

El duelo en el sujeto con lesión medular

JUAN DIEGO LOPERA E.

Psicólogo y Magíster en filosofía, docente de la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.

La lesión medular (o trauma raquimedular) es una de las lesiones más severas e incapacitantes para todo sujeto, en particular por las vastísimas pérdidas que ocasiona en la mayoría de los casos. Esta lesión ocurre cuando la médula espinal sufre un daño, ya sea producido por un agente externo (fractura, herida de bala, zambullida, etc.) o interno (esclerosis múltiple, tumores, mielitis, etc.).

Sabemos que la médula es un cordón gris ubicado a lo largo y al interior de la columna, del que salen finos hilos o raíces nerviosas encargadas de la sensibilidad y del movimiento. Si la médula se lesiona, estas raíces nerviosas perderán en mayor o menor medida su funcionalidad, alterándose la sensibilidad y el movimiento. Cuando la lesión de la médula es total, es decir, cuando consiste en un corte completo de la misma en un determinado nivel, las pérdidas de las funciones serán totales; si la lesión es parcial, la sensibilidad y el movimiento se conservarán en alguna medida. Dependiendo del punto o nivel en donde se produce la lesión medular, las funciones se alterarán de allí hacia abajo¹. Por ejemplo, si la lesión se produce en la región cervical (a la altura del cuello), de allí hacia abajo veremos las funciones alteradas. Como es comprensible, mientras más alta sea la lesión más dificultades tendrá el sujeto para valerse por sí mismo. Estas alteraciones abarcan las funciones vegetativas, puesto que el sistema nervioso autónomo, conectado con la médula,

¹ FALLON, Bernadette. *Ahora estás paralizado...* Gran Bretaña: Bernadette Fallón, 1975. P. 9 (Traducida al español por el Instituto Guttmann. Centro de rehabilitación para lesionados medulares. Barcelona. España.)

también se lesiona, total o parcialmente².

Las raíces nerviosas se dividen en grupos de acuerdo a sus funciones y a su nivel de ubicación a lo largo de la médula. Estos niveles son: el nivel *cervical*, compuesto por 8 grupos de raíces nerviosas; el nivel *dorsal (torácica)*, conformado por 12 grupos; el *lumbar*, constituido por 5 y, finalmente, el nivel *sacro*, compuesto por 5. Las alteraciones en las diversas funciones del sujeto, así como en su sensibilidad y movimiento, nos indican el posible nivel de la lesión.

Pasemos una mirada rápida a las dificultades que la lesión medular produce, con el objetivo de que nos hagamos una idea más precisa de la pérdida que ella representa y del proceso de duelo que ha de vivir el sujeto. Tomemos como ejemplo una lesión medular total en el nivel dorsal. Se afectarán los músculos del tórax, del abdomen y de las piernas. No habrá posibilidad de caminar ni sensibilidad en gran parte del cuerpo (del nivel de la lesión hacia abajo). En vista de la afectación que sufre el sistema nervioso autónomo, las funciones de la micción, defecación y digestión se alteran; el sujeto no puede sentir cuándo su vejiga se encuentra llena³ de orina ni tampoco puede eliminarla de su interior; igualmente ocurre con los intestinos y, por ende, con la defecación. El sujeto debe seguir muy estrictamente una dieta alimenticia rica en fibra, para que la masa fecal pueda ser expulsada con mayor facilidad tras unos masajes manuales en la región abdominal. Si ello no se consigue, la extracción debe ser manual. Con respecto a la orina, se hace necesario su expulsión periódica mediante el uso de una sonda, ya que si no se elimina recurrentemente o si quedan residuos de la misma, se pueden producir infecciones que afecten los riñones y se sumen más complicaciones a las ya existentes (cabe anotar que la mayor causa de muerte

² CURCOLL, María L. VIDAL, Joan. *¿Qué es la lesión medular?* En: *Sexualidad y lesión medular*. _____. Barcelona: Institut Guttmann, 1992, p. 27-28

³ FALLON. Op. cit. P. 13

en las personas con lesión medular es precisamente derivada de infecciones que afectan los riñones).

