

# DUELO PATOLÓGICO MELANCOLIZADO

Martí Bonany, Josep - Jiménez Contreras, M<sup>a</sup> Josefina – Kuffer Melen, Eduardo Pablo  
Psiquiatría. Parc de Salut Mar. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Centres Assistencials Emili Mira  
(Santa Coloma de Gramenet)

## INTRODUCCIÓN

La depresión mayor es el trastorno mental más frecuente en esta época. Su forma más grave es la depresión melancólica cuya característica esencial es la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, o una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Además se debe acompañar de al menos tres de los síntomas siguientes: ánimo depresivo peor por la mañana, despertar precoz, enlentecimiento o agitación psicomotora, anorexia significativa o pérdida de peso, o culpabilidad excesiva o inapropiada.

Estos síntomas pueden también manifestarse en el caso del duelo, cuando éste se complica. La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. Este cuadro se aproxima a nuestra comprensión si consideramos que el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí. Pero en todo lo demás es lo mismo.

Nos parece interesante dar a conocer un caso que se presenta como Depresión Mayor con síntomas melancólicos que deviene, por su resolución, en un duelo patológico melancolizado.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 43 años, casada, una hija de 7 años. Trabaja en forma independiente en un negocio familiar. Sin antecedentes psiquiátricos previos. No antecedentes médicos de interés.

Consulta por clínica depresiva refractaria a tratamiento ambulatorio con Venlafaxina hasta dosis de 225 mg/d.

Al ingreso destaca humor depresivo. Enlentecimiento psicomotriz. Apatía, anhedonia, anergia, pérdida de la ilusión y del impulso vital. Baja autoestima. Pensamientos rumiativos de ruina y culpa de características deliroides. Sentimientos de desesperanza. Hiporexia con pérdida de peso e insomnio. Ideas tanáticas, sin ideación autolítica estructurada. De especial interés en la exploración psicopatológica son los sentimientos de autorreproche que la paciente presenta por sentir que toda su vida ha sido un engaño, intentando dar una falsa imagen de su persona y creando falsas expectativas en los demás.

Se procede al ajuste farmacológico con Venlafaxina hasta 300 mg/d, Mirtazapina 30 mg/d y Quetiapina 300 mg/d, con respuesta clínica parcial.

Durante las entrevistas comentamos sobre diferentes duelos a lo largo de su vida (muerte de su madre y su hermana en la juventud, embarazo 6 meses previo al ingreso tras período de infertilidad que posteriormente termina abortando a las 12 semanas en forma espontánea). Se realiza abordaje psicoterapéutico intentando elaborar con la paciente el proceso del duelo y la pérdida que hasta entonces la paciente no había realizado. Se intenta trabajar en torno a su autorreproche, haciéndole ver que todo estos sentimientos de engaño eran una forma inconsciente de traspasar hacia su propia persona los sentimientos hacia el feto abortado, o sea una identificación yoica al objeto perdido y un castigo Super -yoico al mismo. De esta manera, se observa una lenta progresión hacia la mejoría. La paciente es capaz de reconocer y verbalizar las emociones que esto le genera y progresivamente se observa una mejoría de la sintomatología por lo que se decide alta.

## CONCLUSIÓN

Es interesante tener en cuenta que muchas veces un duelo no elaborado adecuadamente puede presentarse en forma de melancolía y que un adecuado enfoque psicoterapéutico sumado a la optimización del tratamiento farmacológico contribuye considerablemente a la remisión del cuadro clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. S. Freud. (1917). "Duelo y Melancolía".
2. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (10th ed.) Baltimore: Lippincott: Williams & Wilkins.