

VIDA DE GENTES,
ESMERO DE SANADORES

DR. JUAN MADRIGAL ABARCA

Dr. Juan Madrigal Abarca

Vida de gentes,
esmero de sanadores

San José, Costa Rica.

610.9616

M183v

Madrigal Abarca, Juan

Vida de gentes, esmero de sanadores / Juan Madrigal
Abarca. - 1ª. ed. - San José, C.R. : ATABAL, 2011.

108 p. ; 21 x 13 cm.

ISBN 978-9968-643-23-8

1. Médicos - relatos personales. 2. Médicos - anécdotas,
chismes, sátiras, etc. I. Título.

Primera edición: 2011

© Dr. Juan Madrigal Abarca.

Prohibida la reproducción total o parcial por medios mecánicos, electrónicos, digitales o cualquier otro, sin la autorización escrita del editor. Todos los derechos reservados. Hecho el depósito de ley.

Corrección de pruebas a cargo del autor.

Ilustraciones: Rafael Chamorro.

Impreso por Publicaciones El Atabal, S.A., San José, Costa Rica.

A Eliecer y Elizabeth, mis padres
quienes plantaron en mí las bases de la persona
que soy hoy en día y que en el camino de mi vida están
siempre atentos a tenderme la mano y volverme a ubicar en
lo correcto. Gracias por cada uno de los años a mi lado.
Les amo.

Índice

De la lástima a la empatía.	15
Cuando la indiferencia se convierte en apatía	25
Cuando nos obsesionamos en el trabajo . . .	37
Cuando la pena nos agobia.	45
Desahogos autodestructivos	55
Cuando caes del Olimpo	63
En casa de herrero cuchillo de palo.	71
La ternura de recibir vida.	79
Del conocimiento al orgullo	87
Cuando confundimos cansancio con pereza	95
Primum non nocere.	101

Usualmente se piensa que el personal que trabaja en un hospital actúa muy indiferente ante el dolor ajeno, son tachados de fríos e insensibles; por lo menos fue la percepción que tuve en algún momento de mi vida, hasta que me correspondió estar allí, prácticamente vivir en el hospital, ya que pasaba casi quince horas por día entre sus pasillos y salones. Durante mi época de estudiante, estuve allí en lapsos de pocas horas, pero esta era la primera vez que en carne propia enfrentaba ese reto.

Durante el tiempo que hice el internado, se me asignaron gran cantidad de tareas, incluso muchas imposibles de realizar por el volumen en un solo día; dentro de mis funciones estaba atender diariamente de quince a veinte pacientes en el salón que me tenían asignado, darles el seguimiento de las diferentes pruebas que se les enviaba, estar con ellos en las cirugías, egresar a los que ya estaban listos para volver a casa y preparar el ingreso para los que día con día llegaban de la consulta externa, o de emergencias o eran llamados porque ya era su turno después de una larga espera para ser atendidos, además de sacar algo de tiempo para comer y asistir a las clases de formación académica que recibíamos los que estábamos como médicos internos en su último año de preparación.

Ahora que veo hacia atrás, pienso que un enorme vacío que tiene este aprendizaje es que a los médicos no se nos forme para desarrollar una inteligencia emocional; ya que es tanto el volumen de trabajo y de material académico que estudiar, que el hecho de aprender a canalizar nuestras emociones queda a criterio de cada uno de nosotros.

Esta inteligencia emocional consiste en “vivir nuestros sentimientos, pero aprendiendo a canalizarlos de una manera sana”. Es aceptar lo que sentimos y crear los mejores mecanismos, llamados también mecanismos de autocuidado, que nos ayuden a enfrentar diferentes situaciones de la vida, no solo en el ámbito profesional, sino también en la relación familiar, académica, personal, y en cualquier otra área de la vida.

Lo más difícil de entender al tratar de desarrollar la inteligencia emocional, es comprender que los sentimientos son el “sabor de la vida”, son aquellos que nos dan la percepción para vivir cada evento. Lo que pasa es que muchas veces lo tomamos como si fuera el evento principal y por eso aceptamos o rechazamos situaciones que vivimos sólo por su percepción.

Durante este año de internado, les quiero mostrar, desde el punto de vista del médico como persona, lo difícil que es enfrentar nuestra profesión, y más aún, nuestra vida personal en ella.



De la lástima a la empatía

Era la primera semana de enero cuando me inicié como médico interno en los consultorios del Seguro Social de un área muy conflictiva, conformado por tres Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, conocidos en el país como EBAIS; esta zona llamada Los Cuadros de Guadalupe –conocida por los altos índices de delincuencia, tráfico de drogas–, estaba formada por muchas familias que vivían en condiciones precarias e insalubres, a las cuales era muy difícil llegar a brindar servicios básicos por el riesgo de ser víctima del hampa. En el corazón de este lugar estaba el centro de salud.

Justo hacía un año, una doctora que tenía dos años de laborar en la zona tuvo que salir escoltada de la clínica ya que en la mañana de ese día, valoró a un niño enfermo y por razones que se desconocen, la madre salió muy disgustada con ella y, para el mediodía, un grupo de personas estaban afuera de la clínica, arrojando piedras, vociferando improperios y exigiendo que la doctora saliera. Ese día varios vehículos resultaron con los vidrios quebrados y solo con la ayuda de las conocidas “perreras” de la policía, pudo salir la doctora. En este lugar me correspondería trabajar por dos meses y medio.

La parte académica transcurría como lo es siempre: ¡memorice, aprenda y razone!

Era muy interesante el tratar de asociar toda la teoría recibida durante años con las dolencias que manifestaban las personas. Era difícil al principio pensar en forma *integral*, además de la falta de tiempo, ya que se disponían de quince minutos por paciente, independientemente de su

enfermedad, así que la rapidez de síntesis, interpretación y prescripción con las que contaban en el sistema de salud debía aumentar; sin embargo, el verdadero aprendizaje vendría después.

Parte de mi trabajo consistía en acompañar a los técnicos en atención primaria conocidos como ATAP, que realizaban semanalmente visitas casa a casa, tanto en la zona residencial, como en los precarios. Un día me indicaron que me correspondía salir con uno de ellos en el recorrido. Recuerdo que me aconsejaron que no llevara nada de valor, así que tuve que guardar mi teléfono, billetera, monedas y hasta el reloj, no quería correr riesgos ni tentar a alguno que con la ansiedad de consumir drogas estuviera dispuesto a lo que sea por conseguirlas. Una vez concluidos los preparativos iniciamos el recorrido.

Justo a cincuenta metros de la clínica, estaba la calle conocida como el “Matadero”. Recordaba que algunos meses atrás en esa misma calle un grupo de maleantes había quemado a un taxista en la cajuela de su propio taxi, no era un pensamiento alentador ya que teníamos que entrar ahí caminando. Mientras avanzábamos, las casas cambian su arquitectura de block y rejas en las ventanas, a madera y vidrios cubiertos por algún pedazo de tela, y más adelante, las casas se convertían en estructuras de latas de zinc y tablones. La calle pasó de pavimento a lastre y luego a tierra, pequeños charcos de agua los cruzaban de extremo a extremo, por la falta de tuberías de las “casas” y en las “calles”, además tampoco existía un cordón de caño por donde corriera, así que el agua corría a su antojo por donde quisiera.

A lo largo de la calle, desembocaban callejones que te llevaban a pasadizos repletos de casas de lata y piezas de madera, de un solo aposento, con piso de tierra; recuerdo la expresión de un compañero que dijo: “En estas casas, en

una esquina duermen, en otra comen, en la otra defecan y en la última se sientan a consumir drogas...”. Honestamente, no era un grato panorama ya que en la gran mayoría de las casas habían un promedio de dos a cinco niños, muchos descalzos, sin camisa, probablemente no por falta de ropa sino por el calor que hacía al reflejarse el sol en las estructuras; muchos de ellos iban a los primeros años de la escuela, pero conforme crecían en edad, aumentaba la deserción, y aparecía el fantasma de la droga, muchas veces propinada por los propios adultos que convivían con ellos; muchas de las niñas que observaba en esos callejones eran las que llegaban a la consulta embarazadas a una edad muy temprana, algunas de ellas sabíamos que eran víctimas de incesto, niñas que a sus quince años llegaban a control prenatal de su tercer embarazo; la tasa de abortos era alta y se trataba de dar educación a estas pacientes, incluso se les daba sin inconvenientes los tratamientos anticonceptivos que necesitaran; también observaba a los niños más pequeños, que inocentemente jugaban a las orillas de sus casas en los caños improvisados que hacía el agua en la tierra, por mi mente pasaba la pregunta de qué iba a ser de ellos, ¡qué deseo tan incesante de sacarlos de esta nefasta realidad que haría que muchos de ellos se vieran inmersos en la droga y la delincuencia!; pensaba que tal vez pronto serían arrestados o incluso asesinados por miembros de pandillas rivales. ¡Qué impotencia es ver cómo la miseria humana destruía cientos de vidas y de familias ante mis ojos!; ¡la lástima y el dolor pasaban por mi cabeza al contemplar cada carita inocente que iba a tener que hacerle frente a esta decadente realidad!

Cuando entramos a las primeras casas, nos recibían con una sonrisa y un saludo, las madres ansiosas de ver qué les traíamos nuevo; los niños, asustados con la idea de que iban a ser vacunados, se escondían por el temor a las

agujas. Para cada visita, la ATAP tenía previamente censada a las familias. Llegábamos precisamente a ver si había alguna nueva embarazada, algún niño recién nacido, algún adulto mayor con necesidad; en su mayoría las personas, a pesar de su pobreza, siempre nos recibían con una cortesía admirable, compartiendo con nosotros los únicos asientos que tenían, no importa si se quedaban de pie. Nos daban un vaso de agua para aplacar el calor. En cada visita los pacientes dedicaban un momento para hablarnos de sus necesidades, que en su mayoría se repetían una y otra vez; la falta de dinero, la adicción del esposo, la hija embarazada, el hijo que estaba en la pandilla, que no había leche para los bebés, y tantas otras que a pesar de que no podíamos hacer mucho por ellas, las depositaban en nosotros tal vez con la esperanza de que lleváramos su ruego fuera de su casa y del barrio, para que llegara a oídos de alguien que les tuviera una solución; pero, ¿cuál es la respuesta que buscan?, ¿qué es lo que quieren oír?, ¿cómo evitar sentir esta lástima o compasión por ellos? ¿Qué podía hacer yo? Ese día volvía a mi casa y la contemplé un largo rato pensando en lo acogedora que era y le di gracias a Dios por eso.

En el transcurso de algunas semanas, tuve tiempo de analizar la forma de actuar de mis compañeros de trabajo, tanto médicos como enfermeras, personal de registro y ATAP. Aparte del trabajo que realizaban, que era muy bueno desde el punto de vista profesional, vi en algunos de ellos características especiales, que llamaron mi atención, en el servicio que les daban a los pacientes. Algunos solo hacían su trabajo, y nada más, sin embargo, algunos enfermeros les dedicaban un poco más de tiempo a ciertos pacientes, al igual que lo hicieron los ATAP, en las visitas que realicé, les escuchaban y les aconsejaban, les daban alguna orientación de acuerdo con lo que les contaban, incluso algunas veces vi

a una enfermera orar con algún paciente con el fin de reconfortarlo; eso fue una sorpresa para mí.

Las personas llegaban en cantidad, las tres filas de sillas ubicadas en la sala de espera siempre estaban llenas, personas de diferentes edades, de diferente escolaridad y estrato social, esperando a ser atendidas, algunas cansadas por madrugar para obtener una ficha; otras, enfermas crónicas que llegaban a su cita trimestral de control, y otras agudamente enfermas, decaídas y necesitadas de una pronta atención. Uno de tantos días, me enviaron a darles una charla a las personas que se encontraban en esta sala de espera, me indicaron el tema, me prestaron incluso unos rotafolios para ilustrar mejor la explicación. Frente a este grupo de personas me encontraba tratando de hablar de una enfermedad que yo había estudiado muchas veces, de la cual tenía el conocimiento necesario para explicarla; pero me faltaba algo y no sabía qué. Era una sensación de vacío que quedaba al terminar de hablar sobre el tema. En las siguientes charlas, a pesar de que usaba un lenguaje muy sencillo y, por supuesto, con la ayuda de las ilustraciones, siempre sentí que quedaba algo por decir y no sabía qué era...

