

64 casos clínicos de pacientes que lloran y otras consultas sagradas para su estudio, análisis y docencia¹. Relatos del día a día en la atención clínica.

Una colección que recoge los casos aportados al debate virtual del Seminario de Innovación en Atención Primaria celebrado en su encuentro presencial en Bilbao (España), el 12 y 13 de febrero de 2016².

Introducción

Todas las consultas son sagradas, pero las hay que todavía lo son más como las consultas sobre el inicio y el final de la vida, las consultas sobre cambios de estado de vida, las consultas sobre situaciones extremas de violencia (violación, por ejemplo) y sociales (hambre, por ejemplo) y otras. Entre ellas, las consultas en las que los pacientes lloran, que son relativamente frecuentes (8 por mil) pero no se suelen considerar ni en enseñanza ni en investigación³.

En el curso del debate virtual del Seminario de Innovación en Atención Primaria, con cientos de intercambios, se expusieron casos clínicos de la experiencia diaria de los participantes. De ese debate se han obtenido los casos que siguen, relatados de forma que se impide el reconocimiento de los pacientes. Son compartidos generosamente por profesionales, residentes y estudiantes, con el objetivo de que se puedan emplear para estudio, análisis y docencia en el campo de la mejor atención clínica.

Los casos se han escrito y corregido pensando en su libre difusión entre estudiantes y profesionales de la sanidad, pero si se decide publicar alguno fuera de este ámbito se ruega una petición expresa de permiso para hacerlo⁴. Como es obvio, cada caso expresa tanto el sufrimiento del enfermar como la respuesta profesional al mismo y ambos aspectos merecen un respeto exquisito.

Caso clínico número 1: Consulta sagrada por tener un familiar con enfermedad mental grave

Hacía poco que me había hecho cargo del cupo cuando conocí a María. Era una mujer de unos cincuenta años, fumadora, con el antecedente de un episodio de broncoespasmo grave en el contexto de una infección de vías respiratorias altas un año antes. Era cocinera, estaba separada y vivía con su hijo de veinte años. La compañera que hasta entonces había llevado el cupo me comentó el caso porque le preocupaba un segundo episodio de broncoespasmo por su lenta mejoría y porque no tenía clara cuál era la causa. Le había pedido un TAC pulmonar urgente y me advertía para que estuviera atenta..

Cuando la conocí, acababa de dejar de fumar (a raíz del ahogo) y estaba de baja laboral. Estaba preocupada por lo mal que se encontraba y por el resultado del TAC, que finalmente reveló áreas enfisematosas. Le comuniqué el resultado y pedí unas pruebas funcionales para cuando estuviera recuperada del cuadro agudo. A la siguiente visita, la víspera de Navidad, estaba mejor del cuadro respiratorio pero no obstante la vi muy angustiada. Al preguntarle qué era lo que le preocupaba,

¹ Los 15 primeros casos clínicos formaron parte del material del Satélite celebrado en Bilbao (España) el 12 de febrero de 2016. Se pueden encontrar las presentaciones escritas y en vídeo en:

<http://equipocesca.org/consultas-sagradas-analisis-de-15-casos-clinicos-bilbao-12-febrero-2016-sesion-satelite-al-siap-31/>

² El material y las presentaciones por escrito y en vídeo del Seminario en:

<http://equipocesca.org/pacientes-que-lloran-y-otras-consultas-sagradas-seminario-de-innovacion-en-atencion-primaria-no-31-bilbao-12-y-13-de-febrero-de-2016/>

³ Sirven de introducción a las “consultas sagradas”

<http://equipocesca.org/consultas-sagradas-serenidad-en-el-apresuramiento/>

<http://www.actasanitaria.com/consultas-sagradas-mas-sagradas-de-lo-habitual/>

<http://equipocesca.org/crying-patients-in-general-family-practice-incidence-reasons-for-encounter-and-health-problems/> <http://www.actasanitaria.com/compasion-y-cortesia-piedad-y-ternura-medicina-armonica-con-ciencia/>

⁴ Para permisos y comentarios, tome contacto con Juan Gervas jjgervas@gmail.com

rompió a llorar. La que yo había previsto como una visita corta de seguimiento (tres o cuatro preguntas más auscultación) mutó en consulta sagrada. Le tendí un pañuelo de papel, aparté el teclado del ordenador, fijé mi mirada en sus ojos y me dispuse a escuchar.

Me explicó que de madrugada le habían llamado los *mossos de esquadra* porque habían encontrado a su hijo en Girona, vagando por la calle, desorientado y contando una historia de película sobre espías que le seguían. Estaba ingresado y ella no entendía nada. Ni porque estaba en Girona, ni qué contaba ni porqué. Tenía mucha ansiedad y al hablar y poder preguntar sus dudas pareció que se descargaba de una parte del nerviosismo. Intenté aclarar sus dudas, parece que sin mucho éxito, y le pregunté si pensaba que podía irle bien alguna medicación para los nervios. Dijo que sí y le hice una receta de diazepam que quedamos que tomaría en caso de mucha necesidad.

Al cabo de una semana la volví a ver. Habían trasladado al hijo a Barcelona y seguía ingresado. Ella estaba muy descontenta y desconfiaba de la atención que le estaban prestando. Lo había visto un médico sólo diez minutos desde el traslado y ella sólo lo podía ver un rato cada día. Él estaba muy sedado y sin conciencia de enfermedad. Montserrat no comprendía lo que le decían, no sabía qué le pasaba a su hijo ni qué pasaría a partir de ese momento. Intenté facilitar que expresara sus dudas y complementar la información que le habían dado en el hospital y abrí la puerta a llamar o acudir en caso de duda o de necesitar algo. No había necesitado el diazepam, pero le iba bien tenerlo a mano por si acaso.

No la volví a ver hasta al cabo de un par de meses, cuando trajo el resultado de las pruebas funcionales respiratorias (tenía una EPOC grave). Su hijo ya estaba en casa, no había presentado nueva sintomatología psicótica pero salía muy poco, sólo para ir al centro de día. Ella estaba más tranquila.

Caso clínico nº 2: La consulta sagrada con un paciente “adicto” (alcoholismo, ludopatía, drogadicción, etc)

V es un varón de 28 años de origen lituano, que fue adoptado por una pareja de clase media hace 16 años; la madre adoptiva en ese momento empezaba su etapa de menopausia, ella es una mujer siempre muy preocupada por su salud, va mucho a la consulta, muy nerviosa y está en tratamiento de larga data con antidepresivos y ansiolíticos. El padre adoptivo es un hombre muy reservado, acude muy poco a la consulta y sólo lo hace por problemas serios como una estenosis del canal espinal.

Viven en un barrio de clase media baja, bastante tranquilo y seguro en Valladolid. V llega a España a los 12 años, no tenemos registros de ningún tipo de antecedentes ni personales ni familiares de su país. Es un chico en general físicamente saludable, atlético, deportista, con el típico aire eslavo y muy reservado, que no había pisado nunca la consulta hasta los 27 años.

V siempre ha tenido poca interacción social cosa que con el pasar del tiempo se ido incrementado y se ha presentado siempre con una imagen de “chico rudo”.

Hace 6 años, luego de un accidente laboral donde presentó una sección completa del tendón del tibial anterior en la EID y se le operó, al médico de la mutua que le realizó el seguimiento le pareció muy llamativo el comportamiento de V que a pesar de que se le explicó la importancia del uso de la escayola, el reposo y sobretodo no apoyar el pie en el suelo, a la 3º consulta post quirúrgica llegó con la férula destrozada diciendo que no iba a hacer caso, posteriormente el padre habló con este médico y le dijo que la convivencia era muy complicada y si podía pedir una valoración por alteración conductual (lo cual no se hizo).

Nos enteramos (mi tutor y yo) por los vecinos y conocidos del barrio que V estaba implicado en muchas peleas, que actuaba en forma violenta y que bebía mucho.

Era algo peculiar saber esto, pues sabíamos que V trabajaba muchas horas, mañana y noche y de lunes a viernes y nunca faltaba al trabajo, es más muchas veces me crucé con él en el autobus y tenía buen aspecto.

Hace 9 meses, V acude a la consulta, entra titubeante, se sienta y empieza a hablar muy seriamente, al inicio sólo refiriéndose a mi tutor, sin mirarme a los ojos a mi, nos dice que ha faltado 4 días a su trabajo porque ha estado bebiendo, una lágrima cae por su mejilla, que rápidamente seca y continúa, que se le ha ido de las manos y que está desesperado, toma un respiro y empieza a hablar más lentamente y con voz temblorosa, dice que no se puede controlar y que desde que vive solo se ha ido aislando más de las personas, los últimos días apenas se levanta empieza a beber, ya había bebido 2 litronas de cerveza y no eran aún las 11 de la mañana. Nos confiesa mirando al suelo que las veces que sale a la calle y bebe se comporta de forma muy violenta generalmente sin motivo, se pelea con la gente y que ha llegado a romper la puerta del piso que alquila dándole patadas por no poder abrirla con las llaves.

Se encontraba asustado, más vulnerable que nunca, venía a pedir ayuda.

Lo primero que hicimos fue hacerle saber que en nuestra consulta estábamos para ayudarlo nunca para juzgarle, que podía ser sincero siempre con relación a cualquier cosa, que no íbamos a asustarnos ni a escandalizarnos y que todo lo que nos dijera si lo deseaba era completamente confidencial. Hicimos hincapié en que las puertas estaban abiertas de lunes a viernes de 8 a 3, cuando quisiera y cuantas veces quisiera venir.

Hablamos de la posibilidad de acudir a reuniones de AA (Alcohólicos Anónimos), esa idea no le gustaba mucho al inicio, pero con el tiempo iba 3 veces a la semana. Le dijimos que acudiera a un psiquiatra para ser valorado, en lo cual si estuvo más de acuerdo con nosotros.

A los pocos días regresó con el papel del psiquiatra, que decía padecía “Dependencia alcohólica, en personalidad esquizoide y antisocial”, le había indicado tiaprizal y antabus, con los cuales ya había iniciado. Se veía preocupado.

Le empezamos a ver cada 5 días, el primer mes y luego cada semana, se mantenía sin beber y yendo a las reuniones de AA.

He de decir que cada consulta con V era sagrada, además de la primera, mi tutor y yo, esperábamos con preocupación la hora de su consulta y con miedo a que no se presentara. Cada paso que iba dando, lo íbamos viviendo con él, la alegría de mantenerse sobrio, la aparente calma que estaba logrando.

Pero perdió el trabajo y se volvió a hundir en el alcohol, esto sucedió hace 4 meses, dejó los medicamentos, dejó de ir a las reuniones para volver a beber sólo en su piso, faltó dos veces a la consulta, a pesar que las había pedido él. Luego nos enteramos que estuvo ingresado en el hospital por 10 días, los padres nos lo dijeron, la causa era una pancreatitis aguda de causa enólica. Los psiquiatras del hospital le volvieron a indicar el antabus, además de topiramato y diazepam.

Volvió a la consulta 1 semana luego del alta, se podía ver en su cara la vergüenza que sentía, le dijimos, que no pasaba nada, que las cosas eran así, que esto era como una carrera de fondo, que a veces se daban algunos pasos atrás, pero que de ninguna manera había defraudado a nadie y que podía seguir contando incondicionalmente con nosotros en la consulta como siempre y que si era necesario volveríamos a empezar otra vez desde el primer escalón juntos, V nos sonrió a medias.

Empezó a acudir a nuestra consulta otra vez cada semana, nos contaba que estaba buscando trabajo, que su padre sólo le hablaba para increparle que no trabajaba, mientras la madre le preparaba comida para que se llevara a su piso, que el padre quería que hiciera cursos de cocina y que a él lo que le gustaba era la mecánica. Además nos dijo que iba a las reuniones de AA pero sólo una vez por semana.

Hace 2 meses ha conseguido trabajo, está bastante estable, se le ve tranquilo y satisfecho consigo mismo, nos dice es un trabajo fácil, pero estoy trabajando, sigue con el tratamiento farmacológico, nos dice que no puede ir a las sesiones de AA por los horarios de su trabajo.

Actualmente seguimos viéndole en consulta, de forma más espaciada, estamos en espera de su siguiente control analítico que será a fines de enero.

Caso clínico nº 3: La petición de eutanasia, siempre una consulta sagrada

http://pub.bsalut.net/butleti_cast/vol28/iss1/2/

Caso clínico nº 4: Consulta sagrada en que el paciente es inmigrante-refugiado

Estando el verano del 2014 pasando consulta en un centro de salud de la periferia de Madrid, con un contrato de esos de tres meses renovables (cuando no te lo renuevan solo por un mes sin avisar, de los que no pone ni tu nombre ni nada sobre ti en en la puerta de la consulta...) ... Era una tarde, no muy agitada, tranquila, de las que a veces vivimos en agosto. Había dos o tres pacientes esperando aun fuera y otro dentro de la consulta. Me llaman de abajo (zona administrativa) por una paciente que viene urgencias. Mi compañera, que también esta haciendo una sustitución, me informa que viene una paciente y que la paciente no tiene tarjeta sanitaria, ni permiso de residencia, y que se si le abre la hoja de facturación. Me dice que me llama a mi por que le han dicho que yo les suelo atender. ...Le agradezco el gesto por teléfono y le pido que le diga a la paciente que suba a mi consulta y que en cuanto pueda la veo.

Tras esperar 10 minutos en la sala de espera a que terminara la consulta anterior, hago pasar a Nathali. Nathali, es africana. Mediana edad (unos 30 y tantos a ojo, sus pieles siempre me dificultan este mini juego de consulta) . Al entrar ella, la sonrío, no me corresponde, está muy seria. La pregunto cual es su país y me responde que es de Nigeria.-La observo. La siento extrañada, distante y con una barrera emocional grande ante mi. Dejo un espacio de silencio, para que pueda contarme el motivo de su consulta. Con bastantes dificultades lingüísticas vamos entendiéndonos. Me cuenta que desde hace unos días tiene ardor, y molestias en su zona vaginal, así como un flujo algo oloroso y molesto, Refiere que le ha pasado otras veces. No tiene fiebre ni nada relevante en en la exploración abdominal.

Como no quiero molestar con el tema del RD (Real Decreto) a ningún otro compañero/a de centro (hay de todo y las cosas están muy sensibles) decido hacerle yo una tira de orina y un exudado vaginal. Se lo explico. Inicialmente no quiere que le explore y me pone bastantes resistencias, pero acabo convenciéndola. Le propongo lo primero en ese momento extraer el exudado vaginal, inicialmente pone bastante resistencias, aunque accede. Mientras la paciente se va desnudando intento explorar un poco los años que lleva en España, a que se dedica, Nathali hace como que no me entiende, no quiere responder, no quiere hablar conmigo, ni contarme nada y lo entiendo. No nos conocemos. No confía en mí.

Al explorar la vagina observo unos genitales anormales, el introito vaginal es algo mas estrecho y parece una tejido algo anormal, como una cicatriz.. No se muy bien que hacer o que decir. Miro a la cara de la paciente, que tiene lo ojos cerrados con expresión facial de incomodidad. Le pregunto si le duele y me contesta que ahora no. Extraigo la muestra e intento no cambiar mi expresión facial demasiado, pensado en sacar un poco de tiempo para revisar este tema.

Mientras la paciente se viste le explico cómo hacer para recoger la muestra de orina. La tira da nitritos ++ y leucos ++, pauto tratamiento para la infección. Y decido junto con ella cursar el exudado a nombre de una paciente africana que nos deja los datos para hacer pruebas diagnosticas (así lo vengo haciendo desde el RD). Así que le propongo que venga en 15 días a la consulta....

Caso clínico nº 5: Cuando la consulta sagrada tiene que ver con la pobreza, desempleo y situaciones de exclusión social

Fermín es un paciente de 72 años.

Aparece en la consulta la primera vez por un problema con una receta.

Es corpulento, pero de movimientos discretos; hablando con voz suave casi tímida y muy educado y respetuoso. Tiene chapetas y sonrío levemente. Como es la primera vez que nos vemos se presenta y me da la mano, que aunque es octubre y ya refresca está llamativamente fría. También para la

temperatura ambiental me parece que va bastante abrigado: camisa con camiseta interior, jersey de lana, chaqueta de pana. Toda la ropa tiene un toque elegante pero está visiblemente usada. Además me fijo en que lleva un taco de libros igualmente raídos bajo el brazo, y una libretita.

