

Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR

Prolonged grief disorder: a new diagnostic entity in DSM-5TR

Elena Levy Yeyati¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>

Resumen

El duelo prolongado es una respuesta normal de duelo, pero persistente y profunda. Las manifestaciones se extienden por un atípico período de 6 meses o más (CIE-11) o de 12 meses (DSM-5TR) después de la pérdida de un ser querido. En el trabajo se destaca la distancia conceptual del nuevo trastorno con el enfoque clásico, reflejado en otra sección del DSM-5, lo que sugiere un desacuerdo entre distintos grupos de trabajo. Perteneció al enfoque clásico también, la perspectiva de Freud y su diferencia entre duelo y melancolía (depresión mayor). Se ilustra el trabajo de duelo en un caso particular y autobiográfico, que muestra que la frontera entre lo normal y lo patológico es incierta en el duelo. El nuevo diagnóstico puede ser un factor que contribuya a ayudar a una población cada vez mayor de individuos longevos que enviudan, pero el riesgo es la medicalización del duelo.

Palabras clave: DSM 5TR - CIE 11 - Duelo prolongado - Freud - Duelo y melancolía - Joan Didion.

Abstract

Grief is a normal response following the death of a beloved one. Prolonged grief disorder is defined when grief is intense and has persisted for an atypically long period of time; more than 6 months (ICD-11) or more than 12 months (DSM-5TR). This article discusses the conceptual distance between this new disorder and that of classical descriptions, as considered in a distinct Section of the DSM-5. These differences suggest disagreements among different working groups for disorders. Freud's perspective on mourning and melancholia (major depression disorder) pertains also to a classical scope. The grief work is exemplified with an autobiographical case, that illustrates how borders between normal and pathological grief are blurred. Although a new disorder might assist an ever longer-lived population that becomes widow, the risk is the medicalization of grief.

Keywords: DSM 5TR - CIE 11 - Prolonged grief disorder - Freud - Mourning and melancholia - Joan Didion.

RECIBIDO 3/3/2022 - ACEPTADO 25/4/2022

¹Doctora en Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Psiquiatra. Psicoanalista. Profesora del Instituto Superior de Médico Especialista en Psiquiatría (APSA), Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL).

Correspondencia:

elyeyati@intramed.net

“Si era cierto que los muertos podían regresar,
¿qué sabían cuando regresaban?
¿Podíamos afrontarlos?
¿Nosotros, que habíamos permitido que murieran?
La clara luz del día me dice
que yo no dejé morir a John, que yo no tenía aquel
poder,
pero ¿realmente lo creo? ¿Y acaso lo cree él?”
Joan Didion, 2005.

Introducción

En marzo de 2022 se publicará el *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* en su versión 5 revisada (DSM-5TR) que incorpora el trastorno por duelo prolongado (*prolonged grief disorder*) (Moran, 2021). El nuevo diagnóstico fue revisado conjuntamente con los autores de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11), que ya lo han incluido dentro del grupo de trastornos específicamente relacionados con el estrés (WHO, 2021).

Un primer análisis muestra que la especificidad del nuevo diagnóstico es dudosa porque es difícil encontrar diferencias entre dicho constructo y un motivo de consulta desencadenado por una pérdida, un duelo normal o la depresión mayor. Creemos que estas ambigüedades explicarían las diferencias de definición, existentes en el DSM-5, entre depresión mayor y duelo prolongado. Es conveniente, para la orientación del juicio clínico, retomar la distinción freudiana entre duelo y melancolía, señalar sus afinidades con la perspectiva clásica y mostrar su vigencia. El relato de un caso autobiográfico de la experiencia de un duelo, permite aplicar los conceptos y señalar lo difícil que resulta determinar sus límites entre lo normal, lo patológico y lo prolongado.

