

# Síntomas afectivos: Tristeza patológica

## *Affective symptoms: Pathological grief*

1 Rosaura Ramos Soler, 2 Anna Soler i Roca

Recibido: 29/07/2015

Aceptado: 29/01/2016

### **Resumen**

*Se presenta el caso de un paciente de 61 años, varón, con sintomatología depresiva con posible origen en la pérdida de su mujer en 2013. Las exploraciones para valorar un posible duelo prolongado se realizan en un Centro de Atención Primaria de Terrassa, tras la demanda de su médico de familia que, tras considerar que el principal precipitante es el estrés laboral, no consideró necesaria la administración de fármacos para este caso.*

*Con tal de conseguir una primera información sobre caso usamos la entrevista clínica y aplicamos BDI-II, instrumento que también utilizaremos para el seguimiento del caso. En visitas posteriores, también aplicamos los siguientes inventarios en pro a un análisis más detallado del estado y evolución del paciente: ITRD “Inventario TEXAS revisado de duelo” e IDC “Inventario de Duelo Complicado”.*

*Para la valoración de todos los datos se realiza un análisis funcional de las conductas-problema y determinamos un plan terapéutico sobre dichas conductas, siempre dentro de un marco Cognitivo-Conductual; Utilizamos técnicas de psicoeducación para la ansiedad y duelo, además de técnicas de activación conductual, entre otras si estas fuesen necesarias para la mejora clínica de nuestro paciente.*

*Al final de este trabajo se ofrece la discusión y conclusiones que se han podido extraer de este caso.*

**Palabras clave:** Análisis funcional. Duelo prolongado. Duelo complicado. Episodio depresivo leve. BDI-II. Inventario IDC. Inventario ITRD.

---

1 Psicóloga. Prácticas profesionales en CSMA del Consorci Sanitari de Terrassa.

2 Psicóloga clínica. CSMA del Consorci Sanitari de Terrassa.

**Correspondencia:** Rosaura Ramos Soler

C/Molí 36, bx 2<sup>a</sup>

08110 Montcada i Reixac (Barcelona)

Email: ros.ramos.soler@gmail.com

## Summary

*It is reported the case of a 61 years old male patient with depressive symptomatology whose beginning might be the lost of his wife in 2013. The study that assess the possibility of a prolonged grief took place in a Primary Health Care Center in Terrassa, after be requested by his family doctor -who didn't consider necessary to provide drugs to this case, after concluded that the main trigger of the disorder was labour stress.*

*In order to obtain first information about the case we used the clinic interview and we apply BDI-II, an instrument that we will also use while following of the case. On subsequence visits, we will also use the following inventories to achieve a more accurate analysis about stage and evolution of the patience: ITRD "Inventario TEXAS revisado de duelo" and IDC "Inventario de Duelo Complicado".*

*For the purpose of evaluate all the data, a functional analysis of the problem behaviours will be made and, we will define the appropriate treatment plan according these behaviours, always within a cognitive-behavioural setting; we use psycho education techniques about anxiety and grief, behavioural activation techniques,... among others if it would be necessary for the process.*

*At the end of this assignment it is exposed the discussion and conclusions that were possible to draw about this case.*

**Key words:** Functional analysis. Prolonged Grief. Complicated Grief. Mild depressive episode. BDI-II. Inventory IDC. Inventory ITRD.

## INTRODUCCIÓN

Es frecuente en nuestra práctica diaria encontrar un cuadro de malestar anímico o tristeza que son reactivos a situaciones de pérdida y resulta difícil diferenciar tristeza que consideraríamos normal de la patológica. **La tristeza patológica** (1) es una variante anormal del estado de ánimo, en la que, subjetivamente, la persona se siente triste, apenado, afligido, abatido, desanimado, sin interés por sus ocupaciones ni por el entorno. Y objetivamente, la persona parece apagada y con escasa reactividad emocional, muestra tendencia al llanto, tanto espontáneo como inducido. La atención al entorno es escasa y principalmente centrada en su tristeza. El discurso suele ser con un tono lineal y breve, y a menudo suele expresar sentimientos de culpabilidad. La autoestima suele ser baja. Inhibición en la psicomotricidad, que afecta tanto a los movimientos como a la expresión facial (aunque también existen depresiones agitadas). La persona se muestra más aislada, a menudo menos comunicativo y tolerante, llegando al rechazo pasivo de quienes les rodean. En los casos más graves aparecen ideas y conductas suicidas.

