



MI MARIDO TIENE ALGO QUE DARME"- ALUCINACIÓN DE DUELO O SENSACIÓN DE PRESENCIA CONTINUA. A PROPÓSITO DE UN CASO

¹María Victoria López Rodrigo, ²María Palomo Monge, ³Vicent Ros Fons, ⁴Alexandra Osca Oliver, ⁵María Lerma Verdejo.

mariavlzrd93@gmail.com

Duelo, depresión, psicosis

Mourning. Psychosis. Depression.

RESUMEN

La depresión psicótica se encuadra como un grave tipo de depresión mayor en el que aparece clínica psicótica en forma de delirios y alucinaciones, generalmente congruentes con el estado de ánimo. Se diferencia de la depresión no psicótica en diagnóstico, tratamiento y pronóstico. También en prevalencia con un 0.4% en países europeos versus el 2% de las depresiones no psicóticas.

Es importante tener en cuenta el aumento del riesgo suicida.

El objetivo terapéutico es la remisión completa de la clínica tanto afectiva como psicótica. Se acepta como tratamiento de los episodios agudos la combinación de antidepresivos y antipsicóticos así como la Terapia Electroconvulsiva en primera línea. Se aconseja tratamiento de mantenimiento.

Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedentes familiares de esquizofrenia (hermano y sobrina) en seguimiento en consulta de psiquiatría por clínica de depresión mayor (labilidad, llanto, aislamiento social) tras el fallecimiento repentino de su marido por COVID 19 hace dos años.

MI MARIDO TIENE ALGO QUE DARME"- ALUCINACIÓN DE DUELO O SENSACIÓN DE PRESENCIA CONTINUA. A PROPÓSITO DE UN CASO

La paciente refiere no haberse podido despedir, pues falleció fuera de casa, verbalizando la incapacidad de "desprenderme de él". Acude a Urgencias tras un año en tratamiento con paroxetina con un cuadro de alucinaciones auditivas de aparición reciente en las que escucha a sus vecinos hablar sobre su esposo y llegando a pensar que éste no había fallecido nunca.

INTRODUCCIÓN

Alucinación de duelo o depresión psicótica

La definición amplia de **duelo**, "la reacción psicológica que se produce ante la pérdida de alguien o algo significativo para nosotros", incluye toda aquella pérdida significativa emocionalmente para un individuo, sin embargo, el uso más frecuente del término se da en relación al fallecimiento como forma de pérdida de un ser querido, pudiendo adaptar la definición "reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después de su fallecimiento".

De manera que se trata de un proceso psíquico normal, sin implicar patología y que suele evolucionar favorablemente (excepto en un 10-15% de las ocasiones) y depende tanto de las características del individuo y su forma de abordar el dolor, como de el contexto sociocultural en el que se desarrolla la pérdida.

En la mayoría de modelos el duelo se divide en cuatro etapas:

- Shock. Fase de incredulidad y vivencia de irrealidad.
- Evitación o negación (3-4 semanas). Labilidad, ansiedad, sentimientos de culpa. En esta fase puede aparecer el fenómeno de búsqueda (del fallecido).
- Desesperación y dolor (4-5 meses). Apatía, desesperanza, llanto... Suele ocurrir una vez acabadas las ceremonias y rituales.
- Recuperación. Mira al futuro.

MI MARIDO TIENE ALGO QUE DARME"- ALUCINACIÓN DE DUELO O SENSACIÓN DE PRESENCIA CONTINUA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Las disfunciones psíquicas relacionadas con el duelo se recogen en dos conceptos relativamente nuevos: el trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5) y el trastorno de duelo prolongado (CIE-11).