Parte de las funciones de los enfermeros en la preconsulta, era realizar un tamizaje a los adolescentes para detectar situaciones de riesgo en este grupo que era tan sensible al entorno; algunas de las preguntas de dicha preconsulta parecían irrelevantes, pero si se les ponía atención indicaban situaciones de suma importancia sobre los entrevistados; algunas de ellas buscaban información sobre el nivel de escolaridad, ocupación, número de hermanos, cuántas personas viven en su núcleo familiar, entre otras. Para un adolescente que llegaba por una gripe o una diarrea no parecía lógico ni práctico realizar todo este cuestionamiento, incluso siento que muchas veces, sino la mayoría, era un

requisito, ya que si era la primera consulta del año era obligación tener esta hoja llena en el expediente; su ausencia influía negativamente en la calificación que se daba al EBAIS al final del año. Lo que tal vez no se veía es que detrás de un niño con gripe, detrás de un joven que llega por problemas respiratorios u otras alergias muy frecuentes en la zona por la cantidad de polvo y ácaros, estaba alguien pidiendo ayuda; probablemente con el deseo de que alguien lo escuchara y le orientara sobre qué le pasaría si seguía consumiendo drogas; alguien que le dijera que él no tenía la culpa de ser abusado sexualmente por su padre, o por sus hermanos mayores o primos; que él no era ningún “bueno para nada” al no poder aprobar un grado académico, porque siempre había un vacío emocional en nuestro paciente; esto era lo que faltaba en las charlas que daba yo en la sala de espera, dejar de andar por las ramas y abordar el problema real.

Comprendí que la lástima que sentí en un principio, solo me servía para llamar mi atención y ver que algo estaba ocurriendo. Recordé cuántas veces había sentido lástima por tantos otros en mi vida. Recordé cuántas veces había dicho: “...Pobrecito, qué mal le está yendo...”, o quizá, “...Pobrecito, qué feo lo que le pasó...”, y comprendí que en esas situaciones nunca había hecho nada; que cada una de estas frases que dije o que pensé solo sirvió para recibir el chisme que llegaba a mis oídos o tal vez sirvió para generar una plática a costa del mal ajeno; por eso decidí que no podía seguir así.

Fue por lo anterior que entendí el verdadero significado de la EMPATÍA. Esta no es solo un sentimiento, sino que es una acción; es aquella que me hace entender la necesidad de los demás, de adentrarme a través de sus ojos y ver lo que grita su corazón, de entender lo que me dicen con frases entrecortadas y discretas, donde se expresan

situaciones que no se atreven a hablar directamente; de brindar la confianza de una atención seria y responsable que no solo pregunta para satisfacer su curiosidad, sino que después de oír, reconforta el corazón de aquel sufrido y le puede orientar a encontrar soluciones reales a sus problemas.

Más de seis años después de la situación anterior, llegó a mi consulta una mujer, sencilla en su vestir, que a pesar de su baja escolaridad era bilingüe, agobiada por un dolor de espalda producto de una infección de orina. La conversación recayó en su dificultad para dormir, de allí siguió a su dependencia del tabaco y luego, después de algunas preguntas, aceptó con mucha pena ser alcohólica y adicta al crack. Contó que había vivido mucho tiempo en indigencia y que para no dormir en las aceras alquilaba un cuarto por las noches y que cuando no tenía dinero se prostituía; ahora vivía con un empresario que se había enamorado de ella y que estaba luchando para que no consumiera. Mediante la consulta, la paciente aceptó la ayuda y orientación y actualmente está iniciando su proceso de terapia, tratamiento antidepresivo y restauración interior, así como el seguimiento para no recaer en el consumo. Lo que era una consulta por una infección urinaria se convirtió en el primer paso para que una persona recobrara el control de su vida.

Cuando la indiferencia
se convierte en apatía

Hay una frase que dice: “No hay peor ciego que el que no quiere ver...”. Qué difícil es apartar nuestros conflictos personales del resto de nuestras actividades cotidianas; pensamos tanto en ellas que nublan nuestro actuar y cuando hacemos conciencia de ello, pensamos en apartarlas y allí está el error, porque, ¿cómo alejar algo que es tan nuestro?

Nuestros conflictos dan un sabor amargo al paladar de nuestra vida.

Durante la época en la que me encontraba en el EBAIS de los Cuadros de Guadalupe, estaba en la peor fase de mi matrimonio, a prácticamente dos meses de mi separación final; y recuerdo lo difícil que era escuchar a más de treinta personas por día contándome sus quejas y dolencias, luchando en mi interior por no recordar el pleito de la mañana, pensando que me esperaba la indiferencia de la noche; y tratando de ser empático con cada paciente, en el poco tiempo que tenía para escucharlos y con el enorme volumen de papeleo que había que llenar.

Ahora, con los años, entiendo que las situaciones que llevan a un divorcio son generadas por ambos miembros de la pareja en porcentajes diferentes y que, a pesar de que se crea que es la solución más fácil al conflicto, nunca hay ganadores, solo quedan las ruinas de un proyecto que se encontraba en construcción.

Al igual que yo, dos compañeros más se encontraban en ese momento en una etapa muy vulnerable de su relación de pareja, otros dos estaban atravesando una crisis económica importante, el resto vivía la problemática usual

de la convivencia en familia y la crianza de los hijos. A todo lo anterior se le suma todo el estrés de trabajo y de presión laboral.

Fue en este momento que comenzó a querer imperar en mí la típica actitud de indiferencia; el pensamiento usual que me dice: “a mí qué me importa”, “¿acaso es mi problema?”, “yo cumplo con lo que me toca y punto”. Estas frases son tan comunes y las he oído tantas veces a lo largo de los años, en sus diferentes versiones; y es tan fácil creer que mi mundo es el más importante y que nadie está sobre mi situación o sobre mi necesidad; cuando en el fondo, lo único que buscamos es no sentir más dolor; bloqueamos nuestros sentimientos, deseamos estar envueltos en una burbuja porque mis problemas son más que suficientes y el mundo debe estar agradecido conmigo porque los atiendo aunque sea de mala gana.

La indiferencia se ve reflejada en las personas en muchos niveles; desde el simple hecho de no querer levantarme en la mañana y llegar a mi lugar de trabajo, deseando que sea la hora de salida, aduciendo cansancio, fatiga, estrés, o cualquier otra razón, hasta el llegar y atender mal a los demás, de decirle al paciente: “qué quiere... y dígame rápido porque no tengo tiempo...”, o tratar mal a mis compañeros, en este punto la persona ya se vuelve disfuncional y su capacidad de resolución se ve anulada por estar envuelta en la cápsula de la indiferencia; pero el problema puede empeorar.

En mi profesión existe un dicho: “...Los errores del médico se tapan con tierra...”. A esto nos puede llevar la indiferencia, en mi caso, que tengo la responsabilidad de velar por la salud de las personas, podría simplemente obviar circunstancias que vayan en detrimento de la salud de mis pacientes y podría llegar a causar un daño irreparable.

Qué fácil es ser indiferente con personas que no conozco, especialmente cuando gozo de un puesto de poder, el problema es que con el tiempo la indiferencia deja de ser solo un sentimiento y se convierte en hábito. Es justo en este punto donde la indiferencia se convierte en apatía y de esto hay muchísimos ejemplos que todos conocemos; las personas se quejan diariamente de empleados públicos que las atendieren mal, que les hablaron en forma despectiva, o que simplemente no quisieron atenderlas; a diario se cuentan estas anécdotas tan desagradables; y precisamente se da porque estos funcionarios pasaron de un sentimiento de indiferencia a adoptar un estilo de vida apático y egocentrista.

El tipo de población en el EBAIS en que me encontraba tenía una problemática muy particular, y podía ver como día con día el cansancio socavaba mi voluntad y la de mis compañeros; en ocasiones la indiferencia imperaba, la consulta era mecánica, en especial los martes y jueves después de las 10 am, que eran los días de atención a pacientes crónicos. Estos pacientes eran aquellos que padecían de Diabetes Mellitus o hipertensión arterial, entre otras enfermedades; a ellos se les citaba cada tres o cuatro meses respectivamente, pero el volumen de papeleo que había que llenar con cada uno era colosal y creo que a esta fecha se mantiene igual; por lo que el tiempo efectivo de consulta va de dos a cinco minutos.

Hay muchas formas para evitar que la diferencia se convierta en apatía, o incluso que algún otro sentimiento se exprese en acciones incorrectas, para esto es necesario ubicar cada situación de mi vida en su lugar. Una de las formas para lograrlo, y que marcó un cambio importante en mí, fue poder delimitar “mi metro cuadrado”. ¿En qué consiste este sistema de autoayuda? Lo podemos ver en el siguiente cuadro:



Cuando identificamos en nuestra vida los diferentes segmentos que la conforman, tendremos un mejor panorama de dónde podemos ubicar nuestros sentimientos; por ejemplo, cuántos esposos después de un largo y problemático día de trabajo, llegan a sus casas enojados, de mal humor y descargan su ira sobre su esposa e hijos, siendo éstos ajenos a lo que les ocurrió durante el día; o también cuántos hijos desahogan en sus padres las discusiones ocurridas en su grupo de amigos, como si ellos fueran los causantes de sus problemas.

Lo anterior ocurre por la inestabilidad que existe en “mi metro cuadrado”. Cuántas personas permiten que otros pisoteen su espacio personal, con comentarios despectivos sobre su vestimenta, peinado, maquillaje, sobre sus opiniones, y provocan un sentimiento de humillación, dolor y tristeza; con lo cual les hacen creer que son ellos los que están mal y que deben cambiar para encajar en la sociedad.

Desgraciadamente, somos nosotros mismos los que permitimos esta invasión a nuestro metro cuadrado; unos piensan: “mejor no digo nada, para no enojar a nadie”,

“en la próxima le respondo como debería...”, o en el peor de los casos: “sí..., tiene razón, debo cambiar...”. Si alguien quiere hacer un comentario constructivo, nunca va a invadir tu metro cuadrado, desde el lugar de tu vida donde lo tengas ubicado (padre, esposo, amigo, etc.) te hará la sugerencia y esperará, ya que cumplió con lo que tenía que hacer, nunca impone, no presiona, no humilla, te habla directo y te señala el camino y espera tu decisión.

Solo aquel que aprende a ubicar cada vivencia en su lugar; será capaz de ser dueño de sus acciones y de sus emociones, ya que estas no estarán regidas solo por sus sentimientos sino por decisiones racionales; aprenderá a disfrutar cada emoción cuando la pueda entender, y de este entendimiento dependerá su accionar.

Uno de los mecanismos de defensa más usado entre los médicos es el bloqueo de nuestras emociones, nos volvemos indiferentes ante el dolor ajeno y seguimos trabajando como si no sintiéramos nada ante el dolor de nuestros pacientes. De esto comentaré más adelante, pero un ejemplo de los bloqueos que hacemos es el siguiente: hace algunos años, en una guardia nocturna en obstetricia, nació un bebé, perfectamente sano, producto de un embarazo completamente normal y de padres saludables. A las dos horas de nacido comenzó con dificultad respiratoria; a las cuatro horas se le tuvo que colocar oxígeno; a las seis horas se le colocó en ventilación mecánica, a las ocho horas sus signos vitales disminuyeron considerablemente y, a pesar de nuestros esfuerzos, a las diez horas de haber nacido, murió en la cuna en la que lo teníamos en terapia intensiva de recién nacidos. Fue muy duro y doloroso perderlo y luego explicar a sus padres sobre el deceso de su bebé; el patólogo nos reportó que una bacteria en la vagina de la madre contaminó los pulmones del niño, lo que le causó una muerte rápida; a pesar de lo que personalmente

sentimos, la frustración de no poder salvar al bebé, el llanto incontenible de los padres, tuvimos que bloquear nuestro dolor y seguir atendiendo el resto de la guardia a los pacientes que llegaron, fue una noche muy larga...

Ahora, a lo largo de los años he aprendido que marcar mi metro cuadrado no es lo mismo que bloquear mis sentimientos, sino que es mejorar mi percepción y mi respuesta ante las situaciones que tengo que enfrentar. Yo les digo a algunos de mis pacientes más cercanos, que cuando estén tristes o enojados no tomen decisiones y cuando estén muy felices definitivamente tampoco, ya que los sentimientos no siempre son los mejores consejeros y terminamos actuando por impulso, puede que a veces funcione, pero existe la posibilidad de que no, y allí pagaremos las consecuencias. Con la idea de marcar mi metro cuadrado no quiero que se interprete que debemos de ser ciento por ciento racionalistas, al contrario, sino que los sentimientos le den sabor a nuestra vida y que las decisiones las tome nuestra mente. Para eso cada una tiene su función.