La ausencia de sensibilidad no permite al sujeto darse cuenta de que algunas partes de su cuerpo están sometidas a una gran presión, por ejemplo, cuando está sentado o cuando está acostado (espalda, glúteos, talones) y no realiza los movimientos que liberarían esas regiones de la presión debida al peso al que están sometidas. A raíz de ello, y de que la irrigación sanguínea es más baja, estas partes se resienten y pueden fácilmente ulcerarse. El sujeto debe entonces estar cambiando su posición para evitar someter una parte del cuerpo a presiones prolongadas.

Debido a la imposibilidad de mover algunos músculos, en especial los de las piernas, corre el riesgo de sufrir contracturas:

Cuando algunos de los músculos que mueven una articulación se paralizan, la articulación puede volverse muy rígida a causa de la falta de movimiento. Por ejemplo, un tetrapléjico con una lesión por debajo de C-5 podrá doblar el codo pero no podrá extenderlo de nuevo. En este caso, si no se toman las precauciones adecuadas, puede desarrollarse una contractura (acortamiento del músculo) que hará que cada vez sea más difícil y doloroso estirar el codo, incluso si se intenta hacerlo con una presión muy fuerte⁴.

En el hombre la función de la reproducción se ve grandemente alterada. Por un lado, la erección no se presenta o, en los casos en los que hay erección (en especial en las lesiones más altas) no es lo suficientemente idónea para llevar a cabo una penetración en el acto sexual. Por otro lado, cuando es posible una erección con ayuda farmacológica

⁴ Ibid. P. 71

facilitándose la penetración, no se da la eyaculación⁵. En la mujer no hay alteraciones en la fertilidad, pero, sí en la sexualidad (limitaciones sensitivas y para realizar movimientos).

Pueden ustedes ver que sólo hemos hablado de las alteraciones orgánicas producidas por la lesión medular. Existen también una serie de cambios y graves alteraciones en lo que respecta a lo subjetivo y a lo social: el sujeto experimenta un gran sentimiento de minusvalía y de indefensión al no poderse valer por sí mismo; su propia percepción de sí varía considerablemente; su lugar simbólico a nivel social y en las relaciones más estrechas con otras personas se modifica grandemente, puesto que usualmente debe abandonar su trabajo, cambiar de residencia (en caso de que viva en un piso alto), dejar de frecuentar lugares que ahora le resultan inaccesibles; depender de otros (en un comienzo, cuando la lesión es reciente, de manera total), etc. Estos cambios, evidentemente, llevan a un cuestionamiento que el propio sujeto hace sobre su lugar ante el deseo de quienes le rodean y ante su propio deseo. Se pregunta: "¿Qué desean los otros de mí? ¿Represento para ellos una carga? ¿Podrán seguirme amando?" Y con respecto a sí mismo: "¿Quién soy ahora? ¿Vale la pena vivir?" Podríamos seguir describiendo las consecuencias psicológicas de la lesión medular, pero ustedes mismos podrán representárselas si tienen en cuenta las profundas alteraciones orgánicas en que se fundamentan.

A las profundas pérdidas experimentadas a nivel orgánico y psicológico, se suma la indiferencia social, diríamos incluso, el olvido y exclusión que nuestras instituciones ejercen sobre el sujeto con lesión medular: las barreras arquitectónicas muestran claramente que la vida está diseñada solamente para quienes podemos caminar: las instituciones educativas, así como los diversos edificios comerciales y residenciales, carecen de ascensores en su gran mayoría y están construidas de tal manera que todo sujeto debe

⁵ CURCOLL, María. VIDAL, Joan. Op. Cit. P. 29-31

transitar infinidad de escalas para llegar a diversos sitios. Igualmente, los baños y servicios públicos de casas, unidades residenciales, escuelas, colegios y universidades, no contemplan la posibilidad de que una persona en silla de ruedas pueda usarlos, simple y llanamente porque son tan estrechos que el sujeto no cabe con su silla de ruedas. Las aceras al lado de las avenidas están llenas de obstáculos que impiden cualquier tipo de desplazamiento de la persona con lesión medular. El transporte público debe ser exclusivamente en taxi —con los altos costos que ello significa— para poder cargar con la silla de ruedas, contando con la suerte de que el taxista desee llevarlo (muchos consideran engorroso ayudarle a la persona a abordar el automóvil y luego tener que echar la silla de ruedas en la maleta).

