

Los últimos pasos en la formación de un médico:

Experiencias, pensamientos y reflexiones en el servicio social en el año 2022



Alejandro Ruiz Cristino

Autor

Carolina Martínez Salgado

Asesora

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO

Servicio social: Secretaría de Salud, Centro de Salud T II Santa Cruz Acalpixca, Xochimilco,
Ciudad de México.

Índice

| | |
|---|----|
| Los últimos pasos del médico en formación. | 1 |
| Capítulo 1 Introducción y bienvenida. | 3 |
| Febrero 2022 | 3 |
| Capítulo 2 El camino que recorre el médico y Doña Coco..... | 8 |
| Mayo 2022..... | 8 |
| Interludio, el proceso de escribir. | 15 |
| Junio / Julio 2022..... | 15 |
| Capítulo 3, De la muerte y de la importancia de dar un buen diagnóstico | 17 |
| Agosto 2022..... | 17 |
| Capítulo 4 Del sentido de la vida y de los médicos en formación | 22 |
| Octubre 2022..... | 22 |
| Capítulo 5. De los cumpleaños, de colores y silencios. | 29 |
| Octubre 2022..... | 29 |
| Capítulo 6. De la congruencia, la fibromialgia y aprender a fluir. | 39 |
| Noviembre 2022..... | 39 |
| Capítulo 7. De los éxitos y los fracasos. | 51 |
| Diciembre 2022 | 51 |
| Capítulo 8. De Agradecimientos, contar historias, despedidas y reflexiones finales..... | 70 |
| Enero 2023 | 70 |
| Bibliografía. | 73 |

Capítulo 1 Introducción y bienvenida.

Febrero 2022

Mi nombre es Alejandro y quiero empezar a contar historias, pero no solo contarlas como en una descuidada charla entre amigos. ¿Te ha pasado que hay personas que cuando cuentan un relato, parece ser que empiezan por el final, para seguir con el principio y terminan en el medio del relato? Yo prefiero hacerlo distinto, al menos deseo poner todo mi esfuerzo y empeño para ver si mis capacidades son suficientes para crear alguna narración que sea digna de ser leída. ¿Cuál es el motivo de escribir historias para mí? Bueno, seguro que te lo preguntas: la respuesta es que la acción de contar historias, con todos los elementos que componen una tarea como esta, ha demostrado que mejora sustancialmente el fenómeno descrito como la relación – médico paciente a través del desarrollo de la llamada “competencia narrativa” (Charon, 2007).

¿No te gustaría que alguien contara tu historia? En última instancia, es la mejor prueba que existe de que importamos. ¿Y qué otra cosa es la vida desde el momento en que naciste sino una lucha por ser importante, al menos para alguien? Algunos autores sugieren que esta motivación es suficiente para empezar a contar las historias de otros (Zaharias, 2018).

Rita Charon es una célebre doctora, médica internista consumada, con más de 30 años de experiencia, quien trabaja en la Universidad de Columbia, en Estados Unidos y quien es, además, una gran exponente de esta nueva forma de dar solución a algunos de los más importantes problemas en el área de la salud, la Medicina Narrativa (Charon 2001). En sus palabras:

Junto con las habilidades científicas, los médicos necesitan la capacidad de escuchar las narrativas de los pacientes, entender y honrar sus significados, y moverse a actuar en bien del paciente. Esto es competencia narrativa, es decir, la habilidad que los seres humanos usan para absorber, interpretar y responder a las historias. La habilidad narrativa permite al médico practicar medicina con empatía, reflexión, profesionalismo y confiabilidad. Tal medicina puede ser llamada Medicina Narrativa (p. 1897).

Esta autora menciona que el acto de ejercer la medicina clínica implica irremediablemente, debido a su naturaleza, la comprensión de al menos dos dimensiones: en primer lugar, la dimensión de lo real o científico, como la fisiopatología de una enfermedad, el mecanismo de acción de un fármaco y sus efectos secundarios, el algoritmo de atención clínica de alguna patología, los principales signos y síntomas asociados con alguna enfermedad. En segundo lugar, la dimensión de lo abstracto y subjetivo, que se refiere a la forma en que el paciente entiende lo que pasa en su cuerpo, la experiencia propia y personal de percibir un síntoma y expresar esa vivencia a través de la palabra y de su lenguaje no verbal hacia su médico. Y, ¿cómo podemos entender lo que le pasa al paciente, es decir, toda esa dimensión subjetiva de su experiencia con la enfermedad, y traducirla hacia un diagnóstico médico clínico científico? La Medicina Narrativa sugiere que el puente entre ambas dimensiones se encuentra en la historia, la historia que narra aquel que padece una situación y que busca ayuda en quien considera un profesional de la salud, alguien capacitado para escucharle, entenderle y ayudarlo a sentirse mejor. De este modo, la narrativa, una forma lingüística con características definidas empleada en la medicina, ayuda a generar un puente entre la biomedicina moderna y la experiencia vivida por el paciente (Uraday y Cuba, 2019).

El problema radica en que, aunque en la gran mayoría de las facultades de medicina del país, así como en las rotaciones clínicas, en los hospitales, en las clases y en las aulas, se nos insiste en la importancia de ser empáticos, compasivos y humanistas con nuestros pacientes, jamás se nos dice como hacerlo, mientras que a la vez se nos recomienda, a veces de forma tácita y otras de forma explícita, el distanciamiento emocional. ¿Cómo podemos lidiar con este doble mensaje? La respuesta tal vez se encuentre en otras disciplinas que no se suelen asociar con los contenidos a los que se concede mayor importancia en el estudio de la medicina.

En este sentido, el objetivo de la Medicina Narrativa es ayudar al médico a entender la historia del paciente desarrollando habilidades literarias para saber qué hacer con lo que se nos cuenta. Hay estudios que demuestran que la Medicina Narrativa ha aumentado la sensibilidad, el nivel de empatía y conexión personal entre los médicos en formación y sus

pacientes (Charon, 2004) (Vannatta, 2013) ayudándolos a cumplir el objetivo ancestral de la medicina: curar o brindar alivio a aquel que lo necesite. Si bien es cierto que la realidad puede ser distinta, la experiencia moderna nos revela, por ejemplo, la fría burocracia que impone la inhumana y extenuante tarea de atender alrededor de 70 consultas por guardia nocturna que normalmente realiza un residente de primer año en una sala de urgencias en algún hospital público de la Ciudad de México, o los tiempos de atención disminuidos a 20 minutos enfocándose en solo un problema a la vez, con un rápido interrogatorio dirigido y exploración fugaz, y, en el mejor de los casos, una breve y corta explicación de cómo tomar los medicamentos, haciendo de la medicina una profesión desinteresada del humano, más al pendiente de la productividad que de brindar una consulta con calidez humana.

Es sabido que muchos pacientes experimentan un trato impersonal y deshumanizante, tanto así que este fenómeno representa una crisis dentro de los sistemas de salud (Jimenez 2017). Existe también esa manera defensiva de ejercer la medicina que parece preocuparse más por cumplir una serie de normas con la intención de protegerse de una posible amenaza legal, situación que no hace más que demostrar un notorio alejamiento de la figura médica como profesional confiable y respetable, que ha pasado a ser un sujeto despreocupado y distante. Parece ser que, entre médicos y pacientes, se ha abierto una brecha que no deja de ensancharse, lo que atenta gravemente contra las posibilidades de florecimiento de un buen proceso terapéutico (Martínez, 2019).

Ante este sombrío escenario, puede parecer que existen solamente dos opciones: o bien convertirse en un médico desinteresado y lejano o, mantenerse fiel a los fundamentos de la medicina a través de la queja y la protesta, alegando sobre lo adverso de la situación, aceptando que está fuera de las manos individuales transformar el sistema, lo que a su vez también transformará al individuo en alguien desinteresado y lejano.

La Medicina Narrativa propone otra alternativa, lo que podría ser una tercera posibilidad. Esta sugiere que la relación médico - paciente, la calidad de vida de los pacientes y el acto médico, mejorará mucho en su efectividad si juntamos las bondades de la literatura narrativa con la práctica médica, pues la primera, al ser un arte, cumple con la función de

toda expresión artística: transformar sentimientos y emociones plasmándolas en un algo a través de la narración con el uso de la palabra. Algunos autores afirman que los cambios que pueden producirse en el médico para beneficio del paciente pueden ser observados en conductas funcionales y deseables que favorecen el desarrollo personal del individuo (Balmer y Boyd, 2012) (Arntfield, 2013); al mismo tiempo, puede conducir a un mejor sentido de uno mismo, así como a relaciones mejores y más significativas con los colegas y pacientes (Charon, 2006). Una premisa que sustenta estas afirmaciones podría ser la siguiente:

“Las personas comprenden lo que experimentan cuando lo representan.” (Charon, 2020).

Entrar al mundo de la narrativa nos libera de tradiciones inflexibles para mantener nuestra distancia de la vida de nuestros pacientes sin perder el juicio clínico (Charon, 2020).

Con este contexto, creo que vale la pena empezar a contar historias.

En lo que sigue, notarás que menciono nombres y lugares, pero has de saber, querido lector, que estos han sido modificados, así como los espacios y fechas, para no involucrar directamente a los protagonistas reales de estas historias y mantener en la confidencialidad, con el mayor respeto, su identidad.

Hay algunos nombres que sí son reales y son los de aquellos a los que solicité su permiso para incluirlos en el presente texto.

Estas historias fueron recopiladas a través de un diario de campo, es decir, casi todos los días durante mi servicio social escribí mis experiencias, los datos de personas con quienes trabajé, y los relatos de cada uno de estos acontecimientos, para después seleccionar los que decidí incluir aquí. Mi primera intención fue la de escoger a aquellos que destacaran de entre los demás, pero me fue inevitable seleccionar también a aquellos con quienes pude conectar a través de una vivencia con significación propia. Espero que tú también puedas conectar con las palabras que aquí se relatan.

La imagen que ilustra la portada de este texto es un pájaro carbonero. Estos animales son conocidos por su alegre reputación. Tienen una tendencia cooperativa y su tono alegre

contribuye a colocarlo como símbolo de amistad y amabilidad, de honestidad e incluso de guía. Las aves y otros animales, a menudo consideran a una bandada de carboneros como beneficiosa, pues estos emiten señales cuando encuentran comida y amenazas cerca. Me pareció una buena manera de presentar estas narraciones. En algunas tradiciones, la presencia del carbonero puede indicar el camino correcto a seguir.

Capítulo 2 El camino que recorre el médico y Doña Coco

Mayo 2022

Lucina (Doña Coco) es una señora de 87 años que acude a consulta regularmente en la farmacia donde trabajo. Porque, ¡ah! había olvidado mencionarlo: mientras redacto este capítulo, trabajo en una farmacia en una colonia popular de la zona de Iztapalapa. La colonia se caracteriza por ser una comunidad con muchas familias de bajos recursos. La mayoría de los que trabajan, lo hacen en el comercio informal; ahora sí que cada quien trabaja en lo que puede. Me parece un microambiente muy particular, pues me gusta imaginar que la señora de las tortillas gasta su dinero en comprarle al señor de la verdura, mientras que él gasta el suyo en comprarle chicharrones para sus hijos a la señora Lucina, y ella cuando se enferma, viene a mi consultorio en la farmacia y gasta ahí su dinero en atención y medicamentos que, a su vez, yo gasto en comprarle tortillas a la señora que las vende y el ciclo se repite una y otra vez, a veces con más o menos personas. He visto billetes marcados volver a mí en poco tiempo y por eso, imagino que el sistema así funciona aquí.

Así pues, a esta farmacia acuden varias personas que confían en que yo soy médico y puedo ayudarles a estar mejor, en mi condición de médico y psicólogo. Porque aún si tampoco lo he mencionado, también soy psicólogo, y más vale presentarme, para que quien lea esto conozca a la persona detrás de las palabras. Creo que conviene que comience a contar también mi historia, al menos en sus puntos más relevantes.

Soy un hombre de 30 años nacido en la Ciudad de México, en una familia de ingresos medios, o al menos así lo pienso yo, ya que jamás nos faltó alimento. O... tal vez solo en mi primera infancia, pero lo cierto es que teníamos un techo bajo el cual dormir, juguetes con qué jugar y una escuela dónde aprender. Contaba con lo necesario para tener una buena niñez y aprender del amor por aprender, por conocer y por entender. Ocupo el segundo lugar en una familia de cuatro hermanos, todos ellos muy brillantes en su profesión, hijos de un padre médico trabajador del ISSSTE y de la Secretaría de Salud del Estado de México. Soy psicólogo de profesión, graduado en 2013; he estado en la psicología organizacional y clínica, me he dedicado a ambas ramas de esta ciencia, porque sí, es una ciencia, amigo lector. He sido voluntario en asociaciones de brigadistas para comunidades de escasos

recursos, donde he formado parte de más de 15 de ellas, organizando unas cuantas y brindando atención psicológica en estos contextos. Siempre me he orientado a ofrecer la más desinteresada ayuda al otro; trato de ir a donde alguien pueda necesitar algo de lo que yo sé, sin importar mucho si recibo una remuneración económica o no. Esto me ha llevado a definir mi vida actual porque he vivido muchas experiencias enriquecedoras emocionalmente, y esto, a su vez, me hace estar en el mismo sitio que siempre he estado económicamente: tengo lo mínimo necesario para vivir, y, al igual que en mi infancia, no me falta comida y tengo cubiertas mis necesidades básicas para subsistir cómodamente. He sido también apoyo psicólogo de los CETIs en Ciudad de México, de nuevo realizando actividades de forma gratuita en convenio con las autoridades de las escuelas, he dado conferencias sobre diversos temas de salud mental en escuelas de nivel medio y superior, públicas y privadas, brindando “asesorías psicológicas” a poblaciones de jóvenes y adolescentes; les llamo así, porque siguen un proceso psicoterapéutico sin implicar la remuneración económica que conlleva tener acceso a esta práctica, pero con un estricto apego al método de la terapia cognitiva conductual. Si eres médico sabrás que es un método muy citado en la literatura científica por su amplia y comprobada eficacia, factor del que prescinden otros métodos de terapia modernos. He dado talleres y capacitaciones a psicólogos en formación en UNITEC, la escuela que me formó.

No menciono mi experiencia como psicólogo para mostrar alguna cualidad, si lo cuento es para que tú, querido lector, comprendas al humano que hay detrás de estas palabras. Siendo sinceros, la verdad es que pienso que es todo lo contrario, pues más que un experimentado profesional de la salud mental, me considero un profesional regularmente capaz, mediocre es una palabra fuerte, pero refleja en sí misma ese estado de pertenecer a la media de profesionales. Al menos esa mi opinión, y tiene que ver con que he estudiado mucho; en la teoría soy muy bueno, puedo hablarte horas y horas de lo nuevo en psicología clínica y lo viejo también, pero en la práctica no lo soy tanto. Tal vez solo me juzgo demasiado fuerte, pero es difícil para mí saberlo. Tengo recuerdos de pacientes que he atendido que terminan su proceso de psicoterapia muy contentos, con una nueva visión de la vida, y otros muchos pacientes que jamás volvieron a sesión; esos

son en los que pongo mi atención, inevitablemente mi mente irracional tiende a generar un sesgo cognitivo, al menos eso intento explicarme a mí mismo para dar alguna razón de mi evaluación como psicólogo clínico.

Así llegué a la carrera de medicina a mis 26 años, con el sueño, ¡ah! porque en mi caso, ¡sí que era un sueño! de convertirme en médico y ayudar a más personas con una amplia gama de conocimientos nuevos más allá de los necesarios para entender los problemas de salud mental que la psicología ya me aportaba, en cosas tan difíciles como apasionantes, como son la bioquímica y la fisiología, por mencionar algunas ramas de la medicina que particularmente son así. Puede decirse que ese cliché de que los estudiantes responden a la pregunta del “¿Por qué estudiaste medicina?”, me representa completamente: “Para ayudar a los demás”. Como estudiante de medicina, viví ese periodo con mucha alegría y pasión por aprender; aprender siempre ha sido una fuerte motivación en mi vida, pues desde que entre a preescolar, no he dejado de asistir a una institución educativa para seguir aprendiendo.

Hasta que, al final de mis estudios de medicina, llegó el temido, amado y odiado internado. Lo realicé en el Hospital General de Iztapalapa. Algo tiene esa zona que siempre me llama, es como si me sintiera atraído hacia los lugares donde pienso que alguien puede necesitar más mi ayuda. No me considero el mejor en nada, ni de lejos, pero sí que creo que puedo ayudar a alguien que lo necesite. Y ¿quién necesitaría más mi ayuda que las poblaciones con más carencias a las que tengo acceso? De hecho, permíteme platicarte que tengo un sueño muy grande, y es pertenecer a Médicos Sin Fronteras, la asociación, ¿la conoces? Son un grupo de humanos comprometidos con la ayuda comunitaria, que brindan servicios de salud en los lugares del mundo donde más se necesitan. En otro momento te hablaré de lo que eso significa para mí, o tal vez no sea necesario, lo que es necesario anunciarte es que esta es mi vida, así ha sido y elijo que así sea: ayudar a otros es la bandera que escojo llevar.