Se sienta y me extiende la parte autocopiativa de una receta hecha a mano, de Rasilez (aliskiren) 150mg, y me dice que le ha caducado y que ya no puede cogerla. Según me cuenta y veo en el visor del hospital, le están viendo los cardiólogos en consulta porque mi predecesor le derivó allí por dolores torácicos atípicos recurrentes. Santos es hipertenso y en la historia dice que tomaba enalapril 20mg, así como varios analgésicos de primer escalón (paracetamol, metamizol, varios aines), que ha tenido algún episodio de gota, y poco más. Los dolores torácicos eran de características mal definidas (a veces punzante, a veces quemante, alguna vez se quejó de opresión, referida a todo el pecho, sin cortejo vegetativo, sin que contase relación con ninguna circunstancia, igual en reposo que cuando caminaba por la calle...) y con ECG anodinos por lo que se inició un estudio con ecografía transtorácica (sin hallazgos relevantes, una alteración de la relajación del ventrículo izquierdo) y una prueba de esfuerzo clínica y eléctricamente negativas aunque no concluyentes por el regular estado de forma del paciente que no pudo acabarla. Así que los dolores quedaron en nada pero durante el seguimiento el cardiólogo descubrió que la tensión arterial estaba mal controlada (alrededor de 160-170/85-110) y por eso le cambia enalapril por aliskiren, a la vez que le da el alta. La fecha de la última visita es de abril, y estamos en octubre.

Le pregunto por la demora y, bajando la vista, me dice que lo que le mandó el cardiólogo era muy caro. Ha seguido tomando el enalapril, pero en las últimas semanas ha vuelto a tener molestias torácicas y se ha preocupado, y por eso viene ahora.

Yo voy con 50 minutos de retraso así que quedamos en que siga igual, citarle con la enfermera para que le tome la TA y repase los hábitos saludables, pedir una analítica y vernos con los resultados. Como mis huecos de cita son de 5 minutos, le doy una concertada de 3 huecos.

Cuando Fermín vuelve ya es noviembre, y sigue teniendo las manos frías; sin embargo la ropa que lleva es la misma que el mes pasado.

Yo ya sé, porque me lo ha dicho la enfermera, que sus cifras de tensión son más o menos las que tenía en cardiología, y que lleva una dieta muy desordenada (come poco, mal, a deshora, pocos alimentos frescos, muchos precocinados). Ella le ha explicado los cambios dietéticos necesarios hace 15 días y el plan es ver qué tal.

Con la actitud de un niño pillado sin los deberes me reconoce que lo intenta pero le cuesta hacer lo que la enfermera le ha dicho. Le pregunto por sus dificultades. Se hace un silencio.

"Verá, doctora - es que yo vivo en una habitación y sólo tengo un hornillo, antes cocinaba mi mujer y yo no sé..." vuelve a haber un silencio.

Me cuenta que a raíz de una época mala hace unos años en que le despidieron y sólo pudo hacer trabajillos intermitentes comenzó a beber y a tener problemas económicos y de pareja. Abre la libreta y me enseña una cita manuscrita: "cuando el dinero sale por la puerta el amor salta por la ventana". Después todo se precipitó, su mujer le dejó y él se quedó con una casa que no podía mantener por lo que hace unos meses le han acabado desahuciando. Se quedó en la calle donde durmió un par de semanas, pero últimamente ha encontrado una habitación que puede pagar con la renta mínima que cobra (380€). Vive solo.

Indagando en sus hábitos parece que se pasa el día leyendo, que de pequeño "no tuvo la posibilidad de estudiar mucho" y ahora intenta "recuperar el tiempo perdido". Prefiere hablar de temas como política o el cambio climático que de sí mismo (de hecho en las consultas sucesivas él a veces evade preguntas personales enseñando algún libro que está leyendo, del género "engaños institucionales", "lo que no le han contado sobre X", y temas más o menos relacionados con conspiraciones y secretos). De vez en cuando hace comentarios con resentimiento hacia los humanos en general y las mujeres en particular, como cuando me enseñó una cita manuscrita en su libreta que decía "las mujeres son un mal necesario". Cuando hace esto proyectando su odio y olvidando que yo soy una mujer intento hacer suspensión del juicio y pensar que me ve como médico, y que en realidad le

duele su separación, pero no siempre me sale.

En la analítica que le pedimos tenía elevados el ácido úrico, los triglicéridos y también una elevación leve de transaminasas que atribuimos a esteatosis hepática aunque está pendiente de que le hagamos una ecografía.

Hemos indagado en el consumo de alcohol que él reconoce (unas 2 cervezas al día, algún vino, algún cubata, es imposible concretar más) y que aunque acepta que puede acabar haciéndole daño no está dispuesto a dejar porque dice que es "el rato que él pasa con sus amigos, y lleva una vida más o menos normal".

Y en esto estamos, en que él elabore su situación, en el control de los factores de riesgo cardiovascular en circunstancias complejas, y en integrar su situación económica y de vivienda en la atención sin que se note mucho.

Caso clínico nº 6: La violencia contra la mujer como consulta sagrada

Me espera temprano, ocho y poco, en la puerta de la consulta, aún cerrada, mano sobre mano en el regazo y piernas cruzadas hacia atrás bajo la silla azul eléctrica. Y se ilumina cuando me ve doblar la esquina de las escaleras. "¡Doctora!...", se acerca arrastrando los zapatos regastados de uso, que no de antiguo, de caminar y caminar, hasta el hartazgo, por las sendas de la vida, sonriendo a medias, resignada ante las vicisitudes, y a medio paso se detiene, mientras yo busco en las profundidades del gran bolsón de supervivencia las llaves de la consulta. Me mira complacida, complaciente. Y yo respondo cordial con un buenos días con nombre propio, porque ya empiezo a conocerles, y reconocerles. Abro y enciendo la luz de neón hasta que se filtre el ya casi verano por las ventanas altas que custodian el patio de colegio vecino, invitándole a entrar. Ella se detiene en el umbral, sin intención de irrumpir o molestar, asomando la duda en la mirada, organizando el pensamiento, qué decir y no. Adivinándola me acerco y le pregunto por Paulino, su marido, ingresado para un estudio de anemia. Ella responde con los ojos empañados y murmura "gracias" casi imperceptible al final del parte de la situación.

María Dolores gasta 67, siempre al servicio de la familia, solícita y presta. Ni una queja, ni una mueca, ni un "¡ay!", actitud que Paulino subrayaba y alababa siempre que podía, aún más en los últimos meses, cuando la situación en casa había empeorado con la separación de su hijo, en paro, refugiado en casa de sus progenitores para sobrevivir. Acudían juntos a la consulta; él, la gentileza y galantería personificada y ella, la discreción en persona. Sin embargo, desde el ingreso, María Dolores apenas había aparecido en dos ocasiones, jaleada por las prisas, para recoger una interconsulta para psiquiatría para su hijo y el volante de la ambulancia para su marido. La última visita sin embargo, fue de urgencias, hace una semana. El compañero que la atendió por una crisis de ansiedad y nerviosismo, describe un insomnio de larga duración nunca antes mencionado y le receta benzodiacepinas hasta nueva consulta con su médico para un abordaje en profundidad.

Y mientras mis ojos se concentran en esa síntesis de la historia, en unas décimas de segundo, María Dolores ha tomado asiento, en el borde de la silla, sin saber si salir corriendo o no. Le pregunto qué tal se encuentra, qué la trae por aquí, acabo de ver que vino hace una semana, si quiere indagamos los síntomas, por qué no puede dormir. Pero ella corta la conversación, con un "eso no me preocupa ahora, doctora, lo que me importa es la mano, que no puedo cocinar" y deja sobra la mesa al descubierto tres dedos amoratados, hinchados, posiblemente con varias fracturas y una extremidad distal vendada incapaz para la movilización. Y me mira a los ojos avergonzada y disculpándose, "no quiero molestarla, pero no sé si me pueden arreglar aquí o tengo que ir al hospital".

- "¿Qué le ha ocurrido María Dolores?"- le pregunto mientras la exploro.

- "Me he caído doctora, no tiene importancia, un traspies lo da cualquiera..."- responde huidiza. "¿Puede mirarme?"- suplica intentando evadir preguntas que no quiere responder- "tengo mucha prisa, me está esperando mi hijo en la entrada que tenemos que llevar las niñas al colegio."

- "¿Cuándo se ha caído?"- le pregunto al tiempo que le pido que le estiro la manga para poder explorarla.

- "No me acuerdo doctora, estoy muy liada con mi hijo y las nietas, este fin de semana han estado en casa, hay mucho jaleo...ya se imagina..."- justifica.

- "Me hago cargo, sí...¿Por qué no pasa al fondo de la consulta y se quita la parte de arriba para poder valorarla?, es importante." Y María Dolores obedece, resoplando incómoda. Y bajo la ropa, afloran hematomas en distinta fase de resolución, que recorro como si fueran un mapa mundi, saltando de isla en isla, repasando el dolor y compartiendo el silencio terrible, sabiendo que la próxima pregunta es decisiva, los próximos pasos...Y ella también.

- "Necesita ir al hospital para que le valoren la mano y todos los traumatismos que tiene, me preocupa que pueda haberse hecho más daño"- le sentencio firme. "Ya sé que su hijo está esperando y tiene prisa, pero vamos a gestionar una ambulancia para que no tenga problemas y así él puede llevar sus hijas al colegio"-intento brindar soluciones para reducir la tensión que ambas palpamos. Y María Dolores lucha, deseando entregarse y no, luchando por ser leal o derrumbarse.

- "No puedo doctora, ahora no...llevamos a las nietas al colegio y luego mi hijo me lleva al hospital"-dice una vez tomada la resolución de no ceder.

- "¿Le parece si hablamos con su hijo para que se marche y tramitamos todo con calma? Usted no puede cuidar de otros si no cuidamos de usted..."-abro la puerta a la negociación, pero ella se resiste: - "Es que mi hijo tiene un carácter muy difícil, no le va a parecer bien, nosotros nos entendemos...luego él me lleva, no se preocupe, no quiero molestar" y negociamos hasta que cede, hasta que encuentra el límite infranqueable de lo que uno puede o debe soportar, invisible a cuantos nos rodean. Y cuando vamos concretando los pasos, qué hacer desde el punto de vista médico, cuestiones prácticas, a las que ella está más que hecha, volvemos a lo intangible, a la raíz, porque a veces el camino directo no nos lleva a donde queremos llegar y la distancia más corta viene a través de circunloquios.

- "Realmente lo que me preocupa es cómo se ha hecho esa lesión, porque a veces hay accidentes en casa que son más complejos María Dolores, y suele pasar a menudo que la tensión explota, sabe... ¿cómo es la relación en casa?, ¿discuten mucho?, ya me ha dicho usted que es una situación compleja?, ¿cómo lo lleva?, ¿cómo le afecta?, ¿tiene a alguien con quien compartirlo?, ¿se siente sola?"-y voy ralentizando las preguntas para darle tiempo, para dejarle espacio...

Y de repente las lágrimas responden, sólo tres, que resbalan apenas imperceptibles, mientras la mujer fuerte sentencia, "mi hijo tiene un carácter muy difícil" y levanta la mirada, abriendo la puerta de la confidencia...y de repente en lugar de palabras, sólo brotan lágrimas sin desconsuelo. Me siento a su lado y la abrazo, dándole pañuelos, repitiéndole que no está sola, aunque me invade la sensación de que es precisamente lo que siente.

Caso clínico nº 7: Consulta sagrada en torno al embarazo no deseado

Esperanza tenía 41 años. Estaba casada con dos hijas de 14 y 16 años. Trabajaba en turno de tarde en una empresa de limpieza. Su esposo trabajaba en la misma empresa.

No tenía ningún antecedente clínico de interés. Sus mayores preocupaciones eran sus hijas y su trabajo. Acudió al Centro de Salud sola, con aspecto desmejorado y algo de ansiedad. Inicialmente refería como motivo de consulta molestias en hipogastrio.

Nos conocíamos desde hacía 18 años y se percibía una inquietud impropia de una relación de confianza y antigua. Sin profundizar excesivamente, con una anamnesis superficial, pedí un análisis de orina mediante tira de orina. Al salir la paciente de la consulta comenté mi extrañeza con el médico residente (varón). Le pedía que me permitiera entrevistarme a solas con la paciente cuando tuviéramos el resultado.

Diez minutos después la paciente volvió con el resultado y el residente salió de la consulta. Le pregunté si había algo más. Le comenté que pensaba que le había incomodado la presencia de una tercera persona aunque ya le conocía de otras visitas. Me comentó que después de pasar un par de semanas con "ascos" y náuseas, así como un retraso en la regla, se hizo el día anterior una prueba de embarazo que resultó positiva. "No me lo puedo creer, pensaba que esto ya no era posible.

Ponemos cuidado, usamos a veces preservativo, lo hacemos justo después de la regla. No sé como he podido fallar. Ha sido culpa mía”.

Pregunté acerca de la aceptación del embarazo. “No podemos. No podemos tener un hijo. Las niñas ya son mayores. Tenemos la vida hecha. En mi trabajo no podría decir que estoy embarazada. Mi familia no lo entendería”.

Pregunté si su marido lo sabía. “No, no lo sabe. Sabe que estoy mal y que tengo retrasos, pero pensaba que era por la edad. Quiero estar segura de verdad”.

Planteé en primer lugar la necesidad de repetir el test de gestación. “Si, pero que nadie se entere. Aquí hay mucha gente que me conoce”. Después hablaríamos de nuevo acerca de las opciones que teníamos.

El test confirmó el embarazo. Me reuní nuevamente a solas con la paciente. Recogí la fecha de última regla y le transmití que se encontraba embarazada de 6 + 2 semanas. Le hablé de la posibilidad de una interrupción de embarazo si estaba totalmente segura y la opción de tramitarlo a través de nuestro Centro de Salud. Pedí que, en todo caso, siempre era bueno meditarlo al menos 24 horas y también era recomendable que fuera una decisión compartida con su pareja. “Ya lo sé, lo había pensado. Pero aunque él se niegue no puedo tener el hijo. Es imposible. Y que no se entere nadie, por favor.”. Le garanticé que no quedaría ningún rastro de la solicitud de interrupción de embarazo.

Quedamos para el día siguiente a primera hora. A solas. Sin pedir cita.

A las ocho de la mañana estaba en la puerta de la consulta acompañada de su marido. Les hice pasar. Habían estado pensando durante toda la tarde. Los dos estaban de acuerdo. “No queremos y no podemos tener otro hijo. Queremos un aborto. No necesitamos mas tiempo para pensárnoslo”.

Les expliqué el procedimiento de la intervención y el circuito.

Llevé personalmente la solicitud ante la Trabajadora Social y se facilitó cita esa misma semana. La interrupción se produjo sin complicaciones.

Varios años después, sin haber comentado nada referido a la interrupción de embarazo en ninguna visita posterior, tras finalizar una consulta sobre una de sus hijas me dijo “no sabe la ayuda tan grande que tuve en aquella ocasión. Nunca lo olvidaré”

Caso clínico nº 8: El dar una “mala noticia” como consulta sagrada.

Hace algunos años, un día de invierno lleno de citas urgentes acuden a última hora un matrimonio de urgencias porque el señor presentaba una fatiga importante. Estaba diagnosticado de EPOC y sufría frecuentes reagudizaciones. Mi sorpresa fue la fatiga que presentaba su mujer, así que tras atender al marido y mientras la enfermera preparaba una mascarilla en otra sala comenté que la encontraba muy fatigada. Ella me contestó que llevaba varias semanas así, pero que no había consultado porque ella era anti-médico. ! Y así lo tenía registrado yo en su historia clínica ! (no le gustan los médicos, ni las médicas).

Tenía los labios cianóticos así que le señalé que me parecía importante que echáramos un vistazo. Ella seguía preocupada por su marido, pero como iba a tener que esperar a que terminara la mascarilla, me dijo:

-Vale, como quieras.

Al terminar de escuchar su historia (tenía tos, dormía sentada en la cama, se le había hinchado el brazo), pedí a la paciente que se acercara a la camilla para explorarle el pecho. Hacía un poco de frío en la Sala y me pidió si por favor sería suficiente con subirse un poco el polo que llevaba. Le dije que no, que necesitaba auscultarla bien y que para eso necesitaba que se quitara el polo. Vi que tenía dificultad y tras ofrecer mí ayuda y aceptarla, no fue capaz de subirse a la camilla al incrementarse mucho la disnea. Era evidente la circulación colateral en zona torácica y un edema en la ES brutal. No toleraba el decúbito supino.