Ante lo dicho en las líneas precedentes, es lícito preguntarse ¿puede el sujeto con lesión medular realmente rehabilitarse y con ello elaborar su duelo? La atención médica⁶, en búsqueda de la rehabilitación, establece un protocolo de atención⁷ que incluye: *evaluación especializada por médico fisiatra*; sesiones de *enfermería* para enseñar al sujeto y a su familia el uso de la sonda, la dieta que ha de seguir para evitar complicaciones digestivas y el cuidado de la piel para minimizar el riesgo de ulceraciones o escaras; sesiones de *terapia física*, para que el sujeto aprenda la manera como debe realizar ciertos ejercicios que mantengan fortalecidos sus músculos (ahora inmóviles) y para evitar contracturas; sesiones de *terapia ocupacional* para buscar la mayor independencia del sujeto en las actividades básicas cotidianas, promoviendo destrezas y patrones de movimiento que le permitan su

⁶ TRIAS, Xavier, et. al. *El tratamiento integral de las personas con lesión medular*. Barcelona: Fundación Institut Guttmann. (sin fecha)

⁷ LUGO, Luz Helena, MONSALVE, Juan Diego; MOLINA, Paola. *Evaluación del Programa Ambulatorio de Rehabilitación para personas con Lesión Medular en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 1998*. Investigación del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl y de la Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Medellín, 1998.

mejor desplazamiento; igualmente, la educación del sujeto en el uso de férulas y adaptaciones que impidan o minimicen los efectos de las contracturas presentes; sesiones con *trabajo social*, en las que se busca la participación de la familia en todo el proceso, se estudian posibilidades de reinserción social y laboral del sujeto y se coordinan acciones con el equipo interdisciplinario; sesiones de *psicología*, en las que se busca que el sujeto inicie un proceso de elaboración de duelo; que analice sus condiciones actuales y con base en ello, pueda tomar las decisiones más acordes a su nueva realidad; y por último, sesiones en *grupo de apoyo terapéutico*, en las que participan diferentes sujetos con lesión medular, comparten experiencias y reciben la asesoría del equipo interdisciplinario.

EL DUELO

El dolor, la aflicción característica en todo duelo, es fundamentalmente consecuencia de una *pérdida en el propio yo*. Si bien en algunos animales también se presentan reacciones similares a las del duelo en los humanos —ante la pérdida de la pareja o de la cría por ejemplo⁸—, en el ser humano no se trata solamente de una reacción defensiva ante la pérdida de protección y seguridad, sino también, y fundamentalmente, de una *herida, de un desgarrón en el yo*.

El yo está constituido por elementos *imaginarios* y por elementos *simbólicos*. Los componentes *imaginarios* consisten en las imágenes y representaciones de los semejantes incorporadas, en las imágenes características de la propia Gestalt corporal y en las sensaciones derivadas del interior del cuerpo y de su superficie. Los elementos *simbólicos* están estructurados a partir del universo discursivo del sujeto: forma de pensar, estilo de vida, actitud ante la existencia, etc. Ambos elementos, los simbólicos y los imaginarios, están imbricados dialécticamente y presentes en toda expresión o comportamiento del

⁸ WORDEN, William. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 1997, págs. 24-25

sujeto.

A partir del yo, y de sus elementos constitutivos, el ser humano se enfrenta a la realidad y construye vínculos con los otros. Se establece una interdependencia entre la realidad y la estructura del yo: los cambios en la realidad exigen cambios al interior del yo y, de igual forma, los cambios del yo, impulsan al sujeto a transformar la realidad. Por esta razón, las imágenes constitutivas del yo, así como sus elementos discursivos, son más o menos adecuados a la realidad. La inadecuación extrema, como en el caso de las psicosis y de los delirios y alucinaciones, son muestra de una estructura yoica rígida (imposibilitada para el cambio) o precaria.

El duelo entonces consiste en la reacción del yo ante una pérdida en sí mismo: la pérdida de un ser amado es dolorosa en tanto esa persona *representa* algo para el yo, es decir, en tanto ese objeto hace parte fundamental del yo; asimismo, la refutación de una *teoría* en la cual el sujeto había fundamentado su existencia y por ende, su estructura yoica, resulta extremadamente dolorosa y exige un proceso de elaboración ante esa pérdida yoica⁹. Es por eso que todo sujeto, ante una pérdida, siente que algo le falta dentro de sí, como si en su propio yo hubiese quedado un vacío, un agujero que le carcome la existencia.

