“me molesta que la gente se quejé por lo que les pasa, no me importa y me da mucho coraje que lloren por tonterías”*.

El **Criterio D** indica que la perturbación provoca sufrimiento emocional clínicamente significativo, incapacidad en áreas sociales, afectando la calidad de las relaciones con familiares y amigos; laborales, interfiriendo en la productividad/creatividad y concentración relacionadas al trabajo. Y otras áreas importantes de funcionamiento.

El **Criterio E** se cumple, si la reacción del duelo es inconsistente y desproporcionada con las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad.

Muerte y Cultura

Es muy importante tener en cuenta las normas culturales, religiosas y la edad de los dolientes, pues estas varían según los países y sus normas sociales. Por ello hay que estar observando que las reacciones sean consistentes y proporcionadas con la respectiva cultura. Por ejemplo: es muy común que en países latinoamericanos, especialmente en las zonas rurales, los niños pequeños participen en los ritos funerarios.

Generalmente en estos lugares, los velorios se llevan a cabo en las casas y el trabajo de preparación del cuerpo es realizado por los familiares más cercanos al difunto. Esto puede “propiciar” que los niños pequeños, al jugar, repliquen las conductas de los adultos y esto sería totalmente normal para estas sociedades rurales. Sin embargo, para una comunidad más urbanizada, incluir a los chiquitos en este tipo de rituales, puede parecerles inadecuado e incluso bárbaro.

Para el diagnóstico de TPDC, es necesario que las respuestas sean persistentes y vayan más allá de las normas culturales de los diferentes grupos sociales.

Prevalencia

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y su prevalencia es del 2.4 al 4.8%.

Factores de Riesgo

Como factores de riesgo se contemplan: el grado de dependencia con el fallecido, la muerte de un niño/a y ser mujer.

El proceso de resolución del Duelo en los niños, está muy relacionado con la respuesta del o los cuidadores primarios al evento. Por ejemplo: al morir la madre de un pequeño, la/s persona/s que quede al cargo del niño, ya sea el padre, alguna de las abuelas, tías/tíos etc., “modelaran” las respuestas ante el proceso de resolución de duelo. Por ello es de suma importancia que el o los cuidadores primarios lleven a cabo un sano proceso de duelo.

TPDC y Suicidio

Las personas afectadas con este trastorno, manifiestan ideación suicida con frecuencia (cuando persistentemente se piensa, planea o desea cometer un suicidio).

Consecuencias del TPDC

Este trastorno está relacionado con:

Comportamientos perjudiciales para la salud, como el incremento en el consumo de alcohol y/o tabaco.

También con un incremento en enfermedades graves tales como: hipertensión, cáncer, deficiencia inmunológica, cardiopatías y una pobre calidad de vida.

Diagnóstico Diferencial

El TPDC se puede diagnosticar, solo cuando niveles **intensos** de respuesta al duelo persisten al menos 12 meses (6 meses en niños) después de la muerte de la persona significativa y que interfieran con la capacidad de la personas de funcionar adaptativamente.

Depresión

El TPDC comparte con el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Depresivo Persistente (distimia) la tristeza, el llanto y el pensamiento suicida. Sin embargo, la característica esencial del TPDC es la pérdida por muerte.

Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

Las personas que experimentan un duelo como resultado de la muerte traumática de una persona significativa, pueden desarrollar ambos trastornos: TEPT y TPDC. En ambos trastornos se pueden presentar pensamientos intrusivos y evitación. En el TEPT las intrusiones están relacionadas con el evento/accidente traumático.

Si la muerte se presentó de manera traumática por ej., accidente, asesinato, tortura, etc., los pensamientos perturbadores o emociones pueden estar más directamente relacionados con la manera de morir, o con fantasías perturbadoras de lo que sucedió.

Ambos trastornos TEPT y TPDC pueden incluir aspectos de evitación de recuerdos estresantes. En el TEPT, la evitación está directamente relacionada con los recordatorios de la experiencia traumática en la que perdió la vida el fallecido. En el TPDC hay además preocupación y anhelo por el difunto, lo cual no se presenta en TEPT.

En el TPDC los pensamientos están relacionados con aspectos de relación con el fallecido, incluyendo aspectos positivos, por ejemplo: *“solo ella/él, sabían hacerme feliz.”*. Además hay angustia por separación.

Trastorno de Ansiedad por Separación

En el TPDC la perturbación está relacionada con la separación de la persona fallecida.

Comorbilidad

El TPDC se presenta en comorbilidad con el Trastorno Depresivo Mayor, el TEPT (este se presenta con más frecuencia cuando la muerte ocurrió en situaciones violentas o traumáticas) y Trastorno por uso de sustancias.

Referencias.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA. American Psychiatric Association.