Normalmente la calificación de la tristeza

como patológica se realiza en base a la proporción frente a un desencadenante, la *duración* y la *intensidad* de las manifestaciones y la *afectación* de la conducta de la persona. En general, atendemos a la medida en que su estado de tristeza distorsiona la actividad funcional del paciente en su cotidianidad.

El **duelo** es un término que describe todos los sentimientos, pensamientos y conducta por los que pasa cualquier persona tras una grave pérdida. Por lo tanto, suele ocurrir en consecuencia de la muerte de un ser querido, pero solo se trata de **duelo patológico** cuando, después de una pérdida grave, el estado de intensa tristeza se prolonga en el tiempo y muestra síntomas que son los comunes para el diagnóstico de la depresión mayor. De hecho, en el DSM IV(2) no era posible un diagnóstico de Tr. Depresivo Mayor si los síntomas duraban más de 2 meses tras la muerte de un ser querido. Actualmente, el DSM V elimina la exclusión por duelo, puesto que no se ha de limitar solo a 2 meses (muchos autores refieren que la duración del duelo suele ser de 1 a 2 años) (3), y se disponen al estudio futuro del "Trastorno por duelo persistente" con los criterios específicos para su diagnóstico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

### DATOS DEL PACIENTE

A.R.P. es un hombre de 61 años (23/05/1953). Trabaja como mecánico Industrial. Viudo desde 2013 (actualmente vive solo), tiene 2 hijos varones de 32 y 26 años, ambos casados, con los que tiene buena relación, pero viven relativamente lejos (Balsareny i Lleida). Sin nietos. El paciente visita con regularidad a su madre (90 años), la cual vive con su otro hijo, el hermano menor del paciente.

En cuanto a aficiones describe muchas, atletismo, gimnasio, piscina, caminar por la montaña, etc y también estudiar y aprender cosas en materia de informática, dibujo, hidráulica, inglés, etc. Se mantiene muy activo. Nos cuenta que suele tener buena relación con la gente, aunque se considera más bien tímido.

### ANTECEDENTES MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS

#### Antecedentes personales:

- Migrañas con aura (de larga duración). Mejora a partir de los 40 años y refiere a una pérdida de memoria como consecuencia de las migrañas. Esta sensación la tiene desde antes que falleciera su mujer, no considera que sea secundario al proceso afectivo. Cuando precisa toma medicación para la migraña.

- Rotura del supraespinoso, operado en noviembre de 2013 (6 meses de baja). Recuperado.
- Asistió durante 2 o 3 meses a sesiones psicológicas, ya que el médico que le visitaba en la recuperación del supraespinoso le vio muy decaído, bajo de ánimos y sin ganas de nada. En ese momento hizo el ejercicio de despedirse de su mujer por carta.

#### Antecedentes Familiares:

- Padre fallece por bronquitis (fumador).
- Madre padece de embolias de repetición. El paciente refiere que no se encuentra muy bien, que no habla mucho.
- No refiere ni se conocen psicopatologías.

### HISTORIA DEL PROBLEMA:

#### Motivo de consulta:

El 20 de Enero de 2015 el paciente acude voluntariamente a consulta psicológica, después

de haberse dirigido a su médico de familia, por presentar un proceso de duelo por la muerte de su mujer (hace 2 años). Al parecer este duelo no evoluciona correctamente, pues el paciente dice sentirse peor ahora, pasado el tiempo. Entre otras cosas, le preocupa que cada vez le resulten menos placenteras las cosas que le gustan, aunque las sigue haciendo por rutina. Nos pide empezar alguna terapia para empezar a sentirse mejor.