En este, mi amado y odiado internado, tuve la oportunidad, precisamente, de hacer eso que, aunque ya lo había hecho como psicólogo, termina siendo muy distinto al ser médico interno, pues es la primera vez que un estudiante de medicina se convierte en algo ya muy

parecido a lo que es ser médico, ya que se te otorgan responsabilidades importantes, que van desde tener 20 pacientes en una guardia, cuya salud en gran parte depende de ti, hasta de si haces bien el estudio auxiliar, de si en la nota de evolución pones lo importante para que el médico adscrito vea al otro día que ese paciente requiere una re-intervención de algún tipo, si haces lo posible, aunque no haya material o exista alguna carencia, puedas conseguir aunque sea en otros servicios del hospital lo que tu paciente necesita, darle la mano a una niña de 11 años con insuficiencia renal mientras le susurras que esa gasometría que tomarás por quinta vez en el turno es por su bien, para quitarle de una vez ese maldito y a su vez bendito ventilador que hasta al momento la mantiene con vida. Son cosas que no son obligatorias, como interno podrías pasar el internado médico sin ayudar realmente a nadie, sin escuchar a nadie, y sobrevivir haciendo las cosas más o menos bien. Muchos lo hacen así y no los juzgo, porque sí que es difícil el internado. Pero no fue así para mí. Todos los días (y eso sí lo puedo decir con certeza), aunque tuviera muchas horas sin dormir y cansancio físico extremo, de esos cansancios que al recordarlos me viene un escalofrío que recorre mi espalda al pensar “cómo fui capaz de tolerar eso”, jamás me permití no ser amable con los pacientes, porque para ellos yo era la oportunidad de que alguien los escuchara, resolviera sus dudas, los atendiera bonito, y eso me decía a mí mismo, “atiéndelos bonito”. Incluso a los muertos, porque siguen siendo personas, o al menos alguna vez lo fueron.

Para mí, ver morir a mis pacientes en el odiado y amado piso de medicina interna era una situación dolorosa, nunca dejó de doler. Al morir, suelen dejar el cuerpo lleno de tubos, sangre, mugre, fluidos, desechos tal como murió y, al a cubrirlo con unas mantas ajenas, todos se retiran a hacer sus pendientes, porque siempre hay pendientes hasta el día que sales de ahí, siempre hay pendientes, y, por un momento, parece que nadie habla de eso, nadie dice unas palabras, ¡nadie menciona el hecho obvio de que alguien murió!! Eso no es cualquier cosa, esa persona que murió era un humano, un padre, madre, hija, hermano, abuelo o lo que sea, era amado y ahora nadie le presta atención. Que incongruencia ¿no te parece? Cuidamos tanto a ese paciente para que cuando muera nos olvidemos de él. He escuchado a muchos hablar del impacto que sufrieron al ver sus primeras muertes. Muy

paradójica es para mí la experiencia de relatarlo ahora, porque como ya saben, el “interno psicólogo” siempre es buscado por sus compañeros cuando de hablar de sus emociones se trata, y yo cumplía ese papel lo mejor que podía.

En fin... Les contaba acerca de Doña Coco, esta señora de 87 años con varios problemas de salud, una osteoartritis degenerativa en las rodillas grado 3 solamente tratada con aspirina y algún otro analgésico sin prescripción médica, un problema de dolor abdominal recurrente, seguramente asociado a su uso indiscriminado de analgésicos, un síndrome de caídas que vulnera a la señora como adulta mayor debido a su dolor que dificulta la capacidad de caminar, además de vivir en un contexto socioeconómico precario, que aunque cuenta con apoyo de una de sus hijas, no llega a ser suficiente, motivo por el cual ella trabaja vendiendo chicharrones cerca del mercado local, desde donde obtiene su sustento económico para pagar sus consultas y constantes curaciones debido a las repetidas caídas que ha sufrido en varias ocasiones desde que trabajo en este consultorio. Ella además tiene diabetes e hipertensión.

Doña Coco representa para mí un contraste de tipos de paciente. Por cierto, decidí llamarle Doña Coco debido a que tiene un enorme parecido a la abuelita Coco de la película de Disney. Imagina a este personaje, traslada su imagen al mundo real y ahí tienes a Doña Coco. Ella piensa que más vale atenderse en un medio privado, aunque para ella eso signifique atenderse en una pequeña farmacia, a atenderse en los servicios públicos de salud, debido a sus malas experiencias con los médicos de primer contacto que se encuentran en su centro de salud. Independientemente de eso, cada vez que Doña Coco nos visita en consulta, disfruto mucho escuchar sus historias y tengo la sospecha de que, además de recibir curaciones por una herida por caída, o de que le recete sus medicamentos o le revise su glucosa y presión arterial, ella también desea ser escuchada, y aunque lo cierto es que, a lo largo de mi poca experiencia como médico, hay muchas señoras adultas mayores con múltiples patologías, la señora Doña Coco es el arquetipo de ese tipo de paciente, agradecida, responsable de su salud y llena de historias por contar.

Otra cosa singular de Doña Coco, que destaca su particular forma de ser, es que a pesar de saber que sus recursos económicos son muy limitados, ella insiste en pagar sus consultas, tratamientos y curaciones. Muchas veces me he visto obligado a recibir dinero de su parte, y digo obligado porque entiendo su situación. Cada vez que viene de nuevo le digo “después nos paga” o cualquier frase que le haga entender que no deseo ganar dinero a través de brindarle atención, sino que solo quiero atenderla, situación que la incomoda mucho pues, como te digo, ella es muy responsable con su salud.

Ella representa para mí a un grupo de pacientes a los cuales se me dificulta muchísimo solicitarles una remuneración económica por la atención médica que les brindo.

Yo no comparto para nada la idea de que la medicina es un negocio, que hay que ganarse la vida a través de tu profesión, y que la carrera de medicina es un medio para eso. Muchas veces escucho el argumento de la gente preocupada, no sé de qué, la verdad, pero preocupada, como si la opinión de uno valiera más que la de otro: “Pero... de algo tienes que vivir, no puedes comer de caridad ¿cómo no les vas a cobrar?”. Esa idea es todo lo contrario a lo que yo soy. Me gustaría vivir en un mundo, si tú quieres utópico, en el que la atención a las personas vulnerables fuera para todos, no necesitara remuneración por dicho acto, y que se hiciera de forma desinteresada, no como un ejercicio o intercambio económico, sino como un acto de amor hacia otro ser humano. Sé que ese mundo utópico no existirá en los años que me toque transitar por este planeta Tierra, y sé que no puedo cambiar el mundo yo solo, pero sí puedo hacer lo mejor de mí en cada consulta para ser congruente con esa idea de ejercer la atención a la salud como un acto de amor a otro humano, un ser vulnerable que padece, o que a veces vive con responsabilidad y valentía una condición física que los médicos llamamos enfermedad. Personas como Doña Coco me recuerdan por qué decidí dedicarme a esto.

Doña Coco vive su enfermedad de manera responsable, y es paradójico porque ella misma dice “no estar enferma”; sin embargo, compra su Nifedipino y su Telmisartán con Hidroclorotiazida, se pone su insulina y se preocupa por tener una dieta lo más sana en sus condiciones. Cuando le pregunto cómo se siente tomándose sus pastillas, ella menciona

que lo hace para seguir sintiéndose bien, ella se siente bien, siempre se siente bien. Tomando en cuenta su situación económica, la invité a asistir al centro de salud donde realizo mi servicio social. Como no habita en la zona, estrictamente hablando no puede tener un expediente, pero uno de los pilares de la atención médica de primer contacto es no negar la atención a nadie, así que se ha vuelto una paciente frecuente que, a través del contacto privado, ahora es una paciente regular del centro de salud.

Interludio, el proceso de escribir.

Junio / Julio 2022

Tiene dos meses que no escribo más, y aunque tengo muchas historias por contar de mi vida como recién estrenado en el mundo de la medicina general como Médico Pasante, me encuentro con una situación incómoda que me sucede al intentar escribir lo que deseo contarte, y me sorprende ya a mitad de mi servicio social, 6 meses después de iniciado. ¿Te interesa saber qué pasa en el proceso de contar historias? ¿Me acompañas?

Resulta que el hecho de escribir y contar a través de un relato, para mí ha resultado en extremo complicado, pues hay un mundo de ideas cuya imagen mental simplemente no puedo convertir en palabras, es demasiada información, demasiado contenido y sobre todo, la parte que lo hace más difícil, son demasiadas emociones.

Al momento de sentarme a escribir, vienen a mí sentimientos abrumadores que terminan haciendo que evite lo incómodo, duro y difícil de la situación. ¿Haz sentido lo mismo? Una situación de la cual te es difícil hablar, aunque sabes que justamente hablarlo, expresarlo o contarle te permitiría sentirte liberado. Bueno, pues eso ocurre conmigo.

Así que hoy me acerco a escribir pensando que escribiré todos los días, con disciplina. Tal vez no pase algo en todas las jornadas que sea remarcable o digno de contar; lo cierto es que hay muchos días tranquilos donde solo realizo alguna actividad monótona y poco enriquecedora. Estar en el *triage* respiratorio o realizando pruebas rápidas de COVID 19 no es algo que brinde mucho contenido literario precisamente, al menos no para la naturaleza de este texto. Sin embargo, todos los días tengo reflexiones que me gustaría transmitir, pensamientos que me gustaría compartir, así que de eso quiero hablar hoy. ¿Estaré venciendo mis propios demonios? La pereza, la evitación y tolerancia al desgrado. Mañana te contaré.

Bueno, pues ha llegado ese mañana dos meses después. No ha sido sencillo seleccionar las historias de pacientes o compañeros, pues tengo muchas más de las que seguramente quedarán plasmadas en este texto. No será porque no sean interesantes, cada una de las palabras compartidas por la gente que pude escuchar, tiene un mundo de posibilidades de

donde poder extender muchísimo la trama de un cuento, una novela y una historia. A veces me pierdo en la inmensidad de esta nueva experiencia y pierdo de vista el objetivo. ¿Cómo seleccionar aquellas que sean más significativas cuando todas tienen un significado en sí mismo? De momento mi estrategia será seguir recopilando historias y dejar que, con el paso del tiempo, vayan destacando aquellas que sean más significativas para mí. Insisto, todas tienen valor en sí mismas, pero la tendencia sugiere que son aquellas historias que coinciden con alguna que conecta con mi propia experiencia aquellas que van siendo seleccionadas como las que preferiré mostrar en las próximas líneas. Tengo miedo de no ser capaz de transmitir las emociones que sentí en el momento de escucharlas, pues nunca sabré realmente los sentimientos de los pacientes que me contaron sus experiencias. Solo me queda dar el mejor de mis esfuerzos para que a través de la empatía pueda comunicar con la palabra y la intención correcta el mensaje adecuado. Pienso hacer el mejor de mis esfuerzos para ser lo más fiel a las palabras y sentimientos de aquellos que me compartieron sus historias.

Espero que ese esfuerzo obtenga su resultado.

Capítulo 3, De la muerte y de la importancia de dar un buen diagnóstico

Agosto 2022

Este último mes ha sido un tiempo de muchísimo aprendizaje, tanto en lo personal como en lo profesional. Ser familiar de un paciente hospitalizado sin duda cambió mi perspectiva, me dio más empatía pues ahora puedo conocer por mi propia vivencia lo que es sentir que la persona que amas está a un diagnóstico de acercarse a la muerte.

Mi pareja de hace 4 años y yo quedamos embarazados. No fue planeado, pero sí fue muy deseado desde el momento en que nos enteramos de la llegada de lo que creímos que sería el nuevo bebé. Fiesta, alegría y cariño nacía en nuestras familias al conocer la noticia, motivo de gozo y dicha que parecía no acabar. Todo marchaba viento en popa hasta que decidimos ser médicos responsables, poner en práctica los conocimientos profesionales adquiridos, y tomar el primer ultrasonido obstétrico, que reportó absolutamente ninguna evidencia de embarazo, a pesar de haber pasado 8 semanas de una prueba inmunológica de sangre que, como sabrás, es bastante sensible y específica, muy confiable. Ese fue el primer dato que encendió las alarmas. Decidimos confiar en la ciencia y esperar. Cuando tomamos el siguiente ultrasonido, el primer diagnóstico fue un embarazo ectópico, o un embarazo molar que comenzaba, así que fuimos a urgencias a un hospital especializado en obstetricia. Pasar la noche afuera esperando a que te digan si tu pareja fue sometida a cirugía para retirar el embarazo ectópico, o si fue sometida a un legrado para retirar ese embarazo molar, es de las peores experiencias que he tenido. En ese momento desee con toda mi alma que Dios existiera y si fuera así, le pedía que el nuevo bebé y ella estuvieran bien. Parecía que mi plegaría fue escuchada, pues al siguiente día, después de batallar un poco con los rigores burocráticos de las instituciones de salud, se me informó que era un embarazo viable, que todo estaba bien y que simplemente fue un error de diagnóstico en el ultrasonido. Dudé entonces de la ciencia. ¿Cuántas veces he escuchado a mis pacientes pasar por situaciones similares? Un diagnóstico erróneo que cambia vidas. Finalmente, empezaron a aparecer más síntomas, muchísimas náuseas, vómito, pérdida de peso. Se hizo otro ultrasonido y el peor diagnóstico fue confirmado, era un embarazo molar. Es una enfermedad rara, ¿sabes? El embarazo molar pertenece al grupo de la llamada enfermedad

trofoblástica gestacional, que se da en 2.4 personas por cada 1,000 embarazos. Es cuando, básicamente, a la placenta se le ocurre crecer descontroladamente, justo como un tumor cancerígeno. Actuamos a tiempo, la cuestión médica y la amenaza a la salud de ella se resolvió, pero la cuestión emocional entre nosotros no tuvo la misma suerte. Así, en el transcurso de 3 meses de ese tormentoso embarazo, perdí mi trabajo, mi relación de pareja, el servicio social y la ilusión de ser padre.

El centro de salud donde me encontraba no toleró que pidiera permisos para salir a atender las citas de hospital y los constantes ires y venires que me ocupaban para intentar cuidar de la delicada salud de mi hasta entonces pareja. Afortunadamente, las autoridades de más alto nivel me apoyaron, y al fin me permitieron continuar en otra sede.

Esa última semana, atendí en el centro de salud a la séptima consulta de control prenatal de Miriam, de 26 años, la misma edad de mi pareja. Miriam me recordaba mucho a ella. Aunque ya cursaba con 32 semanas de gestación, era una mujer que esperaba con mucho anhelo a su futuro primer hijo, su esposo trabajaba como albañil en una empresa constructora, y aunque no solía acompañarla a la consulta prenatal, ella lo esperaba al terminar su cita en la pequeña sala de espera junto a las jardineras del centro. Algunas veces, al terminar la consulta, a mi hora de salida yo los veía caminar de la mano o abrazados hacia su casa, se podía notar el amor entre ellos. El proveía el dinero en ese recién formado hogar y ella parecía contenta con él.

Miriam fue una de las primeras pacientes en ese centro de salud que tuve el gusto de atender, durante 6 meses el destino quiso que su ficha de consulta quedara en el consultorio 3, los días viernes, que era el lugar y día en el que seguramente yo daría consulta, debido a que el médico de dicho consultorio ocupaba el tiempo para un curso. Así que, debido a esto, atendí prácticamente todo su control prenatal, conmigo escuchó por primera vez los latidos cardiacos de ese bebé, repasamos las señales de alarma en el embarazo en múltiples ocasiones, juntos hicimos un plan de seguridad y resolvimos dudas de lactancia materna. Era una paciente muy responsable, comprometida y alegre.

Le pregunté en alguna de nuestras siete consultas prenatales:

- Miriam, ¿qué significa para ti estar embarazada y venir con nosotros al centro de salud?
- Me pone muy feliz, siempre quise tener un hijo con Joaquín, la verdad yo sí quería y quiero hacerlo todo bien, por eso vengo, para que no hayan problemas con mi bebé.
- Cuéntame, ¿cómo es un día de Miriam, la futura mami?
- Pues, me levanto y salgo a caminar unos minutos, porque me dijiste que puedo hacer poquito ejercicio, luego tomo un vasito de agua y desayuno ligero, me tomo mis vitaminas y me pongo a hacer la comida para cuando llegue Joaquín, hago mi quehacer y lo espero, comemos juntos y luego jugamos a que ya somos papás, siempre le digo a Joaquín que me traiga jugo de arándano, me gusta cuando es atento conmigo, y últimamente es muy atento. A veces, tengo un poco de náuseas, pero vomito una vez y ya estoy como si nada, una vomitadita y a seguirle, jaja. Ay, me siento muy contenta, la verdad.
- Se ve que esperas con mucho amor a ese bebé
- Siempre quise ser mamá, mi abuelita nos enseñó mucho eso, a ser buenas hijas para ser buenas madres
- Seguro que tu abuelita era una gran mujer

Y así transcurrían nuestras consultas, entre pláticas amenas y su alegría de ser madre, inundaba de felicidad el ambiente. Uno va aprendiendo a reconocer a esos pacientes, los que puede llamar como favoritos. Me daba gusto ver su nombre y saber que venía a su cita, donde la comunicación y la confianza fluían de forma tan espontánea y amena, pensaba en lo afortunado que era de haber decidido ser médico. Además, me recordaba mucho a quien entonces era mi pareja: jovial, alegre, sociable, enamorada de la vida, con un deseo inmenso de ser madre; eso me hacía tenerle mucha más empatía. Me recuerdo pensando que, si tuviera que tener una imagen de la felicidad, ambas estarían en esa pintura ficticia que lo representaba, porque eso eran, la viva imagen de la felicidad.

La última vez que la vi así, fue en la séptima consulta de control prenatal, semana 32, frecuencia cardiaca fetal en parámetros normales, sin sintomatología de alarma, crecimiento fetal normal, acorde a mediciones clínicas y el ultrasonido. La cité en 2 semanas para que se cumplieran las 34 semanas y pudiera mandarla con su pase de referencia al

hospital donde se atendería. Mi sorpresa fue bastante cuando a las dos semanas llegó a consulta. Ya no había alegría en sus ojos, esta vez venía Joaquín con ella.

- Se perdió el bebé, mencionó Joaquín, como disparando a quema ropa, sin aviso, sin piedad, como la misma vida le había herido a él.

Quise llorar, sentí las lágrimas formarse en mis ojos, no atiné a decir nada útil, en mi mente solo pasaban ideas como: “¿qué me estás diciendo? No puede ser, pero si todo estaba bien, ¿qué está pasando?”

- Tuvo un sangrado, fuimos al hospital y me dijeron que se había perdido el bebé, continuó Joaquín ante el rostro desenchajado que debí poner.

