

Ensayo

Los Trastornos por Pérdidas. El Dolor de Perder

* Susana Novelo Pichardo

Resumen

PALABRAS CLAVE:

Pérdida, Duelo, Luto, Principio de placer, Principio de realidad, Apego emocional.

Los **trastornos por pérdidas** se estudian de manera general en la consulta homeopática; no obstante, en la práctica se observa que la cantidad de pérdidas “inadvertidas” por las que el ser humano puede transitar es mucho mayor de lo que se presume, así como lo es el duelo que entraña el hecho de perder.

Toda pérdida, del tipo que sea, conlleva la tristeza como común denominador, más intensa en la medida que más intenso es el vínculo de apego hacia lo perdido y esa pérdida afecta más profundamente el autoconcepto, circunstancia conocida como “duelo”.

El término pérdida casi nunca se relaciona con la pesadumbre que se experimenta ante la frustración e indignación por contrariedades como: ser objeto de un abuso o humillación, ser despreciado, sucumbir ante una discusión, sufrir un accidente, padecer una decepción de amor, perder una posición, el patrimonio, un órgano o una función; no obstante, son situaciones en las que el sujeto sufre el pesar de perder entre lo que desearía que fuera y lo que le está aconteciendo en la realidad.

Dado que comparten el mismo origen etimológico, no es de extrañar que el concepto dolor se haya asociado intuitivamente con el dolor físico y ciertas enfermedades orgánicas.

Este trabajo pretende evidenciar la importancia de comprender el dolor de perder, con la acepción de duelo a la manera de antaño: “una lucha entre dos” —el principio de placer y el principio de realidad—, así como exponer la enorme cantidad de duelos que pasan inadvertidos detrás de síntomas como: culpa, rencor, vergüenza, nostalgia, adicciones u otros en los que hay una pérdida trascendente que necesita sanar.

En todo caso de pérdidas significativas es necesario desmitificar la creencia de que los duelos se resuelven sólo con medicamentos, plegarias o pensamientos positivos; es necesaria la elaboración del duelo hasta lograr la plena aceptación del hecho, una reinención del sí mismo y una re-estructuración del proyecto de vida, sin aquello que se perdió. Esta circunstancia representa un área de oportunidad para que los médicos homeópatas se capaciten en el tema, a fin de incrementar sus habilidades de comunicación y empatía.

ENMH-IPN; especialidad en Homeopatía de México, A. C. Colegio de Médicos Homeópatas del Centro, A. C.; Colegio de Médicos de Irapuato, A.C.; Instituto de Semiología Aplicada, A. C.; Sociedad de Psicoanálisis del Centro, A. C.; Universidad Candegabe de Homeopatía, Tanatología-Universidad Regional del Sureste.

Correo: sunovel01@yahoo.com.mx

Abstract

KEYWORDS:

Loss, Miss, Mourning, Reality principle, Pleasure principle, Emotional attachment.

The ailments of loss are usually studied in the homeopathic interview; however, in real life, the amount of “unadvised” losses that people must go through, is bigger than its supposed to, as well as the mourning that means the fact of lose.

Any loss, whatever, entails sadness as a common denominator, so deep as stronger is the connection to the loss, and this one affects the self-concept, circumstance known as grief or mourning.

The loss meaning, is not usually related to the grief for indignation or frustration for being abused, humiliated, scorned, to lose a discusion, suffering an accident, a love dissapointment, lost position, lost wealth, lose an organ or function; however, a lot of them are situations that make feeling sorrow, by losing what he wishes and what it is happening in real life.

It is not strange the physical pain be asociated with whatever, emotional sorrow and several illnesses, due to they share the same etimologycal origin.

It is very common to find out in the medical interview the outcoming of pending griefs as: guilt, resentment or desire for revenge, to go accompanied with homesickness, bitterness and pessimism.

This work pretends to set out how important is to understand the sorrow to loss as it was in ancient times, a “duel between two” –the pleasure principle versus the real principle– and expose the huge amount of unnoticed mournings behind symptoms as guilty, remorse, shame, homesickness, adictions and many more in those that means a trascendant loss that needs healing.

Introducción

La pérdida de un ser querido, el cambio de residencia, la pérdida de un trabajo, de mascotas u objetos valiosos. Todos los días experimentamos pérdidas y es imperativo comprender cómo trascenderlas.

Dr. Alfonso Ruiz Soto.