Durante la exploración no dije ni una sola palabra y al terminar la paciente me dijo:

-Susana, no sé lo que tengo, pero sé que es serio porque habitualmente te acompaña una sonrisa y cuando me he quitado la ropa esa sonrisa se te ha borrado de repente. Además cuando exploras a mi marido sueles ir asintiendo con la cabeza y en esta ocasión, ni te has movido.

Y unas lágrimas rodaron por su mejilla y por la mía.

-Me temo que no tiene buena pinta. Necesito que vayas al Hospital porque esta fatiga no te deja dormir y hay que estudiar cuál es la causa.

Las lágrimas rodaban por nuestras mejillas sentadas una al lado de la otra en la camilla de la consulta. Silencio...

De pronto (disruptor) entró su enfermera en la consulta para informarme que la mascarilla ya había finalizado y nos pilló a las dos llorando sentadas en la camilla. Con el permiso de la paciente le contamos lo que pasaba y que necesitábamos una ambulancia para ir al Hospital. También se lo contamos juntas a su marido... que se echó las manos a la cabeza y dijo que él se iba con ella. Él, que venía enfermo iba a ser su acompañante. La enfermera localizó a sus hijas que estaban trabajando y yo la acompañé en la silla de ruedas hasta que se montó en la ambulancia. Todo el camino del pasillo lo hicimos agarradas de la mano y al despedirnos me dijo con una sonrisa:

-Me alegro de que hoy hayas estado en la consulta.

- Y yo me alegro de haber estado- le contesté.

Falleció en el Hospital unos días después.

Hay veces que no son necesarias las palabras para comunicar las malas noticias, “ se nos ve el alma” y sin palabras transmitimos lo que queremos decir.

Hay veces que los disruptores son oportunidades, sólo hay que saber aprovecharlos.

Con los años, yo cada vez me corto menos... río, lloro, canto y bailo con ellos.

Caso clínico nº 9: Consulta sagrada en el domicilio del paciente

Esperanza tenía 77 años cuando fuimos por primera vez a su casa.

Hacía años que vivía en nuestro barrio, pero en realidad usaba otro ambulatorio y mantenía una estrecha relación con los especialistas hospitalarios. Eso era porque Esperanza tenía un final ya escrito para su historia: tenía un cáncer de pulmón que había sido tratado durante largo tiempo, sin éxito. Ahora ya había tenido algunas recidivas y se habían detectado metástasis en cerebro y huesos. Parecía que ya convivía con ello hace mucho tiempo.

En un día de guardia muy ajetreado fue cuando su hijo vino por primera vez al CAP (Centro de Atención Primaria). Pidió visita para su madre directamente para que activara los trámites de servicios paliativos. Ella ya no salía de casa, nos dijo; y por ello nos desplazamos, fuera de la consulta, a su domicilio. Queríamos conocerla a ella, personalmente, y ver su situación real.

Nos acercamos a su casa, un bloque de piso bastante antiguo, sin ascensor. No nos esperaban, pero nos recibieron igualmente. Nos presentamos, y el marido nos recibió con calidez: cualquier profesional sanitario era bienvenido.

De lo primero que me percaté fue la instalación que tenían para adaptarse a ella. Utilizando una bombona de oxígeno recostada en un armario del dormitorio, varios cables salían en dirección al comedor, atravesando todas las puertas y paredes que fueran necesarias.

Y allí, en el comedor, se encontraba Esperanza, recostada, mirando a la ventana. Tranquila.

También la acompañaba su hermano, intranquilo.

En la mesa, los platos con la comida estaban casi terminados, excepto uno. Aquél más cerca del sofá estaba con las judías a medio comer, y el pescado sin probar.

Como era nuestra primera visita, quisimos recoger toda la información posible de lo acontecido hasta el momento: sólo reuniendo las piezas conseguiríamos entender su rompecabezas. Esperanza

se encontraba bien: se desplazaba poco por casa. El oxígeno, a su alcance, no lo usaba mucho, pero tenerlo a mano le aliviaba de tanto en tanto. Ella se sentía muy cansada, más que con ahogo.

Y le dolía todo. Y no le apetecía hacer nada.

Estaba cansada. Sabía lo que le acechaba. Lo veía cercano. Nos contó que lo tenía asumido, que ya todo era inevitable. Pero que lo que no quería ver era a su marido así de triste.

Su marido. Mientras hablaba con esa frialdad, su marido desapareció por unos instantes. Al oír que decían su nombre, entró para responder. Tenía los ojos rojos.

Él nos explicó lo que hacían habitualmente a lo largo de la semana: la ayudaba con la medicación, a mano tenían unos blíster ya preparados que usaban a desorden. Aquel día era martes, pero usaban las grajeas del jueves. A veces, nos confesó, que algunas pastillas Esperanza no se las tomaba.

Cerca tenía un cajón lleno de cajas blancas, que no sabía reconocer para qué era cada cosa, con algunos sobres “que la ayudaban a comer más”. Tanto él como su hijo estaban preocupados por eso.

Esperanza hacía tiempo que no le apetecía comer.

Fue cuando su hermano entró entonces en la conversación.

Éste sacó de otro cajón una gran caja con suplementos vitamínicos, mientras se quejaba. Dijo que Esperanza no comía porque no ponía empeño, y que su cuñado no la forzaba a comer. Afirmaba que seguro que podía mejorarse, y sabía de antemano que esas vitaminas, que les había dado él mismo, la ayudarían. Él también tenía muchas enfermedades, nos repetía una y otra vez, de la sangre, decía, y que gracias a las vitaminas se encontraba bien. Así que ella tenía que tomarlas. Seguro que le irían igual de bien.

Esperanza siguió estirada en el sillón, como si no oyera nada. Su hijo, ausente, como si todo esto no fuera algo nuevo. El marido, otra vez, salía y entraba del comedor. Siempre mantenía la compostura ante nosotros.

Con todo ello, lo vimos claro. Esa discusión era el pan de cada día en esa casa.

Así que una vez preguntados y dejado que expresaran sus preocupaciones, antes de que se enzarzaran en una gran discusión, nosotros empezamos a hablar. Esperanza tenía muy claro su futuro. Tenía muy claro que sus preocupaciones no se basaban en ella o su enfermedad, sino sobre los que le rodeaban. Por un lado, estaba preocupada por su marido. Habíamos notado, con lo poco que estábamos allí, que él llevaba tiempo desviviéndose por ella. Para él cada día con ella era una alegría, pero también una tristeza. Y que por mucho que lo intentara, la muerte inevitable a él le provocaba una gran angustia. Estaba haciendo de todo y más. Lo remarcamos e insistimos en ello, pues esa situación de convivencia era dura, y lo que necesitaba era apoyo.

Se lo remarcamos a su hermano. Que no vivía las 24 horas con ella, que sólo le hacía visitas puntuales. Y que enzarzarse en discusiones como aquellas no tenía sentido. Nadie quería estar en la situación del cuidador, y justamente el marido de Esperanza lo hacía todo por ella.

Además, tuvimos que reforzar la no idoneidad de las vitaminas que recomendaba. Ya no estábamos en ese punto, para Esperanza esos suplementos no le ayudarían mucho. Tenía que entender que para ella, comer las judías y el pescado de la mesa, en ese momento, era lo más importante. Más, incluso, que cualquier medicina que se tomara.

Así que tuvimos que hablar, durante un buen rato, con la paciente delante, de la importancia de que Esperanza se sintiera bien cuidada. Que cada comida que terminase fuese un logro, una celebración y una victoria. Y que ante todo siempre estuviera cómoda. No sólo por el dolor y el ahogo, sino viendo que su familia le acompañaba.

Dejamos ese domicilio con la promesa de una nueva visita, para seguir hablando. Para seguir

acompañando. Y para ver cómo entendían las cosas.

El hermano de Esperanza nos acompañó hasta el portal. Y nos paró, en un momento, a escondidas del resto de la familia, para hablar con nosotros. Quería decirnos que debíamos insistir en que el marido debía hacer más. Y quería saber si Esperanza superaría todo ello.

Entonces tuvimos que pararnos y volver a insistir. Tenía que entender cuál era la situación actual, y aceptar que el marido era el cuidador. Quizás, en ese momento, lo que también necesitaba el marido de Esperanza, era comprensión.

Y debían acompañarlo, incluso más, hasta el fin de la historia de Esperanza.

Caso clínico nº 10: Consulta sagrada con preso-recluido forzosamente

Soy médico en un centro penitenciario. El paciente se llama Raymond, es ciudadano europeo (no español) y con un amplio historial delictivo en bandas organizadas mafiosas (tráfico de armas, narcotráfico...). Por tanto, su "estatus" en el módulo es el de un preso con entidad, respetado por los demás internos y considerado peligroso por las autoridades de la prisión. Ronda los 40 años y frecuente poco mi consulta. Cuando lo hace, por alguna cosa banal, es extremadamente correcto conmigo.

A partir de una fecha, empieza a frecuentar más la consulta. Se le ve nervioso. Me empieza a tantear (para ver de qué "palo" voy, si puede confiar en mí) y como ve que yo soy independiente de la dirección del Centro (algunos funcionarios dicen que "soy amiguito de los presos y enemigo de los funcionarios"), se empieza a abrir poco a poco. Un día entra a la consulta y rompe a llorar. Me dice que es el único sitio donde puede hacerlo, ya que en el patio no puede mostrarse débil ante los demás. Le dejo que llore, que se desahogue...

Al final, me cuenta que tiene una hija de 6 años con un síndrome raro (no recuerdo el nombre) que le produce tumores malignos recidivantes y que ahora le acababan de diagnosticar uno nuevo.

A partir de ese día, acude todas las semanas a la consulta y siempre acabamos hablando de la niña. Está ilusionado porque, coincidiendo con un periodo vacacional, su mujer y su hija van a poder venir a verle. Me va contando el proceso de la enfermedad de la niña (la quimioterapia...).

Cuando, por fin, vienen a verle, está muy ansioso. Tras la alegría inicial, el nivel de ansiedad va en aumento cuando ellas vuelven a su país. A partir de ese momento, empieza con insomnio, somatizaciones... Y su único objetivo es conseguir salir en libertad para estar con su hija (le queda poca condena).

Ante las quejas por el insomnio, le pauto un hipnótico (Lorazepam 5 mg: 0-0-1).

Unos días después, viene todo alterado a la consulta. Ha estado esperando dos días desde que pasaron los hechos esperando a que yo llegara a la consulta, para contármelo a mí ya que no se fía de nadie más.

Me cuenta que con la pastilla duerme bastante bien y que, por su efecto, una mañana se quedó dormido en el recuento (tienen que estar levantados para que les vea el funcionario).

Según me contó Raymond, cuando se levantó a pedirle disculpas al funcionario, este se lo echó en cara y empezó a agredirle pegándole unos 10 bofetones. En la consulta, Raymond sólo me dice que no se defendió porque veía la cara de su hijita y sabía que si le agredía al funcionario, no la iba a poder ver en mucho tiempo o, si la enfermedad iba mal, nunca... Lloraba de impotencia.

A la exploración, en la otoscopia pude comprobar que tenía los dos tímpanos perforados secundarios al traumatismo.

Yo hice el parte de lesiones tal como establece el reglamento Penitenciario (son enviados al Juez de Vigilancia Penitenciaria) y le saqué al hospital (para que le valorara ORL (otorrino-laringología) y para que hubiera un segundo informe médico en el que constasen las lesiones y así tener más

testigos en una hipotética denuncia).

El paciente, entre lágrimas, me decía que no iba a interponer una denuncia porque luego podrían tomar represalias contra él. Y él sólo quería estar con su hija...

Aunque, también me dijo, que si él quisiera, una llamada de teléfono suya podría hacer que al funcionario agresor le cosieran a tiros a la salida de la prisión...

Para mí, fue un caso bonito en un principio, por poder acompañar en todo el proceso a un paciente catalogado como peligroso, frío, calculador... Se creó una relación de confianza y la consulta fue para él, una burbuja que le evadía de la prisión.

En cuanto a la consulta en la que me cuenta los malos tratos...impotencia.

Finalmente, no denunció y en pocos meses consiguió que le extraditaran a su país para terminar de cumplir la condena cerca de su familia.

Caso clínico nº 11: El paciente con incapacidad física, consulta sagrada

Conocí a Pedro hace un año cuando acabada de aterrizar al centro de salud y venía a sustituir a un médico que acabada de jubilarse después de muchos años en la misma silla. Así que al igual que para mí eran nuevas todas las caras e historias, para los pacientes, el rostro del médico también lo era. Recuerdo con especial cariño aquel inicio, después de haber pasado los últimos dos años sustituyendo a médicos diferentes por semanas y días, acaba de aterrizar en una consulta “huérfana” de médico. El que hasta ahora había reinado durante años en aquel trono se había jubilado, y este hecho generaba un nuevo escenario, yo sentía que algo era diferente, ya no era como otras veces, cuando estaba sustituyendo a la Doctora o Doctor X, los pacientes preguntaban cuando volverían, y por lo tanto era difícil iniciar o establecer una relación médico-paciente que tenía fecha de caducidad. El escenario ahora era diferente, los pacientes no esperaban que su médico durante años ya jubilado volviese, si no que mostraban interés en contarme sus historias, en que yo les fuese conociendo, y así ir creando ese clima de confianza y respeto que alimentan la relación médico-paciente. Recuerdo con una especial ilusión aquellos comienzos. Después de un año, y en contra de todo pronóstico sigo sentándome en la silla en la que conocí a Pedro y a otros muchos. Soy un sustituto afortunado.

Volviendo a Pedro, nuestro protagonista, un hombre de 64 años que acababa de presentar un ictus isquémico del territorio de la ACM izquierda, y que presentaba una hemiplejía y una afasia residual. Además, había sido laringectomizado 10 años atrás por una neoplasia laríngea.

A la consulta acudía con su pareja quien había asumido sus cuidados, ya que tras el alta hospitalaria había estado en una residencia sociosanitaria para la convalecencia. Venían a por apósitos para la traqueostomía, a priori parecía una consulta sencilla. Como estaba viviendo aquel momento tan especial, decidí indagar un poco más. Entonces, Agnes me contó algunos detalles de su historia. Agnes era de Austria, donde la pareja había vivido y donde Pedro había sido operado de la laringe. Mientras tanto, Pedro en permanecía en silencio. Yo le miraba, buscando algo en su expresión ante el relato de su acompañante.

Hacia algunos años que Pedro había vuelto, y ahora ambos volvían a vivir juntos, quedando un espacio en blanco sobre el que no aportaba información. Como estábamos empezando, tampoco pretendía conocer toda la historia desde el primer día, si no que habría que ir construyéndola poco a poco. Agnes hablaba español pero con la limitación de no ser su lengua materna (aquella con la que solamente uno es capaz de expresar los asuntos del “alma”). Pedro, en la silla de al lado, cuando le dirigía alguna pregunta o intentaba interpellarle, asentía o sonreía. Aunque aceptaba que Agnes era la interlocutora, de alguna forma me resistía e insistía con Pedro, le dirigía la mirada, le buscaba, pretendiendo hacerle partícipe de lo que era suyo propio.

Tras mostrar de forma breve aquellos episodios de su vida, el tema se volvió a dirigir a los apósitos para la traqueostomía, que era realmente lo que les había traído a la consulta.

Tanto en aquella consulta como en algunas próximas intentamos resolver, no sin dificultades, el

tema de los apósitos, que nos llevó varias consultas telefónicas, contactar con la asociación de laringectomizados locales, revisar en el almacén... para finalmente dar con algo similar a lo que buscábamos. Durante todos estos “trámites” la que venía a la consulta o con la que hablaba por teléfono era Agnes, que poco a poco iba dibujando más pistas de sus vidas pasadas y presentes. Se quejaba de la actitud de Pedro, de su carácter, de que no quería ir a la consulta del logopeda. A su vez, yo me había esforzado en conseguir los “dichosos” apósitos no sólo porque los necesitaba si no porque pensaba que a través de ese procedimiento se podría abrir un recorrido paralelo en el que trabajar con Pedro (y su cuidadora Agnes). En ese aspecto le hablé de la asociación de laringectomizados, le di el teléfono y la dirección con los horarios, animándole a que se acercara algún día. Finalmente, creo que Agnes fue la que se acercó a la asociación un día porque Pedro se negaba.

Las personas con algún tipo de discapacidad, ya sea física o psíquica, se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. En muchas ocasiones, ellas mismas no pueden asumir sus propios cuidados, y dependen de quien se los proporcione. Por lo tanto, el escenario clínico triangula entre el profesional sanitario, la persona cuidadora y el paciente discapacitado quien corre el riesgo de quedarse fuera de juego pese a ser el actor protagonista (aunque no el único) de la película.