### EVALUACIÓN INICIAL

#### Exploración clínica:

Vestimenta apropiada. Lenguaje y curso del pensamiento normal. Sintomatología ansiosa caracterizada por opresión en el pecho cuando piensa en su esposa, palpitaciones, ligero hormigueo en la palma de la mano. Sintomatología depresiva: refiere sentimientos de culpa, llanto fácil, tristeza la mayor parte del tiempo, anhedonia e irritabilidad. Estrés laboral.

#### Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

La puntuación total obtenida en el cuestionario (Puntuación Total=18), indica un valor que se encuentra en el límite superior del rango de depresión leve/moderada, 10 - 18 según la versión castellana.

### EVALUACIÓN 21/04/2015

#### Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

La puntuación total obtenida en el cuestionario (Puntuación Total= 5), indica un valor que se encuentra dentro del rango donde NO se detecta sintomatología depresiva, 0 - 9 según la versión castellana.

#### Inventario Texas Revisado de duelo (ITRD)

La puntuación de comportamiento en el pasado (parte I) es de 28, en un rango de 8 - 40.

La puntuación de sentimientos actuales es de (parte II) es de 31, en un rango de 13 - 65.

La puntuación de duelo TOTAL es de 59, y se sitúa dentro de un rango de 21 - 105, lo que describe una intensidad de duelo moderada.

#### Inventario de Duelo Complicado (IDC)

La puntuación es de 21.

En cuanto a probabilidad de padecer un duelo patológico el punto de corte propuesto es de >25.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico más ajustado para A.R.P. es el de **F32.00 Episodio depresivo leve, sin sín-**

**drome somático** (descrito en el CIE10), consecuencia de un duelo prolongado.

Los síntomas que presenta el paciente no acaban de adaptarse a ningún perfil diagnóstico descritos en el DSM IV, al no cumplir estrictamente con los criterios. Estaríamos tratando con una sintomatología subclínica del trastorno depresivo.

No obstante hemos utilizado dicho manual para tener en cuenta el **diagnóstico diferencial**:

- **Duelo "normal"** → El duelo se ha prolongado en el tiempo (más de 2 años y no mejora).

- **Episodio depresivo mayor** → El paciente cumple solo 3 criterios de los 5 (o más) necesarios para su diagnóstico. Por lo tanto no es posible hacer un diagnóstico de los 2 siguientes trastornos:

**F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)**

**TF33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)**

- **Trastorno bipolar, fase depresiva** → No presenta episodios de características maníacas.

- **F34.1 Trastorno distímico (300.4)** → El paciente no reúne los criterios diagnósticos necesarios.

- **Depresión secundaria a problemas somáticos y medicamentosos** → No consta ni refiere a ninguna enfermedad ni sustancia que explique los síntomas afectivos que presenta.

- **F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)** → No cumple todos los criterios necesarios para su diagnóstico.

- **Trastorno adaptativo: F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]** → Los síntomas no han de responder a una reacción de duelo (criterio D)

- **Simulación** → se fingen los síntomas para obtener beneficios materiales, laborales, legales o de otro tipo.

#### DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

##### Conductas Problema:

Se describe sintomatología ansiosa caracterizada por: Sensación de opresión en el pecho, palpitations, sensación de hormigueo en la mano.

Intensidad: 7 (rango de 0-10),

Frecuencia: cada vez que piensa en la mujer,

Duración: unos minutos.

Al mismo tiempo, se describe sintomatología depresiva caracterizada por: Insomnio (duerme

4 horas, se va despertando en la noche), llanto (cada día), la creencia de que ya no puede esperar gran cosa de la vida. Sentimientos de culpabilidad y anhedonia.

Intensidad: 8 (rango de 0-10),

Frecuencia: diaria,

Duración: casi todo el día.