Figura 1. El duelo en la Edad Media.

Para hablar de pérdidas o perder, es inevitable referirse al concepto de **duelo**. El origen etimológico del término proviene del latín *duellum*, “dúo” (dos), y *bellum*, “guerra, combate”, por lo que

su significado literal es “enfrentamiento entre dos”¹. Esa lucha –en ocasiones a muerte– solía llevarse a cabo en la Edad Media como solución a una mínima ofensa o humillación al honor, entre dos caballeros que vestían armadura y un casco²; lo habitual era que uno de los dos debía **perder**³.

Se conoce así también al periodo de luto posterior a la muerte de un ser querido, lo que en apariencia no guarda relación con la descripción anterior; no obstante, uno de los objetivos de este artículo pretende evidenciar esa correspondencia en la vida cotidiana, toda vez que **pérdida o perder** genera una aflicción por **dejar de tener a la vista** a algo o alguien, ya sea por enfermedad, accidente o adversidad. También alude a la aflicción por desperdiciar o dilapidar algo, como, por ejemplo, la salud, el dinero o el tiempo. De igual forma, el no conseguir lo que se desea o ama, ser humillado, despreciado, “**ser perdido de vista**” por alguien, abandonado o sometido en una discusión o de cualquier otra forma, es decir, “perder la batalla” en

cualquier aspecto de la vida, genera alteraciones del estado de ánimo leves o severas y reacciones fisiológicas que afectan a la salud en relación con qué tan prolongado sea ese período de tensión emocional⁴.

De *duellum* se deriva el vocablo *dolūs*, que significa **dolor**, casi siempre presente en las enfermedades físicas, pero invariablemente cierto ante el hecho de perder⁵. Esta será la metáfora para abordar el complejo tema que entraña el dolor de perder.

La exigencia de ganar

Dos enemigos son un mismo hombre "dividido".
Émile Cioran, filósofo.

Siendo la vida el valor más importante por salvaguardar, los médicos están condicionados socialmente a ganar, utilizando metáforas de guerra como "luchar", "combatir" o "vencer" a la enfermedad y "triunfar" sobre la muerte, ser "héroes que salvan vidas", para lo cual cuentan con un "arsenal", "nuevas armas", etcétera, con lo que se deposita una carga emocional muy fuerte en su papel ante sus colegas y ante la colectividad que exige y reclama ese éxito a toda costa. Los enfermos, por su parte, están habituados a entablar una "guerra", "lucha" o "batalla", y ser una "guerrera" o un "guerrero" que triunfará sobre la enfermedad o perderá contra ella⁶.

La tradición, la moda y la cultura de esta sociedad cada vez más competitiva también imponen la obligación de triunfar, ser exitosos, tener lo mejor, lo más costoso, tener la razón, ser atractivo, tener estatus, reconocimiento, etcétera⁷.

La realidad pone en evidencia día a día que esa exigencia es poco realista, ya que no siempre se puede ganar ni ser el que más; constantemente se experimentan pérdidas, desacuerdos, desilusiones, renunciaciones, separaciones; todos los vínculos que se establecen son perecederos: la vida de los seres queridos incluyendo a las mascotas, los objetos materiales, la salud, la riqueza, la fama, etcétera, no duran para siempre y su decadencia o final pueden presentarse en cualquier momento y a cualquier edad, por lo que constantemente se experimenta pesar y debe realizarse un trabajo de duelo ante cada una de estas circunstancias, considerando

que de cada pérdida y cada duelo el individuo salga fortalecido gracias a los mecanismos psicológicos de resiliencia⁸.

La literatura para médicos sobre el tema de la muerte y las pérdidas es escasa, y es necesario que todos, sin excepción, estén capacitados para hacer frente a las pequeñas y grandes pérdidas, las suyas y las de sus pacientes, así como para aceptar la incurabilidad como una posibilidad y acoger a la muerte del enfermo al que tratan como un potencial desenlace, y brindarle a él y a sus familiares al menos la contención primaria, toda vez que la mayoría de los individuos no están en posibilidad de acceder a un terapeuta o tanatólogo⁹.

Es necesario desmitificar que los pacientes se "curaron de la tristeza" con tal o cual medicamento; si el paciente no realiza la expresión de su sufrimiento y un trabajo personal de elaboración del duelo, hasta la comprensión, resignificación y aceptación del hecho y la reconstrucción de su autoconcepto y proyecto de vida, quizá nunca alcancen un estado verdaderamente saludable¹⁰.