Hay pacientes que me han preguntado: “¿qué hago si alguien intenta ingresar a mi metro cuadrado, con algún comentario grotesco, despectivo o incluso humillante hacia mí?”. Yo les pongo este ejemplo: “¿qué haría usted si un extraño entra a su casa sin ser invitado y comienza a mover las cosas, a desordenarlo todo, a usarlas sin pedirle permiso?”, la respuesta unánime es: “en el mejor de los casos lo saco a patadas...”. Por supuesto, y justo esto es lo que debemos de hacer con quien intente ingresar en nuestro metro cuadrado, este es nuestro espacio personal, es nuestra esencia; algunos se preocupan y me dicen: “¿qué pasa si lastimo a alguien al hacerlo?” Es importante que recordemos que quien en realidad nos ama y a quien en realidad le importamos nunca invadirá nuestro espacio personal, ya que

nos ama y no entrará a la fuerza a nuestra vida, sino que esperará paciente a que le pidamos ayuda.

En cuanto a bloquear mis sentimientos, sería lo mismo que construir una bomba de tiempo, en algún momento va a explotar, y es allí donde ocurre un enorme desastre en mi vida y que probablemente afectará a quienes me rodean. Nuestros sentimientos no están hechos para ocultarlos, sino que son para expresarlos y, si sabemos cómo vivirlos, los vamos a disfrutar intensamente, si no nos ahogarán en el momento en que menos lo esperemos. Como les comenté, en mi trabajo el bloqueo es la forma más frecuente de ocultar nuestros sentimientos, creyendo que van a desaparecer; sin embargo, a veces las emociones de lo que enfrentamos pueden ser tan fuertes que las barreras que ponemos cedan ante la enorme presión, como si fuera una enorme represa a punto de romperse.

Un par de años antes de escribir este libro, ya en mi práctica privada, tuve la oportunidad de ver mis barreras hacerse añicos ante un mar de sentimientos. Fui a atender una paciente adulta mayor de unos ochenta y siete años de edad, que padecía de la enfermedad de Alzheimer, estaba saliendo de una neumonía, pero se encontraba muy desgastada físicamente, por lo que los cuidados eran solo paliativos. Los hijos me expresaron su preocupación por el papá, ya que eran muy unidos y él estaba muy triste por verla tan grave; les indiqué que era importante despedirse de ella y que su papá también lo hiciera; pasó una semana, la paciente seguía deteriorándose y me llamaron para valorarla nuevamente, estábamos en el cuarto con ella, el esposo, sus dos hijos y yo cuando toma la palabra el señor y les pide a sus hijos que salgan del cuarto y cierren la puerta porque “es momento de que me despida de su mamá”, y viéndome dijo: “doctor, quédese conmigo por favor...”, no supe cómo decirle que no a un hombre que estaba viendo

a su esposa morir lentamente, sin nada que se pudiera hacer, los hijos salieron cerrando la puerta a sus espaldas, yo me quedé al pie de la cama y él se sentó a un lado de ella y mirándola de frente le dijo: “mi amor, son ya sesenta años que tenemos de estar juntos, en estos años hemos vivido muchas situaciones y aún así estamos aquí... Te pido perdón, por todas las faltas que pude haber cometido en este tiempo, y te agradezco todo lo que has hecho por mí... por el amor que me tienes y por nuestros hijos...”, mientras contemplaba la escena, la presión en mi pecho aumentaba, sentía un nudo enorme en mi garganta que casi me impedía respirar, trataba de contener las lágrimas ante aquella despedida, pero por más fuerza que hacía muchas brotaban sin control por mis mejillas, sabía que afuera del cuarto estaban los hijos, nietos y otros familiares esperando a que saliéramos; hubo un momento en el que creí no resistir más, en mi mente solo estaba la idea de que no podía salir llorando delante de todos los familiares, así que me contuve hasta que él se levantó y me dijo: “listo, doctor, está hecho”, yo no pude articular palabra, solo recuerdo que abrí la puerta y salí lo más rápido que pude hacia mi carro al otro lado de la calle, dejando mi maletín y mi equipo en la casa, y me encerré en él, y comencé a llorar cual niño desconsolado; las lágrimas nublaban mis ojos y yo me ocultaba en la cabina de mi auto, aprovechado la oscuridad de la noche. Los sentimientos son como el agua, no se pueden contener para siempre, ya que siempre buscarán seguir su camino.



Cuando nos obsesionamos
en el trabajo

Los dos meses y medio pasaron rápido en ese EBAIS y era el momento de rotar a un nuevo bloque; y para mí era el turno de rotar en el servicio de pediatría del Hospital de Cartago; era emocionante y excitante la primera experiencia en un hospital, la asignación del servicio en que se iba a trabajar, el rol de guardias, las funciones, el rol de clases; todo en la primera hora del recibimiento y luego a trabajar. La cantidad de trabajo era inmensa; las jornadas laborales eternas; las clases cargadas de información; pero a pesar de eso la relación con nuestros jefes era muy buena y el grupo de internos trabajaba bastante bien.

Nuestras emociones eran muy fluctuantes, pero siempre existían momentos donde se incrementaban, nuestra mente percibía los acontecimientos de una manera optimista, alegre, físicamente nos sentíamos fuertes y capaces de realizar cualquier tarea que se nos asignaba, el entorno no nos abrumaba con sus vaivenes y empezamos a cargar nuestra vida de actividades tanto laborales como académicas. Es en este punto donde asumimos riesgos, los cuales puede comprometer nuestra integridad física o emocional, o de quienes nos rodean.

Por ejemplo, en mi trabajo existe además de la jornada regular de ocho horas diarias, una jornada adicional llamada guardias, que consiste en laborar, después de la hora de salida (usualmente a las 3 pm) hasta la hora de entrada el siguiente día (a las 7 am) en el servicio de emergencias, después de esto, volvíamos al puesto que teníamos asignado con antelación en el horario regular; convirtiendo la jornada completa en un periodo mínimo de treinta y dos

horas, sin contar los tiempos de entrada previo o la preparación para la salida dependiendo del volumen de trabajo; esta jornada se repite cada cuatro días; sin embargo, durante el tiempo que hice guardias, vi colegas que realizaban guardias cada tres días, e incluso supe de otros que lo hacían cada dos; y si bien es cierto el incentivo económico es importante para que alguien solicitara o aceptara este rol, su estado emocional relativamente estable se iba minando por el desgaste físico y mental a causa del exceso de trabajo y la larga jornada.

En la atención de personas enfermas, esta situación es de gran relevancia ya que con el tiempo dicho desgaste hace estragos en nosotros; nuestra mente se comienza a perturbar, percibimos un enorme vacío en nuestro interior, la motivación que teníamos ya no existe y ahora vemos un enorme problema en lo que asumimos, nos cansamos rápidamente de aquello que nos ilusionó tanto y ya no sabemos cómo salir de allí, tratamos de sostener al máximo nuestro ánimo para no sufrir por lo que acontece, sin embargo, el desenlace parece inevitable.

Lo anterior es una de las razones por la que muchas personas llegan a consulta a los hospitales y encuentran médicos de mal humor, enojados, que les prestan poca atención a sus dolencias e incluso que se duermen mientras atienden al paciente; sus fuerzas físicas y emocionales han caído; ya el médico no está, solo queda “un persona cumpliendo un horario”; con muy poca capacidad de realizar sus funciones; la concentración disminuye y el paciente es atendido en una forma muy básica.

Durante toda nuestra formación académica, se nos educa en forma tácita a que es normal que un médico trabaje esa cantidad de horas, escuchamos comentarios tanto de compañeros como de personas externas que nos dicen: “el trabajo del médico es de veinticuatro horas al día...”,

“el médico siempre tiene que estar disponible...”, y se imprime en nuestra mente la idea que nosotros estamos trabajando todo el tiempo.

Esta situación la vivimos casi todos los médicos todo el tiempo, muchos preferimos asistir a actividades solo entre colegas porque sabemos que nadie nos va a consultar nada, o si vamos a una actividad social tratamos de pasar inadvertidos en cuanto a nuestra profesión se refiere, pues siempre comienzan a llover consultas, como: “ah, usted es doctor, vieras que a mí me duele la espalda desde...”, “vieras que mi abuelita padece...”, o en las típicas actividades familiares donde obviamente todos saben que uno es médico y aprovechan la visita para sacar del clóset todas las pastillas que tienen, debido a que no saben para qué sirven, te traen a los primos, hijos y sobrinos, revisas los lunares del tío y los de los cuñados, y casi que terminas pidiendo al dueño de la casa un cuarto para utilizarlo de consultorio improvisado donde revisar a todos. Esto ocurre independientemente si estás de visita, rezando, hablando o comiendo. Recuerdo una de esas tantas ocasiones en las que estaba de visita almorzando y comenzó la consulta de un familiar en plena mesa y lo más incómodo era que quien me preguntaba casi ni esperaba que masticara, ya que mientras yo comía, me miraba como preguntando: “va a tragar para contestarme...”. Eso nos pasa a casi todos y en muchas versiones, algunos tratamos de ser lo más corteses posibles, otros responden en forma muy grosera por la invasión del espacio.

El teléfono se llega con el tiempo a convertir en una maldición: suena a horas y deshoras, te llaman pacientes no solo para preguntar algo importante, sino que cuanta cosa irrelevante se les ocurre te llaman independientemente de la hora, ya sea mañana, tarde, noche o madrugada, días laborales o feriados y, por supuesto, hay familia que

solo te llama cuando alguien está enfermo o necesita algo. La misma sociedad nos abre el espacio para eso. Recuerdo hace varios años en un curso de inglés que estaba haciendo que la profesora dijo al grupo: “apaguen los celulares, excepto si alguno es médico...”. Es por esta razón que muchos mantenemos un número privado adicional, con el cual podemos mantenernos comunicados y a la vez tener momentos de paz en compañía de nuestra pareja o nuestros hijos.

Lo anterior es completamente ad honórem, pero hay muchos colegas que se obsesionan con el tema económico y, además de su jornada regular en algún hospital, tienen guardias dos días a la semana en el mismo hospital, otros dos días dan consulta vespertina en alguna clínica y los restantes se dedican a la consulta privada, lo cual mina la salud del médico, la desgasta no solo por el exceso de trabajo sino también por el descuido de sí mismo, y peor aún el descuido completo de su familia. Esta es otra de las tantas razones por lo que la mayoría de los colegas hemos pasado por varios matrimonios fallidos. Llega a ser tanto la obsesión de trabajar, que conocí historias de colegas que no quisieron pensionarse y casi que fueron obligados a hacerlo, y aun así, salieron del hospital y se dedicaron de lleno a su consulta privada. Muchas veces me cuestioné esto y la única razón que encontré para querer permanecer trabajando sin parar es cuando no se tiene un lugar dónde volver.

Desgraciadamente, este tipo de problema no solo ocurre en nosotros, sino que en muchos gremios y estratos sociales se da el mismo problema y la causa es casi siempre la misma: un desorden de nuestras prioridades. Antepone-mos el factor económico, el estatus social, el prestigio, al tiempo que pasamos con nuestra familia y nuestros seres queridos, que a la larga serán los únicos que den la cara

por nosotros cuando estemos en problemas reales (¿quizá?); alegamos que todo este tiempo fuera es por superación personal, para llegar a ser alguien en la vida, o en el peor de los casos, decimos que todo lo que hacemos es para que nuestros hijos disfruten de todo lo que quieran sin restricciones presupuestarias.

En el capítulo llamado “Cuando la indiferencia se convierte en apatía”, en el cuadro de “mi metro cuadrado”, se muestra las diferentes facetas de la vida de una persona, ninguna de estas facetas excluye a otra y sobre todo ninguna invade el espacio de la otra, todas están en un equilibrio, y cada una se rige por sus reglas. Si incumplimos con alguna de ellas, lo estamos haciendo con nuestra misma vida y la vida nos pasará la factura.

Cuando la pena nos agobia

Atender niños es una experiencia ambivalente; se puede tocar el cielo con las manos cuando logras sanar a un niño de una dolencia y devolverlo a su hogar en las mejores condiciones posibles, pero tolerar el llanto, el sufrimiento, la agonía y peor aun la muerte de un pequeño es emocionalmente devastador.