Reflexiona sobre las siguientes cuestiones partiendo del escenario que se pretende dibujar en el texto. Piensa que tú eres el médic@ que acaba de aterrizar a esta consulta:

¿Qué dificultades nos encontramos en la atención a pacientes con discapacidad? ¿Cómo podemos hacerles frente?

En la relación con muchos pacientes con discapacidad el principal canal de comunicación suele ser a través de la persona cuidadora del paciente. ¿Cómo podemos establecer una adecuada comunicación con ella sin restarle protagonismo al propio paciente? ¿Qué barreras nos podemos encontrar?

Es posible que las demandas derivadas por la persona cuidadora no coincidan con las necesidades del paciente, ¿cómo podemos resolver estas discrepancias si las hubiese? Como se ha relatado, muchas consultas pueden estar motivadas por aspectos burocráticos como informes, u otras cuestiones logísticas (volantes de ambulancia, material...). ¿Crees que estas pueden desviar el foco de atención, transformando la necesidad del paciente (lo realmente importante que resulta habitualmente de gran complejidad) en algo más concreto, tangible, reducido y evidentemente más sencillo de gestionar?

La longitudinalidad y la continuidad son elementos que favorece la relación médico-paciente, y que por lo tanto favorecen encuentros clínicos más cercanos y profundos. Aun así, es posible que un primer encuentro clínico (en el caso de un médico nuevo o sustituto) se convierta en una consulta sagrada. ¿Qué factores crees que pueden hacer que esto llegue a suceder?

Caso clínico nº 12: En la farmacia comunitaria, consulta sagrada

María tiene 89 años, vive sola en una casa de aldea en un pequeño pueblo que pertenece a la parroquia donde está mi Farmacia y el Consultorio. Tiene 89 años y hasta hace muy poquitos años ejerció de peluquera.

Todos los meses viene a la farmacia a por el medicamento de la memoria (donepezilo) que utiliza desde hace mas de 8 años porque en una ocasión “se desorientó” y no sabía donde estaba. Conoce perfectamente sus medicamentos y para qué son . Desde hace varios años recibe tratamiento “para los nervios” (ansiolíticos y antidepresivos) , para “los huesos” (calcio) y para el dolor.

Es una mujer con una agilidad y una actividad envidiable. Sube y baja caminando desde su casa a Carbayín que está a 3 Km. Digo sube y baja porque no hay ni un solo tramo llano en el recorrido que ha de hacer hasta el consultorio y la farmacia.

Este verano me sorprendió con su relato emotivo plagado de dignidad y respeto a su médico y de confianza en su “farmacéutica de cabecera”.

Después de entregarle los medicamentos y repasar como los toma me dice que se quiere morir, *solo quiero llegar a casa y acostarme. Esto no es vivir. Ya me levanté a las 5 de la mañana para venir al médico.* Le pregunté que por qué tan temprano: *para poder arreglarme, “prenderme el pelo” que ya casi no puedo con estas manos doloridas y deformadas por la artrosis, para dejar atendidas las ovejas y las gallinas.* LLORA: No quiso molestar a su sobrina y de nuevo vino caminando para estar en el médico a las 8 de la mañana, a la antigua usanza, como su médico se merece: con el mejor traje, arreglada y elegante.

Se quería morir porque las manos ya no le responden, no puede coser y ella siempre se hizo su ropa, no puede peinarse, le cuesta muchísimo subir las escaleras y no le da tiempo a llegar al baño que está en la primera planta. Me confiesa que hay veces que llega a orinar en el jardín . Siente que es una carga para la familia, su hija quiere llevarla a su casa, pero vivir en un piso en Gijón es demasiado para ella. No quiere preocupar a la hija, pero también es consciente de sus limitaciones, no quiere renunciar a su hogar y prefiere que la dejen vivir sola. Sola pero sin dolor

El dolor y la pérdida de sus habilidades y su autonomía la desbordan. El dolor está siendo tratado con celecoxib y opioides. Tiene mareos y en una de las últimas visita tuvo que bajar en “*la línea*” : *estaba tan mala que no me puse ni los dientes, pasé muchísimo miedo pero no quise avisar a nadie para no molestar y para que la hija no me lleve a Gijón.* Esta conversación, este encuentro (¿consulta?) fue una oportunidad para ayudarla a decidirse y que se acoja al servicio de la Cruz Roja: así su hija estará un poquito mas tranquila y ella podrá continuar en su casa.

Desde el punto de vista teórico el tratamiento de María no pasaría los rigurosos criterios que se aplican a los listados de los pacientes ancianos polimedicados, le sobrarían o serían considerados inadecuados casi todos por no decir todos los medicamentos que usa (que son 9). Pero María no espera de la farmacéutica que estudie si los mareos son una reacción adversa, si es adecuada la analgesia o necesario el donepezilo. Eso no es la razón de su demanda, solo quiere que la escuche y la entienda, no tener dolor, no estar triste, poder cuidarse y estar arreglada, coser, no tener que hacer pis en el jardín y vivir en su casa sin ser una carga para los demás,

Caso clínico nº 13: El duelo como consulta sagrada

El caso de Silvia era especial. Una amiga común nos llamó para decirnos que estaba fatal. Que casi un mes después de fallecer Emilio, su padre de 87 años, seguía sin acudir a su trabajo (una pequeña tienda de ropa de señora), sin responder a los mensajes, contestando con monosílabos al teléfono fijo y con el móvil “apagado o fuera de cobertura”... Emilio había estado sus últimos 10 años de su vida luchando contra una enfermedad hematológica “crónica” que al final había desgastado sus fuerzas y sus ganas de vivir. Cuando le conocimos, desde el servicio de hematología descartaban realizar más transfusiones y recomendaban “control por su médico de cabecera”. Médico al que, a pesar de la elevada edad y sus problemas crónicos, apenas conocían dado el carácter “hospitalario” de sus dolencias. Hasta ahora...

Nos costó localizar a Silvia. Varias llamadas a su móvil, muchas más al teléfono fijo... Sin embargo fue ella la que nos llamó al ver las llamadas perdidas y reconociéndonos en ese número tan largo que le salía en la pantalla. Con voz baja, de tono aséptico, inició la conversación agradeciendo lo que habíamos hecho por ellos. Insistimos en verla. No fue difícil quedar. Seguía en casa de sus padres “ayudando a su madre” según nos dijo. Allí les conocimos...

Entonces fueron apenas tres visitas. Emilio estaba sentado en un sillón aquel primer día. Más que sentado, atrapado entre cojines para que su debilitado cuerpo no cayera hacia los lados. Su palidez cérea contrastaba con la oscuridad del entorno. No se quejaba de nada. Apenas respondía con monosílabos y en un hilillo de voz. Estaba “bien”. Casi no comía ni bebía desde hacía un par de días. Todos, creo que incluido él, sabíamos que era el final. Su esposa Teresa, bastante más joven que él, parecía tremendamente tranquila y adaptada.

Como decía las cosas fueron yendo fluidas. Otras dos visitas. Una palomilla subcutánea para

administrar la medicación para dormir y para el dolor que ya no podía tomar por boca, unos consejos de higiene, las posturas en la cama, unos silencios acompañados... Medicación de rescate por si aumenta el dolor. Y por si está más nervioso. Y por si aparece disnea, agitación, o secreciones que no pueda expulsar. Todo escrito en un papel que aquí se queda. Unos teléfonos para el fin de semana. Un abrazo al despedirnos el viernes. Un “ya hablamos”...

Emilio falleció ese fin de semana. No necesitaron llamar a ningún servicio de emergencias salvo unas horas antes de fallecer ante la persistencia de una respiración irregular y ruidosa; usaron el servicio que aquí en Euskadi se llama “Consejo Sanitario”. Pero no fue necesaria la visita de ningún profesional.

Todo bien.

Estos y otros detalles aparecen en mi memoria cuando Silvia nos abre la puerta. La casa, las alfombras, el reloj grande del salón... El sillón donde estaba sentado Emilio parece ahora mucho mayor, libre de los cojines y de aquel cuerpo que ya se iba. Silvia nos ha preparado en una bolsa las medicaciones que ya no usarán. Ha guardado hasta las jeringuillas vacías de la morfina y el midazolam. Nos da las gracias por todo. Pero algo no va bien.

Le preguntamos como fue. No nos mira. “Horrible”, dice. “Su pecho metía un ruido como el de una olla hirviendo. Nada le calmaba. Llamé al teléfono que me disteis.”

Calla. Llora. Llora hacia adentro. Su cuerpo sentado se endereza esforzándose en sacar pecho y elevar la cabeza. Pero no es capaz de mantenerlo y con una espiración ruidosa dobla la espalda y entonces llora hacia fuera. “Sé que hice bien. Eso os había entendido. Me dijeron que tanta medicación podría tener efectos secundarios. Pero yo os entendí eso. Que si se agitaba le pusiera. Todo lo que necesitara. Creo que yo le maté. Yo entendí eso. Pero creo que se murió por mi culpa...”.

La sorpresa nos paraliza. Repaso en mi memoria aquella última visita. Lo que hablamos. Lo que no dijimos. Lo que dejamos escrito. Me salen un montón de explicaciones, de excusas... Creo que no es el momento. Siento rabia y vergüenza.

Permanecemos callados. El reloj del salón sigue marcando el ritmo de un tiempo que parece parado.

Habrà otra visita. Tendrà que haberla.

Quisiera que habláramos de esta visita. De esta y de la que vendrà (de hecho ya se produjo).

Caso clínico nº 14: El último paciente del día rompe a llorar en la consulta.

Arantxa tiene 55 años, está casada y tiene dos hijos, el primero de 25 años y el segundo de 23. Lleva desde hace años una pescadería de barrio junto a su marido. Suele tener vértigos de manera ocasional, que suele tratar con productos de herboristería sin que el tratamiento que en su día le puso el otorrino tuviera beneficio alguno. Es la cuidadora principal de su padre, Jose Luis, enfermo de Alzheimer cuya demencia y dependencia han ido cada vez a más en los últimos meses. Tiene escaso apoyo de sus hermanos y su pareja tampoco supone un apoyo en este asunto.

Su médico lleva unos 6 meses trabajando en su nuevo cupo. Ha visto en un par de ocasiones a Arantxa, siempre por el tema de su padre. Ha leído su historia clínica y sabe de sus vértigos, sin que haya tenido necesidad hasta ahora de tener que intervenir por este u otros temas de salud. Tiene en mente que algún día habrá que entrar en el cómo lleva el tema de su padre. Se pregunta hasta qué punto los varios episodios que lee de vértigos en los últimos años guardarán relación con el tema.

Como es habitual desde que comenzó con su nuevo trabajo, hoy se le ha vuelto hacer tarde. Tiene dos hijos pequeños, el mayor de 3 años y la pequeña recién nacida y la hora de los baños y de las cenas llegarán puntuales a su cita. Su mujer está al cuidado de ambos y sabe que hoy no tiene apoyos familiares hasta que él pueda llegar de la consulta. Hay que ir cerrando ya la jornada. Hay

que tratar de salir a la hora.

Arantxa es la última paciente del día. Su médico piensa que será algo relacionado con la medicación de su padre, habían acordado adelantar la cita de continuidad si se presentaban novedades. Cree que podrá hacer frente a la demanda en un tiempo razonable y llegar así a casa a tiempo para los quehaceres. Se saludan, y el médico ya nota que su actitud no es la de los encuentros previos.

Ambos se dirigen a sus sillas en silencio. Éste se rompe de manera inmediata y sin más preámbulos con un “No puedo más” y de la misma se pone a llorar...el médico nota como un suspiro silencioso se escapa de su boca.

Lleva días con los vértigos, que se acompañan de cefalea e insomnio. No tiene ganas de comer y se nota con ansiedad. Nada de lo que le funciona de manera habitual le calma. Siente también, en reposo, una molestia precordial, como un peso, de poco tiempo de duración y que se pasa sin más. No lo cuenta como dolor, pero le asusta que sea un infarto como le pasó a su madre y murió.

El médico no se lo puede creer. Siente la prisa, su familia le espera en casa, su mujer cuenta con él para la recta final del día. Mientras escucha, piensa en cómo puede resolver la consulta de la manera más rápida posible, al tiempo de no ser negligente. “Si me agarro al dolor torácico y la mando a urgencias, asunto solucionado” se plantea...

A medida que Arantxa avanza en su relato, nota la inquietud de la que es presa. Sabe que se arrepentirá de llevar a cabo su primera idea sin indagar más. Sabe que hoy, ahora, Arantxa necesita que la escuchen y que quizás sea el momento de entrar en el tema que tenía anotando en mente. Sabe qué es lo que debe hacer.

Cuando vuelve el silencio, el médico le pide a Arantxa un segundo para escribir a su mujer. “Debo avisarla de que llegaré tarde” le comenta a modo de disculpa. “Consulta sagrada, llegaré tarde” teclea en el whatsapp. Es entonces cuando le pide a Arantxa que pase a la camilla mientras le dice: “Bueno, vamos a ir poco a poco que me cuentas muchas cosas y necesitamos entendernos”.....

Caso clínico nº 15: Cuando llora un profesional que es paciente

"Abrí el ordenador como cualquier mañana y allí, escondida casi en un rincón, te encontré en mi agenda. El hallazgo supuso una sorpresa: uno más de entre un montón sin preferencia. Algo en mi mente me alertó : quizá sean cosas mías pero esto de habitar en la normalidad de una larga lista no presagiaba nada bueno.

¡Como somos! sólo cuando se hace de lo normal lo extraordinario conseguimos que salten las alarmas.

Empecé como un día más pero queriendo y no queriéndome encontrarte.

Reaccionar en esta situación se hace difícil cuando tú sabes mejor que yo qué es lo que esperas.

Entraste de repente, sin esperarte, al cambiar el orden de la lista una desconsiderada ausencia. No me dio siquiera tiempo a levantarme: allí estabas, demacrada, ojerosa, llorando sin consuelo porque la vida te arrastra hacia el abismo.

Un padre anciano con demencia que depende de ti ”porque eres médico”, un par de adolescentes malcriados a los que has dado todo aquello que quisieron sin medida; una cambio de trabajo recién impuesto con nuevos compañeros, nuevo cupo y un desaire que la vida te trajo a contrapelo: el abandono "sin más ni más "de tu pareja ,siempre según me cuentas...

-“dirás que soy una tonta pero no puedo dejar de llorar desde hace días e ir a trabajar se me hace un mundo”

No fui capaz más que de una leve sonrisa y de animarte a seguirme contando.

-“Da igual lo que otro piense...serénate y cuéntame despacio qué es lo que te preocupa”, mientras te hice en la mano una suave caricia mirándote a los ojos. No era capaz de darte más que espacio y tiempo.

De aquí en adelante- en aluvión- salieron miedos, dudas, preguntas sin respuestas y conjeturas...”
Que pensarás de mi...”,” qué dirán todos”, "quizá aguante un poco más", " estoy cansada"...

Sin diferencias: el dolor se manifiesta igual que en otros porque no entiende de títulos colgados, de batas, de noches largas de guardia preocupada por tu familia, tus problemas y tus duelos.

Mientras te escucho mi mente vuela haciéndose sesudas reflexiones.

"Tu conocimiento es el mío; no puedo tomar cualquier postura ni decirte cualquier cosa. Esperas que obre con prudencia: que te escuche, serenamente, sin juzgarte; sin sentirme un médico en tu piel sino tan sólo un ser humano que sufre, siente dolor y llora.

Los protocolos no pueden ayudarme. Puedo imaginarme lo difícil que resulta reconocer la pequeñez que sientes al reconocer tu dolor y tus miserias ante el médico que ahora es sólo una figura y no un amigo. Y eso, es en lo que debo empeñarme. En cambiar la percepción que como médico tú tienes de ti mismo.

Nadie te juzga, nadie te recrimina, nadie duda de tu valor profesional porque una lagrima tras otra recorran tus mejillas...

Y me encuentro escuchándote con todo mi interés y una sonrisa."

Tú me hablas y yo escucho; escucho con el alma abierta por que así me hablas tú

Intento hacerme una idea concreta de tu dolor, tu pesar y tu angustia.

Pongo mi bata y mi corazón en modo "escucha activa"...

Una consulta, un día cualquiera, más de cinco años atrás.

Gracias por atender y revivir conmigo la consulta de un compañero y amigo que espera de mí que, en este trance, sea nada más y nada menos que su médico.