Miriam se veía imperturbable, no mostraba muchas emociones, no pude ver tristeza en su rostro, pero sí era evidente que ya no era la imagen de la felicidad.

Solamente atiné a pedirles los papeles del hospital, revisé la nota de alta, “Óbito 32 semanas de gestación + probable ruptura prematura de membranas”.

- ¿Qué pasó?

Pedí a Joaquín y a Miriam que me contaran. Al hacerlo, nunca hubo un antecedente de importancia, no hubo un porqué real, o al menos no uno que yo pudiera identificar, simplemente un buen día amaneció con un abundante sangrado, sin dolor, y esa misma noche fue medicada para la expulsión de los restos del producto. No hubo análisis anatomopatológico.

Sabía que la muerte es parte de la vida, en teoría, pero no había dimensionado que la muerte también puede estar al principio de lo que podría comenzar a llamarse vivo, incluso también puede morir la alegría, las ilusiones y los anhelos, y ese duelo es igual de profundo que cualquier pérdida significativa.

Procuré escucharlos con atención, permitir al menos que se desahogaran, los invité a sacar una cita al servicio de psicología. Dudo mucho que hayan acudido. La felicidad que emanaban se había roto, nuestra relación médico-paciente también parecía rota, yo mismo

me sentía roto. Recuerdo verlos partir, donde antes los había visto de la mano o abrazados, no había ya cercanía física entre ellos.

A veces la vida nos pone en situaciones donde es imposible pensar que los hechos son simplemente coincidencias sin sentido. Tal vez sea eso y realmente no exista ningún sentido, pero para mí, ver el dolor de Miriam y Joaquín y estar a la vez pasando un dolor similar, me hizo comprender que no basta con tener conocimiento científico, estudiar mucho y sentir que con eso serás un buen médico, un buen psicólogo o profesional de la salud. Creo también que no es necesario sufrirlo todo para poder tener empatía, sin embargo, sí puedo dar fe de que es cierto que experimentar uno mismo el dolor ajeno te pone en otra postura llena de una comprensión mucho más amplia que leer diez libros del tema o tomar varios cursos sobre tanatología. Creo que es eso a lo que llaman experiencia.

Esa fue la última vez que los vi, pasé algunos días más en el centro de salud, haciendo labores administrativas, nada clínico. Fue mi última semana ahí. Durante el mes siguiente la tristeza, lo difícil de la situación y mi incapacidad para resolver la situación de mejor manera provocó que fuera el último mes en el que mi pareja y yo fuimos eso, pareja.

Capítulo 4 Del sentido de la vida y los médicos en formación

Octubre 2022

Como lo contaba en el capítulo anterior, inicié el mes de septiembre en un nuevo centro de salud. Para dar el contexto del cambio que supuso esto para mi vida, mi tiempo de traslado aumentó a 50 minutos en bicicleta, pasando a través de los bellos canales de Xochimilco y su exótica flora y fauna. Bueno, al menos exótica para mí, pues nunca había tenido que detenerme para permitir que una serpiente verde pasara descuidada a través de mi camino, más bien creo que para ella yo era el exótico. Habrá que ponerse en el lugar de la serpiente para preguntarse: “¿Qué demonios hace un humano aquí en mi camino a las 6:00 am? ¿Por qué no usa las rutas de RTP o de otros transportes públicos?”. Si yo pudiera hablar con el reptil le diría: “Bueno, querida serpiente, fíjate que si decido usar transporte público tardaría aproximadamente 2 horas en llegar a mi sede de servicio social, además del constante aplastamiento inhumano característico de un sistema de transporte público por demás ineficiente, por llamarlo de alguna manera, porque más que ineficiente, era realmente un verdadero tormento. Así que prefiero trasladarme en bicicleta a través de los canales de Xochimilco, de paso puedo saludarte de vez en cuando.” Si tú, querido lector, has tenido que trasladarte desde los alrededores de la ciudad de México, a trabajar o a la escuela, sabes a lo que me refiero.

Además, el hogar que compartía con mi expareja, ahora mitad vacío por la ausencia de sus cosas, aparecía ante mis ojos todas las tardes mostrando un total descuido, aún conservaba la mugre que quedó de las cosas que le pertenecían a ella y que se llevó, descuido que reflejaba el propio abandono y mugrero de mi propia salud mental. Había también pelo de mi ahora también ex-mascota (pues al irse, también se llevó a la perrita que compartíamos), trastes sucios de semanas, basura acumulada en los cestos, ropa sucia en otros propios, comida vieja en el refrigerador y yo, sin ganas o energía de levantarme de la cama para escribir, para leer, para vivir.

Así que ahí estaba yo, expulsado de mi sede de servicio social, en una depresión que se sentía como imagino que Sísifo se sentía al cargar la pesada piedra a la que estaba condenado, pues cargaba con el peso de mi consciencia y autoexigencia de no haber podido

hacerlo mejor. No tenía un trabajo, pues al faltar a mis horarios de consulta en la farmacia donde trabajaba, otro médico del turno matutino, comenzó a atender también por las tardes, así que solo me quedaban el ingreso de algunos pacientes de psicoterapia, que, paradójicamente, en su amplia mayoría avanzaban muy bien con sus tratamientos, incluso varios terminando su proceso de terapia en esos días.

Empecé a notar que, aún roto como me sentía, era capaz de hacer mi trabajo, podía brindar alivio al malestar físico o mental de la gente que acudía a mi solicitándolo. Notarlo era una gran motivación para levantarme todas las mañanas, así que uno de esos días sin que me lo esperara, me sorprendí al encontrar fuera del centro de salud un nutrido grupo de personas vestidos todos de blanco, con sus expresiones ansiosas y a la expectativa, con miradas que denotaban curiosidad, energía y ánimo. Me recordaban a algo en mí que no sentía recientemente, se me hacía tan lejano y ajeno.

- “Buenos días doctor”

Me dijo una estudiante.

“Es verdad, soy doctor”, pensé. Su saludo me sacó del estado introspectivo al que me había venido acostumbrado en los solitarios días anteriores. Me erguí de hombros y continué mi camino creo que sin devolver el saludo.

Durante la carrera de medicina, comienzas a adquirir experiencia clínica desde muy temprano, pues en las rotaciones clínicas que iniciaron en mi segundo año de esta vida médica, ya entraba al consultorio con los médicos de base, hacía semiología, interrogaba a los pacientes, elaboraba recetas, y me sentía muy médico colocando el estetoscopio en los focos cardiacos con un inexperto oído sin entrenamiento, emocionado por encontrar algo raro y poder decirle al médico a cargo: “Doctor, creo que escucho un soplo”, cuando realmente era el roce del suéter del paciente que tuviste pena de pedirle que se retirara. Esas primeras experiencias con pacientes en la medicina me formaron, me llenaron de seguridad para cuando tuve que hacer el mismo procedimiento, pero en contextos distintos donde mi nivel de responsabilidad era mayor.

Se presentaban más tarde ante toda la unidad, alrededor de 25 estudiantes provenientes de la recién formada Universidad de la Salud (UNISA), que tiene por enfoque entrenar médicos comunitarios y generales, es decir, médicos que respondan a las necesidades de salud de la población mexicana.

En algunas ocasiones, las autoridades me pedían que realizara actividades para las que no soy muy bueno. Me conozco bien, sé mis fortalezas y debilidades. Si me ponen frente a un grupo, soy capaz de dar una buena ponencia sobre cualquier tema que me permitan revisar con unas horas de anticipación, pues sintetizar información, comunicarla a un público y hablar frente a la gente es algo que se me da muy bien. Sin embargo, si me piden que realice un bello cartel, que sea vistoso, atractivo y agradable para quien lo observe, puedo ser bastante malo en eso.

Cuando me piden actividades así, tiendo a buscar apoyo, y ahí tenía a 25 estudiantes. Seguro dentro de ese grupo podría encontrar quien me ayudará con sus habilidades, pues cada ser humano tiene capacidades distintas.

Ese fue mi primer acercamiento con ellos. Con la autorización de los médicos encargados, solicité el apoyo de 5 estudiantes para que me ayudarán a hacer un cartel sobre las zoonosis, enfermedades transmitidas por vector. Las estudiantes trabajaban con mucho entusiasmo, deseosas por hacer un buen trabajo, yo solo dirigía las actividades, ellas realizaron toda la labor. Mientras esto sucedía, me preguntaban cosas de temas de medicina a las cuales yo respondía. Como he dicho antes, soy bueno al comunicar información, y de medicina llevo al menos 7 años acumulando conocimiento, así que, de los temas que más domino, se me hace muy fácil explicarlos.

“Es cierto, eres bueno explicando”, me percaté pensando eso sobre mí mismo un día de regreso a casa en camino con mi bicicleta. Ese día mi hogar seguía siendo un desastre, pero creció en mi la energía de iniciar un nuevo proyecto. “¿Y si identificas lo que estos muchachos necesitan?, escúchalos y ayúdalos, eso te sale bien”. Me recuerdo pensando cosas de ese estilo.

Y es que tienes que saber, querido amigo lector, que la salud mental dentro del personal de salud es un tema que deja mucho que desear y da mucho que decir. Muchos médicos, personal de enfermería, entre otros, tienen un riesgo aumentado de tener padecimientos mentales, depresión, ansiedad, síndrome de burnout, por mencionar algunos, y son sumamente comunes en este medio. Incluso me atrevo a pensar que una gran mayoría del personal de salud ha tenido la necesidad de tomar un tratamiento psiquiátrico o psicológico de rescate ante lo adverso que puede llegar a ser este camino.

Creo que muchos médicos tendemos a sublimar estas necesidades afectivas en el cuidado de los demás. Es decir, a veces es más fácil cuidar a otros que cuidarse a sí mismo. Eso no es necesariamente malo, porque bien enfocado y con las acciones correctas, se puede generar una motivación genuina y real por hacer el bien a otros y creo que eso es muy deseable en un médico, alguien que se interese tanto por ti y en tu salud no puede ser malo. Ian McWhinney (1981) dice que el buen médico familiar, es aquel médico que se interesa por sus pacientes de forma genuina, sin importar si es adulto, anciano, niño o embarazada. Desde la psicología, Carl Rogers y la terapia humanista centrada en la persona, dice que lo principal debe ser tu cliente o paciente, a través de la empatía, congruencia y aceptación positiva incondicional (Rogers, 1966).

Así que, con estas ideas refrescándose en mi mente, acompañado de una leve brizna de lluvia en una fría mañana de camino a la unidad de salud, con el aumento constante de la velocidad que puedes alcanzar en un camino libre, junto a la gran pista de canotaje y rodeado de los ruidos propios de la vegetación circundante, empecé a planear mis actividades con estos estudiantes. Si bien yo soy un médico pasante y no tengo autoridad ni responsabilidad sobre ellos, aún tengo cosas por enseñar, porque sí que tengo un poco más de experiencia y puedo aportarles conocimiento.

Me dediqué a escucharlos, a preguntarles, a conocerlos. Mi intención era ayudarlos, pues notaba algunas deficiencias en conocimiento, y, además, al escuchar sus historias de vida, fui notando que también expresaban mi propia historia. Era como el reflejo en un espejo, en cada uno de ellos vi situaciones de mi propia vida. Lazos de amistad inevitablemente se

forjaron. Incluso algo más con alguien especial, una casi relación sentimental con la que en su momento me ayudó a devolverme seguridad y energía de vivir con su presencia, Evidentemente no funcionó, pero eso no significa que no haya sido bueno en el tiempo y el lugar que sucedió. Tuvo su momento y para mí, no pudo llegar en uno mejor, así que siempre le guardaré en mi mente con cariño y con gusto.

Con ese mismo gusto y energía, diseñé un programa de clases para ellos, enfocándome en las materias básicas de la medicina, como son la farmacología y fisiología, elaboré presentaciones, volví a estudiar y preparar temas para exponerlos ante ellos. Quería hacerlo mejor, sabía que podía hacerlo mejor, así que solicité la autorización del director de la unidad, quien con gusto me dio la oportunidad de diseñar un programa de manera formal, y así nació un pequeño curso de un mes de duración para que los estudiantes que vengan a tener prácticas clínicas en el centro de salud, tengan un programa, un temario, y así pueda ser mejor su paso por este lugar.

Fueron dos meses muy agradables para mí. Ese mugrero que había en mi casa y en mi mente, poco a poco se iba limpiando con las sonrisas de los estudiantes dándome los buenos días, haciéndome preguntas sobre la clase, o filosofando sobre la medicina al desayunar frente al centro de salud.

Comencé a arreglarme más, a cuidar más mi aspecto físico que, al igual que a mí mismo, lo tenía bastante descuidado, sentí la motivación de levantarme todos los días porque tenía una clase más que dar, y para eso tenía que preparar el tema, para eso debía leer, lo que precisaba encontrar el libro adecuado, para lo cual era necesario tener un orden en el librero, lo que requería tenerlo despejado de cosas mal puestas, lo que irremediablemente me llevaba a acomodar, ordenar y posteriormente a limpiar.

Qué maravilloso fue aquel día en el que noté en mis pensamientos la idea de que, paradójicamente, cuando te entregas a los demás para ayudarlos, los demás terminan ayudándote más a ti mismo.

- “Doctor, sus chicos ya lo están esperando para su clase”, me dijo en alguna ocasión una compañera del personal de limpieza.

“¿Mis chicos?, pero yo no soy su maestro, ni si quiera dependen de mí. Es más, estas clases no tienen ningún valor real, todo fue creado por ti”, pensé, pero solo atiné a sonreír.

Víctor Frankl, famoso psicólogo que desarrolló el modelo de la logoterapia o terapia del sentido de la vida, menciona en su teoría que gran parte de la etiología del padecimiento mental del mundo postmoderno, tiene que ver con esta falta de sentido de vida, una sensación de vacío existencial por no tener desarrollada la voluntad de sentido, concepto que hace referencia a esta motivación intrínseca por realizar con consciencia y empeño las actividades cotidianas de tu día a día (Frankl, 1985).

Con los muchachos de la UNISA, encontré mi voluntad de sentido, no es que la hubiera extraviado, simplemente tenía mi atención enfocada en mis problemas personales. Al enfocarme y entregarme a ellos, pude recordar por qué quise ser médico. No se trata sólo de ayudar a los enfermos, pues en medicina, así como en otras disciplinas o ciencias de la salud, existen tres grandes pilares en su enfoque: un enfoque de atención clínica, que se refiere a ver pacientes en consulta, un enfoque de enseñanza, que se refiere a utilizar la experiencia que brinda el enfoque anterior, para enseñar a otros que van un poco más atrás en el camino de la formación, y un enfoque de investigación, cuyo principal objetivo es mejorar un poco algún aspecto de la ciencia médica a través de la recopilación y análisis de información con base en el método científico.

Creo que un médico que recuerde y practique estos tres enfoques, se convierte en un profesional mucho más integral, capaz de utilizar las mejores herramientas para actuar honrosamente en la vida cotidiana.

Este texto tiene que ver con mis experiencias con los pacientes dentro del servicio social, y esto es así, porque es con los pacientes el principal campo de acción, el motivo principal de ser del médico. Sin embargo, no hay que olvidar estas tres grandes esferas de la medicina, la clínica, la enseñanza y la investigación. Yo tuve la oportunidad de aplicar la enseñanza y me siento muy honrado de haber participado en esto y al ser parte de mi vida médica, decido incluirlo en este texto.

Al terminar estos dos meses de prácticas clínicas, algunos estudiantes, varios de ellos, prácticamente todos ahora que lo pienso, me brindaron palabras de agradecimiento, por el buen trato que les di, por escucharlos, por ocuparme de ellos, por enseñarles. Las autoridades lo reconocieron también públicamente en aquella pequeña despedida, me pidieron dar unas palabras frente a todos, no recuerdo bien el contenido de mis oraciones, pero seguramente agradecí, lo cierto es que tuve que parar, no pude decir todo lo que quería expresar, pues las lágrimas amenazaban con salir, ¿Cómo era posible que en la despedida de los estudiantes cada persona que tomaba la palabra mencionaba algo como: “También agradecer al doctor Alejandro porque gracias a él... Muchas gracias al doctor Alejandro por... etc. etc.?” Me sentí acogido, abrumado también y muy contento de que aún roto podía ser útil; siendo sincero, estaba roto, pero no descompuesto.

¿Has escuchado el concepto de “Kintsukuroi”? Bueno, por si acaso, te cuento. En la cultura del Japón, alrededor del siglo XV, comenzó una tradición a partir de la creencia de que las cosas tienen un valor en sí mismo solo por ser cosas y servir para un fin (Santini, 2018). Algo así como el concepto de dignidad en bioética, la dignidad significa que las personas tienen un valor intrínseco solo por el hecho de ser personas y existir, solo que enfocado en las cosas. Me gusta el concepto de Kintsukuroi, por que se refiere a cuando un objeto que ha sido roto al ser usado, o bien que se dañó por el paso del tiempo, o que simplemente sufrió un desperfecto, puede ser reparado y con ello aumentar su valor. Imagina por ejemplo un plato o un jarrón, en vez de desecharlo porque ya no es útil se le repara con oro, de esta forma el objeto es aún más precioso ahora que sido reparado y más valioso todavía. Así me sentía yo.

“Buenos días doctor”. Aquel primer saludo, sin saberlo, me llevó a recordar que efectivamente, estoy a un paso de serlo, y que gracias a todos ellos ahora sé, que la actividad académica o docente siempre va a estar presente sin importar el camino que decida para mi futuro profesional. Los llevé a todos en mi corazón como mis primeros alumnos.

Capítulo 5. De los cumpleaños, de colores y silencios.