Tuve la dicha de formarme al lado de pediatras muy entregados y con un carisma increíble para atender a los niños. Conocí neonatólogos (pediatras que se subespecializan en recién nacidos) que lucharon día y noche por mantener vivos a bebés que nacieron con un peso de unos ochocientos gramos, a las veinticuatro semanas del embarazo de su madre. Me correspondió ver cómo cada día se medía el peso donde cada gramo que ganaban era motivo de alegría, se medía la respuesta a estímulos y algunos de ellos lograban salir adelante, sin embargo otros pequeños no lo lograron, lo cual causó un gran dolor en el médico a cargo.

Valorar a un niño requiere de mucha paciencia, pericia y dedicación, porque los niños no pueden expresarte claramente qué sienten, solo lloran, se asustan y buscan refugio, y cada maniobra que realizamos al explorarlos produce gran temor en ellos. En emergencias pediátricas se reciben gran cantidad de casos, desde simples gripes y diarreas hasta casos más severos que nos ponen a prueba constantemente, no solo para abordar el caso sino para tratar con los familiares que no dejan de ser un elemento importante en la consulta, se puede apreciar el dolor de un padre al poner a su hijo en nuestras manos, con la esperanza de que sobreviva, es una imagen que se graba y que se debe bloquear

casi de inmediato mientras se atiende al niño. El miedo tan profundo que muestran los rostros de los padres amenazaría al más valiente si no se suprime temporalmente el sentimiento.

En una guardia alrededor de las 6 pm entran una mujer con un bebé de tres días en brazos gritando: “mi hijo se muere.... hagan algo por favor...”, y le puso el niño en los brazos de mi jefe que estaba junto a mí, el niño estaba convulsionando, ni siquiera lloraba, tenía una coloración marmórea; la madre lloraba y gritaba en el pasillo, mientras llevábamos al bebé al salón contiguo. Más tarde, se pudo estabilizar al pequeño, pero durante el proceso se escuchaban a la distancia los llantos de la madre que hacían eco en nuestros oídos como algo apenas perceptible. Hasta ese punto es el nivel de bloqueo emocional que hay que hacer al atender una emergencia, a pesar de que lo que nos separaba de la madre de este bebé era solo una cortina.

Uno de los mecanismos de defensa que más frecuentemente usamos para la atención de pacientes es el bloqueo emocional y se enseña tácitamente de una generación de médicos a otra. A nosotros se nos educa para no expresar nuestros sentimientos: en nuestro trabajo cotidiano nos estorban, limitan nuestra capacidad de razonar y de tomar decisiones, y nos hacen ver débiles ante nuestros pacientes y el resto del personal a nuestro cargo.

Esta desensibilización comienza desde la escuela de medicina, donde llevamos nuestras materias básicas, en el segundo bloque donde se comienza a llevar anatomía, en la cual se aprende sobre la estructura del cuerpo humano, no solo en forma teórica, sino también en forma práctica, por lo que trabajamos con cadáveres completos y partes de ellos; en los laboratorios cada inicio de curso se encuentran unos tres o cuatro cuerpos nuevos, cubiertos por sábanas, listos para ser abiertos parte por parte por

los nuevos estudiantes; además encontramos recipientes metálicos llenos de agua con formalina, que al abrirlos ciegan a la persona que intenta sacar las partes humanas que allí se encuentran; hay algunos con brazos, otros con piernas, otros con vísceras, que hay que batir con las manos para encontrar la que se encuentra en mejor estado y que pueda ser estudiada.

Desde este momento, estas partes humanas dejaron de ser personas y se convirtieron en objetos sin nombre, sin historia, sin otro propósito más que ser la pieza de estudio de un grupo de jóvenes que aspiran a ser médicos; el problema no es precisamente que las utilicemos como objetos de estudio, el problema real es que cuando estos estudiantes sean médicos llegan a tratar a sus pacientes como piezas u objetos, ya no de estudio sino de trabajo, a los cuales ahora, en vez de estudiar, deben procurarles una curación; pero aquí hay una diferencia, esta parte humana sí tiene nombre, sí tiene historia, tiene una vida que vivir, no es solo una gangrena en un pie que hay que amputar, no es solo un cáncer de estómago que hay que extirpar, y creo que esta es una de las razones por la que muchos pacientes se quejan de que los médicos no les explican cuál es su problema, pues en el inconsciente del médico sigue corriendo la idea de que es solo un objeto, que hay que arreglar...

La pena y el dolor son emociones que nos rodean día con día y ¡es tan difícil sacarlos de la mente! Recuerdo haber escuchado en una guardia, mientras suturaba la herida de un brazo de una señora que se había caído, cómo una madre lloraba y gritaba desconsolada a mi izquierda porque su hijo de veintitrés años lo acababan de declarar muerto en la sala de shock, después de haber sufrido un accidente de tránsito, sus gritos se escuchaban por todo emergencias, y ¿cuál fue mi actitud?, como si no fuera conmigo el asunto, seguía suturando a mi paciente sin inmutarme, a quien le

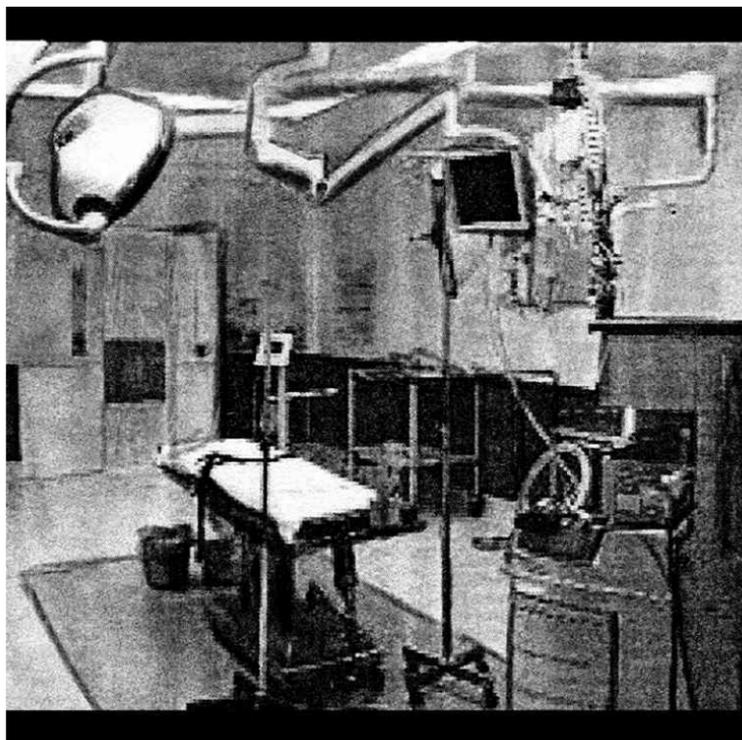
comenzaban a correr lágrimas por sus mejillas al oír a esta madre en su pena. Recuerdo que al terminar le di las recomendaciones a las que casi no prestó atención y tomé una nueva hoja de otro paciente que esperaba ser atendido y seguí trabajando.

En la madrugada, cuando se está de guardia, nos alterbamos el trabajo para poder descansar aunque sea una hora. Recuerdo que uno de los cuartos queda contigo al pasillo donde se dejan pacientes en camillas, y tengo presente muchas noches en las que llegué entre una y dos de la madrugada a dormir y solo se escuchaba de fondo las quejas y lamentos de los pacientes, un constante ¡aayy..., aayy...!, que se repetía, y solo el extremo cansancio que sentía, me permitía dejar de oírlo y caer en un profundo sueño, el cual terminaba una hora después, cuando venía el otro compañero, o si por algún motivo llegaba mucha gente o si había una emergencia grave, razón por la cual se llamaba a todos sin importar que se hubieran ido a descansar cinco minutos atrás.

Ante esta realidad, la pregunta es solo una: ¿qué podemos hacer ante el dolor ajeno, en un trabajo donde es lo que más te transmiten tus pacientes?, y la respuesta, según mi experiencia, es que debemos mantener estable nuestro metro cuadrado, y esto no significa aislarnos de las personas, sino más bien ubicarlas en el espacio donde les corresponde y ser condescendientes con ellas, sin permitir que me afecte directamente, y desde allí poder ofrecer la ayuda que las personas necesitan. No se entra a las arenas movedizas a sacar a alguien que se está hundiendo, sino que se busca la manera de sacarlo desde afuera para no ser arrastrado con él hasta el fondo.

Usualmente atiendo muchos casos de personas con crisis de ansiedad, trastornos depresivos, y que además presentan síntomas físicos, como colitis, gastritis, insomnio,

contracturas, y todas ellas por estrés, que muchas veces no es de ellas mismas, sino que son por los problemas de un hijo, de los nietos, de los padres o del cónyuge que los hacen tan personales, y es como si ellos mismos los estuvieran viviendo, y sufre hasta más que la persona que tiene el problema, en otras palabras se sumergen en el fondo para sacar a quien se ahoga, sin darse cuenta que ellos se ahogarán primero. Ya tenemos bastante con nuestras situaciones como para cargar las de los demás, que al fin de cuentas no nos corresponde.



Desahogos autodestructivos

Los dos meses y medio en el bloque de pediatría transcurrieron rápido y comenzó una de las experiencias más difíciles en este año de formación; el bloque de cirugía en uno de los hospitales más concurridos de país, en donde pasaría además el resto del año en los otros bloques, el Hospital San Juan de Dios. Este Hospital es el más antiguo del país y recibe una enorme porción de la población del área metropolitana. Su servicio de emergencias atiende cientos de personas diariamente, su consulta externa está tan llena que sus citas son a meses plazo, y por supuesto, sus salones de internamiento en todos los servicios pasan llenos al punto que al dar la salida de un paciente hay cientos en la lista para ocupar esa cama.

La jornada de trabajo era aún más extenuante: de cinco de la mañana a cinco de la tarde como mínimo, de allí en adelante, y sábados y domingos, veníamos a pasar visita al salón en las mañanas, a menos que estuviéramos de guardia en emergencias y esto era cada cuatro días, por lo que llegué a pasar hasta treinta y seis horas en el hospital. Como lo mencioné al inicio del libro, el trabajo llega a ser agotador, sin embargo, el cansancio no es el mayor de los problemas.

Los médicos, como lo he mencionado, somos entrenados en forma tácita para bloquear nuestros sentimientos, durante nuestra formación aprendemos de otros que durante su carrera y ejercicio de la profesión, construyeron una enorme coraza para no permitirse expresar sus emociones a los pacientes, esta barrera la construimos los médicos desde adentro y los pacientes desde afuera. Un gran

porcentaje de pacientes esperan encontrar un médico que sea omnipotente, que le sane de sus males de la forma inmediata, que tenga todas las respuestas y que no diga nunca, “no puedo o no sé”, porque en ese caso sería mal médico, y desgraciadamente hay muchos médicos que se creen ese papel y lo juegan de una manera inadecuada, tanto para ellos como para los pacientes.

Es insano para los pacientes porque los coloca a una distancia tremendamente larga, permitiéndoles a estos tomar decisiones sin que medie una explicación, un porqué, sin ningún cuestionamiento y comentario, solo una actitud sumisa ante un diagnóstico apenas comprensible y la terapia a seguir; en pocas palabras, el paciente vuelve a ser aquel objeto del laboratorio de anatomía; sin embargo, esta es una actitud que también daña al médico, porque así como no me permito expresar mis sentimientos ante el paciente no lo hago ante nadie, en este sentido, sigo teniendo el poder de decidir, y comienza el médico a bloquear todos sus sentimientos en forma inconsciente con el afán de hacer su trabajo; sin embargo, este bloqueo solo le permite posponer temporalmente lo inevitable.... sentir... y por eso llegan las conductas autodestructivas que son un falso desahogo al problema.

Durante mi tiempo en cirugía, estuve en tres de los servicios más desgastantes, cirugía uno, oncología y las guardias en emergencias, y en todos viví situaciones alegres cuando la recuperación era satisfactoria, pero también momentos de mucho dolor al perder pacientes en todos ellos; en cirugía uno tuvimos dos pacientes durante más de un mes donde había días en los que mejoraban y otros en los que estaban peor; fue muy duro llegar un lunes a pasar visita y ver que ambas habían muerto por complicaciones propias de su enfermedad el mismo día. Me lastimó ver gente nueva en esas dos camas, donde durante

todo ese tiempo se luchó por sanar a estas pacientes. Todas estas emociones encontradas tardaron en mi mente y probablemente en la de mis compañeros solo segundos, ya que teníamos veinte pacientes a los cuales revisar, antes de prepararnos para ir a sala de operaciones, eso sin mencionar la gran presión que ejercían nuestros jefes directos para tener concluido todo el trabajo; cuando tienes este estilo de vida se te entrena tácitamente a que tus necesidades básicas pasan a un segundo plano, incluyendo lo que es dormir, comer e incluso ir al sanitario, todo puede quedar para después. Si esto tan necesario se ve limitado, cuánto más aún los sentimientos del médico.