Caso clínico nº 16: Cuando se incendia la cocina

Quiero hablar de L, una mujer de 56 años, casada y con dos hijos, uno de ellos vive aún en casa; es modista de profesión y vocación, la primera vez que nos vimos era para prolongar un proceso de incapacidad, porque L tiene una artritis reumatoide avanzada e incapacitante que afecta fundamentalmente a sus manos. Le han operado de la mano derecha, a pesar de la intervención y de todo el tiempo que lleva de reposo su problema no mejora, y cada vez esta más torpe y con más dolores, por lo que el traumatólogo le ha dicho que probablemente no pueda seguir trabajando en lo suyo. L, se presenta como una persona reservada a la que le cuesta mucho hablar de sí misma, me cuenta que la costura ha sido una de las cosas más importantes de su vida, porque le gusta, y porque cada vez que ha tenido un problema, y gordo; la costura ha sido la válvula de escape con la que neutralizar sus ansiedades y miedos, me habla de una muerte de un hermano, de una madre enferma... pero todo de refilón; porque bueno, L insiste que no le gusta hablar de ella. No le gusta, creo yo, ser consciente de sus debilidades y miedos; porque hasta ahora lo ha sobrellevado todo ella sola. En esta primera entrevista intento hablar un poco de las perspectivas, de la incapacidad,...del tema al que se enfrenta, que es dejar de hacer lo que le gusta; ella ya lo tiene más que elaborado, parece...y dice "ya estoy intentando hacerme a la idea, pero es muy duro; soy muy joven y yo, necesito coser".

Un martes, a mediodía, momento de prisas y caos, en que los médicos que pasan por la mañana y los de la tarde se cruzan, unos tienen que ceder sus consultas para que otros pasen, porque no hay salas para todos; estoy con Josefa en la sala 28 (mi nueva sala habitual es la 21, menos los martes; los más de 30 años previos la 36) y alguien aporrea la puerta y la abre sin esperar respuesta, es L; a la que yo en ese momento no reconozco, para confirmar si estoy en esa sala o no. Y es que con esto de la jubilación, han reestructurado el cupo y le han cambiado el horario, la sala, el médico y la enfermera sin dar información a los pacientes (ni por escrito, ni oral cuando piden cita, ni nada...), ellos se van enterando según van viniendo y perdiéndose por las diferentes plantas del ambulatorio.

Bueno, cuando termino con Josefa entra L, totalmente fuera de sí, chillando y llorando "esto no hay derecho, voy a poner una queja, no se nos puede tener así, toda la vida en la tercera planta con la Dra. P he estado allí como una boba esperando, luego me han mandado a la 21, y no estabas, y ahora te veo en la 28...", mientras yo ya me había metido en la historia y ya reconocí a L, y caí en

la cuenta, porque un día antes había recibido una carta del INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) con una resolución de una incapacidad laboral permanente. Le deje vaciarse, y cuando se calmó, le pedí disculpas y le pregunté por el motivo de su visita urgente. Me contó que 3 días antes estando en la casa del pueblo esta empezó a incendiarse, con ella y su familia dentro, y como habían vivido todo el incidente, como su marido se había empeñado en volver a subir a la casa, los bomberos, los vecinos del pueblo merodeando...y el motivo del incendio que tenía que ver con la instalación de la chimenea, último modelo, elegido expresamente por ella, hace unos años cuando decidió reformar la antigua casa de piedra para hacerla más confortable. Por un lado, la angustia de vivir el incendio, que no era capaz de olvidar...y bueno, que su hermano, cuya muerte ayudo a sobrellevar con la costura, murió quemado. Bueno, tras un rato de conversación, una exploración física, y un tratamiento, le dí nuevamente una cita de control para ver cómo estaba.

L volvió a la semana, según tenía previsto, más tranquila...en parte por el tiempo, en parte por la medicación y en parte porque había sido capaz de volver a ver su casa quemada, pero preocupada y con un sentimiento de culpa, y llora; porque el incendio había sido provocado por algo que según ella, ella había hecho. Agradecida y disculpándose por su comportamiento del anterior día. Me cuenta un poco más de su historia vital, un de sus hijos, un poco trotamundos, conoció a su novia, también médico de cabecera y alemana; ahora vive en Munich, y dice, “como ya no estoy de baja voy unos días a ver a mi hijo, a ver si me distraigo y me relajo”; medio riendo, haciéndome ver qué está poniendo de su parte para elaborar su duelo laboral, y queda antes de irse en hacerme otra visita.

Y la cuarta y última visita de L fue el día antes de ir a ver a su hijo, entró sonriendo por la puerta, efectivamente el problema había sido de la instalación de la chimenea, pero “un error humano lo tiene cualquiera”. Le pregunto si ha probado en volver a coser, y sí, es capaz de coser una hora u hora y media antes de tener q parar, eso sí hay cosas que ya no puede hacer, pero se le ve más serena. Y me desea suerte, porque a todo esto yo en unos días me examinaba de una oposición, para la que llevaba estudiando, mucho, y trabajando 6 meses.

Y bueno, con esta historia a mí se me pasan muchas cosas por la cabeza. Veo que las consultas sagradas no tienen guion ni una secuencia lógica, y posiblemente en nuestra formación no recibimos indicaciones o estrategias suficientes para abordarlas como merecen. La empatía o la capacidad para abordarlas en parte se puede aprender y trabajar con los años y el ejercicio profesional (anda que no me queda), pero parten de una forma de ser y de funcionar individual de cada uno, y los con los años y nuestras propias experiencias vamos aprendiendo.

Yo creo que L me ha dado más a mí de lo que yo he podido ofrecerle a ella. Yo no baso mi forma de trabajar o de tratar a mis pacientes sólo en algo aprendido, creo que lo baso fundamentalmente en mi forma de ser y funcionar en todas partes, y eso me da miedo, porque ¿quién me dice a mí que ese es el proceder correcto?, a veces asusta pensar en la influencia que podamos tener en nuestros pacientes y en sus vidas, porque es difícil establecer límites, más en un trato terapéutico, ¿no? Y esto lo pienso yo, que lo máximo que he estado en una consulta es un año (y me siento afortunada). Miedo a en una situación que se sale de la clínica, de las tablas y los tratamientos, de los resultados y las exploraciones objetivas, a meter la pata, a decir algo sin querer, o sin meditarlo mucho, porque estamos todo el día “improvisando”. Y es que abordar la hipertensión es “sistemático” y bueno, aunque hayamos dormido mal, estemos pensando en el tostón de legal que nos toca estudiar por la tarde o en esa amiga que lo está pasando mal, podemos salir del paso...pero estas consultas requieren una dosis extra de energía y lucidez mental.

Pero bueno, en esta historia, qué le iba a decir yo a decir a L, que me saca algún que otro año en experiencia vital...

Caso clínico nº 17: Cuando alguien interrumpe una consulta sagrada

D es un varón de 20 años, con el que he tenido varias consultas sagradas. Hace un año le diagnosticué HIV. No se lo esperaba en lo más mínimo. El diagnóstico, la infidelidad de la pareja con la que estaba hace años... Le costó mucho aceptarlo, todavía está en proceso. Visitas conmigo, con psicóloga, ... La madre está pasando una enfermedad, de manera que D no ha querido agobiar a la familia con su enfermedad. Cómo veis, un panorama complicado.

Lo vi tan perdido que hice una cosa que no suelo hacer, darle mi teléfono personal. Y estoy contenta de haberlo hecho. Aunque casi no lo ha usado, creo que le ha dado confianza tenerlo. No teniendo bastante con asumir los nuevos diagnósticos, se le inicia tratamiento para el VHC. Han sido 6 meses terribles, ya venía deprimido y le ha costado muchísimo tirar adelante con los efectos secundarios físicos y psíquicos del tratamiento.

Pues llegamos a la consulta del otro día. Viene a contarme que el tratamiento no ha funcionado, y tiene que volver a empezar con otro. En éstas entra mi compañera (y amiga, con la que por suerte tenemos complicidad) a dejar sus cosas en la consulta. Desde hace unas semanas, en mi centro tenemos un nuevo sistema de funcionamiento, con el que cada día estamos en una consulta diferente (demanda aguda, crónicos, domicilios, espontánea...). De manera que nos hemos vuelto nómadas, yendo con la botella de agua y el fonendo arriba y abajo. Así que las interrupciones son y serán cada vez más habituales, por desgracia. Mi compañera empezó a guardar sus cosas en los cajones, y yo paré de hablar y le hice una señal a D para que esperara. Ella notó que yo me callaba, y le pregunté amablemente si le faltaba mucho para recoger. Primero me dijo que siguiera, pero luego se dio cuenta de la situación y acabó lo más rápido que pudo y se fue. Es una situación habitual en mi centro, no sé si tanto en otros, y la verdad es que a veces es difícil de gestionar. Médicos, administrativas o auxiliares que vienen a dejar material, la mujer de la limpieza (!! que aparece a las dos como un reloj y vuelve a cerrar cuando ve que no he acabado (habitual en mí ;-)). Si el paciente viene por tos o conjuntivitis, es molesto pero se sobrelleva. De todas maneras, la persona no tiene por qué contarle a la administrativa, ni siquiera a otro médico, si le duele el ojo o la barriga. Pero en las consultas sagradas se vuelve una obligación parar y esperar a que acabe la interrupción.

Caso clínico nº 18: Acompañar la pérdida de un hijo

Beatriz, perdió su una de sus gemelas hace un par de años, al entrevistarla, dice (con lágrimas en los ojos): “me derivaron a Santiago, en la ambulancia las dos estaban vivas, tenía problemas para respirar, dicen se puso morada y le dio un paro cardíaco (pero salió)... luego otro se murió!!!”

No sabía que decir, le agarre su mano (con lágrimas en los ojos), y continuo relatando su pérdida: “Le hicieron los análisis, dijeron tiene chagas avanzado y diabetes muy avanzado, pero para mí no es así, sino debería tener la otrita también (refiriéndose a la gemelita). “Por qué Dios me la llevado, me han arrancado el brazo, nadie sabe lo que yo sufro por ella”.

Me puse a llorar a la par de ella y no tenía fuerzas para hablar y sentía mi deber de consolarla, pero no podía hablar, lloraba. Solo abrazarla y llorar juntas. En las próximas visitas, me espera con mate y pan, la crisis de angustia, el poder desahogar su dolor terminamos llorando juntas... La última vez que la vi me dijo: “Todos los días revivo el dolor al ver su hermanita cuando se despierta, cuando come, cuando llora...”

Paso un año, y con ayuda psicológica va superando el dolor de perder su hijita.

Me fue muy difícil acompañar estos momentos.

Caso clínico nº 19: Magia, curanderismo y medicina de pueblo

Cuando uno vive en un pueblo de 1500 habitantes, es muy difícil decir que no vas a ver a un paciente que no te corresponde porque es domingo y no es responsabilidad de tu servicio, y además...bla, bla, bla... (burguesas reivindicaciones de "doctores").

A esto se agrega que eres vecino de la familia que acude a tí (quien no es vecino de cada uno y todos los mil quinientos en un pueblo pequeño) y que tus hijos son uno mas en la escuela con todos los demás niños y que en el almacén somos todos iguales para esperar turno. Las palabras para la explicación del caso, cuando alguien golpea a la puerta se agotan, se dejan de lado y uno tan solo se dedica a hacer lo que ha definido como su tarea o en el mejor de los casos "vocación".

Rosana tenía como unos 25 o 26 años. Golpeó la puerta de casa el mediodía de un domingo, cuando estábamos por comer. Su hijo pequeño de dos años, en la mañana se había colgado de un brazo jugando y desde ese momento yo no lo movía mas. El miembro colgaba típicamente inmóvil junto al cuerpo.

Rosana lloraba. - Debe estar quebrado- me dijo.

Le pregunté algo mas mientras le tomaba el brazo muy despacio por el codo al niño. El me miraba con cara temerosa, pensando seguramente que le provocaría dolor. No tenía dudas así que hice la maniobra una vez mientras charlábamos. Nada, pero tampoco despertó dolor. La hice otra vez con mayor atención y sentí el característico sonido, CLAC!, le pedí que me agarrara un dedo apretándole el otro brazo contra el cuerpo, se rió y levantó la mano que hasta hacía un segundo estaba inerte colgando y apretó mi dedo. Rosana lloraba mas, pero de alegría.

- ¿Como hizo? ¿Cuánto le debo? ¿No necesita tomar o hacer nada mas? Su cara era de sorpresa incomprensible. Es increíble decía, pensaba que tendría que marchar para el hospital (que distaba 75 km.). Le dije que fuera tranquila, que era todo lo que había que hacer y me fui a comer. La mesa pronta esperaba por mí. Esta vez no hubo reclamos por la demora de la consulta, lo que era habitual. Comimos tranquilos el asado de domingo. Poco tiempo después, inevitablemente, resonaron comentarios en el pueblo sobre mis pretendidos actos de magia o sobre el poder de curar. También me resulta "mágica" esta maniobra que la he realizado con éxito un par de veces mas, una con uno de mis hijos. Este tal vez sea un ejemplo extremo del "poder de curar", pero el acto médico tiene mucho de mágico y chamánico en el quehacer de todos los días. Algunos pacientes lo ven así. Otros no le ven pero se favorecen de este efecto de todos modos. Otros incluso lo necesitan.

Muchos médicos ni perciben que este poder no viene de ellos, sino que depende del vínculo, de la confianza, y de las destrezas. No tengo claro que haya reglas para esta dimensión del proceso salud enfermedad pero diría que por lo menos que chamán no es el que se lo propone. A veces así se dispone.

Caso clínico n° 20: Mujer inmigrante sin cita

M es una mujer de unos 30 años, inmigrante, que lleva toda la mañana acudiendo al servicio de urgencias del centro de salud, insistiendo en ver a mi adjunto, golpeando la puerta y asomándose entre consulta y consulta. Por su aspecto (y esto es prejuicio, pero en algo hay que basarse) no parece tener muchos recursos. Al adjunto le han llamado por teléfono varias veces desde el control, insistiendo en que la atienda, ya que "no para de dar el follón".

M entra en consulta.

Parece muy afectada, es muy demostrativa con sus síntomas (lo que mi adjunto denominó "histérica" conforme M salió por la puerta). El adjunto pone una cara seria, inexpresiva, y le insta a

que le diga qué le pasa, que vaya al grano. M empieza a nombrar síntomas variados, como un resfriado, mucha alergia, dolor de huesos...todo esto con muchos lamentos intercalados, y un comienzo de llanto que no llega a manifestarse en lágrimas.

El adjunto mantiene su expresión impasible, le dice que tome paracetamol para el resfriado, le da un comprimido de antihistamínico y se pone de pie para dar por finalizada la consulta.

M sigue lamentándose, preguntando si no le van a dar nada más, o hacer alguna prueba, e intercalando que ella así no puede trabajar, comenzando incluso a suplicar más tratamiento, o algún papel firmado.

El médico le dice que lo que tiene no es grave, que se tome el antihistamínico y que él ya no puede hacer nada más.

M insiste un poco, y dando la batalla por perdida, sale de consulta.

Conforme sale, la cara del adjunto cambia. Me mira y me dice: esto que acaba de pasar por consulta, es un caso de paciente simuladora, que sólo quiere obtener beneficios para sí misma. Son un verdadero problema, ya que consumen muchos recursos innecesarios, y hay que quitárselos de encima cuanto antes.

Por aquel entonces, la explicación y actitud del médico no acabó de convencerme. Hoy ha vuelto con fuerza a mi mente. El problema de M podía esconder muchos factores: pobreza, reclamación de atención por sentirse sola, exclusión, paro...pero esto es divagar, porque lo cierto es que nunca sabremos qué le pasaba; la echaron antes de poder indagar. Desacralizaron la consulta antes de que pudiera empezar.

Caso clínico nº 21: Paciente con síntomas médicamente inexplicables

A las pocas semanas de llegar a mi cupo conocí a Marta, que tiene 41 años, y casi siempre viene con su hija Sonia, que tiene 22. El historial de ambas tiene más de 50 episodios (el de Marta muchos más), fundamentalmente relacionados con dolores osteoarticulares, molestias digestivas, molestias urinarias y síntomas generales como el mareo o la astenia. Ambas han recibido muchísima medicación de perfil sintomático, algunas de ellas cronificadas en su uso, y ambas tienen un "experto en control de síntomas" usando una constelación de fármacos a demanda. Ambas tienen reconocido un % de incapacidad. Las dos tienen un trato amable, cercano, y piden las cosas con educación pero centran mucho las consultas en resolver síntomas, o bien estudiarlos, o ambas. Con cierta frecuencia vienen de Urgencias porque viven los síntomas (sobre todo dolor o síndrome miccional) como apremiantes y mal controlados.