Tipos de pérdidas

Es tan frágil depender de todo.
(Tema: *Tu locura*) Gustavo Cerati, músico.

Los seres humanos construyen vínculos de afecto o apego con su madre de manera natural desde la más temprana infancia, debido a la necesidad de tener una base segura a donde volver cuando hay situaciones de estrés o angustia, prosperar en la cimentación de una estructura de personalidad, aprender a tolerar la frustración e incrementar su capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes (Bowlby-1988)¹¹.

Este vínculo debe resolverse de manera favorable y ser posteriormente desplazado a otras personas, objetos o circunstancias, para diversificar sus pilares de estabilidad y progresar en la construcción de una imagen valiosa de sí mismos conocida como **autoconcepto**.

Como el vínculo de apego con la madre a menudo no se satisface de forma eficiente, el apego hacia otras personas, situaciones u objetos se construye de manera desmedida o patológica, por lo que la muerte o la pérdida de cualquiera

de ellos genera que el individuo se “desintegre”, experimentando un extenso abanico de reacciones emocionales, caracterizadas fundamentalmente por el asombro, la resistencia, la confusión, el enojo, la culpa o la tristeza¹².

Habiendo sido descrito antes lo que significa perder, se dirá en forma sucinta: **perder**, por antonomasia, significa **no ganar**, verse vencido, tener que rendirse, quedar segundo, verse humillado, ver frustradas las expectativas. El código **duelo** que desde antaño expresa “una lucha entre dos”, es un verdadero choque entre lo que una persona desearía que fuera y lo que la realidad es, que Freud (1760) describiera como el **principio de placer** y el **principio de realidad**¹³.

El proceso de duelo es una experiencia universal inevitable; un proceso emocional y cognitivo que, durante sus diversas fases, tiene como objetivo liberar diversas emociones y conducir al individuo hacia la comprensión de la pérdida como algo irreversible que eventualmente debe aceptar como cierto¹⁴.

Hay pérdidas y duelos incidentales o periféricos que provocan una aflicción momentánea, pero no afectan significativamente a la persona ni a su entorno, como extraviar un bolígrafo, no encontrar un libro o recibir un insulto de un desconocido¹⁵.

No obstante, hay circunstancias que, aun cuando en **apariencia** no son tan importantes como sentirse contrariado por no ser tomado en cuenta, recibir una crítica, discutir con alguien, ser ignorado o menospreciado, experimentar ingratitud, sarcasmo, sufrir una traición, perder dinero o un negocio, o bien, ser sustituido en un puesto de trabajo o ser objeto de burlas, entre un largo etcétera, son situaciones que hacen experimentar a una persona un dolor: el dolor de perder, al que Freud llamó **herida narcisista** o **huella de abandono**¹⁶. Ésta se origina en la primera infancia ante la separación poco efectiva de la madre, y aunque esto cause dolor, paradójicamente, es necesario que ocurra para que, ante las pérdidas, el sujeto experimente el mundo empobrecido, recupere su energía libidinal y vaya en busca de lo que lo colme, lo fortalezca y se reconstruya a sí mismo gracias a su capacidad de resiliencia, esa cualidad para restablecerse, redefinirse, re-estructurar su autoconcepto y eventualmente su proyecto de vida; es decir, reinventarse para ser capaz de seguir adelante, sin la presencia de lo perdido¹⁷.

En el extremo de la experiencia existen

pérdidas muy trascendentes o centrales, que lesionan el autoconcepto y el proyecto de vida. Hablamos de un divorcio, la pérdida del cónyuge o de un hijo, el despido del trabajo, la pérdida de la libertad, de una empresa, del patrimonio, etcétera, ante los cuales una persona puede identificarse con lo perdido y quedar deshecha, perdiendo el resorte pulsional y abandonarse a un estado de melancolía¹⁸.

Como ejemplo se cita un caso de dominio público: un reconocido pianista pierde un brazo en un accidente de motocicleta; no sólo perdió una parte eficiente de su cuerpo, sino también vio lesionado su autoconcepto, su vocación, su medio de subsistencia, su presente y su futuro; en suma, su proyecto de vida, por esa extremidad que perdió. Giovanni V. no pudo con ese torbellino de dolor y terminó por quitarse la vida^{19, 20}.