Después de estar en el servicio de cirugía uno, pasé a oncología, tenía a mi cargo unos veinte pacientes con diferentes tipos de cáncer y mi trabajo era tenerlos listos para el momento en que el cirujano oncólogo a cargo decidiera operar. Aquí sí perdí a un gran número de pacientes, a los que día con día visitaba y saludaba, hasta platicaba algunos momentos con ellos, yo veía cómo su vida se iba apagando en sus camas y era difícil enfrentarse a ellos en las mañanas, lo era aún más enfrentar las preguntas de los familiares que esperan una respuesta positiva o por lo menos consoladora de nuestra parte; lo que sucede es que no siempre la había, eran más los pésames y condolencias, y cuando había buenas noticias de la cirugía, estaban siempre acompañadas de la referencia para que iniciara quimioterapia o radioterapia durante varios meses.

En cuanto a las guardias, este Hospital siempre se ha caracterizado por tener uno de los servicios de emergencias más congestionado del país, por dos razones: la primera por su infraestructura, que no permite un adecuado crecimiento de acuerdo a la demanda, y la segunda, por un número creciente en forma constante de asegurados que llegan a utilizar el servicio. Muchas veces viví la experiencia

de ver cómo declaraban el colapso del servicio, para solicitar a las ambulancias que se desviarán a otros hospitales, y se tardaba horas logrando controlar la situación. Era muy desgastante.

La mezcla de estas dos situaciones, tanto el hábito de bloquear mis sentimientos y el exceso de trabajo, llevan al médico a utilizar desahogos autodestructivos: las estadísticas en este país revelan que el hombre promedio tiene una expectativa de vida de sesenta y cinco a setenta y cinco años, pero que el médico promedio tiene una expectativa de vida de 10 años menos, y esto se justifica por el estilo de vida que llevamos y que nos roba años rápidamente.

La primera conducta autodestructiva son las adicciones a drogas. Las dos más populares entre nosotros son el tabaco y el alcohol; el cigarrillo se ha convertido en un receso momentáneo, la excusa perfecta para detenerse y reducir el estrés del momento, la gran mayoría de nosotros fuma o ha fumado en especial en las guardias cuando el servicio estuvo muy lleno y ya no se desea ver a nadie más, justo en ese momento un cigarro se convierte en el mejor desahogo durante la noche o madrugada.

A diferencia del cigarrillo, el alcohol no es para hacer un alto, sino para esconderse, es la forma de olvidar los problemas y el dolor, aunque sea en forma temporal, y expresar nuestras emociones más secretas; el alcoholismo está presente en un gran número de médicos, lo que sucede es que nuestra situación socioeconómica nos permite disimular, y en lugar de vernos tomar cerveza en una cantina, compramos las botellas de whisky, vodka, ron o cualquier otro licor que nos apetezca y lo tomamos en casa o en la de algún colega, o quizá en alguna actividad social, o algún congreso, donde jamás se pensará que ese doctor de saco y corbata es alcohólico, sino que se pasó un poco de copas.

Un año después de haber terminado el internado, en una celebración familiar, cuando ya todos se habían ido, un amigo escuchó por largo rato mi lamento por las personas que había perdido un año atrás, recordaba por sus nombres a todos los que murieron en los servicios en los que había trabajado, todo este derroche de expresividad de mi parte, aunque sea difícil de reconocer, fue detrás de media botella de tequila, gracias a Dios tiempo después pude sanar de una mejor manera las heridas de estas pérdidas.

El otro gran vicio es la promiscuidad. En un hospital las relaciones insanas son pan de cada día, y se convierte para el médico, en incluso para el resto del personal que vive en el estrés cotidiano, en una forma de bloquear sus presiones y utilizar a otra persona como objeto de placer. En otras palabras, volvemos a tratar a los demás como objetos; y en este ambiente es muy fácil vivir este tipo de situaciones ya que la sociedad le ha dado al médico un estatus y la parte económica es tentadora para personas que quieran también sacar un provecho; por esta falta de canalización de conflictos es que el médico tiene un alto número de divorcios, la mayoría casado en primera, segunda, tercera o más nupcias.

El tipo de relación laboral que se da en los hospitales facilita estas situaciones, ya que son largas jornadas con trato muy cercano, incluso el lugar de trabajo facilita tener relaciones sexuales dentro del hospital; en los pocos ratos de descanso, en la madrugada muchas veces, nos toca dormir una o dos horas en la misma cama con algún compañero o compañera por falta de espacio; las duchas es para todos, así que situaciones de estas son y seguirán siendo frecuentes aunque haya muchos que se escandalicen de esto.

De estos tres grandes vicios pueden derivar otros que aunque menos frecuentes se dan, como el consumo de

otras drogas, la ludopatía o la adicción a la pornografía. Hay muy pocos que han logrado salir adelante y manejar sus vidas lejos de estos vicios; sin embargo, el que los ha logrado superar, probablemente caminó algún tiempo en ellos.

El único médico obligado a llevar algún tipo de terapia son los psiquiatras y esto por el alto desgaste mental que ellos tienen. Son a los únicos que el sistema los somete a resolver sus conflictos emocionales, sin embargo, creo que esto debería extenderse en algún momento al resto del gremio; algunos colegas que lean esto se preguntarán de seguro el porqué, y probablemente pensarán que exagero; pero esta es la prueba de que en realidad lo necesitamos y que por nuestra “omnipotencia” no lo aceptamos pues “yo puedo manejar mis sentimientos” y “no necesito de nadie que me haga sentir impotente”. Ojalá este pensamiento llegue a cambiar para beneficio de mis colegas, sus familias y por supuesto sus pacientes.

Cuando caes del Olimpo

Esa actitud endiosada que tiene el médico lo hace muy vulnerable al fracaso, y en cuanto más grande su ego, más dura es la caída. Pasado el bloque de cirugía, inicio mi pasantía por ginecología y obstetricia; debía atender un mínimo de veinticinco partos en dos meses, y éramos bastantes en el bloque, así que había que estar muy atentos para poder realizarlos. Además estaba todo el trabajo con las pacientes hospitalizadas por diferentes motivos.

Recuerdo un día antes de las siete de la mañana: estábamos a punto de pasar visita y las pacientes venían saliendo del baño, cuando de pronto una señora a la cual se le había realizado una histerectomía (se le había quitado el útero), hacía ya dos días, cayó al suelo en el pasillo. Ese día se le planeaba dar de alta y estaba tendida en el suelo con un paro cardiorrespiratorio, la acostamos en la cama de ella y se comenzó a hacerle maniobras de resucitación; recuerdo que yo la estaba ventilando con un ambú, y una colega le hacía compresiones en el pecho, mientras los jefes estaban al lado definiendo los pasos a seguir, cuando unos minutos después, durante las maniobras, la colega que estaba al lado comenzó a llorar, la frustración y el dolor la embargaron, pero como lo expresé antes, no se nos permite sentir mientras trabajamos, así que la primera reacción de mis jefes fue de molestia y la sacaron del salón, yo tomé su lugar dando el masaje cardiaco el tiempo que fue necesario, hasta que el jefe nos indicó detenernos y fue declarada muerta en ese momento; el ambiente estaba muy pesado ya que las compañeras de cuarto de la paciente (las cuales se habían sacado del salón) estaban viendo todo por

los ventanales, llorando en forma inconsolable, el celular de la paciente no dejaba de sonar pues todas las mañanas recibía la llamada de sus hijos. Por más que intentamos no pudimos hacer nada.

Es duro saber que la vida de una mujer de casi cincuenta años con una familia que la espera en casa, falleciera en forma inesperada. Según nos dijo el patólogo, presentaba múltiples infartos en los pulmones. Una hora después el ambiente en el lugar era denso, las pacientes estaban en los pasillos, el cuerpo de la paciente estaba cubierto con una sábana en la cama donde murió esperando el papeleo necesario para el traslado a la morgue; yo estaba saliendo del puesto de enfermería rumbo a la salida cuando un joven de unos veinticinco años entró desesperado con dos mujeres que lo seguían, me topó de frente y se presentó como el hijo de la paciente que acababa de morir y quería saber qué había pasado con su madre: me correspondió a mí darle la mala noticia: fue muy difícil ver cómo palidecía su rostro y me abrazó llorando por su mamá, las dos mujeres que venían con él se abrazaron entre ellas llorando, las pacientes compañeras de cuarto que estaban viendo la escena, volvieron a desatar el llanto que recién habían parado, yo, por mi parte, contemplaba la escena, tratando de dar consuelo sin dejarme llevar por el dolor que había en ese momento, sentía un nudo en la garganta que me ahogaba; sin embargo, sabía que no podía llorar con él, así que le traje agua y lo llevé para que la viera; recuerdo haber destapado la sábana y ver cómo este muchacho se lanzó sobre ella llorando a más no poder, lo sé porque yo me mantuve allí de pie a su lado con la mano en su espalda hasta que se levantó y la volví a tapar, salí de allí y me fui a un área despejada del hospital, allí me fumé unos dos cigarrillos mientras trataba de digerir lo que había vivido antes de volver a trabajar.

Algunas de las decisiones que debemos tomar son muchas veces superiores a nosotros y algunas de ellas cuestionan nuestros propios valores y formación humana, por ejemplo, el hecho de estar dando resucitación cardiopulmonar a un paciente en paro, y tomar la decisión de suspenderlo, porque según nuestra experiencia ya no va a responder y lo declaramos muerto, siempre quedará la duda de qué habría pasado si se le hubiera dado masaje por diez minutos más, si habría respondido, o si se mantendría muerto... Nunca lo sabremos en realidad.

Este tema de las decisiones es de mucha trascendencia en nuestro actuar, involucra la vida de nuestros pacientes y la de sus familias. Hace algunos años, ya ejerciendo mi carrera, me llamaron para ver a una paciente en su casa, quien me llamó me comentó que la paciente era una mujer de mediana edad, entre los treinta y los cuarenta años, divorciada, que vivía con sus tres hijos y que sus padres se habían venido a vivir con ella, trabajaba y hacía unos seis meses había vuelto a estudiar; recuerdo que la encontré sentada en su cama, apoyada en el respaldar, tapada con una cobija, sollozando, en su cara se reflejaba la desesperación; me senté en una silla al lado de ella y me comenzó a contar su situación: “Hace casi cuatro semanas venía de noche de mis clases, cuando faltaban unos seiscientos metros para llegar a mi casa, me detuve en un alto y un hombre en moto se detuvo a mi lado, me apuntó con un arma y me ordenó que bajara... creí que iba a robar mi carro, pero en lugar de eso me obligó a caminar hacia un matorral... y allí me violó..., solo eso quería porque me dejó allí tirada, llorando por lo que había ocurrido..., después de poner la denuncia y realizarme exámenes hoy me di cuenta que estoy embarazada...”, El llanto ahogaba cada vez más sus palabras, se veía la frustración en su cara de la humillación que había sufrido,

estaba desesperada y en cuanto pudo me dijo: “Doctor... necesito su ayuda, quiero abortar, no deseo tener a este..., con solo pensar que está allí adentro siento a ese h... de p... sobre mí..., ayúdeme por favor, necesito deshacerme de este embarazo...”

Fue un momento de mucha controversia para mí, por mi mente pasaban mil pensamientos, mis valores morales me decían que no era correcto abortar, que no era algo para lo que me formé por tantos años, pensaba en que si lo hacía, iba a matar a una criatura inocente, pensaba en las implicaciones legales que esto me podría acarrear, todo esto era un enorme peso que inclinaba la balanza del lado del NO; sin embargo, pensé en el dolor que podría llevar esta mujer encima, en la clase de embarazo que llevaría, en la forma en la que truncarían todos sus proyectos, pensé: “¿Qué querría hacer yo si la paciente fuera mi esposa, una hija o una hermana?, ¿estaría pidiendo yo lo mismo para ella?, ¿sería yo capaz de criar un niño producto de la violación de mi esposa?”