Poco después conocí a Laura, que vino y se presentó nada más sentarse como "la hermana de Marta". Laura tiene 45, y está diagnosticada de fibromialgia. En los 2 o 3 minutos que la dejé hablar sin interrumpirla me contó dolores en no menos de 6 partes del cuerpo, para los que tomaba 3 analgésicos.

Las siguientes veces que veía a Marta y Sonia, o sólo a Marta, intentaba indagar primero sutilmente y luego menos sutilmente en sus circunstancias. Parte por lo que ellas dicen, parte por anotaciones en la historia, me entero de que Marta está separada (con mala relación, con problemas para que su ex marido le pase la pensión) y ambas viven juntas cobrando la renta mínima y en pisos que el ayuntamiento de Parla destina a ayudas sociales, de los que se han mudado varias veces por problemas de dinero, de broncas con los vecinos... En el actual tienen unos vecinos que beben en la escalera, gritan, ponen música alta a cualquier hora, y en ocasiones generan peleas y una vez hubo un navajazo en el piso de arriba. Todo esto, que podéis pensar que es un contexto como para volverse loca, lo cuentan sin mucha pasión, con menos pasión que sus síntomas, como si fuera un drama de una persona cercana o la peli de anoche.

Un día se citan ambas, madre e hija, para la consulta. Reaparece esa sensación en el estómago de ver que tengo cinco minutos para cada una. Y cuando después de saludarme se sientan frente a mí, Marta me cuenta que una vecina les ha comentado si lo que tienen ellas dos no será también fibromialgia. "Mi hermana la tiene, la conociste el otro día. También un hermano mío, que no conoces, y mi madre la tenía. Mi madre estaba la que peor de todos, y me han dicho que eso puede ser genético... ". Marta quiere saber si la tienen, si se lo puedo decir yo o puedo derivarlas al reumatólogo para averiguarlo.

Citándolas de forma programada y en un hueco algo mayor les hago una exploración física completa, durante la cual voy intentando, con la excusa de explorar los antecedentes familiares, averiguar algo que arroje un poco de luz sobre ellas. Les explico qué son los mandatos familiares aunque ellas me devuelven consideraciones sobre la genética y que cada vez se leen más descubrimientos sobre su importancia. Pregunto por el inicio de los síntomas buscando hilos pero ellas no lo relacionan con nada. Indago sobre su relación y me contestan con bromas.

Y así.

Marta y Sonia están ahora esperando la cita del reumatólogo y yo sigo con la intuición de que no hablamos el mismo idioma, de que algo importante no se ha revelado y que cuando vienen a verme [hay un elefante en la habitación](#). Entiendo también que quizás es pronto y no quiero forzar una consulta sagrada, pero otros médicos de cabecera las han tenido antes como pacientes y la tendencia a presentar síntomas poco explicables médicamente y recibir intervenciones médicas no ha mejorado nada. He preguntado y no preguntado, he sugerido claves alternativas, he negado pruebas y tratamientos y he claudicado y derivado.

No sé si alguna vez tendrá lugar esa consulta sagrada que intuyo.

Caso clínico nº 22: Una despedida en el domicilio

Sucedió en julio, la última semana antes de mis vacaciones.

Fui al domicilio de María, con la dolorosa sospecha de que esa vez sería la última, de que íbamos a despedirnos. Yo me iba de vacaciones y ella estaba cada vez peor. Habíamos pasado el último año viéndonos cada semana o cada dos. Su fragilidad clínica y mi falta de experiencia me hacían visitarla a menudo. Ella agradecía todas las visitas, pero nunca las pidió.

El enfisema pulmonar la encerró en su pequeño domicilio y le quitaba la vida. Antonio, su amoroso marido aprendió a cuidarla paso a paso. Aprendieron a entenderse con la máquina de oxígeno, con las dosis de morfina, incluso solicitó tratamiento antidepresivo. Pudimos hablar del tabaco, y de cómo debía hacerlo cuando deseaba fumar. Mientras ajustábamos medicación y tratábamos exacerbaciones en domicilio, pudimos hablar del pronóstico que la acechaba, de lo que María quería cuando empeorara. Pudimos hablar la vida de María y de la vida de la pareja. Hizo balance. Incluso conseguimos aclarar qué relación tenía con una de sus hijas. Esta primavera María empezó a padecer un dolor en la boca y quiso saber a qué se debía. Conseguimos programar en una única visita al hospital la valoración y la biopsia de esa lesión que le complicaba.

Aquel día entré triste, porque ya teníamos el resultado de la biopsia que podía hacer más dolorosa y molesta esta etapa y porque al irme de vacaciones no iba a estar a su lado. María en su cama, yo sentada a su lado y él apoyado en la puerta de la habitación. Escuché como ambos narraban como habitualmente, cómo habían pasado los últimos días. Había empeorado. Entonces María me pidió el resultado de la biopsia. Ya lo sabía, no contesté. Me sonrió y me dijo: entonces, si es cáncer, esto es el final. En aquel momento llamaron al teléfono y su marido salió del dormitorio. María me dijo: "Doctora, me quiero morir ya. Mi marido ya no puede cuidarme, empieza a maltratarme. Además usted no sabe que bebo alcohol cada día, no

se lo había dicho, disculpe. Él me controla las dosis de morfina y de alcohol y no puede más. Me quiero ir a tal centro a morirme, donde estuvo mi amiga”.

Volvió su marido. Ella repitió con él delante, que quería ser ingresada para morirse. El se puso a llorar. Yo también. Volvieron a llamar por teléfono y María me pidió que cuidara de él cuando no estuviera. El volvió y estuvimos los tres en silencio. Llorando. Después le dije que haría lo posible por conseguirle un ingreso cuanto antes. Le di las gracias. Le dije que había sido un placer acompañarla durante todo este tiempo. Y que cuidaría a su marido lo mejor que supiera. Y volvimos a llorar en silencio los tres.

Nos despedimos y corrí al centro de salud a procurar cumplir la voluntad de María. Afortunadamente y gracias a la trabajadora social, conseguimos plaza en la residencia para la mañana siguiente. Llamé a María se puso su marido y se lo comuniqué. Me dio las gracias. Después hablé con ella, estaba tranquila. Unos días después hablamos por teléfono, me dijo que estaba mejor, que en la residencia se ahogaba menos, y podía pasar la tarde hablando con su marido. Sólo dos días después me llamó su marido y contesté el teléfono desde la orilla del mediterráneo. Me dijo: “Doctora, acaba de morir”.

Esta semana ha venido a la consulta su marido: hemos hablado y llorado de nuevo. Poquito. Gracias María por permitirme ser testigo y acompañarte, allí, en tu casa, en tu intimidad. No me despido porque sigues aquí, formando parte de mi vida y de muchas otras.

Caso clínico nº 23: En Gambia, el paciente no está sordo

“Your patient is waiting for you”, dice Abu mientras me señala la sala de exploraciones, tras darme los buenos días. Ante su autoridad, no pregunto y con un “ok”, dirijo mis pasos a la sala.

Me encuentro con cuatro mujeres de diferentes edades (nunca precisables aquí, nunca adivinables) que permanecen de pie cerca de la camilla, donde espera estirado el paciente. La imagen es desgarradora. Ibrahim tiene 30 años, una ascitis a tensión que se ve a tres horas luz y un estado caquético que asusta y entristece. Creo, ahora, que la imagen me impacta porque vuelco en mi cerebro y en mi corazón la sensación de una muerte cercana, la puedo oler, está presente.

La queja de Ibrahim y de su familia es que no come. Arfang me traduce sus palabras: con poco que coma se siente lleno y casi no hace deposiciones. Ibrahim habla algo entrecortado, se cansa enseguida.

Pregunto si antes de ser visitado en el centro de salud ha sido visitado en otro lugar, en otro centro. Una de las mujeres de edad indeterminada me acerca un par de hojas, escritas a mano. Una es el informe de un TAC abdominal que indica la existencia de un “bladder tumour and hepatomes”. Dejo escapar un pequeño suspiro mientras leo el otro papel. Antes de ser visitado en Basse, localidad a 10 km de donde nos encontramos (por una carretera infame, atravesando un río en barca), los médicos del centro donde estamos le recetaron furosemida y bisacodilo, con la orientación diagnóstica de “abdomen distendido”. Impresiona aún que un diagnóstico inespecífico lleve a un tratamiento que potencialmente pueda resolver la sintomatología detectada. Una vez me recompongo de lo que leo y recentro mi atención en la situación y en el paciente, miro a los ojos a Ibrahim y le pido (Arfang mediante) permiso para explorarle. Ascitis a tensión, disminución de las vibraciones vocales en ambas bases pulmonares, tensión baja, afebril.

Mientras le exploro, llega Abu, el médico local. Le explico en inglés mis impresiones cuanto al diagnóstico, la necesidad de hacer una paracentesis evacuadora y el pronóstico. Al referirme al pronóstico, no puedo evitar decirle que creo que este chico no va a sobrevivir más de un mes en estas condiciones. Me traduce Abu que Ibrahim quiere un informe para poder

pedir el visado con el que trasladarse a Suiza donde tiene unos parientes viviendo. Pregunto a Abu si suelen hacer este tipo de informes y si se les suele conceder el visado rápidamente. “If the patient asks for it, you have to do it, of course”. Acerca del dinero de la gestión y el traslado, Abu me comenta que en ocasiones lo paga el gobierno (el mismo gobierno que no asfalta las carreteras, en el lugar donde “nunca pasa nada”...si no hablas sobre el gobierno, claro...).

Con todos estos pensamientos bailando en mi cabeza, voy pensando si no podríamos hacer aquí la paracentesis evacuadora. Me asaltan mil dudas: cuanta cantidad se podía sacar sin reponer albúmina? Tenemos material suficiente para asegurar asepsia? para realizar la técnica? Las respuestas a las tres preguntas son negativas (“8 L? No lo recuerdo”; “no”; “no”). Decido entonces subir la furosemida, citar en cuatro días para valorar la evolución y realizar el informe que me pide.

En un momento dado, Ibrahim se incorpora, con toda la dificultad y el esfuerzo que el movimiento le requiere, ayudado por las mujeres de su familia, que han estado presentes en la visita con un gesto de gravedad impreso en la cara. Antes de cruzar el umbral de la puerta se detiene a mi lado, sonrío y me dice, en un inglés perfecto entrecortado: ““Thank you doctor, because all patients deserve to know their condition”. Lo ha entendido todo. “Todo”.

Una a una noto las lágrimas que me queman las mejillas, ya imposibles de contener.

Nunca lo volví a ver.

Caso clínico nº 24: Historia de Aisha

Aisha llegó a la consulta acompañada de su hijo mayor de 15 años, Abde. Había venido en otras ocasiones acompañando siempre a su hijo cuando estaba enfermo. Siempre en silencio, aunque sabía que me entendía cuando hablaba con ella sobre su hijo.

Llevaba varios años viviendo en el barrio, y era la primera vez que venía como paciente.

Abde me enseñó la hoja de urgencias del hospital, donde como diagnóstico figuraba crisis de ansiedad. Fue llevada por los vecinos al hospital ya que la encontraron perdida en la calle, desorientada. No quería hablar excusándose que no hablaba bien el español. Me decía la misma frase todo el rato a mis preguntas “directas” de: ¿hay algún problema Aisha? Los niños? ¿Y tú marido? De: “todo bien” “no problema”.

Me pidió que quería hablar con algún psicólogo que hablara su idioma (árabe) porque quería contar lo que llevaba muy dentro y no podía contarle en español.

Estuvimos buscando con la trabajadora social algún apoyo en este sentido, sin éxito. Y siguiendo las recomendaciones de la hoja de urgencias, fue remitida a la Unidad de Salud Mental.

Volvió a los pocos días tal y como habíamos quedado, para contarme que no se estaba tomando el tratamiento que le habían puesto. No quería pastillas.

Y ese día, paré el tiempo, (le di tiempo.....su tiempo) le dije a Abde que esperara fuera de la consulta a su madre. Y hablé directamente con ella.

Estuvimos hablando de su origen (un pueblo de Marruecos), de su vida antes de venir a España, de su marido y de sus tres hijos. Intentaba buscar que le pasaba y fue entonces cuando entre lágrimas, me contó su historia, de una forma muy pausada; que su marido era un buen hombre que le quería, aunque nunca hubiera estado enamorada de él. Y que se casó para salir de su país, de su casa.....de su hermano, que desde sus 12 años se metía en su cama por las noches abusando de ella.

Era más el miedo que le producía el pensar que su padre se pudiera enterar y que todo acabara en un drama que el propio drama que ella estaba viviendo. Me habló de sus sentimientos de culpa, me repetía que ella quizás podía haber provocado de alguna forma esa situación, ya que si no, no podía entender como alguien podía hacer eso.

Su única escapatoria fue irse una temporada a casa de unos familiares, pero siempre acababa volviendo a casa y de nuevo los abusos. Por eso se casó con tan solo 18 años.

Ahora iba a ir de nuevo a su país, a su casa y tenía miedo, miedo por su marido por si se enteraba, por su padre, por su incertidumbre ante su hermano y lo que fuera a pasar.

Yo no podía hablar... ella me veía descompuesta y mi silencio fue el motor de sus palabras. Y comenzó a darme las gracias una y otra vez por haberla escuchado, era la primera vez en su vida que se lo contaba a alguien (nosotros no la habíamos dejado antes) y sentía que había descargado lo que le estaba oprimiendo en el pecho.

Nos despedimos con un apretón de manos y cuando cerré la puerta, fue entonces cuando comencé a llorar yo, de impotencia y de rabia.

Aisha volvió al cabo de los 6 meses acompañando de nuevo a su hijo, y de nuevo me dijo sonriendo... "todo bien".

Caso clínico nº 25: Consulta con Mandy

Es por la tarde, voy con veinte minutos de retraso y pasa Mandy, justo acaba de intentar entrar Carmen por delante, pero le he explicado que Mandy es la siguiente, Carmen nos explica que no oye bien.

Mandy me habla de su regla, de cómo ella se siente embarazada y justo llega su regla (ha tenido dos abortos espontáneos en el primer mes de embarazo). Cómo, cuando le llega su regla le duele mucho la tripa delante y atrás. Ahora le receto naproxeno para su dolor. Me explica que quiere saber porqué no se queda embarazada, que antes no le pasaba (tiene un hijo de 4 años) y quiere saber si es ella o su marido. Le explico que están en seguimiento con el ginecólogo y que le tiene que preguntar eso mismo al ginecólogo. Bueno, parece que este tema está encaminado.

Ahora Mandy me explica que ella está mal, que tiene movimiento en su cabeza, que lo que me va a contar no lo puede hablar con nadie, que es algo que no se puede hablar con la amigas. Es algo que ya le pasaba en su país, desde hace tiempo, desde 1997, que incluso una vez en su país fue al hospital y que le dijeron que no tenía nada que tratar, que se fuera. Ella ha hecho tratamientos en su país, me explica que no son tratamientos de pastillas inglesas (habla inglés) que son otros tratamientos, entre estos ha bebido líquidos que le han preparado. Yo tengo el recuerdo de que cuando le he auscultado por algún catarro tenía algunas cicatrices en la espalda. En alguno de los momentos de la conversación debo de poner una cara especial y ella me dice "tú no me entiendes", le digo que creo que si le entiendo, que son medicaciones para el espíritu, para la mente, para el bienestar espiritual (ella se sonríe) parece que he acertado.

Cuando insiste "tú no me entiendes", le animo a que lo escriba en ingles, solo escribe una palabra "worm". Está claro, ella tiene gusanos en la cabeza. Me explica que le pasa por temporadas y que cuando sucede se quita las trencitas que suele tener en toda la cabeza. Ahora está con peluca, le pido que me deje ver su pelo, se quita la peluca y veo un pelo rizadito, esponjoso, limpio, cortito, me agrada, lo toco. A ella no le gusta, vuelve a ponerse la peluca, le digo que tiene un pelo precioso, me dice que no le gusta.

Le explico que le voy a mandar a un médico de la mente, que aquí le llamamos psiquiatra, está de acuerdo.

Ahora me pide vaselina, que tiene los labios muy secos. Busco vaselina, quiere que le dé el tubo entero, le explico que no puedo, que yo la utilizo. Le hago una receta y le digo que si no puede comprarla tal vez le ayuden en Anesvad. Coge la vaselina del tubo y pone cantidad en la mano, me pide un bote con tapa (bote de tapa roja para cultivo de esputo), se lo doy, mete la vaselina, quiere más, explico que no puede ser.

