

El aliento de la vida¹

Sandra Buechler²

New York, NY, USA

En los tiempos crueles de hoy, los seres humanos luchan por respirar por razones evitables e inevitables. Algunos son víctimas del odio racial y de la brutalidad policial. Algunos han sido abatidos por COVID 19 y mueren una muerte agonizante, solitaria y con gran sufrimiento. Pregunto si algunos podrían librarse del horror de luchar impotentemente por esa necesidad más elemental, el aliento de la vida. Y, tal vez, algunos de sus compañeros podrían salvarse de la memoria insoportable de que se les pregunte "¿Por qué no me ayudas?"

Palabras clave: Solidaridad, Empatía, Dolor insoportable, Duelo.

In today's cruel times, human beings struggle to breathe for avoidable and unavoidable reasons. Some are victims of racial hatred and police brutality. Some have been struck down by COVID 19 and die an agonizing, lonely, labored death. I am asking whether some might be spared the horror of helplessly fighting for that most elemental necessity, the breath of life. And, maybe, some of their partners might be spared the unbearable memory of being asked "Why won't you help me?"

Key Words: Solidarity, Empathy, Unbearable pain, Grief.

English Title: The Breath of Life

Cita bibliográfica / Reference citation:

Buechler, S. (2021). El aliento de la vida. *Clínica e Investigación Relacional*, 15 (1): 28-32. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2021.150102

¹ Originalmente publicado en "[Synopsis: A Health Humanities Journal](#)" el 4 de Enero de 2021. Traducción castellana de Alejandro Ávila Espada. Se ha respetado en lo posible el estilo directo que la autora imprime a su escrito. Reproducido con autorización de la autora y de Synopsis ©

² Sandra Buechler, Ph.D. (New York), actualmente jubilada, ha sido Psicoanalista, Analista Didacta y Supervisora en el William Alanson White Institute y supervisora en el Programa postdoctoral y de Residentes del Columbia Presbyterian Hospital, así como en el Institute for Contemporary Psychotherapy. Entre sus obras: *Valores de la Clínica: Emociones que guían el tratamiento psicoanalítico* (2004); *Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes: Experiencia emocional en el ámbito terapéutico* (2008); *Permanezco ejerciendo: Las alegrías y angustias de una carrera clínica* (2012); *Comprendiendo y tratando pacientes en Psicoanálisis Clínico: Lecciones desde la Literatura* (2015); *Reflexiones psicoanalíticas. Formación y práctica* (2018) y *La aproximación psicoanalítica a los problemas del vivir* (2019). Varias de ellas han sido traducidas al castellano y publicadas en la colección Pensamiento Relacional (Madrid: Ágora Relacional).

En el camino a la extinción mi marido se detuvo. Después de días de sala de urgencias, quedó acostado en una cama de hospital, conectado a monitores ruidosos. Lo vi como la persona que había sido y la estación de paso en que se estaba convirtiendo. Dos años antes un accidente de coche había eliminado su mente junto con su sonrisa. Una a una, cada función corporal partió, reemplazada por un tubo, hasta que se convirtió en el centro de los indicadores luminosos. Su respiración se tensó, su rostro contorsionado por el dolor, logró sólo una frase cuando me vio. "¿Por qué no me ayudas?" No pude explicarle que sus dosis de analgésicos demasiado escasas habían sido cuidadosamente retiradas como un efecto secundario de la crisis de los opiáceos¹. Tuve que ver como mi esposo moría, luchando por respirar y con el dolor, y creyendo que nadie, ni siquiera su esposa, estaba dispuesto a ayudarlo. Me ha llevado más de cinco años estar preparada para escribir sobre cómo esos últimos momentos complicaron mi duelo.