En este sentido la percepción sensorial espontánea del difunto se ha sugerido como parte de la orientación hacia la pérdida y como satisfacción temporal del anhelo por el fallecido. Esta alteración de la sensopercepción se ha descrito en todas sus modalidades (visual, auditiva, olfativa...) y se conocen como *alucinaciones de duelo*, aunque la mayoría de autores sugiere no usar el término alucinación para que no adquiera tinte patológico, y se decantan por el término "*experiencias de presencia continua*" (Hayes & Leudar, 2016) o "*sentido de presencia*" (Steffen & Coyle, 2010).

Estas alucinaciones de duelo se han descrito en múltiples estudios desde un punto de vista cualitativo incluyen visualizar al fallecido total o parcialmente (por ejemplo las manos), recibir instrucciones verbales, palabras de consuelo o incluso insultos; sentir un abrazo o una caricia; oler perfumes, tabaco... así como sentir de alguna manera la proximidad física del difunto o sensación de vigilancia.

Las alucinaciones de duelo no implican una condición establecida para determinar que un duelo se ha complicado o diagnosticar de un duelo patológico, si bien es cierto que suele presentarse como una característica asociada a otras (como la persistencia de clínica de duelo más allá de los 6-12 meses posteriores al suceso) que apoya el diagnóstico.

Sin embargo, puede aparecer también en duelos no desadaptativos. Con mención especial en este caso a la vivencia positiva que el individuo tiene de estas alteraciones sensoperceptivas. Se han descrito este tipo de sensopercepciones, también en muestras no clínicas sin aparición de duelo, dándole una vivencia de paranormal o espiritual. De manera que el vínculo entre las alucinaciones de duelo y las alucinaciones como característica de enfermedad mental todavía no están claramente definidas.

Uno de los últimos metaanálisis publicados en 2018 en torno a este tema que incluye 57 estudios en total arrojó los siguientes resultados.

MI MARIDO TIENE ALGO QUE DARME"- ALUCINACIÓN DE DUELO O SENSACIÓN DE PRESENCIA CONTINUA. A PROPÓSITO DE UN CASO

- La pérdida conyugal se asocia significativamente con sensación de presencia y alucinaciones visuales.
- La edad media muestra una relación indirecta y significativa con alucinaciones de tipo olfativo o auditivo.
- A mayor tiempo transcurrido desde la pérdida aparecen significativamente más alucinaciones visuales y táctiles.

Describen que la prevalencia estimada de tener alucinaciones de duelo es 56,6% (IC 95% 49,9-63,2), lo cual implica que prácticamente la mitad de las personas en duelo experimentan algún tipo de alucinación o alteración sensorial en este periodo. Implica una prevalencia considerablemente mayor a la aparición en la población general que sería de un 6%.

En contraposición y con respecto al diagnóstico diferencial, la depresión psicótica se encuadra como un grave tipo de depresión mayor en el que aparece clínica psicótica en forma de delirios y alucinaciones, generalmente congruentes con el estado de ánimo. Se diferencia de la depresión no psicótica en diagnóstico, tratamiento y pronóstico. También en prevalencia con un 0.4% en países europeos versus el 2% de las depresiones no psicóticas.

Es importante tener en cuenta el aumento del riesgo suicida.

El objetivo terapéutico es la remisión completa de la clínica tanto afectiva como psicótica. Se acepta como tratamiento de los episodios agudos la combinación de antidepresivos y antipsicóticos así como la Terapia Electroconvulsiva en primera línea. Se aconseja tratamiento de mantenimiento.

CASO CLÍNICO

En este contexto presentamos el caso de una mujer de 71 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital acompañada de sus hijas por presentar alucinaciones auditivas.

MI MARIDO TIENE ALGO QUE DARME"- ALUCINACIÓN DE DUELO O SENSACIÓN DE PRESENCIA CONTINUA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sobre la situación basal, se trata de una mujer de 71 años, viuda desde hace dos, madre de tres hijos. En el momento actual vive sola en el domicilio familiar. La paciente trabajó en el sector de la confección, se jubiló a los 65 años. Estudios básicos.

Sin antecedentes somáticos reseñables. Describe antecedentes familiares de esquizofrenia en un hermano y una sobrina.