Octubre 2022

Día de mi cumpleaños número 31. ¿Mencioné ya que ella escogió ese día para irse? Tuvo más de cuatro años previos para irse y justo decidió que mi cumpleaños era el mejor momento para sacar sus cosas de la casa. Ese fue un día gris. No pienses, querido amigo lector, que solo pienso en ello, en las cosas malas. Este texto narrativo es un medio de expresión y quiero decir que hay en mi mente dos partes, aquella que yo llamo salvaje, porque piensa visceralmente, se enoja, exige, demanda y no tiene piedad por sí mismo y a veces ni por los demás, pero existe también esta otra parte de mi más racional, sensible, humanista, creativa, atenta y consciente. Lo cierto es que normalmente gana esta parte, pues es mi mente y yo decido con qué enfoque voy a enfrentar esta experiencia llamada vida. No se me juzgue severamente. Me disculpo por tener la necesidad de expresar la parte salvaje de vez en cuando.

Así es como se explica que constantemente que me refiera a este periodo de mi vida, mi servicio social de medicina, que estuvo marcado por esta ruptura amorosa, el duelo y el cambio constante, como una reflexión de mi vida personal. La medicina implica también el constante acompañamiento de la enfermedad, a veces, en consecuencia, el dolor y sufrimiento, así como en algunos casos, la muerte.

A esta persona solo le deseo que haya encontrado la paz, la felicidad, armonía o lo que sea que deseara allá donde ella esté. Porque está, existe, y existir es ya un regalo en sí mismo.

Era 27 de octubre el día en que llegó a la consulta un paciente en particular, Salvador, de 63 años, adulto mayor con edad aparente mucho mayor a la cronológica. La fecha de nacimiento escrita en el expediente avisaba de que pronto sería su cumpleaños. Me sorprendió observar en su piel una característica coloración grisácea sobre la cual, merece la pena mencionar, jamás he leído en un texto de semiología clínica, ni si quiera en el propio libro del famoso Dr. Surós (2001). Quien es médico sabe de lo que hablo, si no, imagínese que, si la medicina fuera una religión, el doctor Surós sería como el escritor de la Biblia, en donde dice como se debe actuar y como se debe revisar a un paciente y preguntarle, eso se

llama semiología; el mejor libro de semiología para muchos, por tradición y por tiempo, sería este de Semiología de Surós. Pues bien, ahí nunca he encontrado datos claros de que este color sea evidencia de algo relacionado con el estado de salud o mucho menos con la muerte del paciente.

He visto a niños en el Instituto Nacional de Pediatría, el que en mi opinión es el mejor o de los mejores hospitales de México y Latinoamérica para atender niños, con esta coloración grisácea en el área de oncología, esto lo viví como estudiante.

Más adelante, al hacer prácticas clínicas en servicios de medicina interna, también noté este color gris en la piel de la gente que estaba próxima a morir. Lo he visto también en las salas de urgencias, cuando en el internado pude ver a la muerte llegar a tomar la vida de alguien. No se me mal entienda, no es que haya visto literalmente a la muerte con su túnica negra y su gran guadaña. Para mí, la muerte tiene ese color gris característico.

Cuando conocí al señor Salvador, mi mueca se torció en señal de reconocer a un viejo conocido que respetas y no es precisamente tu amigo. Reconocí este color gris en su piel.

Salvador acudía a realizar el estudio de electrocardiograma, ese estudio que requiere la colocación de electrodos en ciertas áreas del tórax del paciente con el objetivo de medir la actividad eléctrica del corazón. Usualmente, como en el caso de Salvador, es un estudio que se indica cuando los síntomas pueden corresponder con alguna patología cardíaca.

Salvador tenía antecedente de 2 infartos previos que requirieron hospitalización y tratamiento especializado, no puedo mencionar cual debido a que el paciente lo desconocía también, y una larga vida de al menos 30 años con diagnóstico de hipertensión y diabetes mal controlada, debido a que vivía en situación de abandono, sobre todo abandono emocional.

El paciente se mostraba amable y respetuoso. Con tristeza en su semblante, platicaba como sus hijas venían a visitarlo un par de veces por semana, pero él se sentía muy solo. Su esposa ya no estaba, nunca entendí si por fallecimiento o por separación, pero lo cierto es que ella

no estaba más. Esto lo mantenía en un estado de melancolía profunda que le impedía llevar las actividades de su vida. Ya no trabajaba, solo vivía. Existía.

- Salvador, le voy a hacer unas preguntas para su historia clínica ¿A qué se dedica?
- A nada
- ¿Qué le gusta hacer, a qué dedica su tiempo?
- A nada
- ¿A qué se dedicó, qué hizo cuando era más joven?
- Nada, nunca hice nada

Le hice varias preguntas de ese estilo, imagínese la escena, un hombre con deficiente aliño, ropa descuidada y sucia, de color gris en la piel, que contesta prácticamente con monosílabos, con un evidente semblante de melancolía en su rostro. Fue así que dejé a un lado la pluma y la hoja de historia clínica, decidí abandonar el orden del interrogatorio e hice ademán de acercarme e inclinarme, entonces le dije: “En que le puedo ayudar, Salvador”

Creí que diría algo así como: “En nada”, pero para mi sorpresa, en mi intención de querer escucharlo, entenderlo y saber su motivo de consulta, Salvador comenzó a relatarme su historia de vida.

- Pues verá joven, yo vivo solo desde hace....

Así, su relato comenzó con su presente, para transitar por sus pocas expectativas a futuro y su constante atención en el pasado. Un hombre solitario, herido emocionalmente, descuidado físicamente.

No puedo negar que también vi ciertas partes de mi reflejadas en él, pues como he explicado antes, yo me he sentido exactamente igual a él. Gris era todo lo que mi mente pensaba.

Gris también era el color de su vida, aparentemente sin sueños ni aspiraciones.

- ¿Señor salvador, que piensa usted de los psicólogos?

Mi mente de doctor estaba maquinando ya que seguramente convenía enviarlo para una valoración psicológica, pues era claro que cumplía con criterios de al menos un trastorno depresivo mayor, además, el venía por un estudio del corazón, por lo que la referencia al servicio de cardiología estaba ya escribiéndose en mi mente también.

- Uuuuy no joven eso no sirve....

Con esas palabras me detuvo el pensamiento y volví al momento presente. Rápidamente pensé: "¿Qué diablos? Yo también soy psicólogo y son las 12:00 del día, no tengo más pacientes citados, me voy a dar el tiempo de escuchar a este señor y persuadirlo de que los profesionales de la salud mental somos útiles también y que podemos ayudarlo".

Así fue como empecé a escucharlo activamente. La teoría y técnica de la entrevista dicen que las preguntas abiertas son útiles cuando las personas contestan con monosílabos, así que le dije a mi paciente:

- Cuénteme más de usted

Salvador procedió a relatarme su historia de vida, o lo que él consideraba importante. Me limité a asentir con la cabeza. La teoría de las habilidades clínicas de un terapeuta dice que la técnica del reflejo te permite devolver las palabras del paciente a nivel de cognición o afectividad, además demuestra interés y apoya la escucha activa, favorece la relación terapeuta – paciente y ayuda a aclarar puntos que pueden quedar imprecisos. Fue así que le dije:

- Entonces usted es un hombre de 63 años, que vive solo, extraña a sus hijas, que siente que no ha hecho suficiente con su vida y que además siente miedo de este dolor que siente en su pecho de lado izquierdo. ¿Es así?

Mientras transcurría su relato, Salvador fue relajando su semblante, se mostraba más afable, más abierto. Es muy probable que quien esté leyendo este texto pueda considerarme fuera de mis facultades mentales por lo que voy a decir, pero puedo asegurar que, a lo largo de esta charla de más de 30 minutos con Salvador, el color grisáceo se fue desvaneciendo.

Yo no sé explicar que pasó, tal vez la luz del ambiente entró por diferente punto al consultorio por el tránsito del sol natural con el paso de los minutos, tal vez simplemente se activó mi sistema nervioso simpático al preocuparme por este señor, lo que dilató mis pupilas y me permitió observar mejor los colores de mi entorno, lo cierto es que volvió el color a él.

Salvador me relató como venía de una colonia ubicada en la llamada zona chinampera, siempre vivió ahí, pues el terreno fue heredado de sus padres, cuyos padres habían heredado eventualmente el mismo terreno por sus propios padres. Él aprendió el oficio de la construcción, dedicándose gran parte de su vida a trabajar como albañil. Amaba a sus dos hijas, ambas profesionistas y casadas. Vivían lejos de él y solía verlas poco, bueno, poco para él, demasiado para ellas. ¡Tanto las percepciones como el tiempo son tan subjetivos, tan relativos!

Este hombre se había refugiado en la marihuana y el alcohol. Lo aceptaba y lo mencionaba con soltura. ¿Cómo podía yo hacer una intervención? “Señor, ya no se drogue, ya no tome”. Que ridículo me sentía solo de pensar en decir algo como eso. Este hombre me estaba abriendo su corazón, su mente, sus ideas, su mundo. ¿Quién soy yo para juzgarlo? No soy mejor que él por no fumar marihuana o por no perderme en el alcohol todos los días.

Ser médico coloca irremediabilmente en una posición de poder por sobre el paciente, el médico sabes más, al menos de medicina, por eso vienen a consultarlo. Desde esa posición superior de poder, hace un diagnóstico y otorga un tratamiento, posteriormente da una serie de medidas y cuidados no farmacológicos que, siendo sinceros, en ocasiones difícilmente el mismo médico sigue, y termina citando al paciente para revisión en algunos días.

“Aceptación positiva incondicional” es algo de lo que, como antes dije, Carl Rogers (Rogers 1966) enseñaba en su terapia humanista. Eso fue lo que me dije a mi mismo, como me lo digo cada vez que mi mente imperfecta quiere hacer juicios sobre las conductas de los demás, como si yo fuera mejor que ellos solo porque actúo distinto. Este acto de autoconocimiento, incluso de humildad, es algo que difícilmente veo en muchos médicos.

No los culpo ni los juzgo, incluso lo entiendo, y así como lo entiendo, lo reconozco y lo observo.

Salvador tenía años sabiéndose enfermo, pero decía no querer tomar pastillas.

- ¿Para qué?, de todos modos, me voy a morir.

Volvió el color gris, iba y venía con el son del contenido de su discurso. Al escuchar su pensamiento refiriéndose a los deseos de su mente de dejarse ir, volvió este tono monocromático, pero al hablar de sus hijas, incluso de la madre de estas mujeres, de sus años como albañil también, podría decirse que volvió el color a su rostro y un extraño brillo en su mirar. Yo sabía que ese hombre no quería morir realmente, amaba a sus hijas ¿cierto? Por eso vino a hacerse los estudios de corazón, ¿Será que pensar en la muerte me hacer reconocer el color gris de forma inconsciente? Juro que su color cambiaba. Algo tendrá que ver la ciencia de la óptica, insisto, porque no puedo creer que ese cambio de su tono de piel esté solo en mi mente.

Me dijo que su hija mayor se llamaba Aurora y la menor Andrea, que cuando las conoció su vida tuvo un nuevo significado. "Eran la alegría de la casa". (sic. Salvador).

De pronto me descubrí perdiéndome en esta imagen de una casa armoniosa, podía imaginar incluso un mantel cubriendo una pequeña mesa circular en algún humilde hogar donde con alegría Salvador, más joven, disfrutaba de la compañía de su familia, pues estaba conectado con la imagen que me transmitía con sus palabras. Pero salí abruptamente de esta imagen mental al escuchar el leve llanto que producía el dolor emocional de este señor.

Lo dejé llorar, no dije nada, "respeto su tiempo", pensé para mí mismo. Lloró por unos pocos segundos. Después, se sintió vulnerable, los hombres no deben llorar en una sociedad machista ¿cierto? Entendí eso rápidamente, entendí su incomodidad, así que entendí también su cambio brusco de conversación.

- Pero bueno, doctor, por eso vine a hacerme el estudio del corazón.

Efectivamente, olvidé por un momento que solo venía por este estudio. ¿Qué más da? Escuchar personas me gusta, me hace feliz notar cómo a veces los propios nudos de los

problemas de la mente se van desenredando por sí mismos cuando son expresados a través de la palabra. Al psicoanálisis le debemos este concepto de “talking cure”, la cura a través del habla (Laplanche, 1987). Hay una tendencia natural de los seres humanos de comunicarnos con otros, de contar nuestros problemas, porque al escucharnos podemos entendernos mejor, considero que es un milagro de la palabra articulada.

Así que empecé a colocar los electrodos para realizar el estudio y le expliqué al paciente el procedimiento. Mientras se preparaba, seguíamos platicando, más bien, Salvador seguía hablando y yo escuchando. Devolviéndole reflejos y paráfrasis constantemente, asintiendo o generando más preguntas abiertas, yo quería que al menos ese día pudiera abrirse y expresarse, aprovechar el ambiente de confianza que se había generado.

Pensé que sería un electrocardiograma de rutina. Usualmente los electrocardiogramas en la Unidad salen normales, los mandamos con su médico de base o a que saquen consulta y sean enviados a donde requieran.

Al iniciar esta consulta, inmediatamente después de que Salvador entró al consultorio, pregunté, como hago con todos los pacientes: "¿Tiene alguna molestia en este momento?" Salvador dijo “no”.

Pero al revisar el estudio me sorprendió observar que tenía un leve supra desnivel en el segmento ST en las derivaciones v2 y v3, signo de infarto agudo al miocardio. Es decir, era muy posible que el paciente estuviera presentado un evento de esta naturaleza en ese momento. Le pregunté de nuevo:

- ¿Salvador, tiene alguna molestia en este momento?
- Apenas ahorita estoy sintiendo como que se me duerme el brazo y este lado del cuello.
- ¿Desde cuándo?
- Tiene poquito, nada más desde que me pusiste los chupones (así les digo a los electrodos, le digo al paciente: “le voy a colocar estos chupones en el pecho”).

En mi mente pasaron varias cosas: “había color gris en su piel, ¿porque no le hice caso a mi intuición? debí hacerlo más rápido”.

“Pero el paciente no tenía molestias al llegar, empezaron hace un minuto,” me dije.

Le pedí a Salvador que me esperara, salí de prisa a avisar a las autoridades, a explicar el caso y sobre todo mi sospecha del posible infarto. El director de la Unidad, siempre muy atento y preocupado por sus pacientes, por todos en general, pero en este caso por este paciente, propuso que el señor fuera en compañía de un familiar a un hospital cercano donde hubiera los materiales necesarios. Lo cierto es que Salvador tenía una leve discapacidad motora que le impedía moverse adecuadamente, consecuencia de un accidente en sus años como albañil. Sopesamos la idea de un taxi, pagado por nosotros. Era una vida en juego, sin embargo, es difícil que los taxis suban a donde se encuentra la Unidad de Salud.

El director de la Unidad, sin dudar, sacó las llaves de su coche y me dijo: “Ilévatelo al hospital, ahí lo pueden atender con todo lo que necesitan.”

Yo no he aprendido a manejar. Así es, tengo ya 31 años y no sé manejar. Así que pedimos la ayuda del personal de archivo. Intenté comunicarme con las hijas de Salvador, pero estaban muy lejos y no podían acudir para llevar a su papá.

Salvador estaba preocupado, noté que había tristeza y miedo en su cara, tal vez tristeza de estar una vez más solo, y miedo de su sensación de entumecimiento y de la incertidumbre.

Así, hice rápidamente una referencia al servicio de cardiología, explicando brevemente antecedentes de importancia y la sintomatología, una copia del electrocardiograma realizado y con ese pequeño improvisado expediente salimos en el vehículo del director hacia el hospital.

Evidentemente, no era nuestra responsabilidad llevarlo, lo correcto era pedir una ambulancia. Al menos lo correcto según los procedimientos. Pero para mí, lo correcto según mi sentido humano era llevarlo pronto. En un hospital le podrían dar la atención que requería y en el peor de los escenarios, el tiempo es oro.

En el camino Salvador se tranquilizó, nos agradeció mucho por llevarlo, ya que a él se le hubiera dificultado mucho trasladarse, además del gasto que habría supuesto trasladarse en taxi. También se disculpaba por la molestia que nos causó. Le dije que no era molestia,

que no había problema, que lo que importaba era que llegara al hospital, que allá lo atenderían bien, que, por favor, regresara en un par de semanas a contarnos como le fue, las indicaciones de los médicos, el tratamiento que había tenido, que volviera otro día porque aún teníamos que terminar esa historia clínica que minutos antes había hecho a un lado. Él asintió, nuevamente volvió el monosílabo por respuesta, esta vez no pude percibir su tono de piel.

Lo dejamos en la puerta del hospital y lo vimos entrar. Fue la última vez que vi a Salvador.

No sé si él acudió a hacer válida su referencia al servicio de psicología, o a cardiología incluso. No supe con claridad si efectivamente estaba padeciendo un infarto, es muy probable que sí. Sin embargo, ese día yo estuve ahí para él, completamente presente. No éramos solo Alejandro el pasante médico, y Salvador el paciente, éramos más bien dos humanos compartiendo y escuchando su vida. Estábamos ahí presentes. Existiendo. No pude completar la historia clínica, pero conocí su historia.

Creo que el hecho de haber coincidido ese día en esa consulta, fue un regalo, ese solo momento de existir y poder contar sus recuerdos y volver a vivir la alegría de ver a sus hijas.

Tiempo después, pedí a los compañeros de trabajo social, quienes hacen el seguimiento de las referencias, me compartieran el resultado del caso de Salvador. Me comentaron, por información brindada por una de sus hijas, que efectivamente Salvador fue atendido y dado de alta más tarde, que le citaron para un seguimiento médico y que él quedó en visitar de nuevo el Centro de Salud en los próximos días. Tiempo después, el nuevo seguimiento reveló que Salvador ya no vivía ahí.

Yo quiero pensar que ahora vive con sus hijas, que celebraron su cumpleaños, que la relación entre ellos mejoró, que decidió estar más cerca de su familia y que decidió darle un color distinto a su vida.