Podría tener sentido para mí mencionar algo sobre mí misma. Soy una psicoanalista jubilada, que se ha especializado en el estudio de las emociones (1). Gran parte de mi escritura ha puesto el foco en el proceso de duelo (2). Durante más de cuarenta años de práctica clínica, ayudé a otros a superar la pérdida. Cada uno de mis libros tiene un capítulo sobre lo que puede complicar el dolor, y lo que lo diferencia de la depresión (3). Si bien este es un territorio familiar para cada clínico, en parte debido a mi escritura, recibí muchas referencias de personas que pasan por el dolor. En mi vida personal tampoco soy ajena a la pérdida. ¿Algo de esto hizo una diferencia, mientras lidiaba con la inminente muerte de mi marido, y su última pregunta desamparada?

George, tenía muchas razones para esperar mi ayuda. Antes del accidente yo había sido la que lo rescataba, cuando inadvertidamente aterrizaba en salas de emergencia, después de haberse caído en la calle. Cada vez, rechazaba ser atendido, pero no lograba protestar eficazmente. Así que me apresuré al trabajo, firmé papeles que asumieron toda responsabilidad y lo rescaté del terror sin palabras.

Durante dos años después de su inmovilizador accidente de automóvil, elegí cuidadosamente y sostuve enfermeras privadas. Compré alimentos que podría estar dispuesto a tragar. Todas las noches lo veía desvanecerse, hasta que tuve que mirar hacia otro lado. Traté de situarme en el momento presente. Recordar quién había sido, quién habíamos sido, era insoportable. Darse cuenta de quién/en lo que se estaba convirtiendo, era aún más insoportable. Era difícil creer que el indescriptible presente fuera el mejor lugar para que mi mente y mi corazón se ubicaran.

En su última hospitalización me redujeron a mendigar. Pasé de un médico a otro, de una enfermera a otra, en busca de alivio para él. Cuando finalmente llegué a hablar con el

médico a cargo de su unidad le pregunté por qué mi esposo no podía recibir más morfina, para aliviar el dolor y ayudarlo a respirar, dado que todos los médicos estaban de acuerdo en que tenía como máximo unos días de vida. Con la esperanza de que el humor mordiente, o la lógica, o la empatía penetrarían, le pregunté si el médico temía que mi esposo se convirtiera en un adicto en esos pocos días que le quedaban en la tierra. La respuesta que recibí, después de una recitación de la política del hospital, fue: "No creemos en la eutanasia". Me tragué muchas respuestas y me fui.

La suerte, y un trabajador social realmente amable, intervino. Me dijo que si quería que mi marido muriera en casa tenía que actuar rápido. Su presión arterial estaba bajando y si se mantenía demasiado baja los conductores de la ambulancia se negarían a llevarlo a casa, porque podría morir en el camino. Estaba más allá de cuestionar la lógica de *Alicia en el País de las Maravillas* de esto. Vertí mi energía en acción, contratando oxígeno y cuidados dobles de enfermería en casa. Una vez más firmé papeles sin leerlos realmente, sólo la mitad, escuchando las amenazas apenas veladas ("Si tienes que darte la vuelta y volver aquí, no habrá una cama").

Mi marido murió al día siguiente, en casa. Es difícil decir cuánto era consciente de su entorno. Me gustaría pensar que lo era. Eso podría aliviar el dolor de recordar que murió creyendo que nadie, incluyéndome a mí, lo ayudaría.

Me ha llevado cinco años llegar hasta el puro dolor. Aquí es donde mi experiencia en la investigación de emociones y la práctica clínica pueden colorear mi experiencia personal. Estoy acostumbrada a pensar en el duelo como una respuesta normal y humana a cualquier pérdida significativa. Por supuesto que hay todo tipo de pérdidas, de personas, creencias, esperanzas, sueños, etc. Cada pérdida es un mundo propio. Pero todas tienen algunos puntos en común, también. Cada uno de nosotros tiene lo que yo llamo un "estilo de firma" de llevar la tristeza, construida con todas nuestras experiencias previas con ella. Nadie puede vivir una vida sin encontrar dolor. Que tenemos esto en común tiene potencial para unirnos el uno al otro. Si bien es extremadamente dolorosa, la mayoría de la tristeza es soportable. Es cuando la pérdida se complica por otras emociones fuertes, como la culpa, el arrepentimiento, la ira, la vergüenza, el miedo o la soledad, que es más probable que se vuelva insoportable. Esto me lleva de vuelta a las secuelas de la muerte de mi marido. Aparte del intenso dolor por perderlo, tuve que lidiar con el legado de *cómo* murió.