Definiciones en CIE-11 y DSM-5TR

Trastorno por duelo prolongado en CIE-11 (WHO, 2021)

“Es una perturbación en la que luego de la muerte de una pareja, padre, hijo u otra persona querida se da una respuesta de duelo persistente y profunda caracterizada por añoranza o preocupación persistente por el fallecido, acompañadas por un intenso dolor emocional (p. e.: tristeza, culpa, ira, negación, acusación, dificultad para aceptar la muerte acontecida, sentimiento de haber perdido de sí o que algo de uno mismo ha muerto, incapacidad para sentir emociones positivas, aturdimiento, dificultades para la vida social u otras

actividades). La respuesta de duelo se extiende por un período anormalmente largo luego de la pérdida (6 meses o más) y, claramente, supera lo esperado social o culturalmente, o según la religión que establece lo normal del duelo en cada contexto. La perturbación es causa de una disfunción significativa en lo personal, lo familiar, lo social, educacional, laboral y otras áreas importantes de la vida.”

Trastorno por duelo prolongado Criterios A, B y C en DSM-5 TR (Moran, 2021)

- A. Muerte de un ser cercano ocurrida al menos 12 meses antes (Si son niños, al menos 6 meses).
- B. Desde la muerte, desarrollo persistente de una respuesta de duelo caracterizada por uno a dos de los siguientes síntomas, que se presentan la mayor parte de los días en un grado clínicamente significativo. Los síntomas pueden ocurrir casi todos los días durante al menos un mes:
 1. Añoranza intensa por la persona fallecida.
 2. Preocupaciones con pensamientos o recuerdos del muerto (en niños y adolescentes, la preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte).
- C. Desde la muerte, al menos tres de los siguientes síntomas han estado presentes la mayor parte de los días en un grado clínicamente significativo. Los síntomas pueden ocurrir casi todos los días durante al menos un mes:
 1. Perturbación de la identidad desde la muerte (p. e. sentimiento como si parte de uno hubiera muerto).
 2. Sentimiento de marcada incredulidad para aceptar la muerte.
 3. Evitación de recuerdos o recordatorios que indiquen que la persona ha fallecido (en niños y adolescentes, puede estar caracterizado por esfuerzos para evitar los recordatorios).
 4. Dolor emocional intenso (p. e. ira, amargura, tristeza).
 5. Dificultad para seguir adelante: retomar relaciones y actividades luego de la muerte (p. e., dificultades para compartir con amigos, compartir intereses, o planificación futura).
 6. Aturdimiento (ausencia o marcada reducción de experiencias emocionales) como resultado de la muerte.
 7. Sentir que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte.
 8. Sentimiento de intensa soledad como resultado de la muerte.

Distintas denominaciones fueron consideradas previamente. Finalmente se acordó emplear la establecida en la CIE-11 -duelo prolongado (*prolongad grief disorder*)-, descartándose la que inicialmente figuraba en el DSM-5 (APA, 2013) -duelo persistente y complejo (*persistent complex bereavement disorder*)- porque la primera resultaba más simple. Además, hay una diferencia en cuanto al significado entre “*grief*” y “*bereavement*”, que en español se pierde. *Grief* significa duelo, dolor, pena profunda, luto; mientras que *bereavement* es el acontecimiento que causa un estado de dolor como la pérdida de un ser querido (Oxford Dictionary, 2022). En la nueva nomenclatura se eligió *grief* porque destaca el padecer subjetivo ante una pérdida.

En ambas nomenclaturas, el duelo prolongado refiere a la pérdida a causa de la muerte de un ser querido y a las vicisitudes subjetivas del doliente. Las diferencias con el duelo normal estarían dadas sólo por su duración y su intensidad. La presencia de pasiones tristes: nostalgia, tristeza, culpa, ira, amargura y la ausencia de sentimientos de placer en la vida cotidiana lo aproximan a la depresión. Las definiciones, sin embargo, no incluyen la ideación suicida, los autorreproches o sentimientos de inutilidad.

Antecedentes y controversias en torno a la pérdida y sus consecuencias

En la primera edición del DSM-5 se eliminó la reacción tras la muerte de un ser querido (duelo) como criterio de exclusión para hacer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor (APA, 2014). Por lo tanto, un paciente podía ser diagnosticado y tratado por una depresión, desarrollada a punto de partida de un duelo, si la intensidad y duración de sus síntomas perturbaban inusualmente su vida cotidiana.