Todo duelo muestra cruda y directamente una gran verdad: la existencia humana está acompañada de recurrentes y dolorosas pérdidas que muestran la endeblez y la impotencia del sujeto ante la realidad. Todo duelo es, por consiguiente, una herida narcisística. A todo sujeto le es difícil aceptar este fragmento de realidad y se las ingenia para minimizarlo o para evadirlo recurrentemente. Es por ello que todo proceso de elaboración de duelo, por

⁹ El duelo es ocasionado por la pérdida de un objeto representativo para el yo, esto es, un objeto que ha pasado a formar parte del yo por identificación. Por ello podemos afirmar que una pérdida de un objeto es fundamentalmente una pérdida en el yo. Cf. el texto de Sigmund Freud: *Duelo y melancolía*. Tomo 14. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976

más acabado que podamos imaginarlo, deja siempre una cicatriz, una marca de la imperiosa *necesidad* (Ananké) del acontecer vital; necesidad a la que Freud se refiere como "la inexorable ley de la muerte"¹⁰.

UNA INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA

El *trabajo del duelo* es un proceso normal que, de manera espontánea, realiza todo sujeto ante una pérdida. En algunos casos, cuando la elaboración de esta pérdida causa particulares dificultades al sujeto, puede ser conveniente un acompañamiento psíquico. En el caso de la lesión medular, por la magnitud del trauma y por las vastísimas y graves consecuencias que acarrea, es muy probable que este acompañamiento sea necesario, siempre y cuando el sujeto esté de acuerdo con ello.

La oportunidad que tuve de llevar a cabo una intervención psicoanalítica con sujetos con lesión medular —de la que pretendo dar cuenta a continuación—, derivó de mi participación en el equipo interdisciplinario del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, desde el año 1996 hasta el año 1998. Esta intervención consistió en una *consultoría psicoanalítica*, realizada con los sujetos que llevaban a cabo todo el protocolo de atención médica. La *consultoría psicoanalítica*,¹¹ tuvo en cuenta diversos aspectos:

El sujeto que sufre una lesión medular, sigue viendo sus piernas, sus brazos, su cuerpo en general, es decir, se percata de que en la imagen externa de su cuerpo, no ha "cambiado" nada. Esto le impide dar creencia al diagnóstico médico o, por lo menos, le hace tener una fuerte esperanza en que podrá volver a caminar o a mover con libertad sus brazos y, en

¹⁰ FREUD, Sigmund. *El motivo de la elección del cofre*. Tomo XII, Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976, p. 314.

¹¹Para una distinción entre *consultoría psicoanalítica*, *psicoterapia de orientación psicoanalítica* y *psicoanálisis propiamente dicho*, véase: GIL, Lina Marcela. *El método analítico y la práctica psicológica*. Monografía de Psicología. Departamento de psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia. Medellín, 1996.

definitiva, que podrá recuperarse totalmente. Podría darse el caso de que esta esperanza se cumpliera, pero es muy poco probable que no quede alguna secuela de un trauma raquimedular, máxime cuando la lesión es completa. Esta situación es diferente de aquella en la que el sujeto ha sufrido una amputación, porque, en este caso, el miembro perdido "no se ve más"; o de los casos en los que muere una persona amada: la realidad de su ausencia se impone inmisericorde.

En estas dos situaciones, la ausencia de una parte del cuerpo o de un ser querido, hacen superflua la esperanza de que puedan recuperarse, mientras que en la lesión medular, esta esperanza se mantiene por un tiempo insospechadamente largo. Muchos sujetos dicen: "Los médicos me han dicho que no podré volver a caminar, pero por encima de ellos está Dios; además voy a poner todo mi empeño en las terapias físicas y estoy seguro que en unos seis meses, por más tardar, estaré caminando otra vez". Otros más dicen: "En ocasiones las piernas se me mueven, aunque involuntariamente y eso me dice que me voy a recuperar... Yo conocí a un muchacho que le dijeron que nunca volvería a caminar y ahora lo he visto caminando por su propios medios...yo no pierdo las esperanzas".