El ejemplo antes citado pone en evidencia que los duelos ocurren en cascada y pueden dejar a una persona rota, llevarla al despeñadero, a ser el detonante de un sinfín de trastornos emocionales, enfermedades crónicas y, eventualmente, a morir²¹.

La muerte: el inevitable final de un ciclo

La muerte es una vida vivida, la vida es una muerte que viene.
Jorge Luis Borges, escritor.



Fig 2. Reloj de arena.

La muerte es consustancial a la vida, no se puede concebir a la una sin la otra. Es el destino inevitable de todo ser viviente, es la experiencia final de la existencia que constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación pronosticada de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse²².

La muerte de un ser querido es una pérdida central que impacta el autoconcepto y el proyecto de vida y suele desencadenar un proceso reflexivo sobre

la posibilidad de la propia muerte²³. Dicho concepto ha sido estudiado por innumerables disciplinas, de cuya perspectiva sólo abordaremos la biológica y la psicológica.

Desde el punto de vista de las ciencias biológicas, la muerte resulta de la falta de respuesta de los mecanismos responsables de mantener la homeostasis y la vida, con el cese irreversible del metabolismo de todas las células del cuerpo y de todas las funciones vitales orgánicas y mentales. La muerte puede producirse por causas universales como el envejecimiento, la enfermedad y los desastres naturales o por causas inducidas como el homicidio, el suicidio, el aborto, la eutanasia, los accidentes, la pena de muerte o los desastres ambientales. Puede ocurrir a cualquier edad, aunque tradicionalmente se espera que se produzca como consecuencia de la vejez, de una enfermedad crónico-degenerativa o de una de índole maligna²⁴.

Desde la perspectiva de la psicología, a pesar de ser un hecho natural e inevitable, casi nadie está preparado para hacer frente a esta realidad, especialmente cuando se trata de seres queridos. A menudo se evita la palabra muerte y se usan eufemismos como deceso, defunción, fallecimiento, finamiento, expiración, perecimiento, fenecimiento, cesación, óbito, interrupción, partir, tránsito, “adelantarse”, “ir al cielo”, “trascender en la luz”, “sueño eterno”, “pasar a mejor vida”, fin, desenlace, transformase en un ángel o en polvo de estrella y otros más pintorescos de acuerdo con la región u otros factores, a fin de no hablar de ella y evitar el dolor que conlleva la pérdida²⁵.

Los ritos funerarios que siguen a la pérdida son extremadamente importantes y tienen como fin certificar la muerte, ayudar al difunto en su transición a otro plano y darle una despedida decorosa. Son muy antiguos y variados, dependiendo de la época, el lugar y la creencia religiosa; son, también, mucho muy diversos, por lo que no serán tratados en este artículo²⁶.

Sigmund Freud fue uno de los primeros en hablar y estudiar el duelo en su obra *Duelo y melancolía*, y también quien acuñó el término de trabajo o elaboración del duelo. Consideró al primero como un proceso normal, no patológico, y lo definió como una reacción a la pérdida de un ser querido o a una abstracción equivalente como la libertad o un afecto; al segundo lo entendió como una predisposición enfermiza²⁷.

John Bowlby (1961) desarrolló la idea de las fases en el proceso de duelo, así como, la teoría del apego, en la que explica que los seres humanos vienen dotados de un sistema psicobiológico esencial a partir del cual establecen relaciones afectivas para preservar su supervivencia través de la seguridad y la protección que genera la proximidad. Estos, independientemente de la edad, se activan cuando una persona se siente asustada o amenazada, por lo que, cuando hay riesgo o inminencia de su final, se generan ansiedad y, ante una pérdida real, un cúmulo de emociones que tienen como común denominador a la tristeza. Las etapas del duelo según Bowlby son:

- Embotamiento o aturdimiento.
- Anhelos o búsqueda con llanto o ira.
- Desorganización y desesperación.
- Reorganización de la vida²⁸.

Uno de los modelos más reconocidos es el **humanista**, de la doctora Elizabeth Kübler-Ross (1962), quien en su momento hizo una censura a la manera en que se trataba a los enfermos terminales, ya que eran aislados de sus seres queridos, no se les hablaba con honestidad respecto a la gravedad de su enfermedad y se evitaba hablar de la muerte con ellos en toda circunstancia; ella propuso que, en cambio, sus preocupaciones y expectativas fueran tratadas con veracidad y empatía, con cuidados paliativos, sin dolor, y que esta última etapa de la vida tuviera un significado espiritual de plenitud y esperanza en compañía de las personas más cercanas a ellos. Las fases del duelo que ella propuso y que no necesariamente ocurren de forma ordenada, son:

- Negación.
- Ira.
- Negociación.
- Depresión.
- Aceptación²⁹.