En una nota al pie de los criterios diagnósticos de la depresión mayor (APA, 2013, p. 161), que figuran en la Sección II -donde se consignan los síndromes vigentes-, se hace referencia al juicio del clínico que debe poder distinguir el duelo y la depresión, e incluso, el momento en que uno vira hacia la otra. También se explica que la depresión mayor puede ser una respuesta a pérdidas significativas diversas (p. e. aflicción por la muerte de un ser querido, ruina económica, pérdidas por desastres naturales, una grave enfermedad médica o incapacitante). Vale decir que, una pérdida significativa, puede desencadenar el trabajo del duelo o una depresión. No hay ninguna referencia a un duelo complejo ni prolongado.

Pero en la Sección III del mismo manual (APA, 2013, pp. 789-790), donde figuran los trastornos que

requieren más estudios para su establecimiento, se incluye el entonces llamado duelo persistente y complejo, que se desarrollaría como un duelo excesivamente largo, que va complicándose con síntomas depresivos, pero donde lo central está en la idea de pérdida por muerte de un ser querido.

Por lo tanto, la primera versión del DSM-5 ya indicaba que entre los distintos grupos de trabajo había un debate implícito (o un desacuerdo) en torno al establecimiento de un hipotético trastorno por duelo patológico. Para algunos, es un duelo que viró hacia la depresión y, para los otros, es un trastorno específico y diferente de una depresión.

En otro lugar ya señalé (Levy Yeyati, 2014) que los grupos de trabajo para el establecimiento de los diferentes trastornos se comunican poco entre sí, y a veces parecen contradecirse. Es como si fueran grupos con intereses segregativos unos de los otros. Cada grupo, al demostrar la fiabilidad de un constructo específico al que se abocan, tendrá más posibilidades de obtener financiamiento para investigaciones o publicaciones. Pero las categorías psicopatológicas carecen de límites administrativos, netos y bien delimitables.

La pérdida en “Duelo y melancolía” de Freud

Desde que Freud publicó “Duelo y melancolía” en 1917 sabemos que la pérdida de la que se trata en el duelo admite acontecimientos diversos. Según Freud, el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada (por muerte o abandono) o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. Otras pérdidas que pueden ocurrir conciernen a nuestros bienes económicos, el trabajo, la salud. A raíz de idénticas influencias, agrega Freud, en muchas personas se observa la melancolía en lugar de duelo y por eso sospechamos una disposición enfermiza (Freud, 2006 a, [1917]). Como vemos, sus precisiones son tan clásicas y sencillas que se conservan en lo que afirmamos más arriba.

La distinción que introdujo Freud entre el duelo y la melancolía gira en torno al delirio de indignidad y al empequeñecimiento del yo, presentes en la melancolía y ausentes en el duelo. Es decir, Freud no considera que el duelo pueda complicarse, sino que se superará a no ser que se transforme en una melancolía -que es su modo de nombrar un duelo patológico.

[Al duelo] “... nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo

se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo” (Freud, 2006 a, [1917]: 242).

Algo análogo planteó Freud a propósito de las neurosis traumáticas (precursoras del estrés postraumático): desaparecido el factor desencadenante (la guerra) la neurosis se evaporaba. Y si persistía había que pensar en otro diagnóstico y no en una neurosis traumática (Freud, 2006 b, [1919]).

En el duelo, así como en la neurosis traumática, la reacción normal a un acontecimiento extraordinario acentúa el lado traumático (en un sentido subjetivo u objetivo) de la ecuación causal. En ambos el factor accidental prevalece por sobre la disposición constitucional -para emplear la fórmula de las series complementarias-. Si, por el contrario, lo que prevalece es una disposición individual, la manifestación sintomática ya no pertenecerá ni al duelo ni a la neurosis traumática, aunque haya sido precipitada por ello. (Estas distinciones tienen un gran interés pronóstico y terapéutico que aquí sólo puedo mencionar).

Un caso de duelo autobiográficamente narrado

Los autores de la CIE-11 y del DSM-5 obtuvieron los datos más relevantes en trabajos de campo basados en entrevistas de individuos dolientes de la población, como el realizado por *Yale Bereavement Study* (Prigerson, 2009). Este estudio comprende principalmente ancianos, viudas, mujeres caucásicas, residentes de una región pequeña de Estados Unidos cuyos cónyuges fallecieron principalmente por causas naturales. Otros estudios también incluyeron mayoritariamente mujeres, viudas, blancas y bien educadas.