Sin dar una respuesta concreta salí esa noche de esa casa, diciendo a la paciente que lo iba a pensar. Cuando conducía pasé por el lugar por donde la paciente me describió que ocurrieron los hechos, allí hice el alto y me detuve por unos segundos, un escalofrío recorrió mi espalda, y ahora mientras lo describo, veo el lugar en mi mente y me perturba. Me tomé una semana para pensar sobre el asunto, muchas veces me perdía en mi mente, divagaba sobre la decisión que debía tomar. A la semana me reuní con la paciente y le dije mi decisión, le ofrecí atención médica y psicológica sin costo para que pudiera llevar el embarazo a término y la promesa de encontrar una familia que adopte al niño al nacer, eso fue lo más que le pude ofrecer.

Sobre estos temas hay muchas opiniones encontradas, en cuanto a los derechos de la madre y los derechos de los

niños en su vientre, y mi intención no es generar polémica en torno a mi decisión, sino dar a conocer lo limitado que es nuestro entendimiento sobre el tema y lo arbitrarias que pueden ser nuestras decisiones, justo aquí es donde los pacientes creen en la “omnipotencia” del médico y le piden que asuma la responsabilidad de dar o quitar una vida, y yo me pregunto: “¿Quién soy yo para tomar esa decisión?”

Esa fue la primera vez que algo así me ocurría, sin embargo, no ha sido la última, la diferencia es que ahora no me lo cuestiono tanto, la decisión en torno a mi conducta está tomada y la solución que le ofrecí a esta paciente es la misma que les ofrezco a las que se me han acercado a pedirme lo mismo, solo que ahora sí tengo opciones de hogares sustitutos que recibirían a este bebé con los brazos abiertos, pero al final la decisión de aceptar o rechazar esta ayuda es de las pacientes y no mía, ya no será un peso que cargue sobre mi conciencia para el resto de mi vida.

Cada colega médico también tendrá su posición sobre el tema y tendrá definido qué conducta tomar; así que solo recomiendo a las personas que leen esto, que no pongan un peso tan grande sobre los hombros de los médicos, que aunque seamos profesionales en salud, no dejamos de ser limitados, con nuestros propios conflictos internos, los cuales nos pueden hacer que tengamos una percepción errada de la situación y las lleguemos a perjudicar en forma muy grave.

La vida del médico a nivel laboral es complicada, las situaciones que aquí les cuento y tantas otras que han vivido colegas pueden minar la moral de nosotros, pueden hacer cambios en nuestra escala de valores y además llegarán sin lugar a dudas a alterar nuestra vida personal si no hacemos algo para prevenirlo.

Con los años de estar ejerciendo, miro en retrospectiva lo que fue la carrera de medicina y, por ende, la de mis

colegas, aunque fueran de otras universidades, y termino por vislumbrar una gran carencia en la educación que se da en cuanto al manejo de nuestras emociones, no hay ningún tipo de terapia que nos enseñe el autocuidado, no como materia, sino como formación de vida, y por eso es que existen grandes genios de la medicina, que son maestros en su arte, doctos como pocos, pero con un desastre de vida personal que los lleva a la autodestrucción de su YO, son personas que se ven obligadas a refugiarse en el trabajo para no tener que enfrentarse a su vida personal, ya que allí no son nadie, y desgraciadamente esta situación termina afectando su trabajo, a los pacientes que atienden con el pasar del tiempo. Justo cuando se hace conciencia de esto es cuando ves tu caída desde el Olimpo y el aterrizaje sobre la roca dura de la realidad.

En casa de herrero
cuchillo de palo

Este dicho se usa popularmente como crítica a las personas que teniendo un oficio o una profesión, la ejerce fuera de casa pero descuidan sus cosas y sus familias; sin embargo, en nuestra profesión lo mejor que un médico puede hacer —y que sus familiares no entienden— es tratar de no atender a ninguno, por lo menos en situaciones graves; como decía hace muchos años uno de mis jefes: “Nunca sea el ginecólogo de su esposa, ni el pediatra de sus hijos, ni el internista de sus papás, ni opere a nadie de su familia”.

El mejor ejemplo del porqué no se debe hacer esto me ocurrió hace un par de años; una tía tan solo diez años mayor que yo había sido diagnosticada con cáncer de mama tres años atrás y ya había pasado por todo el proceso de cirugías, quimioterapia, radioterapia y al final este cáncer se extendió a hueso, pulmón y cerebro, por lo que la enviaron a la casa a que muriera con el menor dolor posible.

Un día que pasé a visitarla, ella se sentó conmigo y me dijo que ya no quería volver al hospital y me pidió que fuera yo quien le llevara todo su control en estos últimos meses. Traté de negarme alegando que iba a estar mejor con ellos y no recuerdo qué otras cosas inventé en ese momento, pero al final tuve que acceder a su petición, por lo que comencé a hacerle visitas frecuentes.

Cada vez que llegaba a valorarla, era evidente su deterioro, un pulmón se colapsaba cada vez más, su tos era cada vez mayor, la tristeza me embargaba cada vez más, ya que a ella le tenía que poner cara de tranquilidad y esperanza, y yo por dentro me moría de pena. El dolor de ver cómo su vida se

iba apagando en mis manos y que ya nadie podía hacer nada eran cada vez mayores. Yo salía de su casa y los primeros cinco kilómetros lloraba todo el camino, muchas veces me tenía de detener a la orilla de la carretera ya que las lágrimas no me dejaban ver, la ira que sentía por la impotencia era demasiado para soportarlo. Recuerdo haber vuelto a fumar en ese tiempo.

Un día, alrededor de las cinco de la tarde, me llamó el esposo porque se había complicado su salud; cuando llegué a verla estaba claudicando, cuatro horas después, murió en el sillón de su casa, y así como ella me lo pidió, concluí mi compromiso haciendo su acta de defunción; esa fue la experiencia más dura que he tenido, y todavía, aunque han pasado varios años de eso, todavía me causa dolor recordar la experiencia.

La tristeza y la pena son sentimientos muy difíciles de controlar, en especial cuando los pacientes que los inspiran son familiares; ellos no comprenden la enorme responsabilidad que depositan sobre nuestros hombros cuando nos piden que los atendamos. Hace tan solo unas semanas, un primo sufrió un accidente en su bicicleta cerca de mi casa, me llamaron y llegué a los pocos minutos, estaba semiinconsciente, con sangre y golpes por todo lado, cuando llegué me hice cargo de la escena hasta que fue trasladado; gracias a Dios ninguna herida le comprometía la vida, pero mientras llegaba la ambulancia yo estaba a cargo y sé que todos esperaban que lo salvara; si hubiera fallecido en ese momento, tal vez cada vez que me vieran, pensarían en mí como el médico que no pudo salvar a su hijo, y yo cargaría con ese peso sobre mis hombros el resto de mi vida, así como lo que pasó con mi tía.

Cuando el médico o, incluso, cualquier persona trabaja por mucho tiempo en un mismo lugar adquiere un gran dominio sobre su trabajo y sobre su entorno; al punto

que puede sentirse como en su casa, como amo y señor de todo ese espacio, y esta actitud puede llegar a ser perjudicial para nuestros pacientes.

Muchísimos pacientes se quejan de la mala actitud con la que son atendidos por parte del médico, en especial en el sistema del Seguro Social; sin embargo, en lo privado también se da aunque en menor medida; la mayoría de las quejas son: “el doctor ni siquiera me volvió a ver”, “ni me revisó y me mandó las mismas pastillas de siempre”, “el doctor me regañó muy feo”, “me dijo que no tenía nada, pero lo raro es que a mí me sigue doliendo”, y tantas otras expresiones que se oyen, experiencias que los pacientes cuentan muchas veces con ira, otras con frustración, y en otras con un sentimiento de humillación que los embarga.

El problema es que, en ocasiones, en nuestra “casa-trabajo”, usamos cuchillo de palo, y no damos la dedicación que el paciente necesita, a veces estamos tan seguros de los diagnósticos que con solo que el paciente articuló las primeras palabras comenzamos a llenarle la receta para que se vaya rápido, sin dar oportunidad a conocer un poco más el caso; aquí es donde se cometen más errores y donde mucha gente puede salir dañada; la atención médica debe de ir acompañada de un don de escucha y, aunque llamemos pacientes a las personas que atendemos, los primeros “pacientes” debemos ser nosotros los médicos, pacientes a atender, pacientes al escuchar, pacientes a ejercer nuestra profesión.

Hay dos situaciones nefastas que han invadido el ejercicio de la medicina y que para desgracia del gremio han llegado a lo profundo del corazón de algunos colegas y se refleja en su actuar al dar la consulta:

La primera es la burocracia: Esta politiza el ejercicio de la profesión al punto que la entorpece, es como caminar con una piedra atada al cuello, el afán de los controles, los censos, las estadísticas y el papeleo excesivo, limitan el

tiempo efectivo de consulta, el tiempo de escucha a los pacientes puede verse reducido en casi un sesenta por ciento solo por el hecho de llenar documentos, y como existe la posible sanción si este engorroso sistema no se cumple, el médico prefiere sacrificar tiempo con el paciente, y desgraciadamente con el tiempo de hacerlo así, llega a mecanizar su consulta.

El segundo gran problema que llega al gremio es el capitalismo: Si bien es cierto que a los médicos no nos regalan las cosas, incluso hay lugares que al saber que somos médicos tienden a inflar un poco la cuenta; pero eso no justifica que en caso necesario no podamos brindar un servicio a alguien que lo necesite; aclaro que esto no significa que se regalen las consultas, ya que mucho costó llegar allí, pero en el ejercicio de la profesión muchas veces somos invitados a dar servicio a gente en necesidad –personas que en realidad no pueden llegar a un servicio médico privado y que tampoco tienen un seguro–, o dejamos de apoyar simplemente porque no nos remuneran el servicio; olvidamos que ser médicos no es solo un trabajo, es un don y somos pocos los que llegamos a tenerlo y como tal muchas veces nos tocará darlo aunque no se nos remunere. Respeto el criterio y el tiempo de cada colega, sé que todos llevamos una vida muy complicada, pero no olvidemos que este don no funciona como máquina tragamonedas, que solo cuando le deposito funciona y si no lo brindamos lo perdemos.



La ternura de recibir vida

Como lo he mencionado antes, las gratificaciones que se viven en esta profesión son muchas y mi tiempo en obstetricia me llenó de muchas. Había un número mínimo de partos que realizar en este bloque y a pesar de que éramos muchos médicos internos pude hacer más de los que me solicitaron. Siempre recordaré la experiencia de atender cada uno de ellos como algo indeleble en mi corazón.

El atender un parto es una mezcla enorme de sentimientos, que al igual que los otros se ven reprimidos por el exceso de trabajo, sin embargo, las sensaciones están presentes en cada uno de ellos:

Cada parto que atendía, daba gracias a Dios de ser hombre y de no tener que pasar por ese camino... La expectativa que se genera en torno al parto es enorme, la tensión de las futuras madres en el proceso de ver cómo va dilatando su útero centímetro a centímetro, cuando llegan a sala de labor que es la antesala de la sala de partos, deben de tener por lo menos cuatro centímetros de dilatación, y deberán esperar hasta que lleguen a los diez centímetros para que nazca el bebé, la frecuencia de las contracciones va en aumento y las quejas de dolor de las madres se comienzan a oír en el salón. Hay que estar revisando periódicamente y conforme se van acercando, se está más pendiente, se palpan la cantidad de contracciones y si la dinámica del útero es buena, se da la voz para prepararse, cuando se llega a los nueve centímetros se puede tratar de romper las membranas que envuelven al bebé, ya para este momento la adrenalina te recorre en vista de que el parto está a punto de

darse; una vez que se llega a la dilatación necesaria se oye en el salón las voz de “parto” y el médico o enfermero obstetra a cargo del paciente, se viste en segundos, mientras los asistentes montan a la paciente en la camilla para llevarla a sala de partos. Eso tiene que transcurrir en menos de tres minutos o si no el bebé podría nacer en el pasillo.

Una vez ubicada, se le pide a la madre que comience a pujar, la tensión aumenta pues las posibilidades de complicación son muchas, desde que el bebé traiga el cordón umbilical enrollado al cuello, o que se quede pegado al momento de salir, todo tiene que llevarse segundo a segundo conforme se da el parto; se oye a la madre pujar con fuerza, y de vez en cuando al acompañante (usualmente el padre) dándole apoyo en forma escueta: muchas veces están más asustados que la misma paciente y termina uno atendiéndoles porque se desmayaron durante el parto.

