

El duelo como trastorno psiquiátrico

■ En la actualidad están en curso las revisiones para elaborar las nuevas versiones de los dos sistemas de clasificación más utilizados: el DSM-V, de la Asociación Psiquiátrica Americana y la CIE-11, de la Organización Mundial de la Salud. Ambos han sostenido discusiones entre sus paneles de expertos para tratar de definir si las reacciones de duelo deben o no considerarse como fenómenos psicopatológicos. Para ambos es claro que no existen suficientes datos que permitan una distinción definitiva entre un trastorno depresivo y una reacción normal de duelo con manifestaciones de carácter depresivo. Pero sí se cuenta con elementos que definen que una reacción prolongada de duelo es clínicamente distinguible de la depresión mayor y que dicha condición genera un grado importante de incapacidad funcional. En las versiones actuales de ambos sistemas las reacciones de duelo no se consideran como fenómenos psicopatológicos, ya que dichas reacciones corresponden a manifestaciones normales ante situaciones de pérdida y tradicionalmente se ha evitado etiquetarlas como trastornos psiquiátricos. Sin embargo, por lo que corresponde a los trabajos del DSM-V, empiezan a aparecer modificaciones importantes de estos conceptos lo cual ha dado lugar a una gran controversia. En el DSM-IV se recomienda no diagnosticar depresión después de una reacción de duelo a menos que ésta haya persistido durante al menos dos meses y tenga algunas de las características de un cuadro de depresión mayor como el retardo psicomotor o la ideación suicida. En el DSM-V se propone eliminar este criterio ya que existe evidencia de que, si bien no todas, la mayor parte de las depresiones surgen a partir de un estresor de vida. Quienes apoyan esta modificación sostienen que el no considerar como depresión a una reacción de duelo impediría que estas personas reciban el tratamiento requerido. Quienes lo rechazan argumentan que al hacerlo se favorecería “medicalizar” al duelo y el uso de tratamientos que son innecesarios. Por otra parte, hay evidencia de que los estados depresivos que aparecen después de una reacción de duelo suelen ser menos intensos y menos recurrentes que las depresiones no relacionadas con él, por lo cual no se les debe comparar ni incluir dentro de un mismo rubro. El punto importante en este aspecto sería el identificar si las depresiones que siguen a un duelo son diferentes en cuanto a los síntomas, la evolución y la incapacidad, de las depresiones que aparecen después de otro tipo de evento estresante de vida. Por el momento no hay suficiente información para hacerlo ni para diferenciar entre cuadros transitorios de remisión espontánea y los persistentes.

Otro cambio que el DSM-V propone es el del rubro “trastorno de ajuste relacionado a duelo”. Éste representa el primer diagnóstico que de manera específica reconoce al duelo como un trastorno psiquiátrico; se define como una reacción grave de duelo que persiste durante al menos 12 meses después de la muerte de un familiar o ser querido, en el cual el individuo experimenta tristeza, dolor emocional o preocupaciones relacionadas con la muerte durante la mayoría de los días. La respuesta se puede acompañar de dificultades para aceptar el deceso, enojo por la pérdida, una reducción del sentido de identidad, la sensación de que la vida está vacía y dificultades para involucrarse nuevamente en sus actividades cotidianas. De acuerdo a lo encontrado en diversos estudios, entre el 10 y 15% de todas las personas en duelo presentan esta condición. No tardaron en aparecer objeciones y rechazos a esta nueva categoría diagnóstica. En primer lugar se argumentó que el duelo humano es una condición inespecífica ya que las muertes y las pérdidas forman parte de la condición humana natural. En este sentido el dolor que la persona siente por la pérdida es comprensible y no debe medicalizarse. En segundo término, las reacciones de duelo reciben distintos manejos entre las diversas culturas y por lo tanto no es aconsejable que un sistema de diagnóstico estandarice las formas de calificarlas. En tercer lugar, el duelo, a diferencia de otras reacciones psicológicas, está muy entrelazado con las prácticas religiosas por lo que no se justifica que una conceptualización médica infrinja las reglas de esas prácticas.

En contraste con estos puntos de vista, se han argumentado diversas justificaciones para introducir un diagnóstico específico que describa las reacciones de duelo persistentes y problemáticas. Se ha documentado con estudios de corte factorial, que las reacciones de lamentación por la pérdida son distintas a las reacciones habituales de ansiedad y de depresión. Precisamente la diferencia entre depresión y duelo es la persistencia de la lamentación prolongada por la pérdida. También hay evidencia de que aquellas personas con reacciones persistentes de duelo experimentan problemas psicológicos, sociales, de salud o de ocupación. Asimismo tienen un mayor riesgo de complicaciones como ideación suicida o abuso de sustancias, actitudes en contra de su salud o descuido de sus tratamientos médicos. Todos estos aspectos sostienen la necesidad de incluir el diagnóstico en las clasificaciones al menos en el limitado porcentaje de sujetos en esta situación. El no considerarlo impacta las políticas de salud pública ya que se tendría una población con afectación emocional y sin tratamiento. El introducir el diagnóstico facilitaría la identificación y tratamiento de estas personas con lo cual se beneficiarían los sistemas de salud.

Es evidente que estas nuevas propuestas requieren ser valoradas cuidadosamente. Los argumentos de no calificar a las reacciones de duelo limitadas en el tiempo como condiciones patológicas están justificados. Así también se justifica el evitar tratamientos innecesarios o bien aumentar el riesgo de estigmatizar a ciertos individuos con la etiquetación diagnóstica. Por consiguiente será importante encontrar un balance que permita identificar y tratar a los casos que lo ameriten y no dañar ni afectar a quienes atraviesan por reacciones normales. Es probable que el aspecto principal no se base en la necesidad de eliminar la lamentación sino más que eso reducir las consecuencias y las complica-

ciones que se pudiesen presentar. Es claro también que para adoptar una posición al respecto se necesita de argumentos sólidos y no solamente emotivos. Será de mucho interés seguir estas discusiones y conocer la posición final de los sistemas de clasificación al respecto.

Bibliografía

BRYANT RA: Grief as a psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*, 201;9-10, 2012.

MAJ M: Differentiating depressive disorders from ordinary sadness: contextual, qualitative and pragmatic approaches. *World Psychiatry*, 11(Supl 1):40-47, 2012.