El año del pensamiento mágico es un ensayo autobiográfico que escribió Joan Didion (2005), escritora y periodista, tras la muerte de su marido, luego de 40 años de casados. Dadas algunas coincidencias de la autora con la población de referencia considero oportuno exponer sus reflexiones, testimonio de experiencias singulares, donde trata el duelo con simplicidad desde un punto de vista clásico.

En el relato de Didion la excesiva precisión cronológica alterna con *flashbacks* de su historia. Lo que no significa que ella quiera recordar. Lo que muy a su pesar retorna, como en oleadas, la devuelve a un tiempo en que busca cambiar lo acontecido: que John, su marido, no estuviera muerto. El efecto torbellino -como lo denomina- es una compulsión a evocar y asociar que no puede detener. El torbellino tiene el matiz del autorreproche y la perplejidad: si hubiera sabido in-

terpretar a tiempo gestos, dichos, escritos, que ahora retornan en su mente como signos enigmáticos, el destino habría sido otro. Aunque es una mujer muy racional, se siente culpable de su muerte por no haber entendido a su compañero.

Alojarse en un hotel donde transcurrieron muchos años de su vida junto a su esposo y su hija -gravemente enferma, residente en otra ciudad a donde Joan debe trasladarse mientras escribe- fue un modo que encontró para defenderse de la angustia y la culpa. El hotel es el Beverly Wilshire que le parece el único sitio “... donde todo seguiría igual, donde nadie conocería los acontecimientos de mi vida reciente... donde yo todavía podría ser la persona que había sido antes de que sucediera nada de todo aquello” (Didion, 2005, p. 89).

Si forzamos la equivocidad translingüística podríamos interpretar lo siguiente: *wil-shire* es el condado o el territorio de la voluntad, del control de sí, de su deseo. La *terra cognita* donde el pensamiento de Joan reina omnipotente y cuya superstición le permite sostenerse.

Pero la defensa, por la que mantiene vivo a su esposo en ella, es la otra cara del trabajo del duelo que debe realizar para poder perderlo. No podía evitar la rumiación: “Si yo hubiera hecho tal o cual cosa ¿acaso estaría John vivo o Quintana sana? ¿Acaso me hacía falta revivir hasta la última de mis equivocaciones?” Ser empujada a asociar, evocar, dudar es repetir el examen de la realidad que le muestra que el objeto amado ya no existe, no para comprender, sino para poder desinvertirlo y separarse. Ese trabajo resulta antinatural para el psiquismo que no quiere abandonar una posición libidinal alcanzada. Freud nos explica que “esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo” (Freud, 2006 a, [1917]) p. 242). La dolorosa experiencia está atravesada por remordimientos, culpas, reproches que, a pesar de ser disparatados, nos parecen muy naturales. Al perder a su compañero pierde más que a un ser querido, pierde los fundamentos de un estilo de vida.

Más allá del necesario trabajo íntimo del duelo, Didion tiene en cuenta un factor de presión social. Tal como lo que expresó G. Gorer, vivimos en tiempos en que hay un rechazo del duelo en público y esto genera una presión cada vez mayor, que impone el “deber ético de divertirse”, como un nuevo “imperativo de no hacer nada que pudiera reducir la diversión de los demás” (-Gorer, 1965, citado en Didion, 2005). Tanto en Inglaterra como en Estados Unidos, comenta, la tendencia contemporánea consiste en tratar el duelo como una

autocompasión morbosa y en conceder admiración a aquellos parientes del difunto que esconden tan bien su dolor que nadie podría adivinar lo que les pasó.

Si hace falta incluir el duelo en una clasificación de trastornos mentales esto puede obedecer a múltiples factores. Es cierto que la perturbación puede causar una disfunción significativa (personal, familiar, social). Pero también hay como un imperativo de vivir bajo el empuje a ser felices y divertirse de lo contrario estamos mal. El trabajo de duelo, que en ella llevó un tiempo y un dolor incalculable, no encajan en ningún estándar, siempre habrá sido excesivamente largo, penoso, mortificante y secreto. La escritura fue su conjuro.