No obstante esta actitud esperanzadora en la mayoría de los sujetos con lesión medular, aparece también la actitud contraria: el desgano anímico, la desvalorización de todo lo que les rodea, las ideas de que nunca se recuperarán, los sentimientos de culpa por su responsabilidad en la lesión sufrida y la pregunta reiterativa: "¿qué sentido tiene vivir así?" Estas dos actitudes muestran claramente que en el sujeto luchan internamente ambas y que, en lo inconsciente, *sabe* que ha habido una pérdida irreparable, así no sepa cuan grande o pequeña es. Esta dicotomía, y en especial la esperanza de una recuperación total, dificultan el proceso de elaboración del duelo, porque este proceso tiene como premisa la aceptación gradual de la realidad.

La intervención psicoanalítica busca entonces, explorar con el sujeto con lesión medular, qué sabe de lo que le pasa, qué le han dicho los médicos y demás personal de salud acerca de las consecuencias de su trauma y cuál ha sido su actitud ante ello. Esta exploración se lleva a cabo, simultáneamente, con la escucha atenta de su relato acerca de las razones que llevaron a que sufriera el trauma medular. Es muy frecuente que no haya tenido oportunidad de expresar lo ocurrido, en particular, porque quienes le rodean, familiares, amigos, etc., al verle relatar con sufrimiento y llanto las circunstancias de su lesión, le interrumpen con las frases bienintencionadas: "No te pongas mal, tienes que estar tranquilo, todos te vamos a ayudar, si te pones triste va a ser peor..." Permitirle que relate lo ocurrido, si lo desea, puede ser de gran ayuda para que él mismo conozca cuál ha sido su actitud ante lo que le pasa. Además, esto permite que los posibles sentimientos de culpa afloren y puedan ser analizados, ya que mientras no logran expresarse, operan internamente remordiando y consumiendo las energías del sujeto. Esta sensación de ser culpable aparece cuando el sujeto se recrimina las acciones que le llevaron a la lesión medular. Dice por ejemplo: "No debí haberme emborrachado, ni mucho menos tirarme así a la piscina... ¿por qué lo hice?" O dice: "¿Por qué tuve que ir a ese sitio si yo sabía que podían llegar a matar a todos los que allí estaban?" En definitiva, aparecen como un reproche a lo que se pudo haber hecho y no se hizo o a lo que se dejó de hacer.

El relato sobre lo ocurrido permite también al sujeto descubrir poco a poco cuál ha sido su estilo de vida y si *este estilo tiene o no una orientación mortífera*. Es posible descubrir, en algunos casos, que la lesión ocurrida fue consecuencia de una actitud repetitiva, de una compulsión a la repetición que enfrentaba reiterativamente al sujeto a situaciones en las que su vida corría grave peligro. Si logra percatarse de esta repetición, tendrá la posibilidad de analizarla y buscar la manera de cambiarla.

La manera como el sujeto asume su lesión y las consecuencias que ella le acarrearán, indican generalmente, aunque no en todos los casos, la forma como ha enfrentado pérdidas anteriores. Por consiguiente, saber de éstas, permitirle que las relate, puede ser de gran utilidad para que él mismo sepa si su comportamiento es similar en cada una de ellas, si las elabora de manera diferente o si esta última (el trauma medular) le ha exigido un comportamiento atípico en relación con las demás. Igualmente, se puede por esta vía descubrir si con la pérdida sufrida por la lesión medular, se han actualizado pérdidas anteriores que podrían dificultar el proceso de elaboración, puesto que se revivirían dolores pasados que se sumarían al actual.

Todo lo anteriormente descrito debe hacerse con la mayor prudencia posible, esforzándose al máximo por intervenir con tacto en el momento más adecuado, para evitar forzar al sujeto a abordar una serie de asuntos de manera abrupta o irruptiva, que conducirían a un truncamiento del proceso iniciado o a que su duelo corriente se convierta en un duelo patológico. Si se interviene adecuadamente, se va llevando gradualmente a que el sujeto se enfrente a su realidad, pueda analizarla y tome un poco más de dominio sobre ella.