Han pasado al menos 20-25 minutos, quiere seguir con alguna otra cosa, pero le digo que por hoy es suficiente, que tengo que atender más personas que hay fuera. Hoy no nos ha

interrumpido nadie. Me ha faltado explicarle que el médico no le va a quitar los gusanos (que según me ha contado a veces salen también por el oído), solo podrá quizás tranquilizarlos. Hoy Mandy ha venido sin su hijo y sin su marido. La conozco desde hace año y medio y es la primera vez que hablamos de este tema.

Caso clínico nº 26: Ternura

Sinceramente, al principio, la tarde iba algo torcida, ha entrado el R4 (residente de cuarto año) y me ha dicho “vas con una hora de retraso”, así que ni corta ni perezosa le digo, ¿me puedes ayudar? Ahora estamos los dos en diferentes consultas, ya hemos hecho varias consultas de teledermatología, un aviso a domicilio y hasta un café (en ese momento no teníamos retraso).

Ahora pasan Laura y Manuel, son un matrimonio de 20 años, llevan 1 año casados y tienen una niña de ocho meses. Laura es mi paciente desde los 14 años y siempre venía con su madre. Después se casó y no salió bien, sus padres le fueron a buscar a la casa y se la llevaron después de un mes de matrimonio, su marido era un maltratador. Ese año fue duro para ella, no parecía la misma, esa alegría suya había desaparecido.

Ahora está contenta, durante el embarazo ha venido en alguna ocasión con su nuevo marido y en la última consulta me dijo que iba a ponerle en mi cupo porque quería saber qué tenía él.

Empezamos por Manuel, me explican que toma unas vitaminas y me piden que le renueve la receta. Miro y veo una receta de vitamina E para actualizar. Investigo un poco en la historia y leo que tiene una enfermedad congénita, sigo mirando y veo una cita pendiente en el Hospital. Se lo comento, me dicen que no sabían nada, les apunto la cita.

Ahora Laura me comenta que los padres de él llevaban todo esto hasta ahora y que ella no sabía de su enfermedad. Entonces Laura le habla a Manuel y le dice que ahora van a ir ellos dos juntos a la consulta del hospital, que ya no tienen que decirles nada a sus padres que ellos solos se encargan. Manuel me dice que suele hacerse unos análisis antes, miro lo que le han pedido en otras ocasiones y le doy unos análisis para hacerse antes de la consulta. Parece que hemos terminado con Manuel.

Ahora empiezo con Laura, tiene catarro, mientras le exploro con el otoscopio me dice que ella no sabía que le pasara nada a Manuel, aprovecho y le digo que tiene un chico estupendo. Se sienta de nuevo al lado de Manuel, le mira, está serio, cabizbajo, mirando a otro lado (no le mira a ella, sino a la ventana).

Laura le pregunta ¿Qué te pasa?, entonces me doy cuenta, tiene los ojos brillantes y comienzan, muy callado, a caerle unas lágrimas, despacio. Ahí me quedo parada ¿Qué es lo que ha pasado?, no lo sé, le miro (él no me mira), le acerco los pañuelos, le pregunto si le he dicho alguna cosa que no debía, si he sido muy brusca, insisto, le digo que no quiero hacerle daño. Por fin nos dice algo, Manuel mira hacia abajo y nos cuenta que no quiere ir a la consulta, que si va, se va a poner peor, que se enfermará más. Entonces Laura le mira, le dice que no sea tonto, que ella le quiere mucho, que él ya lo sabe, que irán al hospital, que nadie se va a enterar, que van a ir ellos solos. A Laura se le escapan las lágrimas y a mí se me humedece la mirada.

Ahora Laura retoma, se ríe y le dice que nos hace llorar a todos, Manuel la mira y le sonrío, con una sonrisa infinita del que está enamorado. Y ahí me explica que son nueve hermanos, Laura interrumpe y cuenta que a cinco se les nota pero que a Manuel casi no se le nota y que hay tres hermanos que no tienen la enfermedad y que esos están más gordos, que los demás son flaquitos, y Manuel nos cuenta que ya han preguntado en el hospital y en el extranjero y les han dicho que sus hijos no tienen que tener la enfermedad, que en su caso no se transmite. Laura coge todos los volantes, ahora lleva ella la batuta.

Caso clínico nº 27: Rosa. Voluntades anticipadas

Son las 16:40, y tengo un aviso inaplazable. Faltan 20 minutos antes de comenzar de nuevo la consulta. Voy a ver a Rosa, desde el 11 de septiembre subo una tarde a la semana, así que, no me lo pienso, salgo corriendo a por el taxi.

Me abre su hermana Mari Carmen, llevan juntas toda la vida, Rosa es ciega y su hermana se ha encargado siempre de todo. Hace 6 meses falleció el marido de Mari Carmen, ella no se lo esperaba.

Han pasado muchos años desde que falleció la madre de ambas, ella le dejó a Mari Carmen el encargo de cuidar a su hermana y así lo ha hecho siempre.

Rosa, tiene un tumor de rápido crecimiento en zona inguinal, está extendido en ganglios de axilas, supraclaviculares, cuello... Hace una semana estuvo en la urgencia del hospital, tenía una trombosis en la pierna. Últimamente pasa el día entre la cama y el sillón, la ascitis y el edema de sus piernas no le permiten más movimiento.

Llevo varias semanas pensando cómo comunicarle que las cosas no van bien, hasta ahora nos hemos limitado a comentar que queremos que este cómoda, sin dolor, sin fatiga. Rosa suele quedarse callada y no pregunta, es su hermana la que habla por las dos.

Llego a su habitación, está con la persiana bajada, Mari Carmen levanta la persiana y da la luz. Comienza la rutina, tomar la tensión, preguntar por el dolor, la fatiga, auscultar, pulsioxímetro, mirar cómo están las piernas, el abdomen, por fin me siento y su hermana también.

Hoy me decido y pregunto que es lo que haríamos si las cosas se ponen feas, si se tuercen, si, en ese caso, preferiría quedarse en casa o ir al hospital. Ahora Mari Carmen aprovecha y me cuenta que ella ya le ha explicado a su hermana que el tumor que tiene no va a mejorar, que no sabemos cómo evolucionara.

Entonces Rosa dice que ella querría ir al hospital para curarse. Retomo la palabra curar y le comento que estamos hablando sobre todo de aliviar el malestar, tanto en casa como en el hospital. Creo que entre todas estamos pudiendo conversar un poco más, pero ello no elimina la dificultad de prepararnos de poder anticiparnos de una manera asequible para todas.

Por hoy esperamos, quedamos en que la enfermera ira en dos días, es el primer día que Rosa expresa su deseo de querer curarse en el hospital.

Dejamos pendiente seguir pensando sobre donde va a continuar su proceso.

Esta mañana he visto a un paciente, de unos 55 años, que se ha separado de la mujer hace unos meses. Él es unos 15 años mayor que ella, llevaban muchos años juntos, una hija de 15 años. Después de quejarse siempre que su marido era muy dominante y que la controlaba, ella decide dejarlo. Él se queda destrozado, viene a verme desorientado diciendo que no entiende porqué su mujer lo acusa de maltrato psicológico... Yo intento aguantar estoicamente las preguntas de los dos sobre qué es lo que me ha contado el otro o si está con alguien, ¡qué situación más complicada...!

Después de un tiempo, con apoyo psicológico y farmacológico, él se va recuperando, tiene una pareja nueva. Pero de repente ella (la llamaremos M, la "ex") reaparece y decide que quiere volver con él. Los dos tienen una relación de dependencia, y no saben salir de su relación malsana. Él olvida que ya tiene una nueva pareja, y le quiere dar otra oportunidad a M, pero se da cuenta que ella todavía chatea con otro, y hasta va a la puerta del otro a esperarla...

Viene esta mañana a contarme todo esto llorando. Que porqué ella le dice que quiere volver si sigue viendo a otro, que si quiero que me enseñe los watsapps que le ha mandado, que es una persona muy tóxica... Intento hacerle ver que esa relación no es buena para ninguno de los dos, y que tiene que pensar en lo mejor para él.

Le ofrezco pañuelos, pero me veo desde fuera mirándolo como en una película, y me doy cuenta que entiendo que sufra, pero me cuesta empatizar con él.

Hablamos un rato, y después le digo que reflexione sobre lo que hemos hablado y vuelva en unas semanas.

Así me voy igual que he vuelto, me dice. ¿Sin psicólogo (ya va a uno, pero quería alguno nuevo) y sin más medicamentos?

Yo creo que ha sido una consulta provechosa, hemos hablado de cosas importantes, pero parece que el paciente no lo ha vivido así. ¿Quizá buscaba que empatizara con él en lo "mala y destructiva" que es M??

Es difícil dejarse llevar cuando tienes que vigilar que no se te escape nada de lo que la otra persona te ha contado... Creo que con este paciente me siento en tensión porque él espera de mí algo que no puedo darle, un amigo que le de la razón más que alguien objetivo. Pero me ha llamado la atención mi frialdad ante su llanto.

Caso clínico nº 28: El alcohol

Tengo en la mente un caso de una paciente, médico, viuda con un hijo adolescente, la primera vez que acudió a mi consulta, estuvo tanteando, y venía con cierta frecuencia, sabía que había algún tema que quería explorar conmigo, pero había algo que se lo impedía.

Tras varios contactos, un día me habló de su problema, a raíz de la muerte de su esposo había comenzado a beber, poco a poco, el alcohol se fue infiltrando en su vida hasta que supuso un problema para ella.

Por una parte se sentía avergonzada, por otra aterrorizada, tenía miedo de que su problema se conociera y supusiera un estigma en su carrera profesional y en su vida personal. No quería que ninguna información sobre este tema se viera reflejada en su historia, no lo había compartido con familiares, amigos y sobre todo quería evitarle la vergüenza a su hijo de tener una madre alcohólica. En principio le di la baja laboral, y abordamos el tema de la deshabitación, le asustaba mucho el síndrome de abstinencia por casos que había visto en el hospital trabajando, dejar de beber del todo ella lo identificaba como un problema, porque la gente le iba a preguntar, y podía significar dejar al aire su secreto.

Le hablé entonces del PAIME [programa de ayuda a médicos con problemas de salud], como forma de enfrentar el problema e intentar evitar la estigmatización, pero le daba miedo coincidir con algún médico que conociera. Se informó, y contactó con el programa del médico enfermo, pero le pedían un ingreso como parte del tratamiento, ¿cómo lo iba a hacer? ¿cómo le explicaba a su hijo donde estaba?

Todo le producía un gran miedo y una gran angustia. Tenía mi correo electrónico y nos escribíamos cuando el miedo era más intenso, poco a poco dejó de beber, pero en fechas señaladas sufría recaídas, me escribía desesperanzada.

Creo que el hecho de ser profesional, le pesaba mucho y no dejaba a su yo poder ser paciente.

Con ella fue con quien comencé a dejar un espacio al inicio o al final de la consulta, cuando casi no había nadie en el centro para minimizar el riesgo de interrupciones.

Cuando me trasladaron de centro me escribió, estaba echa polvo, tenía que volver a empezar, le propuse que siguiéramos escribiéndonos, o que viniera a verme a Rivas, pero estaba muy lejos de su casa, y en ese momento no quería coger el coche. Además yo estaba a punto de cumplir mis 37 semanas de gestación.

Lo que más me alegra es que justo antes de interrumpir nuestra relación, consiguiera enganchar con una amiga y encontrar un red de apoyo para que no se encontrara sola, y que finalmente mandó a su hijo fuera en verano, organizando de alguna forma un espacio parra poder ingresar. Creo que después de mi marcha ella vio la situación en parte como un abandono o como una traición y dejó de escribirme, eso me entristece, pero así son los caminos laborales que la Administración nos impone.

Caso clínico nº 29: Cuando el familiar es clave

Para esto os resumo una situación con la que me encontré haciendo la rotación de Medicina Interna el mes de mayo mientras cursaba sexto (de Medicina).

Se trataba de un paciente de unos 70-75 años que acudió a la primera visita de UDR (Unidad de Diagnóstico Rápido) derivado desde Urgencias por el estudio de un posible mieloma múltiple debido a una lesión lítica vertebral junto a hipercalcemia.

En la primera visita el paciente acudió solo y nos pidió que le contáramos qué sospechábamos y si era “bueno o malo”. Así pues, mi adjunta se lo contó muy bien adaptado para que pudiera entender bien cuál era la sospecha que teníamos, y todas las pruebas que le pediríamos para seguir estudiando, llegar a un diagnóstico y poder decidir la actitud terapéutica.

En la segunda visita el paciente acudió con su mujer, que nos pidió que, como no había acudido en la visita anterior, le contáramos qué tenía su marido porque él se lo había intentado contar pero no lo entendía. Además, con los resultados de las pruebas hechas, el diagnóstico de mieloma múltiple se confirmaba, el pronóstico no era bueno y el paciente tenía que quedarse ingresado. Al explicar todo eso, la mujer del paciente (la acompañante) rompió a llorar. Mi adjunta controló muy bien la situación, respetando los silencios, dando siempre las respuestas apropiadas y lo más llanamente posible y, sobre todo, consiguiendo no dejar de prestarle atención a nuestro paciente.

Caso clínico nº 30: Encarcelado, con esquizofrenia

Se instaló en una ciudad del País Vasco ya que tenía familiares. Al carecer de los papeles en regla, inició un trastorno adaptativo y comienza a fumar porros. A raíz del inicio de los consumos comienza a tener comportamientos extraños (oye voces, siente que los demás están en su contra,...). Acude varias veces a Urgencias pero no cumple los tratamientos prescritos ni hace seguimiento en su Centro de Salud.

Un día, se pone peor, con ideación paranoide grave y acaba acuchillando a varias personas en la calle con el resultado de una persona fallecida y varias heridas.

Ingresa en agudos de Psiquiatría siendo diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Tras la estabilización del cuadro ingresa en prisión por orden judicial y es cuando acude a mi consulta.

Ali tiene una adherencia muy buena al tratamiento antipsicótico, va a la escuela de la prisión, hace deporte...

Un día en la consulta me habla de los hechos que le llevaron a prisión. Rompe a llorar. Está avergonzado. No se identifica con el Ali que acuchilló a esas personas. Me dice que pida perdón a los vascos en su nombre por lo que hizo. Él se considera un hombre de paz...

Le escucho, le acompaño en su desahogo. Pero nada le hace olvidar el remordimiento...

Caso clínico nº 31: Un anciano recluso en su domicilio

Acudí con mi Residente hace 2 meses a visitar, en realidad a conocer, a un paciente de 79 años. Estoy trabajando aquí desde hace 4 años, y no conocía su situación. Me pidieron ayuda sus dos únicas familiares, estaban muy angustiadas.

Encuentro a José María en una habitación de su caserío. Para llegar allí hay que hacer un viaje de unos 20 minutos desde el Centro de Salud, el último medio kilómetro para llegar al baserri es un estrecho camino. El caserío está descuidado, muy deteriorado. En la calle, hay varios perros sueltos que ladran, y unas cuantas gallinas.

Paso por lo que era la antigua cuadra de las vacas, con la sensación de haber pasado de golpe al siglo XVIII. Me acompaña nerviosa, callada, la única cuidadora de este hombre, su sobrina.

Dentro de la habitación, pequeña, está mi paciente. Poca luz, las paredes desconchadas, olor a humedad. Él está limpio, se le ve tranquilo, me sonrío con una sonrisa abierta, y hablamos.

Desde hace tiempo José María vive casi solo. Pasa el día encerrado en esta habitación. Una vez al día viene su sobrina cuando termina de trabajar, le alimenta (una vez al día), le asea (más o menos), le da unos medicamentos puestos hace tiempo y no revisados, y le cambia el pañal que lleva puesto también todo el día. En la casa vive también su cuñada, sin capacidad por falta de fuerza para realizar estas tareas, incluida la alimentación porque hay que darle los alimentos sentado para que no se atragante.

José María no puede andar, desconozco el motivo, en su historia clínica no encuentro la causa. Se mantiene sentado pero no puede caminar. Tiene incontinencia y tiene que usar pañales de día y de noche. Cognitivamente, no aprecio ningún problema. Habla un euskera cerrado, y yo hablo un euskera aprendido, pero podemos comunicarnos bien. Está en "pleno uso de sus facultades mentales" y lo que me repite continuamente es que él quiere quedarse en su casa para siempre, que no quiere abandonar su hogar.