Robert A. Neimeyer (2002) realizó un trabajo adicional a los fenómenos psicológicos en las pérdidas traumáticas como: muertes repentinas, homicidio y suicidio, así como cuando se altera el orden generacional (niños, hijos, etcétera), dándole sentido o un nuevo significado al hecho, resaltando que, de la forma en que se haya resuelto el apego de la infancia, se genera como resultado un duelo sano o uno complicado³⁰.

Una vez descrito el duelo por la muerte, resulta relativamente más claro comprender los fenómenos emocionales que se derivan de otras formas de pérdida.

La Homeopatía y el dolor de perder



Figura 3. Dolor, de Vincent van Gogh.

Allí donde hay silencio, uno sabe que hay granos que moler, el análisis es aprender a leer en la confusión entre lo que se dice y lo que se piensa y siente.
Jacques Lacan, psicoanalista.

La Homeopatía, desde su origen, ha considerado la importancia de la relación mente-cuerpo en la generación de las enfermedades, tal como lo refiere Hahnemann en los aforismos 210 y 211³¹:

- **§210.** “En las enfermedades corporales **siempre** se modifica el estado mental, por lo que debe anotarse el carácter del paciente junto con la totalidad de los síntomas”.
- **§211.** “El estado moral del paciente determina a menudo la elección del remedio homeopático, siendo un síntoma decididamente **característico** y que, entre todos, es el que menos puede permanecer oculto a la observación exacta del médico”.

Una de las perturbaciones emocionales de gran interés para el médico homeópata son los trastornos por pérdidas. Éstos son relatados en las materias médicas o encontrados en la búsqueda intencionada en los diversos repertorios³²; no obstante, hay muchas más perturbaciones por causa de humillaciones, contrariedades, abandono, rudeza, traiciones, etcétera, que podrían quedar fuera de consideración por no tener una relación aparente y ante las cuales es necesario explorar junto con el paciente lo que hay detrás de ciertas afecciones físicas o mentales³³.

La lista de cosas materiales, situaciones o personas que pueden perderse es interminable; no obstante, emocionalmente hablando, el resultado es semejante y la manera de afrontar la pérdida depende, en gran medida, de la forma en que se haya resuelto la herida narcisista, del vínculo de cohesión o el apego que se tenga hacia lo perdido, de la forma en que impacta el autoconcepto y de la mayor o menor conmoción que genera en el proyecto

de vida; también involucra a los recursos internos y externos que la persona tenga para reinventar su vida sin la presencia de lo perdido³⁴.

La pérdida entraña una lucha, “un duelo” entre el principio de placer y el principio de realidad, encubiertos por diversos mecanismos de defensa (la armadura y el escudo), entre los que pueden observarse: una susceptibilidad acrecentada, irritabilidad, violencia, conductas compulsivas como la adicción a la comida, la bebida, las drogas, las compras, el ejercicio, el trabajo, la tecnología, el juego, las cirugías reconstructivas, etcétera, sin dejar de lado otros trastornos emocionales como la vergüenza, los autorreproches, la culpa, la angustia, la resistencia para ir a la escuela o al trabajo, los deseos de venganza, la nostalgia, el llanto, etcétera³⁵.

Los diversos **Repertorios** dan cuenta de esta sintomatología, pero no en un rubro específico, sino que sólo a través de un interrogatorio empático llegan a descubrirse³⁶.