No es prudente basarse en preguntas preestablecidas, fundamentadas en objetivos de gran alcance, como por ejemplo, en el objetivo de "buscar una rehabilitación en el ámbito sexual, familiar, laboral y afectivo". En ocasiones se espera que el analítico haga eso y ello se ve bastante loable, pero preguntar por la sexualidad o por las adecuaciones a nivel laboral que él requeriría, desconocen el *momento* y la *disposición* del sujeto: en las primeras semanas o incluso meses, es muy probable que no haya tenido tiempo para preguntarse por la sexualidad o que conserve la esperanza de que, al poder rehabilitarse de manera total, no requiera asesoría sobre la sexualidad ni sobre el posible cambio laboral. Cuando se introducen estos temas de manera poco cuidadosa, o a destiempo, el sujeto

pierde toda la confianza en el analítico, pues ve en este a alguien que busca a toda costa decirle: "¿Acaso no ves cuál es tu realidad? ¿Crees acaso que podrás disfrutar luego de tu vida sexual como antes o que podrás practicando tus actividades favoritas?" En ocasiones se comete este grave error, como cuando se le explican al sujeto, inundándolo de información, *todas las complicaciones de su estado*. No se trata de mentirle o de reservarse información que él mismo solicita, sino de tener en cuenta el momento más oportuno para abordar ciertos temas.

El mayor obstáculo para que el sujeto pueda iniciar un proceso de elaboración de duelo y finiquitarlo, reside, como se dijo, en la imperecedera esperanza de que logrará recuperar todo lo perdido. Paradójicamente, esta esperanza es el mayor acicate para que el sujeto obtenga progresos en su proceso de rehabilitación, puesto que, basándose en ella, emprende con ánimo las terapias físicas y ocupacionales, las sesiones de enfermería y sigue todas las recomendaciones médicas. Se da así un progreso a nivel orgánico correlativo a una detención o estancamiento del proceso de elaboración a nivel psíquico.

Debido a lo anterior, es muy frecuente que el sujeto deliberadamente "detenga" cualquier proceso de elaboración del duelo, es decir, intencionalmente excluye cualquier tipo de análisis sobre su futuro inmediato a nivel de su desempeño educativo o laboral, así como de su vida sexual y afectiva. Esto se evidencia cuando dice: "¿Para qué voy a pensar en qué a cambiado mi relación de pareja o qué voy a hacer para seguir estudiando, si yo sé que con la ayuda de Dios y con todo el empeño que yo pueda ponerle a las terapias físicas, voy a caminar y a estar bien en pocos meses?" Algunos incluso se ponen plazos (y mientras el plazo se cumple, la vida parece estancarse): "Yo me pongo tres meses para estar caminando otra vez". Esta actitud ayuda mucho en el fortalecimiento que físicamente se necesita, pero no contribuye al proceso de enfrentamiento con la realidad. Cumplidos los plazos y con el

correr del tiempo, la desilusión se hace ineludible. Aparecen nuevamente el dolor y la frustración, sentimientos que no muestran un retroceso en el trabajo de rehabilitación que realiza el sujeto, sino más bien, una vislumbre de la dura realidad, con su consecuente dolor.

Es posible plantear como objetivo fundamental de la intervención psicoanalítica en estos casos —objetivo que está presente en cada una de las indicaciones anteriores—, el de la *responsabilización del sujeto*. La búsqueda de que el sujeto logre, de manera gradual, analizar su realidad, enfrentarse a ella y modificarla acorde a su deseo y a sus capacidades, culmina en esta responsabilización. Esta perspectiva conduce a que el sujeto reconstruya su propio discurso con base en su nueva condición y con base en su deseo singular y, a la vez, a una reconstrucción de su estructura yoica. Sin embargo, este objetivo y en general, la elaboración del duelo, difícilmente se obtienen de forma satisfactoria durante el breve periodo de la consultoría, en gran medida por la circunstancia ya expuesta de que el mismo sujeto guarda celosamente la esperanza de que logrará recuperarse totalmente. La consultoría realizada dejaba fundamentalmente una serie de motivaciones, a veces no muy conscientes para el sujeto, acerca de la necesidad de enfrentar la realidad y de hacerse cargo de sí.

Las circunstancias descritas con respecto a las consecuencias de la lesión medular, hacen pensar que el proceso de elaboración de duelo se logra muy incompletamente y durante un período extremadamente prolongado. No obstante, quizá esto no sea exclusivo de la lesión medular, sino que muy probablemente sea similar en las demás pérdidas y en los duelos subsecuentes.