Finalmente, las conductas patológicas descritas respecto al duelo se caracteriza por: Guardar bastantes cosas de la mujer en casa, visitar mensualmente el lugar dónde se encuentran cenizas de su esposa, llevar foto de ella como fondo de pantalla en el móvil.

Intensidad: 7 (rango de 0 -10),

Frecuencia: a menudo,

Duración: todo el día.

##### Objetivos para cada una de las conductas problemas a corto plazo

- Conocer las características de un duelo. (¿qué síntomas puede estar produciendo el duelo?)

- Conocer el funcionamiento de la ansiedad. Y cómo combatirla si fuese necesario.

- Tratar de deshacerse de objetos que el paciente no usa, pues pertenecían a su mujer, y que dificultan su avance en el proceso de duelo.

- Poner otro fondo de pantalla en el móvil para enfrentarse a los hechos.

(Quizás estos dos últimos objetivos, en un principio, harían aumentar la intensidad de los síntomas ansiosos, pues el paciente quiere conservar el recuerdo de su mujer. Pero esto ha de suponer un primer paso para enfrentarse a los hechos. En un futuro proponer espaciar las visitas a la montaña donde están las cenizas de su mujer).

- No ir a visitar tan seguido las cenizas de su esposa.

- Seguir haciendo actividades de ocio que le gustan, como hasta ahora.

(Este último punto supone una fuente de refuerzos positivos para el paciente y evita el aislamiento social y un empeoramiento en la anhedonia).

##### Objetivos del tratamiento a largo plazo

Recuperar la motivación y ganas por lo que le gusta (deporte, montaña, amigos, etc). Dejar de sentir ansiedad con el recuerdo de su difunta esposa, enfrentándose a los hechos.

### Análisis funcional

**Origen y evolución:** episodio de duelo por la muerte de su mujer, hace 2 años. Prolongado y con sensación de malestar en aumento en el paciente.

**Precipitante:** problemas laborales.

Estímulos	Respuesta	Consecuencias
Pensamientos, imágenes, recuerdos.	<i>Cognitiva:</i> Pensamientos, imágenes, recuerdos, que se recrean en la pérdida del ser querido. Creencias negativas sobre el futuro. Culpabilidad.	Refuerzo Positivo; los objetos, fotos, visitas a la montaña, pensamientos,... le “acercan” a su mujer lo que dificulta que se enfrente al hecho de que ya murió.
Bastantes objetos de la mujer en casa.		
Foto de ella como fondo de pantalla para el móvil.	<i>Fisiológica:</i> Anhedonia, llanto, insomnio, sensación hormigueo en la mano, sensación de opresión en el pecho. <i>Conductual:</i> Conservar objetos de su difunta mujer en casa. Llevar fotografía en el fondo de pantalla del móvil. Visita las cenizas de su esposa el día 22 de cada mes en la montaña	Pensamientos, imágenes y recuerdos sobre un pasado vivido con su esposa, valorado por el paciente como mejor e irremplazable, generan los síntomas depresivos.  Las expectativas de futuro que esperaba junto a su mujer ya no podrá ser. Ahora las creencias negativas acerca el futuro le genera los síntomas de ansiedad. (“no he de esperar nada más de la vida”).
Visitas periódicas a la montaña donde se encuentran las cenizas de su esposa.		

#### Plan terapéutico

- PsicoEducación sobre ansiedad.
- Técnica de activación conductual : actividad, ocio, deporte, no dejar de hacer lo que hacía y mantener las fuentes de refuerzo positivos (el paciente ya lo hace bien).
- Exposición a la situación traumática(5): relato de los hechos desde que ella enferma hasta su muerte. De igual modo, traer la carta de despedida que le escribió cuando fue a la psicóloga hace 1 año, por primera vez. (enfrentarse a los hechos).
- Reestructuración cognitiva(5), cabe la posibilidad de llevarla a cabo si el paciente sigue empeorando como hasta ahora había hecho. Con esta técnica invitamos al paciente a cuestionar los supuestos, creencias, y pensamientos automáticos que pueden estar jugando un papel muy importante en este proceso de duelo prolongado.