- Existen el miedo a la muerte, a la propia o a la de un ser querido como “temor de que pase algo malo”, a las desgracias o al fracaso³⁷.
- En las relaciones interpersonales: trastornos por el fallecimiento del cónyuge, los padres, los hijos, los amigos, las mascotas, etcétera³⁸, son todas pérdidas que obligan a una persona a redefinirse como viudo o huérfano; no obstante, en otras no hay otra definición más que saber que ahora la vida sigue sin el otro. El hecho de que cualesquiera de ellos salgan a divertirse, enfermen o viajen, representa una tensión emocional muy importante³⁹.
- Hechos como altercados, conflictos, oposición, diferencias, desacuerdos, desavenencias, hostilidad, como la violencia en la calle, la competencia y la rudeza en el ámbito laboral y las redes sociales, el poder ser “eliminado” fácilmente del mapa social, el fraude cibernético, la traición de un amigo, una infidelidad, la deslealtad en la amistad, la mentira, la ingratitud, un divorcio, el acoso escolar o laboral, etcétera, son todas circunstancias que reavivan la herida narcisista y dan lugar a un gran dolor emocional; se pierde la confianza en el otro, en la vida, y se generan culpas, resentimientos y en ocasiones deseos de venganza, que eventualmente se consuman como compensación del daño⁴⁰.
- Lugares: cambio de casa, de país, daño a la vivienda por fenómenos naturales, desalojo, por decisiones equivocadas, etcétera, que ocasionan culpas, autorreproches, nostalgia, pérdida de la esperanza⁴¹.

- Bienes materiales: un accidente, un automóvil, un teléfono inteligente —donde en la actualidad se lleva literalmente la vida—, un bolso, una casa, una empresa, etcétera, pueden dejar a una persona devastada, con ansiedad y angustia por las decenas de problemas que debe resolver⁴².
- Pérdidas parciales del cuerpo: la juventud, el atractivo, la salud, la agudeza visual o la vista, la capacidad reproductora, un órgano, una extremidad, una glándula mamaria; un aborto, la capacidad de caminar o de movimiento, etcétera, traen como resultado pérdida de la confianza en sí mismo, sensación de desvalimiento, temor al abandono⁴³.
- Cualidades morales: la dignidad, la alegría, la amistad, la posición social, el respeto de la familia, de los pares profesionales, etcétera. Su pérdida puede ocasionar vergüenza, culpa, rencor, aversión al cónyuge, misantropía⁴⁴.
- El poder es un verbo con un significado doble. Por una parte es la capacidad de mando o autoridad sobre otros, pero a la vez es la facultad para realizar determinadas tareas. La pérdida de poder en uno u otro sentido también es causa de sufrimiento y duelo. El “no poder” por causa del envejecimiento, un accidente, una enfermedad, la falta de capacitación o de recursos económicos engendra sensación de desamparo, fracaso y dolor⁴⁵.

Dicho lo anterior, es muy importante percibir la diferencia entre el problema —el hecho en sí— y la problemática. Los pacientes relatan con facilidad el problema, los problemas requieren una solución práctica, como reponer el objeto perdido; al ahondar en la problemática, en lo que hay detrás, se permite que se deje caer la armadura, se abra al dolor y se descubra lo que para el paciente significa la pérdida, averiguar lo que ese hecho significa para él o ella; es decir, llegar al meollo del asunto a través de un interrogatorio hábil, pero cuidando de no sugerir, utilizando frases del tipo: “¿Cómo le afecta que esa persona le haya insultado?”, “¿qué significa para usted que su esposo haya muerto?”, “¿cómo le perjudica el haber sido despedido del trabajo?”, “¿qué implica para usted el hecho de no poder hacer lo que hacía antes?”⁴⁶. Tal como lo recomendaba Hahnemann en los aforismos 86 y 87⁴⁷:

- **§86.** “Cuando el narrador ha concluido su relato espontáneo, el médico revisa cada síntoma y saca una información más precisa de él[...].”
- **§87.** “Sin hacer nunca preguntas que induz-

can al enfermo a la respuesta o a contestar sí o no”.

Así se facilita la individualización, ya que al retirar lo que está en la superficie se puede descubrir lo que verdaderamente importa, elegir el medicamento más apropiado y, lo más trascendente, permitir al enfermo el desahogo de sus temores, su rabia, sus culpas, su tristeza y a partir de este momento puede comenzar la elaboración del duelo, toda vez que no hay peor duelo que el que no ha comenzado⁴⁸.

La relación entre el dolor crónico y el duelo ha sido mencionada profusamente de manera intuitiva; se vive como un sentimiento de fragmentación corporal, con algún grado de discapacidad y aunque hay pocos estudios al respecto, tiene una explicación que rebasa por mucho las pretensiones de este artículo, por lo que no será tratado aquí⁴⁹.