Al principio sentí un dolor intenso repleto de rabia. Pero la rabia ¿De quién?, ¿De qué? ¿Con la gente que se esfuerza por hacer su trabajo, lo mejor que pueden? ¿Con las personas que intentaban detener la ola de pacientes adictos a los analgésicos? ¿Con un

sistema que desalienta la concesión de excepciones a sus normas bien intencionadas? Pero, entonces, ¿no estoy aceptando la legitimidad de "simplemente seguir órdenes", con todas las connotaciones históricas amargas de esa frase? Por supuesto, reconozco la complejidad de la toma de decisiones para un personal abrumado. La pandemia ha puesto de relieve las exigencias imposibles de que los seres humanos tengan que presenciar las últimas agonías de sus pacientes. Sin embargo, mi experiencia personal me obliga a preguntar cómo podríamos hacerlo mejor, al evaluar individualmente los peligros y beneficios de los analgésicos, particularmente cuando la respiración es difícil.

Estoy abogando por reconocer como un infierno único la dificultad para respirar (y presenciarlo). Cualquier sufrimiento puede llegar a ser insoportable, pero creo que la dificultad para respirar implica un horror particularmente ansioso, agudo, primitivo e indefenso. Respirar es algo que la mayoría de nosotros, la mayoría de las veces, damos por sentado. Tenemos que ser capaces de darlo por sentado. No creo que las interferencias con la respiración se puedan clasificar con ningún otro tipo de dolor o malestar. No hay nada igual. Es un pánico ciego, absoluto, elemental. Creo que un dolor incesante de cualquier tipo puede desencadenar algo así como claustrofobia, si se siente que será interminable. El dolor nos atrapa. Pero la dificultad para respirar nos inmoviliza. Nos obliga a centrarnos en el hecho de que *debemos* hacer algo que sentimos que no podemos hacer. Estamos en un estado continuo de emergencia. Es la definición de terror. Lo más cercano es estar siendo enterrado vivo, una historia macabra, el material de las películas de terror.

En los tiempos crueles de hoy, los seres humanos luchan por respirar por razones evitables e inevitables. Algunos son víctimas del odio racial y de la brutalidad policial. Algunos han sido abatidos por COVID 19 y mueren una muerte agonizante, solitaria y con gran sufrimiento. Pregunto si algunos podrían librarse del horror de luchar impotentemente por esa necesidad más elemental, el aliento de la vida. Y, tal vez, algunos de sus compañeros podrían salvarse de la memoria insoportable de que se les pregunte "¿Por qué no me ayudas?"

REFERENCIAS

- (1) Buechler, S. (2004). *Clinical Values: Emotions that Guide Psychoanalytic Practice*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
Buechler, S. (2008). *Making a Difference in Patients' Lives: Emotional Experience in the Therapeutic Setting*. New York: Routledge.

- (2) Buechler, S. (2015). *Understanding and Treating Patients in Clinical Psychoanalysis: Lessons from Literature*. New York: Routledge.
- (3) Buechler, S. (2019). *Psychoanalytic Approaches to Problems in Living: Addressing Life's Challenges in Clinical Practice*. New York: Routledge.

Original recibido con fecha: 17/12/2020 Revisado: 17/03/2021 Aceptado: 30/03/2021

NOTAS:

¹ N. de T.: Como efecto de las directrices médicas para reducir al mínimo la administración de opiáceos (p.e. morfina) a los pacientes, para evitar la "dependencia".