Así que no, definitivamente mis problemas no son tan complicados, son más bien pequeños y minúsculos en comparación con los malestares y problemas de otras personas. Sí, es verdad podemos tener días o momentos grises, pero merece la pena recordar que existir

es un gran regalo. Haber experimentado momentos agradables y poder recordarlos, de alguna forma devuelve el color a la vida, y da en si misma alegría de vivir.

Capítulo 6. De la congruencia, la fibromialgia y aprender a fluir.

Noviembre 2022

El proceso mental para generar un diagnóstico lo imagino como una investigación detectivesca. La enfermedad deja algunas pistas y es el trabajo del médico seguir esas pistas y encontrar al final del camino la certeza de un diagnóstico para poder dar un tratamiento adecuado. A veces el diagnóstico no es tan certero, así que haces una prueba, llamada prueba terapéutica, en la que supones que estás muy seguro de la enfermedad, das tratamiento y si ceden los síntomas, has acertado, de lo contrario, puedes ir descartando patologías hasta llegar al diagnóstico.

Para poder realizar dicho proceso de prueba, considero sumamente necesario generar confianza, establecer un buen rapport y una alianza terapéutica, es decir, que tu paciente sepa que estas de su lado, que quieres ayudarlo y que cuenta contigo, que sepa también que no le vas a juzgar, que le entiendes y le escuchas. Este proceso implica involucrarse hasta cierto punto con la persona que consulta, por eso entiendo que este acercamiento personal, aunque sea breve, como se realiza día con día con una cantidad grande de gente, puede llegar a ser agotador emocionalmente para el profesional de la salud. Pienso que por eso se observa la deshumanización del acto médico, donde el doctor genera una especie de barrera emocional que le impide acercarse demasiado a la gente que consulta. Sin embargo, esta barrera es un impedimento para la alianza terapéutica en sí misma, por lo que se necesita un balance, un equilibrio entre el genuino interés en el paciente y separar dicho interés de la vida personal, además de un trabajo emocional importante de parte de aquel que decide dedicar su vida al área clínica para dicho fin.

Hay enfermedades que, por su naturaleza y prevalencia, no son la primera idea que cruza por la mente del médico cuando los pacientes relatan sus síntomas. Por ejemplo, si una persona refiere escurrimiento nasal, tos, dolor de cabeza y cuerpo cortado, ningún médico pensará primero en un cáncer de pulmón o una inmunosupresión, tendemos a pensar en un catarro común en su lugar. Pero cuando no es un catarro común, el tratamiento que has dado no funciona, con las consecuencias que esto conlleva a nivel físico y a nivel de la confianza del paciente en esta relación. Entonces el médico tiene que empezar a pensar en

otros posibles diagnósticos, el siguiente paso sería descartar una infección bacteriana resistente, por ejemplo. Pedirá entonces un exudado faríngeo con cultivo y antibiograma para saber qué agente está causando los síntomas. El médico pasa así de la causa más común a una menos probable. Aún entonces, puede que no sea el diagnóstico correcto, los síntomas persisten o incluso aumentan. Pasará entonces al siguiente nivel de abordaje, podrá pensar en una inmunosupresión, tal vez sea necesario pedir estudios de sangre, una radiografía de tórax para asegurar que no se haya complicado en una neumonía. Es aquí cuando la alianza terapéutica cobra un papel de mucha mayor importancia, pues es necesario que el paciente confié en su médico, aun cuando el primer tratamiento que le dio no mejoró sus síntomas, pues hay que seguir haciendo pruebas terapéuticas o realizando estudios hasta llegar al diagnóstico. Es por eso que en este capítulo pretendo hacer un recorrido a través de mis pensamientos en el proceso cognitivo personal que transité para llegar al diagnóstico durante una consulta con una paciente en particular.

Su nombre (el seudónimo que elegí para ella) es Alondra, una mujer de 45 años con una edad aparente menor a la cronológica, bien vestida, muy arreglada, con una voz suave y una facilidad de palabra que denotaba seguridad y calidez. Tenía antecedentes familiares de personas que han vivido con dolor crónico articular.

- En mi familia todos tienen artritis, contestaba Alondra, al interrogar sobre sus antecedentes.
- ¿Qué tipo de artritis? ¿Qué medicamentos toman?
- No sé, pero se la pasan tomando pastillas para el dolor, mi mamá, mi abuelita, mis hermanas...

“Todas mujeres”, pensé para mí mismo. Recordé que las enfermedades llamadas autoinmunes por lo general afectan más al sexo femenino. Usualmente este tipo de patologías tienden a debutar entre los 30 y 40 años. La artritis reumatoide, que es una enfermedad autoinmune, era para mí la opción que hasta ahora se apegaba más a los síntomas.

- Doctor, ya me han hecho un buen de estudios. Me hicieron el factor reumatoide y me hice por mi cuenta los anticuerpos, mire aquí están los estudios.

Procedió a enseñarme un papel de algún laboratorio particular, donde efectivamente, otro médico pensó lo mismo que yo y solicitó estudios de laboratorio, cabe mencionar, que estos estudios tenían más de un año. Factor reumatoide, dentro de valores normales. Anticuerpos anti péptido citrulinado, anti citoplasma de neutrófilo, y antinucleares negativos (de ser positivos, todos ellos hubieran apoyado el diagnóstico de artritis reumatoide). “Es poco probable que tenga esa enfermedad con estos resultados”, me dije. Reactantes de fase aguda: velocidad de sedimentación globular por encima de límites normales, proteína C reactiva elevada. “Mmmmm, definitivamente se está cursando un proceso inflamatorio”.

- Alondra, ¿tiene usted alguna otra molestia? ¿fiebre, tos, escurrimiento nasal, malestar estomacal? (“podrían haber salido elevados a causa de algún foco infeccioso”, pensé.)
- No doctor, solo mis huesos que me duelen mucho, me duele aquí (se señaló los codos), aquí (señaló la mandíbula), aquí (señaló la espalda), aquí (señaló los tobillos) aquí y aquí y aquí (siguió señalando distintas partes de su cuerpo).

“Ahora entiendo, esta mujer vive con dolor de forma crónica”, me dije.

Cuando fui estudiante de noveno trimestre, cursé el módulo de reumatología con una de mis mejores maestras hasta la fecha, médico general, médico internista y médico subespecialista en reumatología, la Dra. Mandujano. Ella solía dar unas maravillosas clases donde nos adentraba al fascinante mundo de la inmunología, explicaba con pasión los mecanismos que tiene el cuerpo para protegerse de infecciones, y como a veces, cuando estos mecanismos fallan, pueden llegar incluso a atacar el mismo cuerpo. Estas son las llamadas enfermedades autoinmunes. Esta doctora no sólo me enseñó los contenidos del curso, fue muy influyente en mi práctica diaria, pues era estricta, pero sin faltar jamás al respeto, era exigente, pero a la vez la calidad de sus contenidos demostraban su propia autoexigencia, lo que la convertía en una gran docente. Ha sido un ejemplo de los médicos que admiro y en quienes me inspiro para tratar de hacer la mejor versión de mí.

Así fue que, durante el curso, la actividad final consistió en elaborar un artículo de revisión, como si fuera a ser revisado por una de las más grandes revistas médicas científicas del mundo, "New England Journal of Medicine". Me tomó meses realizar mi artículo, leí más de 50 referencias bibliográficas recientes sobre la enfermedad, menores a 5 años de publicación, buscadas a través de metodologías reconocidas, con el objetivo de generar una revisión médica reciente de los últimos avances en cuanto a diagnóstico, tratamiento y fisiopatología de la enfermedad. En mi caso, la fibromialgia. Fue gracias a este curso que tengo una comprensión bastante completa de esta enfermedad, siempre infradiagnosticada, pues no es tan común como la artritis reumatoide o la artritis degenerativa, por eso los médicos tendemos a no pensar en ella en un inicio. Esta situación explica porque los pacientes suelen pasar varios años con dolor antes de llegar al diagnóstico correcto, situación que está perfectamente documentada.

No es que yo sea un médico particularmente más capaz que otros, no me siento mejor que nadie, es más bien que yo hice un artículo de revisión de esta enfermedad, por lo que puedo decir con certeza que estoy completamente capacitado para hacer un diagnóstico y una intervención adecuada en primer nivel de atención. Para no hacer esta historia más larga de lo necesario, puedo decir, en resumen, que la fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida, multifactorial, donde se incluyen elementos genéticos, que es más prevalente en las mujeres, se asocia a enfermedades autoinmunes, que tiene que ver con personas con un estilo de pensamiento concreto, algunos la asocian incluso a traumas de la infancia, y se caracteriza por un umbral disminuido del dolor, así como una alteración en la conducción de los nervios encargados de transmitir los mensajes de dolor. Es decir, una persona con fibromialgia, cuando sufra alguna lesión o contacto que a personas sanas nos generaría un dolor leve y casi imperceptible, sentirá muchísimo más intenso este dolor.

El dolor tiene tres componentes, un componente físico o fisiológico, que se refiere a todos los mecanismos que en el cuerpo producen el dolor para los cuales se han diseñado fármacos que mitigan dichos síntomas, un componente psicológico, que puede explicarse fácilmente con el efecto placebo y que tiene que ver también con la actitud ante la vida, es decir, responde a la pregunta ¿de qué manera enfrentas el dolor?, y un componente social,

que responde a cómo hemos aprendido a tolerar el dolor como grupo social. Con esto en mente, pregunté:

- ¿Desde cuándo le duele?
- Uuuuy doctor, toda la vida, he ido a un buen de médicos y me dan el celecoxib que no me hace nada. Mejor a veces me inyecto el tramadol, ese sí me quita el dolor, a veces sí a veces no, y también me tomo....

La paciente procedió a contarme toda su travesía medicamentosa que iba desde hierbas, tés, infusiones, pasando por analgésicos en pastillas, cremas, masajes etc.

Procedí a revisar el expediente. Vi que había venido al menos tres veces por año durante los últimos tres años por dolor lumbar y dolor cervical. Tenía por diagnósticos contractura muscular, lumbalgia aguda, etc. “Esta mujer vive con dolor desde hace al menos tres años, se ha descartado artritis reumatoide, al menos de momento, y la fibromialgia podría explicar los síntomas”, pensé.

- Alondra, platíqueme, ¿cómo es para usted vivir con dolor?
- Uuuy doctor pues fíjese, a mí se me engarrotan las manos, se me hinchan los dedos como salchichas, ya le dije a mi marido, pero dice que estoy loca, que no están hinchadas, luego siento que no me pasa bien la comida, como que se me atora en la garganta, además....

Alondra procedió a contarme una larga lista de los síntomas que ella presentaba. Insisto, ella, de tener fibromialgia, tendría una alteración en la conducción nerviosa, es decir, sentiría mucho más las sensaciones físicas que el resto de nosotros. No me puedo imaginar la sensación de tener dedos como salchichas, y que todos en casa te digan que estás loca y que sigas teniendo malestares reales que nadie te reconoce.

Creo que comúnmente podrían llamarle hipocondriaca, que no tiene nada, pero ella finge sus malestares. Claramente eso estaría muy lejos de la realidad.

- Si doctor, mi marido dice que soy bien hipocondriaca.

Así, Alondra me relató justo lo que mi mente pensaba. La escuché atento, eran las 13:30 pm. Ya no tenía más pacientes, así que pensé: "puedo darme el lujo de atenderla sin prisa el día de hoy, y esta mujer vaya que necesite quien la escuche".

Como mencioné anteriormente, un componente del dolor es el componente psicológico, la actitud que tenemos ante el dolor. Hay que sumar a este componente que la fibromialgia está relacionada con eventos de la infancia difíciles, coloquialmente llamados "traumas de la infancia", y obviamente, mucho más que eso. Lo evidente era que esta mujer se beneficiaría de un tratamiento psicológico. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su efectividad como adyuvante para la fibromialgia.

Así, me atreví a preguntar:

- ¿Usted qué opina de los psicólogos?
- Yo llevo varios años que voy con mi psicóloga, con ella platico mucho sobre mi mamá, porque fíjese que yo...

Me relató un poco de su historia de vida. Hija de una familia numerosa, ella ocupaba el lugar 15 o 14 entre al menos 18 hermanos. Con muchos de ellos ya no tiene contacto, no sabe si viven aún. Me describió una familia disfuncional, con violencia constante, golpes, abusos, maltrato, carencias económicas, inseguridades y un sinfín de eventos que, vale la pena mencionar, ella tiene muy bien identificados y hasta conceptualizados. Para mí era clarísimo, su psicóloga utilizaba algún modelo de terapia orientada por el psicoanálisis, aunque dudo que fuera psicoanálisis puro.

Considero al psicoanálisis el padre de la psicoterapia tal como la conocemos. Fueron los psicoanalistas los que empezaron a hacer notar al mundo que la mente es una parte importante de la salud. Su auge se presentó en el siglo XIX de la mano de grandes personajes como Sigmund Freud y Carl Jung. Luego vinieron otros pensadores no menos importantes que hicieron evolucionar la técnica y la pulieron para hacerla más cercana a los problemas modernos del siglo XXI. No quiero ser malinterpretado. Respeto mucho el psicoanálisis y su forma de entender la psique humana, incluso su forma de tratarla. Creo que es un valioso método para ir a lo profundo de la mente humana para ayudar a entender por qué somos

como somos, y a partir de ahí poder generar cambios. Pero hay algunos tipos de terapia que no siempre son para todas las personas, sobre todo si el método se ve limitado por las propias limitaciones del terapeuta.

Pensé que sus años de terapia no habían generado muchos cambios en su forma de interpretar el dolor. Existen numerosos estudios bien documentados que refieren que los métodos de la terapia cognitivo-conductual con su enfoque en la dimensión racional de la mente, sin dejar a un lado la afectividad, pero con una orientación hacia el momento presente y no hacia las vivencias del pasado, tienen una ventaja en cuanto a mitigar los síntomas en ciertas patologías como la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático y también la fibromialgia (Mayte Serra 2021).

Creo que soy privilegiado al tener la oportunidad de poder comprender estos temas al estar frente a un paciente. Soy muy afortunado cuando siento la certeza de un diagnóstico, cuando entiendo de forma bastante completa las dimensiones de las causas de los malestares de un ser humano. En esos momentos siento que nací para estar ahí. Para ayudarle a alguien a sentirse mejor, para explicarle de forma sencilla cosas que me han tomado muchos años aprender.

Después de escucharla atentamente por al menos 20 minutos hablar sobre sus síntomas y sus problemas emocionales, me propuse intervenir.

- Permítame revisarla, por favor. Pase a la camilla.

Inicié mi exploración dirigida.

- ¿Le duele aquí?
- ¡Aaaaay sí!
- ¿Acá?
- ¡Sí! Mucho.

Identifiqué prácticamente todos los puntos dolorosos característicos de la enfermedad. Mientras continuaba la exploración palpando sitios del cuerpo de la paciente, de forma muy gentil pregunté:

- ¿Ha escuchado la palabra fibromialgia?
- No, ¿qué es eso?
- Bueno, pues fijese que es una enfermedad que a veces se parece a la artritis, porque puede generar dolor de forma crónica, mire, esto pasa porque....

Le expliqué lo que antes dije, a lo que ella respondió con preguntas y más preguntas.

- ¿Entonces ya no me voy a curar? ¿Yo tengo fibromialgia?
- Es muy probable que sí, tendríamos que pedir nuevos estudios para confirmarlo, los que tiene ya son viejos. Y sí, puede usted llegar a sentirse mucho mejor, habrá días malos, pero no tan malos como antes. Con el tratamiento buscamos hacer días buenos, y que estos días buenos sean muchos más que los malos. Mire, le voy a hacer una receta por los siguientes medicamentos. Terminamos la revisión, por favor pase a sentarse de este lado.

La invité a sentarse frente a mi escritorio y comencé a elaborar la receta. Indiqué paracetamol, a dosis máxima, incluí celecoxib, agregué medicamento para dolor neuropático, la famosa y noble pregabalina, expliqué los efectos de la somnolencia y como podíamos usarlo a nuestro favor para tener mejores noches de sueño.

- ¿O sea que con esto ya por fin voy a dormir bien? Ay sí, porque llevo años que me despierta el dolor, siento que me vuelvo loca.
- Sí, Alondra, puede venir a verme cada dos semanas, y vamos adaptando la dosis a usted, hasta encontrar la adecuada, que le permita hacer sus cosas de día y dormir bien de noche. Mire, también es importante hacer ejercicio porque...
- Ay no, yo no hago ejercicio porque me duele todo horrible al otro día

“Claro, como le voy a indicar ejercicio si yo cuando hago ejercicio no me puedo levantar al otro día del dolor muscular, imagínate ella que tiene disminuido el umbral del dolor”, me dije.

- Yo sé, Alondra, sí le va a doler, y el dolor puede parecer sufrimiento, yo le llamo sufrir con sentido. Piénselo así, de todos modos, iba a tener dolor sin tratamiento, pero si hace

ejercicio y le duele, y lo mantiene por un par de semanas, su cuerpo liberará endorfinas que harán que se le disminuya el dolor de forma natural, así su dolor va a tener un objetivo, que después se sienta mejor.

Obviamente, no es así, tal cual. Sin embargo, está comprobado que el ejercicio aeróbico de moderada intensidad favorece a la disminución de los síntomas dolorosos, mejora la calidad del sueño y a largo plazo mitiga muchos síntomas de la fibromialgia. Probablemente responde a la neovascularización que favorece la oxigenación a tejidos periféricos. Es obvio que no iba explicarle eso a mí paciente, por eso los médicos tenemos que valernos de otras técnicas de persuasión para comunicar el mensaje. En mi caso el mensaje era: “haz ejercicio, te conviene”. Además, esta forma de interpretar la realidad del dolor como sufrimiento, la idea del sufrir con sentido, viene del pensamiento de los antiguos romanos, los filósofos llamados Estoicos, que forman parte del marco conceptual de la terapia cognitiva, herramienta muy útil en casos como estos.

- Entonces ¿me dice que haga ejercicio para que me duela, y luego ese dolor haga que se me quiten mis dolores?
- Así es.
- Jajajaja. Ningún doctor me había recetado más dolor.