A la par del tratamiento médico homeopático es posible hacer el acompañamiento emocional e ir cambiando los medicamentos conforme sea necesario, de tal manera que el paciente no siempre saldrá con **Ignatia, Natrum mur, Nux vom, Staphisagria, Lycopodium, Pulsatilla** o **Sepia**, los más frecuentemente utilizados⁵⁰.

Si bien es cierto que eventualmente hay que trascender la “batalla” y transformar la pérdida en aceptación, es indispensable que se respeten el tiempo, la cultura, las creencias religiosas y las representaciones emocionales del paciente, evaluando siempre sus recursos internos y las capacidades propias, evitando en todo momento dar consejos, recomendar pensamientos positivos o pretender imponer las creencias espirituales o la cultura personales. En algunos casos complejos será conveniente recomendarle al enfermo asistir a una terapia psicológica para facilitar la reconstrucción del sí mismo⁵¹.

Conclusiones

El trauma produce quebranto; esa es su definición. Y la resiliencia, que permite volver a vivir, asocia el sufrimiento con el placer de triunfar sobre él. ¡Curiosa paradoja!

Boris Cyrulnik, neuropsiquiatra, psicoanalista y etólogo.

El término “duelo” es una figura lingüística muy apropiada para comprender el proceso psicológico que acompaña a todo tipo de pérdidas y que representa el debatirse entre el principio de placer y el principio de realidad, así como el periodo que

tarda una persona en comprender que la pérdida es irreversible.

De la misma manera, la palabra duelo es muy oportuna para describir el dolor psicológico o la desazón que produce el no ganar ante diversas circunstancias de la vida cotidiana que impone triunfar, ser el mejor, tener la razón, etcétera, ya que eso no sucede en el **principio de realidad** y trae consigo infinidad de desilusiones para que, paradójicamente, el individuo se fortalezca y se reconstruya gracias a sus mecanismos de resiliencia.

El necesario vínculo de apego con la madre que se construye desde la más tierna infancia, como una base segura a la cual retornar cuando hay ansiedad o angustia, suele convertirse en una forma de relación patológica de dependencia con personas, situaciones y objetos que sitúan al individuo en una posición de vulnerabilidad por la pérdida de sus objetos de apego, lo que le causa mucho dolor y sufrimiento.

Ante la percepción de pesar por una pérdida del tipo que sea, es imprescindible conducirse con total empatía y ausencia de juicios, respetando los silencios y dando tiempo para que el paciente deje caer su armadura o mecanismos de defensa.

La muerte de un ser querido, incluida la de las mascotas, nunca debe trivializarse ya que es una de las pérdidas más significativas para toda persona, pues afecta su autopercepción, su proyecto de vida y le presenta la posibilidad de reflexionar sobre su propia muerte. En estos casos, es muy importante poner a disponibilidad del paciente toda la empatía posible y evaluar la capacidad de ayudar o, en su caso, referir a un profesional de la salud mental, llámese tanatólogo, psicólogo o psiquiatra.

La comprensión y el proceso de duelo relacionados con la muerte facilita vislumbrar el dolor que generan otros tipos de pérdidas que, dicho

sea de paso, son infinitas y que a menudo no son reconocidas como tal ni por el paciente ni por su médico, por lo que no son tomadas en consideración para prescribir. Tampoco se elaboran y mucho menos se trascienden, lo que mantiene al paciente con duelos abiertos o inconclusos que derivan en un estado de duelo crónico que llega a transformarse en enfermedad y dolor físico.

Los pacientes pueden relatar con relativa facilidad los problemas de la vida cotidiana que lo ponen en la posición de **perdedor**, ante los que es indispensable investigar el impacto que representan en su vida, ya que evidencian sus mecanismos de defensa que frecuentemente dan lugar a otros síntomas emocionales y trastornos físicos y que el médico homeópata necesita conocer para una prescripción más acertada, a la vez que permite al enfermo desahogar su pena, sentirse comprendido, liberar culpas y rencores y empezar a elaborar sus duelos.

Los síntomas mentales y los **trastornos por pérdidas** son aspectos muy trascendentales en la vida de toda persona. Se consideran síntomas característicos, por lo que deben ser estudiados y comprendidos a cabalidad, ya que representan un área de oportunidad para el acompañamiento en las diferentes fases del duelo, para perfeccionar la prescripción y para derivar a psicoterapia cuando sea necesario, deconstruyendo la narrativa de que los pacientes “se curaron” de la tristeza con tal o cual medicamento, y evitando en todo momento dar consejos, sugerir como cura los pensamientos positivos o imponer las creencias espirituales del médico.