Al sostener la cabeza cuando sale, solo se deja a la naturaleza seguir su curso y uno se convierte en guía, el bebé rota lo necesario para acomodar su cabeza, luego sus hombros y por último sus caderas, con lo cual puede salir por el estrecho canal de diez centímetros de diámetro, cubierto de líquido y sumamente resbaladizo, en segundos hay que limpiar su nariz y boca del líquido para que pueda respirar y en cuanto se oye el primer llanto, la sonrisa se dibuja en el rostro de todos, y la ternura de tener a un nuevo ser y el poder colocarlo en el pecho de su madre produce una profunda paz y satisfacción que las palabras no pueden describir.

Muchas veces son tantos los partos y el trabajo que se realiza que se puede perder o minimizar el sentimiento de ternura tan grande que hay al recibir una vida, y lo más difícil es que en ningún taller de capacitación y de educación médica continua, se trata este punto y da pena ver

cómo se mecaniza este sentir tan hermoso que se vive en la profesión.

Llevar a buen término un embarazo es un mundo lleno de sorpresas que solo el momento dictará nuestro actuar, lo que hacemos se aprende, pero no lo que sentimos. Como mencioné antes, el mecanismo de salida de un bebé está tan perfectamente diseñado que el feto podría salir solo en la mayoría de los casos, pero hay que estar siempre listo para cualquier complicación; ahora bien, hay otros elementos que rodean este proceso, dentro de ellos están las mamás y los papás.

Hace muchos años, una compañera obstetra nos contó que mientras estaba recibiendo un bebé, la madre pujaba y el padre estaba detrás de ella tomando su mano y tratando de mirar cuando naciera el bebé. Cuenta mi compañera que al sacarlo vio que el bebé tenía el labio leporino: esta malformación se da por un cierre incompleto de ambas mitades del labio superior, sin embargo, en nuestra época, este problema se puede corregir fácilmente con cirugía plástica.

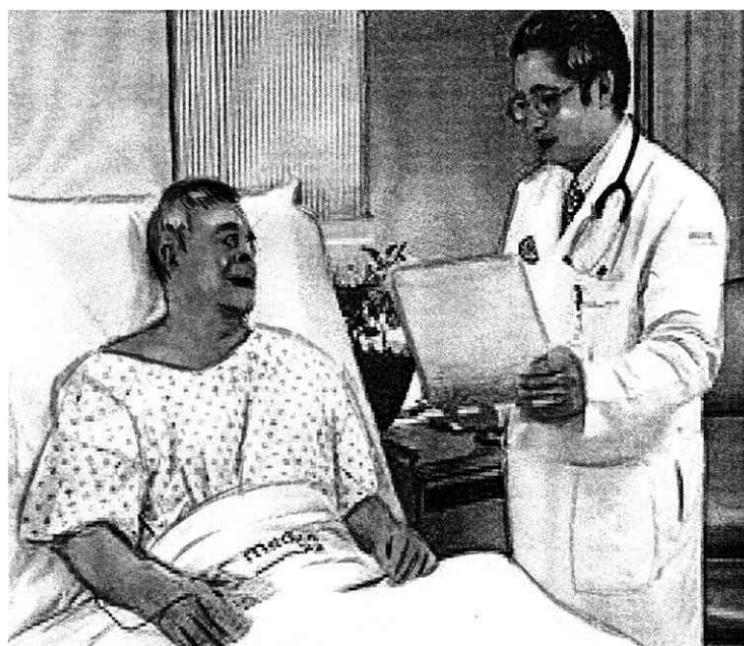
La obstetra siguió con el protocolo normal, corto el cordón umbilical, limpió al bebé y al levantarlo para ponerlo sobre su madre, tanto el padre como ella tuvieron una reacción de desprecio para el bebé, con frases como: “qué niño más horrible”, “uy, qué feo se ve”, “la foto de este bebé que tengo en la billetera sí es bonito, no como ese”; mi compañera nos contó que se le querían salir las lágrimas, no solo del dolor de oír el desprecio hacia este bebé, sino también de la ira tan fuerte que sentía hacia estos pseudopadres; lo último que supe, por boca de mi compañera, fue que intentaron dejar al bebé abandonado en el hospital. Traer un bebé al mundo es como tomar una rosa y apretarla fuertemente, la ternura es indescriptible, pero a la vez corres el riesgo de clavarte alguna espina.

Recuerdo que ante cada parto, lo primero que esperaba era escuchar el llanto del bebé, eran unos segundos en los que incluso contenía la respiración, y ante el glorioso llanto, una gran sonrisa acompañaba mi exhalación. Pero había un tipo de parto que nadie quería realizar y eran los partos de los óbitos.

El embarazo normal dura un promedio de cuarenta semanas, si por algún motivo el feto fallece antes de la vigésima semana se le llama aborto, pero cuando el feto fallece en el vientre de la madre después de la semana veinte hasta antes de nacer, a esto se le llama óbito fetal; en esta etapa el feto está mucho más grande y completamente formado, la madre ya lo sentía moverse e incluso ya conocían el sexo del bebé, y probablemente un día solo dejaron de sentir que se movía y al consultar a su médico este les dio la trágica noticia de que su hijo había muerto.

Cuando esto ocurre, la madre es internada de inmediato, y se le comienza la inducción del parto, esto quiere decir que lo tendrá de manera natural, esta es la forma “menos complicada” a nivel físico para que expulse al feto, la madre sentirá dolores en cada contracción e incluso tendrá que pujar para expulsarlo, es un momento muy doloroso, aquí no habrá llanto, no habrá sonrisas, no habrá a quién estimular, solo se convertirá en una sala silenciosa, solo acompañada por el llanto y los quejidos de una madre que acaba de parir a su hijo muerto.

Esto cala muy fuerte en el núcleo familiar, y lo sé porque mi hermana menor, Diana, murió en el vientre de mi madre a las veintitrés semanas de embarazo, ella tuvo que pasar por este proceso, yo tenía quince años en ese momento, y siendo el hijo mayor recuerdo el dolor de mis padres y mis hermanas, es algo difícil de superar.



Del conocimiento al orgullo

Me encontraba en el último bloque del internado, era mediados de octubre y me quedaba el resto del año en el servicio de Medicina Interna, servicio en el cual el porqué, era la principal pregunta. Todo tiene una razón de ser y si no se conoce, hay que buscarla, se cuestiona todo, se discute todo, el conocimiento de las causas y efectos es la base para la resolución de problemas; la cantidad de cosas que aprender era enorme, los casos eran tan variados como la cantidad de pacientes que había en sus salones.

El conocimiento es una herramienta poderosa en las manos de cualquier persona, en nuestro caso en particular, pone en nuestras manos el don de sanar a nuestros pacientes y un error les puede ocasionar la muerte, dependiendo de lo que hagamos; si bien es cierto, nadie puede ir en contra de los designios divinos, el hecho de sanar una persona, no solo puede generar satisfacción, sino que con el tiempo puede hacer que crezca un sentimiento de orgullo y egocentrismo.

La línea entre satisfacción y orgullo puede ser muy delgada y estamos expuestos a cruzarlas una y otra vez en el trabajo que diariamente realizamos; conforme adquirimos experiencia y conocimiento, la agudeza en los diagnósticos es mayor y la adulación y las miles de bendiciones que vienen de parte de nuestros pacientes y sus familiares motivados por un profundo agradecimiento llenan nuestros oídos y nuestro ego.

Con el tiempo y los muchos casos resueltos, si no se hace conciencia de la situación podemos perder la

perspectiva de por qué somos médicos, y comenzamos a buscar esas gratificaciones que la profesión tiene, justo en este momento es cuando subimos al pedestal en que muchos pacientes nos han colocado y nos volvemos inaccesibles para el resto del mundo.

Toda adulación mal manejada llega a fomentar en quien la recibe una actitud arrogante ante su entorno, los aires de superioridad llenan su mente y un sentimiento de omnipotencia comienza a marcar su forma de actuar; por los pasillos del hospital se observan las cientos de gabachas blancas, que cubren al médico, y se observa en su actuar, en su forma de hablar al dirigirse a sus pacientes si en realidad el lleva la gabacha o la gabacha lo lleva a él.

Cuando nuestro orgullo se alimenta en forma desmedida, comenzamos por tratar mal a nuestros subalternos. Bien recuerdo en ocasiones en las que pasando visita a los pacientes, alguno de los jefes comenzaba a preguntar a los que allí estábamos —más que por educar, lo hacía para hacer alarde de su experiencia—, preguntas complicadas de responder, y aunque alguien respondiera, seguía preguntando hasta que nadie le pudiera contestar. Justo cuando nos tenía en ese punto era cuando desataba sobre los que allí estábamos sus aires de grandeza, no solo alardeando de la respuesta, sino que humillándonos, al gritarnos delante de los pacientes que éramos unos ignorantes, estúpidos, que deberíamos mejor ir a cuidar carros a la calle en lugar de estar allí. Recuerdo haber visto compañeras salir llorando de algún salón, compañeros que estuvieron a punto de explotar y levantar la mano a quien les estaba humillando. Yo estuve a punto de hacerlo, lo cual hubiera acarreado una enorme sanción de no haber sido por una compañera que al verme me tomó del brazo y me sacó del salón con la excusa de ir a dejar unos resultados de exámenes, estuve a punto de sobrepasar mi límite.

Esta actitud se da entre lo que llamaríamos “nuestros iguales”, ya que por ser colegas no se llega a actos mayores; sin embargo, existen muchas más personas de diferentes ramas profesionales que laboran a nuestro lado. En lo que concierne a farmacéuticos y microbiólogos tienen su espacio propio dentro del hospital, y es muy poco frecuente el contacto cercano que se da con ellos, por eso, con la mayoría de estos profesionales existe una relación cordial, lo mismo sucede con el personal administrativo, prácticamente son servicios muy poco frecuentados por nosotros. La mayoría de los conflictos, cuando el orgullo se sube a la cabeza, se da con el personal de enfermería o con los técnicos, ya que por su tipo de profesión los enfermeros son asistenciales y con una enorme vocación de servicio, pero dependen de las indicaciones y decisiones médicas para ejecutar sus funciones. Por su lado, los técnicos tienen gran destreza en sus áreas, pero todo su accionar depende de lo que nosotros queramos o no; de ahí que muchas veces se perciba un resentimiento en el ambiente cuando se da una disposición, por cuanto el problema no es la solicitud, sino la forma en cómo se solicita.

Hay muchos colegas muy amables y que todavía recuerdan las “palabras mágicas” que nos enseñaban de niños: “por favor”, “gracias”, “con mucho gusto”, y tantas otras que denotan un mínimo de cultura en la interacción con los demás; sin embargo, tengo que reconocer a mi pesar que las indicaciones se solicitan regularmente en tono dictatorial, y muchas veces el personal de enfermería prefiere esperar que pase la visita para leer en el expediente las indicaciones que se le dan a cada paciente. En cuanto a los otros profesionales como psicólogos, nutricionistas, terapeutas de diferentes ramas, la mayoría de sus consultas son pacientes referidos de nosotros a través de una interconsulta en el ámbito del Seguro Social y parcialmente en la

parte privada, y se les envían a compensar alguna otra situación, pero el paciente sigue estando a nuestro cargo.

Una amiga me preguntó una vez que si entre nosotros había jerarquías en cuanto al trato de los pacientes, entre servicios diferentes, por ejemplo, cardiología y neurocirugía, ¿cuál de estos tiene más “poder” sobre el otro? Yo le explicaba que no es lo mismo la actitud con la que se trata a un subalterno en un servicio que a un colega de otro servicio, ningún médico se mete con los pacientes de otro (o por lo menos ocurre en un noventa por ciento de los casos), por un asunto de ética profesional, por lo que yo no podría entrar a un salón y cambiar las indicaciones del médico tratante, cada uno es amo y señor de su servicio y de las decisiones que allí se tomen, y así lo sabe el resto del personal no médico que allí labora.