- Resolución de problemas y asertividad para el tema laboral
- Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (Si fuera necesario).

#### EVOLUCIÓN DEL CASO

El paciente muestra al inicio de la terapia una sintomatología leve. Aplicamos un BDI-II, como medida pre y post tratamiento, valorando así el cambio en el estado anímico del paciente. Puntuación Total= 18 (depresión leve-moderada). En este momento el paciente refiere un Nivel de Ansiedad de 6 en un rango de 0 – 10, y un Estado Anímico de 6 en un rango de 0 – 10.

Con un seguimiento de periodicidad mensual en las que el paciente ha aplicado las técnicas prescritas, vemos que al cabo de 4 meses la sintomatología ansiosa se ha reducido. Al mismo tiempo, el paciente parece estar más animado y

tiene ilusión por actividades nuevas de ocio. En cuanto al estrés laboral toma decisiones que le ayudan a estar mejor consigo mismo.

No obstante, todavía se describe sintomatología depresiva, como tristeza, llanto y cierta anhedonia (aunque no es ya a diario). Es por ello que administramos las siguientes pruebas con objetivo hacer un seguimiento del duelo del paciente:

- ITRD, con una puntuación Total de 59 (Intensidad de duelo moderada)

- IDC, con una puntuación Total de 21 (Baja probabilidad de padecer duelo complicado)

- BDI-II, con una puntuación Total de 5 (No sintomatología depresiva)

En una última visita el paciente refiere tener muchos planes de futuro, ilusiones y mejora general de la sintomatología ansiosa y depresiva con un estado de ánimo de 7 (en un rango de 0 a 10) y se acuerda con el paciente hacer una visita de seguimiento pasados 6 meses, de modo que si los cambios se mantienen se procederá a tramitar el alta.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de que la administración de los inventarios ITRD y IDC ha sido tardía para concretar el estado basal del paciente, vemos que con la aplicación del BDI-II, una exhaustiva entrevista clínica y la elaboración de un diagnóstico diferencial completo (con ayuda del DSM-IV) ha sido suficiente para dar con un diagnóstico de acuerdo a la descripción y gravedad de los síntomas que presentaba A.R. No obstante, para futuros casos de posible Duelo Complicado, sería de gran valor la información que ofrece el conjunto de todos estos inventarios al inicio, seguimiento y final de la terapia, de tal manera que sea más gráfico ver como el paciente va presentando mejoras y recuperando cierta serenidad en su día a día.

En este presente caso vemos que al paciente A.R. la terapia Cognitivo-Conductual está resultando efectiva, puesto que la sintomatología ansioso-depresiva debido al duelo complicado que padecía ha ido a menos. Hace dos años del fallecimiento de su esposa, con la que tenía muy buena relación, y es ahora cuando el paciente empieza a tener algunas ilusiones nuevas y menos momentos de tristeza. Cabe destacar que la actitud del paciente es bastante positiva y siempre está dispuesto a colaborar en el proceso terapéutico. Hace mucho tiempo que está llevando a cabo conductas por sí mismo que le hacen sentir mejor, aunque muchas veces ha sentido que le cuesta encontrar un placer tan intenso como antes por las cosas que le gustan. Es por todo esto que podemos decir que presenta un buen pronóstico y, si todo sigue como hasta ahora, es posible que A.R. reciba el alta antes de que termine este año.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 **American Psychiatric Association (APA).** (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- 2 **Análisis y Modificación de Conducta,** 2007, Vol. 33, N° 147 ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? Enrique Echeburúa, Arantxa Herrán Boix Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.
- 3 **Belloch, Sandín y Ramos** (2008). Manual de psicopatología. Madrid. McGraw-Hill (Vol. 2). edición revisada.
- 4 **Labrador, F.J. (Coord.)** (2012). Técnicas de Modificación de Conducta. Madrid: Pirámide.
- 5 **Organización Mundial de la Salud. CIE 10.** (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.
- 6 <http://www.infocop.es>