Del mismo modo, son una circunstancia que reclama la actualización de los repertorios homeopáticos impresos o digitales para incrementar los recursos externos del médico, a fin de tener un proceder más certero y acorde con la época actual.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Duelo [internet]. Dicionario de la Lengua Española. Madrid, España: RAE; 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/duelo>
2. López A. La moda del duelo en el siglo XVII [internet]. Barcelona, España: National Geographic; 6 Nov 2020. Historia NG [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/en-guardia-moda-duelo-siglo-xvii_8186
3. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Perder [internet]. Dicionario de la Lengua Española. Madrid, España: RAE; 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/perder>
4. Pelento ML. Perder de vista, perderse de vista. Revista de Psicoanálisis. Dic 2010; LXVII(4): 581-589. Disponible en: <http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/numeros/REVAPA20106704.pdf#page=50>

5. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre AE, Vacio-Murob MA, Peraltac R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Mar-Abr 2015; 72(2): 149-155. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1665-11462015000200149
6. Observación clínica.
7. *Ibid.*
8. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre AE, Vacio-Murob MA, Peraltac R, Wagner FA. *Op. cit.*
9. Observación clínica.
10. *Ibid.*
11. Moneta ME. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Rev. chil. pediatr. Jun 2014; 85(3): 265-268. doi: 10.4067/S0370-41062014000300001
12. *Ibid.*
13. Ricoeur P, Acevedo de Mendilaharsu S. Principio de placer y principio de realidad. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Ene 1967; 9(1): 65-84. Disponible en:
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/542>
14. Moneta ME. *Op cit.*
15. Observación clínica.
16. Llanes Sáenz JC. Sobre la Herida Narcisista y el Trabajo de Duelo. Letra en Psicoanálisis. Jul-Dic 2016; 2(2). Disponible en: <https://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/29>
17. *Ibid.*
18. *Ibid.*
19. Royitos del Espectáculo. [NX] Descanse en Paz Giovanni Vivanco... [internet]. México: Royitos del Espectáculo; 4 Ago 2010 [aprox. 15 pantallas]. Disponible en:
<http://royitosdelespectaculo.blogspot.com/2010/08/nx-descanse-en-paz-giovanni-vivanco.html>
20. Giovanni Vivanco. Facebook [internet]. 15 Ago 2010. Disponible en:
<https://www.facebook.com/profile.php?id=100043523213126>
21. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre AE, Vacio-Murob MA, Peraltac R, Wagner FA. *Op. cit.*
22. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. Enfermería Global. Feb 2009; (15). Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015
23. *Ibid.*
24. *Ibid.*
25. *Ibid.*
26. *Ibid.*
27. *Ibid.*
28. Moneta ME. *Op cit.*
29. Payás A. Elisabeth Kubler-Ross. Psicooncología. 2004; 1(2-3): 287-288. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120287A/16295>
30. Moneta ME. *Op cit.*
31. Hahnemann S. Organon de la medicina, 6a ed. Nueva Delhi: B. Jain Publishers.
32. Barthel H. Synthetic Repertory, vol. I. Síntomas Mentales. Berlín, Alemania: Karl F. Haug Verlag; 1987.
33. Observación clínica.
34. Llanes Sáenz JC. *Op cit.*
35. Observación clínica.
36. Novelo Pichardo S. Empatía e Intuición en la Relación Médico Paciente. La Homeopatía de México. Jul-Sep 2022; 91(730): 20-32. Disponible en:
<https://homeopatiamex.similia.com.mx/index.php/Revista/article/view/58>
37. Barthel H. *Op cit.*
38. *Ibid.*
39. Observación clínica.
40. Llanes Sáenz JC. *Op cit.*
41. Barthel H. *Op cit.*
42. *Ibid.*
43. *Ibid.*
44. *Ibid.*
45. Observación clínica.
46. *Ibid.*
47. Hahnemann S. *Op cit.*
48. Llanes Sáenz JC. *Op cit.*
49. Garcíandía Imaz JA, Roza Reyes CA. Dolor crónico y duelo. Revista colombiana de psiquiatría. Jul-Sep 2019; 48(3): 182-191. doi: 10.1016/j.rcp.2017.05.008
50. Observación clínica.
51. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. *Op cit.*