Reí con ella tímidamente. ¿Qué podía decirle? Tenía razón, le estaba prescribiendo un plan de ejercicios adecuado a su peso y edad, pero básicamente le provocaría más dolor.

- Bueno, para eso estamos dando los analgésicos correctos. Para que duela lo menos posible.

Lo dije tratando mantener la compostura. Me sentí apenado, pasó por mi mente la idea de que estaba riéndose de mí, pero no era así. Si yo me hubiera reído como mi corazón quería hacerlo, nos habiéramos reído juntos de mi prescripción. Así que dejé que la risa viniera a mí.

Alondra no paraba de reír. Desistí. No merecía la pena interrumpir su gozo. Decidí dejarme llevar por lo divertido que le parecía a ella lo que dije, porque lo cierto es que sí lo era.

Uno piensa que como doctor siempre debe mantenerse serio, poner rostro inexpresivo. Y es verdad, a veces la situación necesita dicha actitud. Sin embargo, he aprendido a ser más yo mismo, no necesito cambiar radicalmente mi personalidad al estar frente a mis pacientes, y siendo honestos, yo no soy nada serio en mi vida real. Mi verdadero yo ríe todo el tiempo, dice y piensa tonterías, es creativo y se interesa en las personas. ¿Por qué habría de permanecer con rostro imperturbable?

El doctor Suros a quien antes mencioné, si viviera, no creo que estuviera muy orgulloso de mí como médico. Él tiene en su texto de semiología un capítulo dedicado al trato con el paciente, dice que el médico debe mantenerse imperturbable, jamás realizar una mueca de sorpresa ante un diagnóstico, por ejemplo, porque así el paciente podría perder la confianza en él. Yo prefiero mantener mi esencia, sobre todo con aquellos pacientes con quienes ya he establecido una buena relación terapéutica.

Mientras escribo estas líneas vienen a mi recuerdo muchos pacientes a los que no refiero en este texto, personas que confiaron en mí para escuchar sus historias. Con aquellos pacientes con los que pude permitirme tomar el tiempo necesario para escucharlos atentamente y compartir con ellos mi propia actitud genuina ante la vida, es decir, con quienes me permití ser yo mismo, se generó una mucho mejor relación médico paciente. Fue con ellos con los que se lograron alcanzar las metas de glucosa y tensión arterial deseadas. Fue con ellos con los que disminuyó el dolor y fueron también ellos los que siguieron las indicaciones y volvieron a la cita de seguimiento solo para decir: “ya me siento mejor”. No fui yo, fuimos un equipo, en el cual, en todo caso, tiene más mérito el esfuerzo del paciente. No tiene que ver con dominar un largo conglomerado de conocimientos técnicos, aunque es verdad, y lo confieso, tal vez no siempre doy los tratamientos más actualizados con más y mejor evidencia científica, pero creo que tiene que ver más con darse la oportunidad de compartir historias. Para eso se necesita tiempo. Un tiempo que, en la consulta en los servicios públicos de salud, normalmente está limitado a 20 o 15 minutos que son evidentemente insuficientes, ya hemos hablado de eso. Todos los médicos lo sabemos. Y sin embargo, nos vemos obligados a seguir en este modelo que parece

autoperpetuarse en un ciclo de malos resultados para todos, para el paciente y para el médico en sí mismo.

No lo hago siempre, porque solo soy un individuo y no puedo cambiar el sistema, pero todos los días me propongo, al menos a ese último paciente, con el que yo no tengo prisa por atender porque ya no hay otro más en espera, poder permitirme escuchar su historia.

Así, escuché la historia de Alondra, le compartí sobre el artículo que escribí como estudiante, escuchó mi historia, y al entendernos creo que la confianza creció.

- Está bien doctor, ¿nos vemos en dos semanas?
- Que así sea.
- Primero dios, aquí nos vemos.
- Primero dios.

Aunque yo no tengo idea de si dios existe o no, pero por el bien de toda la humanidad, espero que sí.

De esta manera, Alondra y yo nos encontramos en el consultorio cada ciertas semanas, a veces no eran dos ni tres. ¿Cuál es el punto en ser estrictos? Ella se sentía mejor físicamente. El dolor seguía ahí, pero no era todos los días, y cuando venía la molestia, ella sabía qué hacer.

Definitivamente yo no la curé. Fuimos un equipo, juntos organizamos el plan, nos adecuamos a su situación. “Ninguna participación sin mi decisión”. Aprendí esa frase en un curso de salud pública que tomé recientemente. Tiene toda la razón, creo que no siempre es conveniente decidir por otros, ni si quiera por nuestros pacientes, lo que consideramos que es mejor para ellos. No creo que trate de eso la medicina. Muchos colegas tal vez no estén de acuerdo conmigo, podrán decir como he escuchado ya a algunos: “Ya los pacientes se recetan solos, se automedican.” “Entonces ¿dígame quién estudió medicina?, ¿quién sabe más, usted o yo?” Evidentemente el médico sabe más de medicina, sería muy triste lo contrario, pero la persona sabe más sobre su vida, su entorno y sobre sí misma.

Ante este escenario de la consulta médica, donde juegan a favor y en contra tantos procesos, entendí con Alondra y otros tantos pacientes a quienes aquí no menciono, que al igual que con la fibromialgia, a veces no puedes controlar el dolor, o las variables extrañas de procesos incomprensibles, pero si puedes aprender a fluir con la enfermedad, me refiero a dejarte llevar por quién eres. Claro, para eso el quien eres debe estar trabajado previamente, para que de esa forma tu congruencia te permita ser tú mismo y acercarte al camino del bienestar de tu paciente.

Por fluir no me refiero al discutible uso de la palabra que hacen muchos coach de vida, o libros de autoayuda sin fundamento, del tipo de “vibra alto” o “materialízalo y declara lo que quieras para tu vida”. No es así. Me refiero al permitirte ser como se es. A interpretar la vida y las condiciones que te tocaron vivir partiendo desde la aceptación. La fibromialgia sigue ahí, pero enfrentarla con una actitud de fortaleza, entendimiento y autoconocimiento, sin duda mejorará la calidad de vida. De eso se trata la medicina ¿no?

Capítulo 7. De los éxitos y fracasos.

Diciembre 2022

Las personas tendemos a presumir nuestros éxitos y ocultar nuestros fracasos, tenemos una tendencia, pareciera ser que incluso innata, a mostrarnos ante los demás con una máscara. Cómo si nos diera tanto miedo que nos reconocieran imperfectos, por que, al hacerlo, tendríamos que reconocernos a nosotros mismos irremediabilmente así, y eso da miedo. ¿Quién podría aceptarse completamente sabiendo que comete errores? Nuestra condición humana nos hace imperfectos, todos cometemos errores y también todos lo sabemos, pero pareciera que mencionarlos dentro de una comunidad, te convierte en un individuo indeseable. “Como médico no te puedes equivocar, porque estás tratando con la vida de las personas”. Si eres médico habrás escuchado mucho esta frase. Qué importante y qué pesada carga se nos obliga a llevar, se nos pide que nos comportemos a veces como super humanos, pues un humano normal es incapaz de lograr esta encomienda.

Lo cierto es que, en la realidad, un gran porcentaje de los médicos no trata más con la vida humana de lo que hace un chofer de algún transporte público, un repartidor de comida rápida o una persona que vende antojitos en algún improvisado puesto callejero. El médico no es especial en ese sentido, porque en efecto, sí puede incidir en mejorar la salud de un individuo al hacer un buen diagnóstico y tratamiento, tanto como un chofer puede cuidar la salud y la vida de los que van a su cuidado si maneja con precaución y sigue los señalamientos viales, así como la persona que prepara alimentos en la calle puede hacerlo también si tiene una buena higiene de manos. Pienso que, a veces, la idea que se tiene de los médicos está muy romantizada, ya que no todos ellos están en contacto directo con la muerte en sí misma. Hay algunos que sí, claro está, aquellos que se encuentran en salas de urgencias, en quirófanos y en algunas otras ramas clínicas como la oncología y los cuidados paliativos. Ese grupo sí que se encuentra de cara a la muerte, y, en consecuencia, cuidando la vida en situaciones muy especiales. La medicina es muy amplia, dentro de ese universo existe de todo, y sin embargo, se le exige a todo médico no equivocarse, tal vez a veces de manera sutil y a través de pequeños micro mensajes camuflajeados de heroísmo y romanticismo. Esa idea de que el médico debe estar siempre de buenas, siempre disponible

a cualquier hora para sus pacientes, que debe de matarse estudiando, después, seguir estudiando al mismo ritmo mientras se mata en extenuantes jornadas de trabajo con turnos y funciones que se alejan mucho de la salud que ellos mismos buscan proteger, y aún después, es normal ver a médicos ya de edad considerable con más de dos o tres trabajos. La comunidad de doctores carga con el estandarte y la bandera del descuido y abandono propio disfrazados de sacrificio y actitud de servicio a los demás. “Los médicos son una bola de locos y enfermos tratando de mantener sanos y cuerdos a todos los demás porque no pueden con ellos mismos”, me dijo una vez un paciente en una sala de espera de un hospital de psiquiatría cuando hacía prácticas como estudiante. ¡Qué razón tenía este hombre!

Quiero hacer, por eso, un ejercicio personal de autoaceptación y reconocimiento propio. Quiero relatar aquí en este capítulo algunos de los más grandes errores que cometí en este año como médico pasante en un servicio de primer nivel de atención. Yo sé que como pasante, se me puede justificar de alguna manera por mi inexperiencia y mi condición, porque todavía puedo ser considerado personal en formación, aunque claramente la mayoría de las veces nos encomiendan actividades incongruentes con esta idea. Para dejarlo claro, ser pasante es como ser trabajador, porque tienes responsabilidades similares, pero como estudiante, no recibes un pago; se te exige cumplir con tareas propias de un empleado, a la vez que puedes ser regañado o tratado como si fueras un estudiante. Es como pertenecer al limbo entre la vida laboral y estudiantil, es no ser nada y ser todo a la vez, y además, ser exigido como si tuvieras que ser lo mejor en ambos mundos. No siempre, es verdad, no todo el tiempo sucede, tengo que reconocerlo, pero también es verdad que es así en suficientes ocasiones. Quien tenga una licenciatura o carrera técnica, sabe de lo que hablo. Creo que esto no es propio del gremio médico.

Al leer las siguientes líneas, es posible que aparezca la tendencia natural a juzgar mis acciones, a señalar mis errores y a sentirse con el derecho de opinar al respecto. Quien lo haga, estará en su derecho. Hágase así si se lo considera pertinente. No detengo a nadie. Es más, invito a hacerlo de manera activa, preguntándose el lector que hubiera hecho en mi lugar, si hubiera estado en mi situación, y ojalá hubiera modo de que me lo hiciera saber. Pero recuérdese también que somos humanos, y como tales, cometemos errores ¿Sería el

lector capaz de reconocer y exponer los suyos abiertamente? Porque como se dice, quien señala y apunta con un dedo, tiene otros cuatro dedos señalando a uno mismo.

Hablaré, para comenzar, de Abril. Esta joven de 18 años, de complexión muy delgada, con palidez de piel y tegumentos, que hablaba de manera lenta y pausada, acudió a consulta por un dolor en el abdomen. Parecía como si estuviera cansada de largas noches sin dormir. Interrogué a detalle las características de su dolor, llevaba más de un mes, el dolor iba y venía, a veces de forma difusa, a veces se localizaba en el hipocondrio derecho, cuando era de mayor intensidad. Esto lo asociaba a la ingesta de alimentos con grasa.

“Mujer, con dolor en hipocondrio derecho de larga duración y asociado a colecistoquinéticos, si tiene signo de Murphy positivo, podré mandar a pedirle un ultrasonido para descartar patología biliar”, pensé. Para quien no sea médico, bastará con que sepa que yo pensaba que probablemente tenía piedras en la vesícula.

Hice la historia clínica completa, por ser paciente de primera vez. Muchos antecedentes de cáncer en la familia. “Está muy delgada, puede que haya perdido peso, necesito saber más, ¿Y si hay algún tumor empezando a dar síntomas?”, dudé en mi mente.

Con estos pensamientos en mi cabeza procedí a pedirle a la paciente que pasara a la cama de exploración para revisarla. Me coloqué de lado derecho de la cama como mandan los cánones expuestos por el Dr. Surós (me disculpo por mencionarlo tanto, pero me encanta ese libro, es de los pocos libros de medicina que he leído completos de principio a fin, siempre imaginé que el Dr. Surós me hablaba a través de las líneas y me contaba por qué las cosas se hacen como se hacen, de eso trata la semiología), y procedí a hacer mi exploración.

- ¿Todo bien doctor?, expresó Abril, después de que se me escapó una mueca de sorpresa al palpar el abdomen de mi paciente.
- Todo bien, Abril.

Tengo que hacer una pausa para explicar mi pensamiento, antes de continuar. Lo que en verdad pensé fue:

“No es cierto, no todo bien. Tiene una masa en el hipocondrio derecho. Está muy delgada, ¿será la vesícula? Parece que está super inflamada, está aumentada de tamaño y es dura”. Recordé de mis clases de semiología que en algún libro que no era el del Dr. Surós decía que, en pacientes muy delgados, a veces la vesícula es más palpable debido a que no existe una gran cantidad de grasa que dificulte el tacto de dicho órgano. Aunque en el momento lo recordé, dudé. No estaba seguro qué sería esa masa dura fija y dolorosa que palpaba.

- Todo bien Abril, por favor tomar aire profundamente y expúlsalo por la nariz.

Carmen hizo lo propio.

- Muy bien Abril, hazlo de nuevo por favor.

Posteriormente procedí a realizar la maniobra de Murphy, si se detiene la respiración al presionar en hipocondrio derecho se considera positiva la maniobra. El componente del dolor también es mencionado en la literatura médica. De hecho, es por el dolor que se detiene la inspiración.

En el caso de Abril, ambos componentes existieron de manera clara, su inspiración se detuvo abruptamente y exclamo un quejido con una clara mueca de dolor. Mi maniobra no fue brusca, de eso puedo estar seguro. Incluso suelo ser demasiado suave y gentil con mis manos. Por eso creo que no sería un buen ortopedista.

“Tengo suficientes datos para pedir un ultrasonido”, me dije.

Intenté explicarme lo mejor que pude sobre mis sospechas y motivos de solicitud del ultrasonido.

- Mira Abril, voy a pedirte un ultrasonido, me preocupa la masa que palpo en tu abdomen, creo que podría ser tu vesícula, si fuera así, necesitaría cirugía, para asegurarnos necesitamos ver el ultrasonido pronto.

- ¿Cómo, me van a quitar la vesícula?

- Primero necesitamos ver el ultrasonido para poder decir qué es esa masa.

- ¿Cómo? ¿qué masa?

La paciente comenzaba a ponerse bastante agitada, su rostro cambio a la preocupación, más bien yo vi horror en su mirada.

- Si, así le llamamos a las bolitas o tumoraciones que palpamos cuando...

¡Qué tonto! ¿Por qué escogí esa palabra? Muchas veces cometo esos errores, incluso en mi vida privada. Mi lengua va más rápido que mi mente y digo cosas sin haber pensado totalmente en sus consecuencias.

- ¿Tengo un tumor? ¿Por eso estoy tan flaca?

“Tiene antecedentes, puede ser” Pensé.

- No, Abril, con revisarte el abdomen no se puede decir que tengas cáncer o que....

Abril, interrumpió de nuevo.

- ¿Qué tengo que hacer doctor?, yo me tomo los estudios donde sea y se los traigo mañana.

Doble error en menos de un minuto. ¿Por qué usé la palabra cáncer? Tal vez ella ni lo asociaba a la palabra tumor. En la realidad de las cosas, fuera de nuestro mundo mental, Abril tenía un dolor en el abdomen, que iba y venía, pero no era realmente una molestia que impidiera la vida cotidiana, además, venía por primera vez con un médico a consulta. De repente la situación ya era sobre cirugías, estudios, preocupación, prisa, además, las palabras cáncer y tumor se habían mencionado. ¿Qué estaba pasando? No era mi intención, claramente. Pero así se dio en aquel momento.

Cometí muchos errores entonces, ahora lo veo. Debí haber escuchado más a la paciente, interrogado mejor y seleccionado con más cuidado mis palabras. Debí confiar más en mí también, como verás más adelante.

- Te voy a dar esta solicitud de ultrasonido, pasa a que te la firmen en la puertita de allá, para que te digan donde tomar el estudio. (En los servicios de salud, así funciona, estos estudios se pueden tomar gratis si envías al paciente al lugar que cuente con los aparatos).

- No, doctor, yo me los tomo por fuera.
- Como prefieras, Abril.
- ¿Entonces no se me va a quitar el dolor?
- Ahorita te hago tu receta

Procedí a prescribir medicamentos analgésicos.

- Aquí tienes. Esto calmará el dolor. Pero tenemos que conocer la causa, por eso es importante el estudio.
- Permíteme un momento. Ahora regreso.

La duda era demasiado para mí. Busqué al médico encargado de la unidad, era fin de semana por lo que solo estábamos él y yo como médicos. El doctor estaba ocupado atendiendo pacientes enfermos de la COVID – 19, vestido con su equipo de protección personal. No podía pedirle que se desvistiera y viniera a ayudarme para luego vestirse y volver a ver a la fila de pacientes que tenía pendiente. Yo lo sabía, pero de todos modos me acerqué.

- Oiga doc. Tengo una duda, tengo una paciente que...

Procedí a relatarle el caso.

- Si tú crees que tiene datos de colecistitis, pídele el estudio y cítala mañana para hacerle su referencia a cirugía.

Era sábado, mañana era domingo. El médico encargado de la unidad me había autorizado verbalmente y orientado en un plan de acción, básicamente el mismo que yo tenía.

Regresé con la paciente, quién se observaba claramente más nerviosa.