Una de las dificultades para el logro de la responsabilización se debe a que el sujeto con

lesión medular se acomoda, muy frecuentemente, a un estilo de vida dependiente de otros (familiares, amigos), estilo de vida que si bien es bastante limitativo en materia de libertad personal, le permite subsistir sin necesidad de laborar o de exponerse a las extremas dificultades que su preparación y formación en un campo determinado requiere. Se obtiene así una *ventaja secundaria* que es una especie de solución de compromiso o de transacción: *pérdida de libertad por ganancia de seguridad*. En ocasiones los parientes se quejan de que las actividades mínimas de su vida cotidiana y que evidentemente podría realizar, no las lleva a cabo porque se ha acostumbrado a que otros las realicen por él.

Pese a lo anterior, también muchas personas con lesión medular logran un grado de responsabilización que no va a la zaga del que logran sujetos sin ninguna complicación y que incluso resulta bastante envidiable: adquieren su independencia económica y personal, hallan satisfacción afectiva y sexual con sus parejas, etc. En este punto es cuando se individualiza un factor que hace parte fundamental de la existencia humana y que, en relación con el trabajo del duelo, indica una elaboración bastante avanzada: *el humor*, especialmente cuando se trata de un humor dirigido hacia la misma persona.

El *reírse de si mismo*, aunque tiene algo de cinismo y de ese humor que se ha denominado *negro*, significa un triunfo del propio sujeto ante las adversidades de la vida. Cuando todos esperamos de parte del sujeto con lesión medular la actitud más seria, el talante más grave, el ánimo más decaído... de repente hace una broma sobre su situación y se ríe de sí. Cuando el médico le dice en tono grave: "Posiblemente usted no pueda volver a caminar, lo siento mucho" y el sujeto responde: "¡Qué bien! Por fin podré *sentarme* todo el tiempo que necesite para escribir una novela!", hay algo de humorístico aunque no mueva a risa ni a carcajadas como el chiste, pero se observa una imposición del sujeto sobre la realidad y el sufrimiento que ella puede traer. Esta actitud fue particularmente frecuente en un Trabajo

analítico en grupo con sujetos que llevaban bastante tiempo de haber sufrido la lesión medular: pese a que muchos temas habían sido "sepultados" por algunos de ellos debido al sufrimiento que representaba analizarlos —dejando así estancado el proceso del duelo—, fuimos llegando poco a poco, durante las sesiones de trabajo grupal, a abordarlos y a elaborarlos mediante la verbalización. Fue para mucho un trabajo difícil, pero fundamental, porque les permitió enfrentarse a algunos de sus miedos y a dominarlos. A medida que este trabajo avanzó, se fue dando de manera espontánea esa actitud de tomarse a sí mismo como objeto del humor, con lo cual obtenían un placer justamente de lo que sólo "podía" esperarse sufrimiento. Freud refiriéndose a lo grandioso que tiene el humor dice:

Es evidente que lo grandioso reside en el triunfo del narcisismo, en la inatacabilidad del yo triunfalmente aseverada. El yo rehusa sentir las afrentas que le ocasiona la realidad; rehusa dejarse constreñir al sufrimiento, se empecina en que los traumas del mundo exterior no pueden tocarlo, y aun muestra que sólo son para él ocasiones de ganancia de placer¹²

En el humor el sujeto se "escinde": una parte, proclive a la aflicción y al duelo, es observada por otra que la mira con superioridad y que considera superfluo el motivo por el cual habría de sufrir; así, en el proceso de elaboración del duelo, en un momento dado, el sujeto se mira a sí mismo y se superpone a la situación, haciéndose una broma, riéndose de sí. Esta actitud denota incluso una relación particular con la muerte. Asumir con humor las inexorables pérdidas, a pesar del dolor que estas causan, muestra también un reconocimiento del acontecer y de la finitud del ser humano, un reconocimiento de la muerte como parte de la vida, en suma, una renuncia narcisística que reconcilia al sujeto con su propio ser. Para Freud "una sabiduría eterna, con el ropaje del mito primordial,

¹² FREUD, Sigmund. *El humor*. (Obras completas) Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 1976, p. 158

aconseja al hombre anciano renunciar al amor, escoger la muerte, reconciliarse con la necesidad de fenecer".¹³

¹³ FREUD, Sigmund. *El motivo de la elección del cofre*. Op. cit. P. 317