Oí hace muchos años una frase que decía: “el orgullo no es grandeza, sino que es hinchazón... y cuidense de esos orgullosos, no vayan a explotar al lado tuyo”. El mayormente perjudicado cuando el ego sobrepasa la gabacha es el paciente; aquí es donde entendemos mejor comentarios que están al principio del libro, donde el paciente es similar al objeto de estudio, pero él también es quien necesita de mí, quien clama a mí, por una solución de su problema cual plegaria hecha a lo alto, esperando que por nuestra sapiencia y experiencia le devolvamos la salud a él, a sus familiares o amigos; sin embargo, encontramos muchos casos en los que después de una cita médica les preguntas a los pacientes: “¿qué les dijo el doctor que tenía?”, a lo que una gran mayoría responden: “no sé, pero aquí me mandó este montón de pastillas...”.

Una gran mayoría de nuestros pacientes depositan una fe ciega en nosotros, y no cuestionan nunca nuestras decisiones, ni siquiera preguntan el porqué de lo que hacemos con ellos, y menos aún, se atreven a pedir una explicación,

clara y sencilla, acorde con su capacidad de comprensión. Al pasar de los años, he atendido pacientes que tienen más de veinte años de ser hipertensos o diabéticos y no saben qué es esta enfermedad, solo saben que la padecen y que probablemente es por herencia familiar, fuera de esto no saben nada; desgraciadamente, olvidamos que un paciente que entiende su enfermedad se convierte en parte de la solución y todo lo que ignore acrecentará el problema, aun en perjuicio de su propia vida.

En los últimos años, un pequeño número de pacientes han dejado de idealizar al médico, y lo han derribado de su pedestal; algunos en buena hora, cansados de malos tratos e indiferencias, haciendo valer sus derechos como usuarios de un servicio, exigen calidad en la atención y otros, solo con el afán de obtener un beneficio económico a través de demandas y obtener todo lo que puedan. Soy consciente de que los abusos de poder existen en el gremio y me apena saber que personas sencillas se han visto perjudicadas, que por su condición solo bajan la cabeza y esperan con resignación que funcione el tratamiento prescrito, o en el peor de los casos entraron a consulta y el médico les dijo que no tenían nada, y el paciente sale tratando de entender cómo es posible que algo les duela tanto y que no sea nada, que sea quizá producto de su imaginación, pero es tan real lo que sienten y no pueden entenderlo. Hay una enorme diferencia entre decirle a un paciente, “usted no tiene nada”, a decirle “no sé qué es lo que usted tiene”, hay kilómetros de orgullo entre una respuesta y otra, y a pesar de que nuestros pacientes necesitan una respuesta, deben tratar de comprender que somos humanos y que no lo sabemos todo; es justo cuando estas cosas suceden que se pasa del conocimiento al orgullo.

Cuando confundimos
cansancio con pereza

El tiempo en medicina interna transcurría rápidamente. El día se repartía entre la visita en los salones, coordinar exámenes e ir a las clases de repaso que impartían nuestros jefes en el mismo hospital a todos nosotros; había que correr bastante, además de las guardias cada cuatro días en emergencias médicas que no podían faltar, aquí el trabajo era muy compartido con los médicos residentes e incluso con los médicos especialistas, así que se sentía menos el abuso en la sobrecarga de trabajo.

Recuerdo muchos de los casos que tuvimos en los diferentes servicios, uno de estos servicios era el de neumología, allí siempre encontrábamos adultos mayores, la mayoría de setenta años en adelante, que se mantenían vivos por medio de un respirador artificial. La visita se convertía en algo difícil. No se podía hacer más por ellos, solo esperar al momento en que murieran. Su estancia en el hospital era solo para darles calidad de vida.

Nunca voy a olvidar a una paciente que ingresó al servicio de cardiología por un infarto, una señora muy dulce de noventa y seis años de edad, la primer mañana que la visité estuve platicando con ella, le pregunté si tenía alguna molestia o si le dolía algo, a lo que ella contestó siempre: “no, doctor... no me duele nada, solo que me siento muy cansada...”, y cada mañana era lo mismo, estaba sin ningún dolor, sin molestia alguna, solo que cada día su cansancio era mayor, era como ver una vela que se iba extinguendo poco a poco en mis manos y no había nada que yo pudiera hacer, veía en esa dulce carita blanca y redondita, marcada por los años con pliegues y arrugas, semicubiertas

por su pelo cano, la paz de haber cumplido con su deber en este mundo y ahora se disponía solo a partir. Me mantuve atento, para evitar cualquier dolencia por la semana que estuvo con nosotros. Un martes en la mañana, al entrar al salón, dirigí mi mirada a su cama y la vi entubada con un respirador artificial, la noche anterior había hecho un nuevo infarto, me dio mucho pesar verla así; en lo personal habría preferido que muriera, pero tuve que verla en ese estado tres días más, hasta que una tarde su corazón se detuvo y su cara terminó de palidecer. Hay pacientes que por su condición no deseas verlos sufrir más y ante la frustración de no poder hacer nada por ellos, simplemente deseas que cumplan su tiempo y descansen en paz.

Después de cada una de estas experiencias, el día a día suma un peso sobre tu espalda, y el eterno problema persiste; nunca se nos educó para manejar estos sentimientos así que el cansancio emocional se posiciona en un lugar importante sobre el cansancio físico, producto del exceso de trabajo, más la carga académica; esta fatiga emocional puede virar a una pereza práctica al realizar nuestro trabajo; yo recuerdo la cantidad de papeleo que mediaba para cualquier procedimiento: la burocracia inmersa en nuestro sistema de salud que a la postre hace más tedioso un trabajo que, aunque fascinante para los que nos gusta la medicina, no deja de ser desgastante. Es aquí donde aquel que sucumbe ante esa pereza, deja de pensar en forma clara y objetiva, puede que no le presta tanta importancia a signos o síntomas que tenga el paciente, que omita realizar alguna prueba solo por el hecho de no tener que escribir más, o simplemente que se asome a la puerta de su consultorio, o que vea en emergencias la larga fila de pacientes, y solo les diga: “esto no es una emergencia”, “vaya y saque cita en el EBAIS”, “eso no es nada, vaya a su casa y si sigue mal vuelva a consultar luego”.

La mejor forma de ejemplificar la pereza en nuestro trabajo se ve cuando oímos la frase: “A mí no me toca”, para hacer alusión a que mi trabajo llega hasta este límite y de allí en adelante comienza el del otro; y con esto no me refiero al momento de delegar trabajos y responsabilidades sino que hay destrezas que hemos adquirido y que las dejamos de lado simplemente porque no tenemos la voluntad de hacerlo; caemos en un conformismo constante. Hay muchos pacientes que llegan a mi oficina y cuentan historias de sus visitas a un médico donde este ni siquiera se levantó de la silla para revisarlos, no les puso ni un dedo encima y cuando le preguntaron para qué sirven las pastillas que les envió, recibieron de respuesta; “usted nada más tómeselas si quiere curarse”. En nuestro sistema de salud existen médicos de gran calibre, no solo por su conocimiento y experiencia, sino también por su calidad humana, su forma de trato y por su capacidad de ir más allá de su deber, de mirar a la persona detrás de la enfermedad y de no solo concentrarse en la patología que le aqueja.

Muchos de ellos soportan la burocracia que invade el sistema de salud social, que socaba en muchas ocasiones el buen ejercicio de la medicina, donde el paciente es solo un expediente más en mi escritorio, y otros logran superar la visión capitalista que envuelve la práctica de la medicina en forma privada, donde el paciente es visto con ojos de dólares.

Eran los últimos días de diciembre, el año estaba por concluir, las fiestas se aproximaban y ya sabíamos qué días festivos nos iba a corresponder la guardia. Ese año celebré la Nochebuena con mis compañeros en emergencias del Hospital San Juan de Dios, ya que para nosotros, todos los días llegan a ser similares en cuanto a trabajo se refiere; la diferencia no la marca el día ni la fecha, sino lo que realizas en él y cómo lo llevas a cabo, eso es lo realmente

importante. El inicio de año marcaría la partida de muchos, incluyéndome, para que tomáramos nuevos rumbos, y si bien es cierto aprendí muchísimo de medicina, también llegué a conocer más de mí como persona y de mis colegas como tales, y por supuesto de mis pacientes que son la razón por la que me dediqué a esta bella profesión.

Primum non nocere

Esta frase es una de las primeras que nos dicen al ingresar a la Escuela de Medicina y significa: **“PRIMERO NO HACER DAÑO”**; se ha transmitido de generación en generación a través de los siglos, sin embargo, lo curioso es que nunca más la vuelves a escuchar ni cuando te formas, ni cuando estás en el internado, ni mucho menos cuando se está ejerciendo la profesión, pero, ¿a quién se refiere esta frase?, ¿acaso es solo para aplicar con los pacientes?, realmente incluye a los familiares, a otros profesionales, o también nos incluye a nosotros como médicos.

En cuanto a los pacientes, las decisiones que hay que tomar con ellos muchas veces son muy duras, como cuando le dices a un paciente que hay que amputar su pierna debido a que si no se hace la infección lo matará; o sea, de los males el menor, o en el caso cuando se tiene que escoger entre la vida de una madre o de su feto, o de lo contrario ambos podrían morir por varias posibles complicaciones, ¿a cuál escojo?, ¿a cuál no le hago daño?

En varias ocasiones, los que hemos atendido un paro cardiorrespiratorio, nos ha pasado que al realizar las compresiones sobre el pecho del paciente, se han quebrado algunas costillas, y en ocasiones el paciente sobrevive y pensamos: “es mejor que sobreviva con algunas costillas rotas, a que muera con todas intactas...”, con este afán es que luchamos por la vida de nuestros pacientes.

Nunca olvidaré una de las clases de uno de mis profesores en mi época de estudiante, un gran obstetra que ya

está pensionado; estábamos aprendiendo en forma teórica la atención de un parto, y nos explicaba la complicación de que un bebé se quede pegado de hombros al nacer, ya que en este punto no lo puedes devolver y operar, ni tampoco sacar a la fuerza, él nos decía: “lo primero es realizar una maniobra de compresión en el abdomen de la madre y tratar de ayudar a rotar, si no usen fórceps para ayudar a salir al bebé, recuerden que solo cuentan con segundos para hacerlo, y si definitivamente los hombros del bebé no salen, pongan sus pulgares sobre las clavículas del bebé y quíebrenlas, eso hará que se encojan los hombros y que pase, es mejor que nazca fracturado a que nazca muerto...”. Le pido a Dios nunca estar en una situación en la que tenga que tomar esta decisión.

Nosotros sabemos que nuestra prioridad son nuestros pacientes, y que a ellos nos debemos, sin embargo, la actitud insistente e, incluso muchas veces necia, de parte de los familiares, solo refleja (en la mayoría de los casos) la enorme preocupación que ellos tienen, y el **NO HACER DAÑO**, también los involucra, ellos necesitan un aliento, necesitan salir de la incertidumbre, necesitan la verdad, y esa solo nosotros se la podemos dar, porque es nuestra responsabilidad, la diferencia radica en la forma de dársela, no es lo mismo decirle a alguien: “su mamá tiene cáncer y se va a morir en un mes” ,sin siquiera levantar la vista al hablar, que sentar a la persona y explicarle la situación, incluso dejarla que se desahogue un rato.

Ahora bien, hasta qué punto mi actitud puede generar daño a mis compañeros de trabajo o a mis colegas. La indiferencia y prepotencia en la atención indispone a los pacientes y comenzamos a ser vistos como un mal necesario, en vez de ser el médico a cargo.

Y, por último, el **NO HACER DAÑO** debería involucrarnos a nosotros, a no descuidar nuestra integridad

física ni mental, a entender que debo tener un equilibrio entre mi vida personal, mi hogar y mi trabajo, el saber que soy un ser limitado con una enorme responsabilidad, la cual tengo que cumplir no solo por deber, sino por vocación, por entrega, entender que puedo pedir ayudar cuando me siento mal, cuando estoy triste o agotado, hasta cuando estoy enfermo; los médicos somos los peores pacientes, en el gremio decimos que atender a un colega es lo peor porque siempre se complica.

Vivir bajo la premisa de **PRIMERO NO HACER DAÑO**, es una carga grande, pero no imposible, ojalá fuera llevada más allá del gremio médico, imaginen cuántos problemas nos evitaríamos y les evitaríamos a otros.

Para mí ser médico es un regalo, un don que me llena muchísimo y me motiva al levantarme cada mañana; es lo que me da fuerzas para levantarme cada madrugada que me llaman para atender una emergencia, es el sueño de mi vida hecho realidad y le doy gracias a Dios por habérmelo dado.

Autor: Dr. Juan Madrigal Abarca