- "Ya avisé al encargado de la unidad, te esperamos aquí mañana con los resultados de tu estudio", le dije.

Ese día terminé la consulta y volví a casa pensando en todos los errores que cometí en la jornada. Me equivoqué en una receta poniendo mal el código del medicamento. No pasó nada, tuve que repetirla solamente. Escribí mal el nombre de una paciente en una

referencia y de nuevo tuve que repetir el documento. Luego pensé en mis errores de la semana. En esos días me equivoqué al exponer frente al personal en una capacitación sobre el algoritmo de atención de embarazo, yo aseguraba que el Hierro sólo se prescribía si se observaba deficiencia de este en los estudios de sangre, la evidencia mostraba lo contrario (¡En el algoritmo de atención clínica, aclaro, ALGORITMO!). No le tome la prueba de VIH y VDRL a una paciente embarazada de primera vez. No hice las detecciones de cáncer infantil a los niños de esa semana. Errores y errores venían a mi mente.

Al otro día, Abril no asistió a consulta.

Días después, fui llamado por un médico de base de la Unidad. Entré a su consultorio, cerré la puerta y me senté frente a él.

- ¿Doctor, tú viste a esta paciente?

Tomé el expediente y vi el nombre de Abril, recordé el caso y asentí.

- ¿Por qué le pediste ultrasonido? La paciente estaba muy asustada. Tienes que tener mucho cuidado.

- ¿Qué pasó con ella doc? la cite para seguimiento y ya no regresó.

- ¡Pues no! No quería pasar contigo de seguro. Mira, aquí en esta zona son muy comunes las parasitosis intestinales, por el mal saneamiento del agua, no llega de mucha calidad.

¿Cómo se diagnostica la parasitosis intestinal?

Procedió a darme el trato que se le da a un estudiante, interrogar sobre cuestiones académicas hasta que una respuesta no empata con el pensamiento del médico que interroga y es el momento en el que te dicen: “Estúdialo y mañana me dices”. El doctor que hizo esto en aquella ocasión, fue amable conmigo, incluso un poco paternalista, me orientó y tenía la clara intención de enseñarme. Entendí eso, asentí con gusto y me dispuse a retirarme.

Unos días después Abril volvió a consulta, la pasaron conmigo, porque el doctor pidió permiso ese día y yo cubrí su consultorio. Al entrar, Abril hizo una mueca de sorpresa y se sentó.

- Hola, Abril, ¿cómo sigue tu dolor?
- Ya se me quitó, me explico el otro doctor que nada más eran parásitos.
- Qué bueno que ya no tienes molestias. ¿Cuál es el motivo de tu consulta?
- Me dijo el doctor que regresara para seguimiento.

“Ella decidió regresar a su seguimiento con él, pero no quiso ir al seguimiento conmigo”, pensé de inmediato. Obviamente no era así, tiempo después, con más calma, pude entender que podrían haber existido otros motivos para la falta de cumplimiento a la cita que yo le había otorgado, o tal vez, efectivamente, no quería regresar conmigo. No hay manera de saberlo.

Lo cierto es que yo me había equivocado, no solo de diagnóstico y tratamiento, sino que me equivoqué en mostrarme inseguro y dudar de mi propia exploración, me equivoqué al no estudiar a la población y no tomar en cuenta el lugar y la zona, me equivoqué al pensar que ya era médico y podía actuar como tal, cuando llevaba poco tiempo como pasante, me equivoqué al querer ponerme en una posición de médico experimentado frente a una paciente, cuando claramente no lo era. Debí haber sido más congruente.

En esos días, vino una persona adulta mayor con una parálisis facial. Revisé la guía de práctica clínica, que indicaba tratamiento con prednisona. Nunca había tratado una parálisis, así que solicité apoyo. El médico que me apoyó me pidió que la refiriera a urgencias. Seguí la instrucción.

Tiempo después, otro médico me llamó la atención para decirme que por qué no le había dado prednisona. Volví a equivocarme. Una vez más recibí el trato de estudiante con las mismas consecuencias que la situación anterior. ¿Por qué no confié en mí, nuevamente? Otro error.

Esa misma semana, atendí a una menor de 14 años, palpé una masa fija móvil y dolorosa a un lado del ombligo. Pedí el apoyo de otro médico, coincidió conmigo y la enviamos a pediatría con diagnóstico de masa palpable en estudio. Días después volvió a consulta, otro médico la atendió. Fue valorada por él y se descartó mi diagnóstico previo. Nadie más volvió

a palpar la masa. Era como si nunca hubiera existido. O tal vez nadie volvió a palpar ese abdomen de forma minuciosa.

Nunca supe muy bien cómo, pero este hecho llegó distorsionado a oídos de las autoridades y tiempo después, el encargado de la unidad me hizo pasar a su oficina para decirme lo siguiente.

- Doctor ¿cuál masa le sentiste? Yo la revisé y no tenía nada. No andes inventando cosas. Te vas a quedar en la consulta acompañado de los doctores de cada módulo. No vas a estar más solo en la consulta. Vas a repetir esa nota y no le pongas nada de la masa.

Así lo sentenció la autoridad. Lo cierto es que estuve algo más de dos semanas viviendo las consecuencias de dicha sentencia. Transcurrido este tiempo, se olvidó de sus palabras y la indicación quedó sin supervisión, o tal vez simplemente yo no era un elemento importante en su mundo mental. Pienso que era más bien lo segundo, era claro que a esa autoridad yo no le importaba, así como tampoco le importaba mi aprendizaje o experiencia, para él yo solo era un personal en formación eventual, y con que no le causara problemas era suficiente.

Yo me limité a cerrar la boca. “Claramente había una masa ahí, no perdemos nada con darle seguimiento, ¿qué es este lugar? ¿así se hacen las cosas aquí? ¿cómo que no vamos a hacer nada solo porque soy pasante y los pasantes no tienen opinión que valga, o qué? ¿y si efectivamente existía una masa y tiene algún defecto en la pared abdominal, un ganglio que sea un leve indicio de alguna cosa de cuidado?” Me invadieron estos pensamientos. Así que bastante molesto me acerqué con otro médico y le platicué el caso para desahogarme.

Fallé también en esa ocasión, me fallé a mí mismo a causa de mi temor a meterme en problemas, pues ya no hice nada por dar seguimiento a ese caso. Dejé que otros se encargaran, al final yo solo era un pasante ¿no? Al menos eso me dije para mantenerme tranquilo. Todavía hoy, muchos meses después, tengo la duda de qué habrá sucedido con esa menor de edad y la masa que sentí. Espero y deseo que otro médico con más poder y autoridad de la que yo tenía en ese momento haya explorado su abdomen a detalle, encontrado la misma masa y que haya actuado mejor que yo.

Todos los días trato de recordarme, y trato porque no siempre lo logro, el motivo por el cuál estudié esta carrera, porque es real y es genuino mi deseo de ayudar. Ese día no lo logré. Porque ganó el miedo a la autoridad, no pude actuar, preferí evitar problemas. Eso no es nada heroico y dista mucho del romanticismo que envuelve esta carrera, ¿cierto? Si formas parte del personal de salud te invito a reflexionar. ¿Cuántas veces has inventado los signos vitales de una nota solo porque estás solo y nadie te ve? ¿cuántas veces has dado un mal trato a un paciente solo porque estabas cansado y nadie estaba ahí para verte? ¿cuántas veces has regañado a un paciente solo porque no sigue el tratamiento? ¿has escuchado a un colega decir “si no se toma sus pastillas se va a morir, eh?” Compañero médico, que decidiste para tu vida este camino y esta profesión, estoy seguro que tu familia está orgullosa de que lo seas, pero ¿tú estás orgulloso de tus acciones en lo cotidiano de tus actividades? Solo tú sabes cómo actúas cuando nadie te ve.

Aunque nadie me viera, yo sí me vi, yo si me veo. Reconozco mis errores y aunque seguramente cometeré otros más, espero tener la fuerza y la voluntad para no cometer los mismos del pasado. Al escribir estas líneas, recuerdo mis fallas que como médico he tenido, pido perdón a mi familia que confía en mí y que creo que se sentirán defraudados de saber que no siempre lo hice todo perfecto, no siempre me siento orgulloso de mis actos, pido perdón también a los pacientes a los cuales les fallé, a ellos los tengo presentes y son mi motivación para no volver a equivocarme.

He contado mi sentir y mi pensar respecto a los errores médicos, lo que pienso de ellos y en mi propia vida. Ahora quiero contarte el otro lado de la situación. Esta es la historia de una familia que conocí en otra unidad de salud, también durante mi servicio social, solo que unos meses más adelante, lo que representa algo más de experiencia, conocimiento y entendimiento.

La familia Alquicira, compuesta por una madre con tres hijos, una de tres años, un menor de 2 y una menor de 1 año de edad, solía acudir en conjunto al control del niño sano. Así, usualmente agendaba sus consultas por la tarde, en los últimos turnos, debido a que por razones administrativas sólo se podían dar dos consultas por familia en el mismo día, pero

a veces, cuando me tocaba atenderlos, la madre me pedía que revisara al tercer niño, aunque no tuviera consulta agendada, cosa que yo hacía con gusto. La verdad es que eran unos niños muy divertidos. A veces me tocaba verlos en la sala de espera, pues venían mes con mes, me limitaba a saludarlos y seguir con mis actividades del día.

La madre, tenía por nombre Ana. Ella es del tipo de persona que no tiene pena de compartirse con las personas, con facilidad de palabra y con una actitud alegre. En una de las últimas ocasiones que tuve oportunidad de atenderlos, me permití compartirle que estaba escribiendo un texto que tenía por objetivo contar historias, así que la invité abiertamente a que me contara algún error que un médico hubiera tenido con ella o con su familia.

Ante mi pregunta, ya no era una expresión alegre la que mostraba su persona.

- Sí doctor, si se han equivocado conmigo muchas veces, me pasó en el embarazo de la niña.

Me señalo con la mano a la menor, que se entretenía tranquila viendo algún video en el celular de su madre.

- ¿Le gustaría contarme que pasó?

“Tenemos tiempo”, me dije. Efectivamente, pasaban de las dos de la tarde por apenas unos segundos. Ese es mi horario de salida, así que técnicamente nadie podía interferir asignándome otras actividades. Bueno, tenía que terminar mis notas, pero ¿qué más daba? Podría hacerlas al otro día, con perdón de mis compañeros del archivo, que seguro se molestarían por no regresar el expediente a tiempo. Pero qué importaba. Ese día estaba, como muchos otros, listo para hacer bien las cosas. Aquí resumo las partes importantes del relato.

- Tuve la preeclampsia, me detectaron la presión elevada en el hospital y eso que yo iba siempre a mis consultas de revisión con mi doctor.
- ¿Dónde se atendía?
- Yo vivía en Guerrero, allá con mi mamá.

- Ah, ok. ¿Y qué pasó?
- Pues me dijeron en el hospital que si no había ido a checarme con el doctor, yo les dije que sí y me dijeron que era algún error de algún doctor.
- Puede ser, también puede ser que la presión se le haya subido hasta ese día ¿no? Y que en sus revisiones usted estuviera bien, estuviera sana.
- Pues sí, pero luego también se equivocaron en el hospital porque yo iba a tener a mi hija normal, así natural, pero a la mera hora me dijeron que iba a ser cesárea, que porque estaba sufriendo la niña.
- ¿Entonces tuvo cesárea?
- No, que cree que no. Al final sí fue normal. Bueno, más o menos, porque me hicieron un corte aquí y me dijeron que me quedó lastimado y que ya no iba a quedar igual.

Me señaló con timidez la zona genital al mencionar el corte. “Probablemente le hicieron episiotomía”, pensé. “Pero ¿por qué le dijeron que ya no iba a quedar igual? ¿será que tuvo algún desgarro? ¿o el corte fue demasiado profundo?” En esta ocasión decidí no dar por hecho nada, y fui capaz de seleccionar bien mis palabras.

- ¿Por qué ya no iba a quedar igual?
- Es que se me desgarró ahí, dijeron que iba a quedar sin poder ir bien al baño. Normal, pues.
- ¿Ahorita tiene problemas para hacer del baño?
- Sí, doctor, como que a veces no se me controla bien. Ay, cómo decirle...

Durante los partos complicados, a veces puede generarse un desgarro de los tejidos circundantes. Depende el grado del desgarro y las estructuras que involucre, puede llegar incluso hasta lesionar el esfínter anal, con la consecuencia de incontinencia fecal en el peor de los casos. Noté que el camino de la plática la estaba incomodando, así que procedí a revelar algo de mí, realmente el objetivo de hablar con ella no era conocer el estado de sus esfínteres, ni su condición de salud, ella no estaba en consulta de hecho, eran sus niños, lo cual ya había terminado. Estábamos ahí porque quería conocer su historia, conocer su forma de interpretar sus experiencias, especialmente quería saber cómo vive una mujer,

madre soltera de tres menores, la experiencia de haber sido víctima del error de algún colega médico.

- No se preocupe Ana, si quiere, podemos atender ese problema en otra ocasión. Solo si usted quiere, claro. Yo quisiera saber más bien ¿qué piensa usted de los doctores que le dijeron eso del desgarro?
- Pues que se equivocaron de seguro.

Me sorprendió su firmeza. Siempre creí que cuando un médico se equivocaba, los pacientes no se enteraban o no lo sabían, porque en mi experiencia, sobre todo en los servicios de ginecología, se tienden a ocultar o disfrazar los errores humanos haciéndolos pasar por indicaciones médicas. A veces solo dicen: “Le voy a poner una inyección aquí abajo, va a arder como chile, es para que no le duela”. Y proceden a hacer la episiotomía sin siquiera preguntar si desea que mutilen sus genitales. A veces dicen: “Le voy a hacer un corte para que pase su bebé” y proceden a inyectar anestesia local y cortar. ¿Pero quién hizo el consentimiento informado de ese proceso en especial? Sí, sí, me dirán que ya firmaron uno. Pero, en fin, los ginecólogos saben que esto que cuento es una realidad. No todo el tiempo, no en todos los lugares, pero sabemos que sucede.

Pues resulta que no. No ocultamos nada, los pacientes saben qué pasa con sus cuerpos, solo que algunos tienen la decencia, o tal vez el temor, incluso la vergüenza, puede que sean múltiples factores, pero por cualquiera de ellos, a veces deciden no decir nada. Nada, hasta que interrogamos con consciencia y apertura para escuchar. Como en el caso de Ana, quién permitió que su subjetividad surgiera en ese consultorio y se abrió a contarme su experiencia.

- Porque primero me dicen que estoy sana, luego que no, que mi presión, luego que tiene que ser cesárea, luego que parto natural, luego que ya no voy a quedar igual ¿entonces? Luego por eso una ya no sabe.
- Te noto enojada. Yo también estaría enojado.

Con estas palabras pretendí validar su emoción, claro que no era para menos, sin embargo, no emití ningún juicio o condena a los colegas médicos, solamente reflejé la emoción de la paciente para hacerla sentir lo que estaba haciendo por ella. Escuchándola.

- Pues fíjese que a veces sí me enoja, pero a veces digo, ay, ya que sea lo que dios quiera. Lo importante es que aquí están mis hijos y que estamos juntos y que estamos bien. Yo siempre le pido a dios por ustedes, por todos los doctores que nos cuidan y que estudian mucho para cuidarnos. Yo quiero que mis hijas quieran ser doctoras, o mi hijo. Tengo un sobrino que está estudiando enfermería y viera que es re bueno, siempre le pone sus inyecciones a mi papá y ahora que está en sus prácticas...

"Ana se está fugando, está bien, no necesito presionarla, ya compartió cosas muy profundas", pensé. Le permití hablar sobre su sobrino, como se llamaba, que está muy guapo, que están orgullosos de él, que es de orientación homosexual, que eso no le gustó a su madre etc. Situaciones de la vida cotidiana que reflejaban un poco más del contexto e historia de Ana.

Con base en su discurso comprendí que estudiar una carrera era el sueño de esa familia, que se veía realizado en aquel sobrino. Comprendí que tienen una educación tradicional, donde la preferencia sexual es un tema tabú. Me enteré que ella vino de Guerrero, a vivir cerca del centro de salud para estar con su hermana y ayudarse mutuamente. Nunca mencionó al padre de los niños. "Seguramente es un padre ausente, otro día preguntaré los motivos", pensé. Revisé rápidamente la dirección que venía en el expediente y confirmé mis suposiciones. Vivía en una calle principal que pertenece a una de las AGEB (Área geoestadística básica, así es como se dividen los territorios para su estudio) con un alto grado de marginación donde la población tiene un nivel de estudios promedio de primaria trunca, donde no hay acceso a saneamiento, agua potable por tubería, y muchos domicilios utilizan fosa séptica para los desechos. Esta vez estudié a mi población.

Cuando la vi más relajada, retomé la conversación, después de permitirnos ese desvío que consideré oportuno y necesario.

- Entonces su sobrino es enfermero. Qué padre, me da mucho gusto, necesitamos muchos enfermeros buenos como él en el mundo. Porque a veces hay algunos doctores o enfermeros que se equivocan ¿no? Pero yo no creo que por eso no sean buenos. O ¿usted cómo ve eso?
- ¿Que los doctores no sean buenos? No, yo creo como le digo a mi sobrino, que la gente que se dedica a eso de ayudar a los enfermos deben ser muy buenas personas.
- ¿Y los que se equivocaron con usted, cree que sean malas personas?
- Pos no, no creo.

Se hizo el silencio por unos momentos. No dije nada. Respeté el silencio. Hubo un tiempo en el que el silencio frente a un paciente me incomodaba. “Qué le digo, se me va a salir de las manos”, eran pensamientos que venían a mí. He aprendido a escuchar ese silencio, porque los silencios a veces significan más de lo que parecen. A veces son silencios de reflexión, a veces son silencios incómodos, sobre todo cuando ambos interlocutores ceden a los pensamientos del tipo que antes mencioné. En este caso, el silencio era de reflexión. Ana rompió el silencio.