Conclusiones e interrogantes

¿Cuáles son los alcances, los límites y las resonancias culturales del nuevo diagnóstico? El trastorno por duelo prolongado puede ser una herramienta útil para asistir a personas que lo necesitan, especialmente a la población longeva que enviuda. Pero también introduce el riesgo de la medicalización del duelo.

Los autores del duelo prolongado no quieren ser considerados representantes de discursos culturales hegemónicos. Por lo tanto, en los trabajos realizados para respaldar la promoción del nuevo trastorno, explican que el duelo prolongado es una reacción normal, pero de duración e intensidad anormal. Definición cuyo argumento, en cuanto a la idea de reacción normal, es comparable con el que se dio en el DSM-III para establecer el estrés postraumático: una reacción normal ante un acontecimiento anormal.

Aunque reconocemos la existencia de síntomas típicos y síndromes estables a lo largo de las épocas, hoy sabemos que las nomenclaturas también son construidas socialmente -en el sentido de Ian Hacking (2001)- y que cambian vertiginosamente. Por un lado, hay una tendencia a la despatologización de algunos aspectos de la vida mediante la modificación o cancelación de muchos trastornos mentales. Por otro lado, se patologizan aspectos de la vida que hasta entonces se consideraban naturales mediante su inclusión como nuevo trastorno. Los cambios se deben a múltiples interacciones: no sólo participan comités de expertos e instituciones oficiales que los financian, sino también asociaciones civiles diversas, grupos de pacientes, de usuarios, de familiares, la industria farmacéutica y editorial, etc.

A propósito del duelo prolongado se introduce la misma clase de interrogantes que surgieron frente al establecimiento del estrés postraumático: en cuanto a los criterios para definirlo ¿constituye un trastorno

único y específico o representa una combinación, antiguamente reconocida, entre ansiedad de separación, depresión o estrés postraumático?; ¿se trata de individuos predispuestos a otras patologías y lo que el duelo dispara es la tendencia subyacente?; la inclusión del trastorno por duelo prolongado ¿contribuye a la medicalización de las emociones humanas o es un nuevo modo de atender vicisitudes luctuosas en una sociedad cada vez más longeva?

Ya ha sido demostrado (Cf. Young, 1995) cómo en 1980 el estrés postraumático respondía particularmente a las necesidades de los veteranos de Vietnam, al reclamo de sus derechos a recibir compensación y reconocimiento tras una vergonzosa derrota. En 2022 ¿hay algún grupo o comunidad que reclame derechos a través del diagnóstico de duelo prolongado? Hasta ahora sólo parecen beneficiados sus autores, pero una investigación siguiendo esta pregunta no parece vana.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition DSM-5TM. American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association (2014) Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5 [Archivo PDF] <https://www.psychiatry.org>
- Didion, J., (2005) *El año del pensamiento mágico*. Literatura Random House
- Freud S., (2006) [1917]Duelo y melancolía. En *Obras Completas*.Vol. XIV (pp. 241-255). Amorrortu
- Freud, S., (2006 b)[1919] Introducción al Simposio sobre las neurosis de guerra. En *Obras Completas*. Vol. XVII. Amorrortu
- Gorer G., (1965) *Death, Grief, and Mourning*. Doubleday
- Hacking I., (2001). *¿La construcción social de qué?* Paidós
- Levy Yeyati, E., (2014) Trastorno por estrés postraumático: cambios significativos en el DSM-5. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.*, Vol. XXV, 68 – 72 [Archivo PDF] <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex126.pdf>
- Moran, M., (2021) Updated DSM-5 Text Revisions to Be Released in March [Archivo PDF] <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.1.20>
- Oxford University Press. Definition of grief; bereavement. En *Oxford English and Spanish Dictionary, Synonyms, and Spanish to English Translator*. Recuperado el 2 de febrero de 2022 de <https://www.lexico.com/>
- Prigerson ,H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin,K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C. Neimeyer, R.A., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B.T., Johnson,J.G., First, M.B., Maciejewski, P.B. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and CIE-11. *PLoS Med* <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- World Health Organization (2021). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIE-11) 6B42 Prolonged grief disorder <https://CIE.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/CIE/entity/1183832314>
- Young, A., (1995). *The Harmony of Illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.