Como antecedentes psiquiátricos la paciente se encuentra en seguimiento en consultas externas de psiquiatría cumpliendo criterios diagnóstico de duelo patológico y depresión mayor desde hace dos años. Presentando una clínica persistente consistente en llanto incoercible a lo largo del día, apatía, anhedonia, pérdida de la esperanza, aislamiento social, tendencia a la clinofilia, embotamiento afectivo...

El inicio del cuadro se da en el contexto del fallecimiento de su marido en tiempo de cuarentena por COVID19, en circunstancias desconocidas y fuera del domicilio en una finca. Fue la policía la que le informó del suceso y desde entonces no ha querido hablar sobre el tema, refiere "le siento presente...no quiero soltarle...no puedo desprenderme de él", tampoco se unió al funeral ni al entierro "no quiero despedirme de él".

Tras 2 meses desde el fallecimiento la paciente inicia seguimiento en CEX psicología, a los 10 meses inicia seguimiento también en Psiquiatría, iniciando tratamiento con paroxetina que mantiene en dosis ascendentes hasta el momento actual (un año después del inicio) en que la pauta es de 30mg, persistiendo la clínica.

En el día de hoy, acude al SUH en el contexto de aparición reciente (hace dos semanas) de alucinaciones auditivas con respecto a sus vecinos, en que la paciente describe detalladamente conversaciones en que hablan sobre su marido, diciendo que no ha fallecido y que tienen una serie de pertenencias que él quiere que le den. De esta manera pasa los días en el salón de su casa, escuchando estas conversaciones, con pérdida absoluta de apetito y de higiene, alteración en la arquitectura del sueño (pequeñas siestas a lo largo de todo el día). Manifiesta también haber visto luces por la ventana, pertenecientes a "una procesión... en que decían mi nombre y el de mi marido... decían que no estaba muerto... que era un milagro".

MI MARIDO TIENE ALGO QUE DARME"- ALUCINACIÓN DE DUELO O SENSACIÓN DE PRESENCIA CONTINUA. A PROPÓSITO DE UN CASO

La paciente manifiesta creencia firme de realidad de las mismas, con escasa reductibilidad, afirma haber acudido al hospital tras contárselo a sus hijos, refiere, además sentimientos positivos hacia las alucinaciones, sintiéndose más tranquila y en paz desde que aparecieron por la creencia del no fallecimiento del marido. Si bien, presenta angustia y ansiedad en relación a no poder ver ni escuchar a su esposo "solo les escucho hablar de él...de que sigue vivo", pero no en relación a las alucinaciones. La tristeza y llanto que aparecían al principio habían desaparecido.

Debido al cuadro se decide ingreso en UHB para ajuste farmacológico. Se inicia Citalopram, Mirtazapina y Cariprazina. En este contexto al cabo de una semana desaparecen las alucinaciones auditivas, que persistían también en el hospital, tras lo que se le dio el alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. R.A. Neimeyer. Aprender de la pérdida. Paidós, (2002),
2. D.M. Bass, K. Bowman. Transition from caregiving to bereavement: The relationship of care related strain and adjustment to death. *Gerontologist*, 30 (1990), pp. 35-42Dubovsky SL, Ghosh BM, Serotte JC, Cranwell V. Psychotic Depression: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment. *Psychother Psychosom*. 2021;90(3):160-177. doi: 10.1159/000511348. Epub 2020 Nov 9. PMID: 33166960.
3. Austad, A. (2015). *Passing Away – Passing by*. MF Norwegian School of Theology, Oslo.
4. Barbato, M., Blunden, C., Reid, K., Irwin, H., & Rodriguez, P. (1999). Parapsychological phenomenon near the time of death. *Journal of Palliative Care*, 15(2), 30-37
5. Field, N. P., & Filanosky, C. (2010). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies*, 34(1), 1-29. doi:10.1080/07481180903372269