- No, doctor, no creo. A lo mejor nada mas así tenía que ser y ya. La verdad, estoy muy feliz con mis hijos.

Platicamos un rato más, me contó más cosas. Ella ya no estaba dispuesta a hablar más. Al menos no de buena gana sobre el tema, porque, como dije al inicio de este relato, es una mujer alegre, y como tal, le gusta hablar de las alegrías de la vida, sobre todo de sus hijos. Así que siguió contándome un rato más la forma en que su hija mayor no se despega del celular y los videos que suele observar ahí. La escuché y preferí concederle un cierre de la plática más relajado y ameno. Había dicho suficiente.

Este texto nace de la idea de recopilar historias, y esta historia puede servir como ejemplo para mencionar otra más ligada a mis recuerdos. Una buena historia casi siempre lleva a otra más, si estás dispuesto a conocer su origen.

“Los pacientes son mentirosos, nunca debes creerles, los pacientes mienten”, me dijo un compañero durante el internado, luego de recibir un regaño por parte de un superior que

creyó que había inventado algunos datos en la historia clínica. Esto sucedió cuando el médico, al interrogar al paciente, obtuvo otros datos distintos a los que tenía el documento. Mi amigo fue entonces objeto de humillaciones y maltrato. “Los pacientes son mentirosos, no debes creerles”. Así nace una idea, que, de no ser cuestionada, seguramente generará actitudes de mal trato hacia los seres humanos que quedarán a su cuidado.

La gente no miente por mentir, ni por que sean malas personas. A veces los seres humanos tendemos a mentir porque tenemos miedo de que nos descubran, a veces no es tan profunda la motivación y simplemente olvidamos algunos detalles, que, al volver a responder a una pregunta anterior, podemos incluir, y así la primera respuesta parecerá una mentira. No es así, nadie miente por mentir y definitivamente los pacientes no mienten. Sostenerlo así se llama generalización y es una distorsión cognitiva bien documentada.

¿Ana estaba mintiendo? ¿Los médicos no se equivocaron? Tal vez el médico que dio seguimiento a su embarazo tomó mal la presión arterial, tal vez no, tal vez lo hizo la enfermera, es probable que no tuvieran un baumanómetro para hacer una adecuada medición de la tensión arterial, no lo sé. Nunca sabremos qué pasó realmente. Tuvo diagnóstico de preeclampsia, ¿por qué la bebé no nació por cesárea? ¿había suficiente personal para atender el parto en quirófano? ¿había suficiente material? ¿qué pasó ahí realmente? Y más adelante ¿por qué tuvo desgarro, de quién fue el error, tal vez el médico no hizo las maniobras para proteger el canal de parto? O como dice Ana, simplemente así tenía que ser y ya.

La postura de Ana, en mi opinión, es la más compatible con la salud física, mental y social de todos. A continuación, pretendo explicar por qué.

Es muy comprensible la postura de aquel a quien esta experiencia le genera enojo. Es injusto que esta mujer tenga que pagar un error de su médico tratante con las consecuencias de un desgarro en la zona genital. Pero pensado más a fondo, desde la idea de justicia, es el daño que ella sufrió lo que genera sensaciones de enojo, debido a que cuando las cosas no resultan de acuerdo a nuestras expectativas, tendemos a pensarlo como injusto. A veces esto sucede a un nivel de pensamiento más profundo, un nivel subconsciente, y entonces

queda fuera de la percepción de la conciencia. Requiere un trabajo emocional individual acceder a este plano, un proceso de autoobservación y análisis propio.

El mundo no es justo, no es justo con Ana, no es justo contigo, no es justo conmigo y no es justo con nadie. Es una realidad. Esto es así por diversos motivos, pero es así. Si se lo piensa en detalle, realmente nadie consigue lo que quiere. Los seres humanos funcionamos así, entre más conseguimos, nuevas cosas vienen a llenar el vacío que dejó obtener aquello que deseábamos y entramos en un ciclo interminable de desear y obtener. Pero ¿qué pasa cuando no obtenemos lo que deseamos? Cuando buscamos una meta que no alcanzamos, viene la frustración de la mano del enojo, o a veces viene también el enojo disfrazado de tristeza. Nos enojamos y nos ponemos tristes porque no obtuvimos aquello que deseábamos, no se cumplió ese deseo, y puede ser así que la percepción del evento como injusto genere el malestar emocional.

Este hecho queda de manifiesto en la lastimada relación que tenemos los médicos ante la sociedad, sobre todo en las instituciones. “El médico no me atendió como yo esperaba, entonces me enojo”. Es el origen del pensamiento de los pacientes enojados que son el motivo de la molestia colectiva de la que hablo. En el caso de los servicios públicos de salud, es común escuchar quejas como estas: “es que tardan un buen en dar la cita”, “es que hay que hacer fila desde temprano”, “me atienden rapidísimo y a veces ni me revisan”, “en el IMSS te amputan el pie equivocado los doctores”. Hay incluso memes de eso.

La pandemia del COVID 19 puso de manifiesto esta lastimada relación. Recuérdese la violencia hacia los doctores: aventarles cloro o alcohol en la calle, los comentarios llenos de frustración y enojo de los familiares de la gente que pasaba su enfermedad aislada y hospitalizada. “Los doctores están matando a la gente, nos quieren matar”, decía alguna señora en el transporte público cuando me trasladaba al hospital durante mi internado, ejemplificando con claridad esta disconformidad con la forma en la que los servicios de salud atienden a la población.

Las expectativas de estos hipotéticos pacientes enojados, son las que los llevaron a sentir esta frustración. “Si el médico fuera como yo esperaba que fuera, entonces no estaría

enojado”, es la premisa básica que explica este fenómeno. “Si no tuviera que hacer fila desde temprano y me atendieran inmediatamente me sentiría satisfecho”. El problema es que el cumplimiento de ese deseo no depende de uno mismo. Lo que si depende de nosotros es cómo interpretar la situación que la vida nos presentó. Interpretar significa dar sentido. ¿Qué sentido le vamos a dar a las experiencias que nos tocó vivir? La respuesta a esa interrogante, determinará el nivel de sufrimiento o malestar, o bien el nivel de tranquilidad y estabilidad emocional.

A Ana la vida la puso frente a una situación, tal vez fue dios, el destino o un error médico. Eso no es importante. Lo cierto es que su situación de vida cambio y no sólo por la llegada de un nuevo ser a su cuidado, si no por una lesión que sin duda trae consecuencias para toda la vida. Si Ana estuviera enojada, nadie lo reprocharía, ni tendría por qué. Está en todo su derecho de exigir un trato digno con servicios de salud de calidad que garanticen su derecho humano a la salud, lo dice la Constitución Política de México, lo dice la ONU, lo dice la OMS y la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

En este contexto, la postura de Ana es notable. Puedo suponer que decidió decir en su mente algo como esto: “¿Sabes qué? sí tengo un desgarro de quién sabe qué grado, pero yo decido alegrarme por la vida de mis hijos y por poder compartir con ellos, ¿qué más da el error de los doctores?, así tenía que ser y yo soy feliz con mis hijos”. Pensar algo similar, aun viviendo con las consecuencias físicas de un desgarro durante un evento obstétrico, es realmente extraordinario. Puedo intuir el contenido de su pensamiento, debido a que, con esta estructura mental, es capaz de mantenerse alegre en las consultas médicas, confiando en los profesionales para cuidar la salud de sus hijos.

¿Qué sería de los médicos que cometieron el error, supuesto o no, en su atención, si Ana pensara distinto? “Es culpa de los médicos, siempre atienden bien mal en los hospitales, están deshumanizados, es culpa del gobierno que no da dinero suficiente...”. Es muy posible que esta alternativa en su cognición hubiera generado en ella malestar emocional con sensaciones de enojo y frustración. Con ello, su conducta habría sido distinta, la sensación de falta de justicia pudo haberla llevado a buscar respuestas que involucraran demandas a

quienes la atendieron mal en el marco de la legalidad, los médicos habrían sufrido alguna consecuencia que podría haber afectado negativamente su vida personal y profesional, incluso la pérdida del empleo, actas administrativas, sanciones, etc. Volviendo al ciclo de desear – obtener, Ana hubiera obtenido “Justicia”, ¿y luego qué? Al obtener el objeto deseado, irremediablemente quedaría un vacío listo para ser tomado por un nuevo deseo por obtener. Por eso yo considero que perseguir la justicia no es precisamente el mejor camino para la salud emocional.

¿La sociedad sería mejor si Ana hubiera tomado el camino de la justicia? No lo sé, pero sé que esta madre enfocada en el cuidado de sus hijos y de su salud está presenciando la formación de un sobrino como futuro enfermero, sensible y atento al cuidado de los demás, que se preocupa también por la educación, salud y formación de sus hijos, y ella misma es, además, un miembro de la sociedad funcional, integrado y productivo, y lo más importante, se le nota alegre, armoniosa y satisfecha.

Cabe la posibilidad de que haya quien esté en pleno desacuerdo con las ideas aquí plasmadas. Está bien, por eso somos seres individuales, con ideas y opiniones distintas. A mí me parece la mejor postura posible ante la adversidad, la aceptación de lo que no podemos cambiar, que permite entonces voltear la mirada hacia lo verdaderamente importante de la vida. Creo que el éxito y el fracaso, al igual que los aciertos y los errores dependen de hacia dónde decidas dirigir tu mirada.

Capítulo 8. De Agradecimientos, contar historias, despedidas y reflexiones finales

Enero 2023

Al momento de escribir este fragmento, es el mes de enero de 2023, el último mes del servicio social. Hice mi Examen Nacional de Residencias Médicas, obtuve un lugar en medicina familiar, tengo la opción de tomar ese camino, pero al volver la vista atrás puedo reconocer que llevo al menos 7 años formándome para ser médico general y eso ya es algo que decir. En unos días voy a poder decir que soy médico. ¡Vaya que ha costado!

Durante este último periodo las consultas en la unidad de salud aumentaron en número, por lo que también aumentó el número de oportunidades de poner en práctica todo lo que aquí he contado. Noto que cometo cada vez menos errores y la verdad es que disfruto mucho la consulta, es una actividad que creo que podría realizar por un largo periodo de tiempo.

La medicina narrativa trajo a mí la opción de conocer que hay un puente que se está formando entre diversos caminos de la medicina que convergen poco a poco y van dando sentido a la práctica clínica diaria. El trato digno, la psicología, el enfoque centrado en la persona, la atención de calidad y la medicina narrativa son los pilares en los que baso mi actuar diario.

Hoy tengo otro empleo en una famosa cadena de farmacias conocida por el buen sueldo que paga al personal que utiliza sus distintivas botargas. A veces atiendo más de 15 personas por día, yo lo haría sin cobrar, lo he hecho muchas veces, confirmo y lo reafirmo, disfruto mucho estar en la consulta y en el medio privado hay más tiempo para platicar, compartir, escuchar y entender las historias de otros.

Siempre he disfrutado las historias, las novelas fantásticas, historias de ciencia ficción, mitologías antiguas, la historia del mundo y de la humanidad en sí misma, son temas que han llamado mi atención desde muy pequeño. Por eso hace mucho sentido para mí encontrar a través de la medicina narrativa una forma de contarlas. Creo que conocer el origen detrás de un pensamiento traducido en palabra, es decir, la historia del sujeto que la cuenta, es una poderosa herramienta para el médico. Me atrevo incluso a pensar que el

camino de la reconciliación en esta lastimada relación del personal de salud y sus instituciones frente a la sociedad, tiene que ver con volver a escuchar las necesidades de aquel que demanda servicios de salud, y en consecuencia, de conocer su historia.

Quiero agradecer especialmente al Jefe de Unidad, el Doctor Jorge Estaban Ballesteros Solís, porque él escuchó mi historia y con esto me ayudó más de lo que puedo expresar a través de la palabra. Además, no solo lo hizo por mí, sino que lo hace también por su personal, por su comunidad y por sus compañeros de trabajo. Es un experto en tratar con las historias de las personas. Para mí es el claro ejemplo de que la transformación necesaria para mejorar estos problemas sociales de los que aquí he hablado si se puede lograr. Basta con la voluntad de una sola persona para generar grandes cambios en una comunidad. Yo he visto a esta persona en acción, el doctor es capaz de tomarse el tiempo necesario para prestarle plena atención a quién lo solicite, incluso si esto lo desvía de sus actividades como Jefe de Unidad. Es curioso, no recuerdo que dentro de las historias que el doctor me compartió, haya mencionado jamás que tenga formación académica en medicina narrativa, no tengo certeza absoluta, pero puedo inferir que su forma de tratar a las personas tiene que ver con el desarrollo personal como ser humano y su conocimiento empírico de la propia vida.

Creo que el desarrollo personal y la experiencia son poderosos elementos que permiten el acercamiento a lo que puede definirse como un buen médico.

Para mí, el arte es un medio también para el desarrollo personal, pues permite transformar las emociones en medios que expresen formas de ver el mundo y con esto conectar con otras personas a través de sus emociones. Así, la medicina narrativa cumple la función de transformar la vida de los médicos y los pacientes que se permitan compartirse el uno al otro.

Agradezco también al Doctor González, quien con su actitud y buen trato a los demás me enseñó que las acciones correctas a veces pueden ayudar más que las palabras. Al Doctor Nájera y a Hortensia, quienes me brindaron su compañía y se abrieron a compartirme mucho de sus historias, que enriquecieron e hicieron más agradable mi paso por la unidad de salud.

Gracias también a todos y cada uno de los médicos de las unidades de salud por donde transité este año, me llevo grandes experiencias con cada uno de ellos, también al personal administrativo y de enfermería. Si hay gente que piensa que en los servicios públicos de salud sólo existen burócratas con mala cara es porque no conocen a mis compañeros, o tal vez porque no han escuchado sus historias.

Finalmente, gracias a mi familia, gracias a mi papá, porque su historia de vida da para escribir toda una novela que podría parecer extraordinaria para quien no lo conoce, pero que, al ser su hijo, tengo el privilegio de partir de su experiencia para entender y tratar de hacer mejor al mundo. Gracias a mi mamá y a mis hermanas porque son quienes más han escuchado mis historias y porque siempre han estado presentes para ayudarme a entenderlas mejor. Es en gran medida gracias a ellas que pude concluir con este proyecto. Gracias a mi hermano, quien me apoyó de diversas maneras en este proceso y a quien espero motivar a retomar el arte como medio para sanar el alma.

Espero que quien haya leído estos relatos haya podido vivir algunas de las emociones y pensamientos que en su momento surgieron en el espacio del consultorio, y que ahora conozca de primera mano cómo es eso de dar los últimos pasos en el proceso de formación de una persona para convertirse en médico.

Bibliografía.

Arntfield, L., Shannon, K., Slesar, K., Dickson, J. y Charon, R. (2013). *Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies*. *Patient Education and Counseling* 280 - 286.

Ashton, K., Rachel, B., Simon, D., Doyle, S., Imeson, D., Meir, A. y Risser, G. (2015). *Clinical realism: a new literary genre and a potential tool for encouraging empathy in medical students*. *BMC Medical Education* 112.

Ashton, K., Barrat, B., Doyle, S., Imeson, D., Meir, A. y Risser, G. (2015). *Clinical realism: a new literary genre and a potential tool for encouraging empathy in medical students*. *BMC Medical Education*. p. 112.

Balmer, Dorene, y Richards Boyd F. (2012). «Faculty Development as Transformation: Lessons Learned From a Process- Oriented Program.» *Teach Learn Medicine* 24: 242 - 247.

Charon, R (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

Charon, R. (2001). *Narrative Medicine: A model for Empathy, reflection, profession, and trust*. *Journal of the American Medical Association* 286 (15): 1897 - 902.

Charon, R. 2007. *What to do with stories: the sciences of narrative medicine*. *Canadian Family Physician Medicine* 53 (8): 1265 - 7.

Charon, R., Ship, A., Steven, M. 2020. *Arts, Humanities, Medicine, and Discovery: a Creative Calling*. *Journal of General Internal Medicine* 35, 407 - 408 .

DasGupta, Sayantami, y Rita Charon. (2004). *Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy*. *Journal of the Association of American Medical Colleges*.

Fernandez, U, Cuba, S., Cuba, D. (2019). *Medicina Narrativa*. *Anales de la facultad de medicina* 80 (1): 109-13.

Frankl, V. (1985). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.

Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1987). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

Martínez, C. (2015). El nacimiento a la profesión médica a comienzos del siglo veintiuno en México. Una incursión en la Medicina Narrativa. En: Chapela, C. (coord,) *Entre poética y didáctica. Narrativas en el campo de la salud*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana. pp 119 – 148

Martínez, C. (2019). *Ser Médico. Relatos, historias y reflexiones en búsqueda de su elusiva esencia*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.

McWhinney, I. (1981). *Teaching the principles of family medicine*. *Can Fam Physician* 801-804.

Rogers, Carl. (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós

Rosas, C. (2017). *Medicina Narrativa: El paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión*. *Acta Bioethica* 23(2): 351-359.

Santini, C. (2018). *Kintsugi: El arte de la resiliencia*. Barcelona: Planeta.

Serra, M. Sanabria, J., Almirall, M. et al. (2021). *Effectiveness of a multicomponent treatment based on pain neuroscience education, therapeutic exercise, cognitive behavioral therapy, and mindfulness in patients with fibromyalgia (Fibrowalk study): A randomized controlled trial*. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal* 101 (12) .

Surós, A. (2001). *Semiología Médica y técnica exploratoria*. Barcelona: Masson.

Vannatta, S., y Vannatta, J. (2013). *Functional Realism: A Defense of Narrative Medicine*. *The Journal of Medicine & Philosophy* 32 - 49.

Zaharias, G. (2018). *What is narrative - based medicine? Narrative - based medicine 1*. *Canadian Family Physician* 64 (3): 176 - 180.