Claro, esta decisión que tengo que respetar, conlleva muchos riesgos para su salud. Al ir conociéndole, aparece malnutrición, falta de varias vitaminas, tiene riesgo de úlceras por decúbito, mayor atrofia muscular por desuso, neumonías por aspiración, riesgo de caídas (cualquier día pueden caerse sobrina y tío porque él es grande y ella menuda) etc, etc. No puedo realizar ningún estudio fuera de su casa, se niega. No mejora a pesar de corregirse un déficit de Vitamina B12.

Y anímicamente, imagino la dureza de estar todo el día inmóvil en una cama. Cuando vamos enfermera o médico nos recibe cómo cuando se recibe a una visita esperada. Es sociable, le gusta contarnos cosas. Pero, imposible, con todos los argumentos y estrategias, hacerle cambiar de opinión.

Estamos en contacto con la trabajadora social. También para ella muy difícil encontrar soluciones. En la habitación no cabe una cama articulada, hay un obstáculo en la puerta que no deja entrar o salir una silla de ruedas, el techo de la habitación no soporta el peso de una grúa. La familia no tiene recursos para hacer reformas, para poder pagar un o una cuidadora, y el paciente no quiere que vaya nadie externo a la familia para cuidarle.

La otra persona sufriendo en esta historia, su sobrina, se va derrumbando. No puede dejar a su familia para cuidarle mejor, no puede llevarle a su casa.

Un día se derrumba totalmente en la consulta, llora con desesperación. Tengo mucho miedo de que abandone. Me ha pedido varias veces, también su madre, que haga un ingreso en una residencia de ancianos, contra la voluntad de un hombre cuerdo. Como se encuentran en un callejón sin salida, no entienden fácilmente mis razones.

Se consigue una plaza para él en la residencia de un pueblo cercano, volvemos a intentar convencerle, hablamos de los riesgos que está teniendo, de las ventajas que supondría para él estar en lo que ellos llaman "la Misericordia" intento romper sus prejuicios, creo que tengo muchos recursos para solventar este tipo de consultas complicadas, pero con José María me falla todo.

Después de mi última visita, recibo una llamada inesperada. La trabajadora social me llama. Finalmente ha accedido el traslado a la residencia de ancianos y se marcha en unos días. El alcalde, conocedor de su grave problema, fue, habló con él y accedió. Quiero pensar que sólo le faltaba un "empujoncito" cuando casi le habíamos convencido. En todo caso no importa quién lo lograra, me alegro mucho de que finalmente la historia terminase bien.

Porque fué así. Hace poco fui a visitarle a la residencia, se había adaptado de maravilla, estaba encantado con el cuidado de las enfermeras y auxiliares. Tenía amigos. Tomaba correctamente la medicación y se alimentaba bien. Igual, ocurre un milagro, o un tratamiento de fisioterapia, y termina hasta caminando...

Su sobrina vino ayer, no necesitó más pañuelos, sonreía.

Caso clínico nº 32: Morir dos veces

Apenas rozaban las ocho y media de la mañana, una de las enfermeras solícitas avisaba apurada porque uno de los pacientes había empeorado...

Han pasado días y aún lo recuerdo a cámara lenta, cómo no encontraba el pulso entre los dedos de la izquierda y en la derecha, sosteniendo la historia, de un simple vistazo en el margen subrayado aparecía “Sí medidas invasivas si criterios de UVI”. Inicié el masaje, corazón en paralelo, antebrazos perpendiculares, contando, mientras las celadoras empujaban la camilla a la REA. Y lo que en una milésima de segundo decidimos, apenas sabiendo al paciente, compromete toda una vida...y las que la rodean...

La parada recuperada resultó no ser subsidiaria de beneficiarse de cuidados intensivos ni de medidas extraordinarias, pero prolongó la agonía, muy a mi pesar. De regreso al aislado, en las explicaciones pertinentes a sus familiares de la actuación, surge la serena sinceridad, en el seno de la entereza de su marido, de “¿cuánto...porque no quiero que mis hijos la vean morir dos veces?” que como una daga atraviesa la virtud, ante la sensación de haber errado devolviendo el hálito...

Aunque nuestra intención lo fuese, no siempre aliviamos, ni curamos, a veces entorpecemos interponiéndonos al alma que quiere desprenderse del cuerpo...

Cinco horas más tarde, un joven de apenas veinte años se acercó tímido para darme las gracias porque había podido despedirse de ella. Murmuré un profundo “¡Cuánto lo siento!”, aguantando las lágrimas que afloraban, mientras se alejaba la sombra imponente de la muerte que danza entre nosotros...

Caso clínico nº 33: Elisa

La primera vez que vi a Elisa era un puro grito, postrada en la cama de su habitación, un pequeño cuarto alegre de estudiante repleto de libros y fotos. La luz de la ventana tamizada a través de los estores color crudo dejaba entrever la esquina donde habíamos aparcado el peugeot del equipo, en el último tramo de calle libertad. Ella apenas se movía, apenas hablaba, apenas respiraba. Cualquier gesto era tan mínimo que de imperceptible pasaba desapercibido. Era como un letargo, como una estatua de sal, dormida con los ojos abiertos, de par en par, de un opaco marrón tierra deslustrado, sin brillo ninguno...hasta que el doctor la llama. Y al pronunciar su nombre, Elisa despierta de un sueño profundo y se ilumina la mirada. Ahora sí contesta, en voz baja, en un murmullo que sólo el alma entiende, sin despegar los labios níveos, sin quebrantar ese silencio empozoñado en la alcoba.

Su madre observa apoyada en el quicio de la puerta, sin atreverse a franquear el umbral, con las lágrimas a flor de piel y respirando bien profundo para mantener la calma, para aferrarse a ella. Atenta al más mínimo deseo de su pequeña. Solícita y presta. El pulxiosímetro sólo marca 78, el dolor paraliza hasta la última fibra de cada intercostal. No crepita, no ventila siquiera. Bajo el pijama de llamativos colores, la piel transparente surcada por tímidas venitas no se deja rozar, pero acepta la vía subcutánea con una arcada de sufrimiento terrible. “Sólo un pinchacito en la tripa, luego te sentirás mejor, cuando pase la medicación”. Y los dedos consumidos se hunden en las sábanas mientras eso sucede, mientras se alcanza ese luego, como si de un bastión al que asirse se tratara, como si sosteniéndose de cualquier resquicio pudiera catapultarse. Como aquel famoso Pappus de Alejandría donde Arquímedes rubricaba la añeja cita “dadme un punto de apoyo y moveré el mundo”. Pasa un segundo, pasa otro. Y el alivio se apodera del cuerpecito de medio niña medio mujer medio hada medio ninfa. El mundo no se mueve; se detiene, se contiene en un suspiro y se escapa al espirarlo. Elisa piensa en su nombre, del hebreo, “Dios ha ayudado”. Pero no encuentra a Dios esta mañana, no lo

encuentra en sus súplicas ni en sus rezos. Quizás hoy no le importa, porque no lo quiere para ella... si acaso para sus padres, para cuando no esté. Lo sabe, a ciencia cierta, lo sabe. No necesita ni informes ni diagnósticos ni pruebas. Sencillamente lo sabe, mucho antes de que nadie se atreviera incluso a pronunciarlo. El reloj de arena deja caer los últimos granitos, del oro máspreciado: la vida. Y ella lo contempla resignada y abatida, nostálgica, triste y dolorida. Aún así, su mente caprichosa juega con el destino y planea próximos quehaceres, futuros frentes abiertos. Beatriz carga el mórfo impresionada por la capacidad de Elisa; quiere ir al concierto de Sabina. ¿Vitalidad? ¿Agallas? ELISA con mayúsculas. 0'5 ml del frasco de 20 en cada jeringuilla de 2cc. Penosamente vuelvo a cortarme el índice abriendo las ampollas de haloperidol. Y mientras disimulo buscando gasas, la sangre granate tiñe el escritorio, dibujando una forma imprecisa que hubiese hecho temblar a la misma Marnie de Hitchkok, junto a los apuntes de educación infantil perfectamente ordenados. Ella ni se inmuta, permanece levitando sobre el colchón antiescaras con los párpados entornados.

Se me antoja una de aquellas damas de noble linaje esculpidas en la piedra marmórea y con sumo cuidado veneradas en el altar más distante al mayor, con escasa iluminación y un frío glacial que envuelve y entumece los huesos, de un blanco puro y etéreo. Una flor marchita, cogida el día anterior con esmero exquisito por ser la de más extrema belleza y conforme transcurren las horas, languidece y agota su hermosura. “Recuerde el alma dormida, avive el seso y despierte contemplando cómo se pasa la vida, cómo viene la muerte tan callando”- recitaría Manrique.

Se despereza y gira la cabeza para acomodarse. El ronroneo del motor del colchón hace las veces de nana. Elisa me mira directamente y escudriña mis pensamientos con cierta curiosidad antes de vencerse al sueño, ya mitigada la angustia y el dolor. Sin porqués. Esbozo una sonrisa y me disculpo: “Siento que te hayan arrebatado el tiempo. Parte de ti me llevo prendada, mujer de Lot”.

Cierra los ojos y siente su nombre. Puede que hoy sea cierto, su Dios le ha ayudado.

Caso clínico nº 34: Paracentesis

El domicilio de Miguel Ángel Moreno está en un segundo piso, el segundo puerta ocho, sin ascensor. El maletín de Eva ya pesaba a mitad de la calle y en el tercer tramo de escaleras tropezaba sin cesar con las rodillas; en la mano izquierda, el de paracentesis; y en el hombro la maleta roja de avisos.

Al llamar, Victoria abre la puerta con una sonrisa a medias y con el alivio de quien halla consuelo sin palabras, al tiempo que un pequeñajo nos dispara con un rifle de plástico y grita “pum, pum”, arrancando una carcajada espontánea sin pretenderlo. Pasamos, después de sendos besos, al salón. La mesa pulida, limpia y resplandeciente, con la carpeta azul celeste de nuestro equipo como único testigo. Miguel fuma un cigarrillo tranquilamente sentado en el sofá, de espaldas a la puerta y con la mirada perdida en la terraza. “Perdonad que no me levante...Doctor...doctora...”. Sin dilación él le pregunta cómo está, con sinceridad, con aplomo, con interés, con comprensión previa, con dulzura, con una voz grave y alegre inconfundible. Y Miguel responde mirándole directamente a los ojos, sin ningún atisbo de miedo, sin titubear, sin lágrimas: “Cansado”- dice acariciándose la tripa, como si un de un bienpreciado se tratase, como si cuidándola con mimo el milagro se produjera. “Cansado”. Sin más palabras, sin más explicaciones. ¿Para qué? Si todo está dicho...

“Bien Miguel, bueno, ahora cuando le saquemos líquido se encontrará mejor... ¿vómitos tiene?...¿y al baño qué tal va?...¿tos?...¿dificultad para respirar?...¿y de ánimo?” Y al pronunciar la pregunta, ésta se queda suspendida en el ambiente, sin respuesta. Entonces Miguel Ángel se queda sólo en Miguel, porque el ángel se escapa por los poros de la piel, marcando los arcos cigomáticos, las sienas, el esternón como quilla que se hunde en el mar de la ascitis...al tiempo que hace honor a su apellido, piel morena cetrina, ictérica hasta las conjuntivas y deja traslucir la presencia imponente

de la muerte, siempre ahí, siempre al acecho. Y Miguel sin Ángel da una calada larga y profunda. “Apaga el cigarrillo Miguel”- le protesta a regañadientes su esposa. Pero el Doctor le rescata “No, no hace falta, déjele que se lo termine tranquilamente, luego nos responde. No tenemos prisa”. En eso que el pequeño Miguelito aparece con una cabeza de gorila todo dientes y un tirachinas, atacando a su padre por la retaguardia. Victoria le persigue, pero el padre la persuade, porque el crío llena de vida la habitación. “Desde que vino el chico, él está más contento...antes se pasaba el día tumbado en el sofá, sin ganas de nada...” Y mientras su madre nos cuenta, el chiquillo agarra la mano de su padre, con toda naturalidad y le pregunta si no quiere jugar, si está cansado... Y el Ángel de Miguel es ahora el que sonrío, dejando ver los incisivos ausentes, otra sonrisa a medias. La visita es tan íntima, tan cercana que aturde. En el dormitorio, una toalla bien extendida sobre la cama, todo dispuesto para el tratamiento; la banqueta con el recipiente de dos mil cc; una manta por si acaso su marido se indispone durante; las toallas limpias para que el médico se asee. La rutina se inicia como si de un ritual se tratase, la exploración, las constantes, el material...guantes estériles del 8, paño estéril y en voz alta la petición de material: Betadine y gasa, jeringa de 2ml y anestésico local, trócar y goteo dispuesto a modo de drenaje. 5700cc con tensiones mantenidas durante todo el proceso. Paracentesis efectiva. “¿Cómo es el líquido ascítico?”- me pregunta mientras va completando la historia. “Quiloso”. “¿Por qué?”. “Porque pierde proteínas”. “Bien”.

Pero mientras vacío de dos litros en dos litros el recipiente se me olvida decirle cómo huele, dulce y amargo que estremece, se me olvida comentarle que la barriga se desinfla como un globo sin fuerza, dejando de relieve las tumoraciones sembradas en el abdomen, en el cultivo exquisito que nosotros extraemos, se me olvida contarle que ahora es Miguel el que se escapa y el Ángel el que se queda en la alcoba postrado, somnoliento, ajeno y sin importarle que su mujer, mientras, pregunte a hurtadillas si en Houston hay tratamientos efectivos, si el matemático ese que experimenta puede aportarles algo, si...si los milagros existen. Sin importarle, porque él ya lo sabe: son más valiosas las horas que los días, los días que los meses. El doctor responde, con calma, con claridad, con sabiduría, con la paciencia más infinita que pueda existir, la innata. Le alienta a que pregunte, a que no se deje nada dentro de sí al tiempo que la felicita por su buen hacer, por su labor encomiable, la reconforta, la comprende solamente asintiendo y ella lo percibe, la abraza sin tocarla, la alivia; midiendo de reojo las travesuras del último de la estirpe, tres años y poco, danzando por los escasos 40 metros de estancia. Recogemos, guardamos cuidadosamente los instrumentos y, una vez cerciorados de llevarlo todo consigo, partimos. Dos besos, la mano en el antebrazo presionando ligeramente y mirando directamente a los ojos, allá donde quedan los abismos del alma. No hay más que decir. Ya todo está dicho.

Caso clínico nº 35: El niño no come

En la planta de Pediatría del Hospital Clínico de Santiago existe un bastión sagrado, que es la Escuela Camilo José Cela, donde pedagogos formados y especializados en la Pedagogía Terapéutica luchan día a día contra el hospitalismo y sus efectos en los niños. Tal y como describe Rene Spitz, existe un deterioro progresivo que aparece en los niños hospitalizados y que no puede atribuirse a infecciones ni deficiencias higiénicas, sino a la propia reclusión hospitalaria. De este modo, en la escuela los niños forjan lazos de confianza que van más allá de lo sagrado, y que muchas veces profundizan en la patología subyacente como un buen médico debería hacer, yendo más allá de lo puramente biológico, pues esto no siempre justifica el origen del problema. Hace unos años ingresaron a un niño de unos 10 años bajo el diagnóstico de “anorexia”, pues hacía semanas que se negaba a comer la comida que preparaba su cuidadora al mediodía. Los médicos lo habían introducido en una cadena sucesiva de pruebas diagnósticas sin llegar a un resultado, con lo que llevaba varias semanas ingresado y, hasta entonces, nadie había hablado con él sobre el tema. Fue un día en la Escuela, cuando el niño estaba coloreando, que la profesora se sentó a dibujar con

él. Conversaron sobre diferentes temas: el colegio, los amigos, las actividades que le gustaba hacer... y le preguntó directamente por qué no comía. El pequeño le explicó a la profesora que, en su colegio, una amiga le había contado una noticia en la que la madre había envenenado a su marido a través de la comida que le servía (me temo que nunca sabremos esta historia verdadera ni lo que pudiera estar tergiversada por esta amiga de nuestro protagonista), con lo que a él se le metió en la cabeza que la persona que lo cuidaba al mediodía mientras no llegaban sus padres estaba haciendo lo mismo con él, y desde ese momento se negaba a comer lo que ella le servía. Ese fue el final de una cadena de sucesivas (y iatrogénicas) pruebas y, lo que es más importante, de comunicación ineficaz incomunicación médico-paciente. Porque a veces se trata de empatizar y ponernos en los zapatos de la otra persona, aunque esos zapatos tengan la talla de un niño de 5, 10 o 15 años, pues no dejan de ser nuestros pacientes.

Caso clínico nº 36: El médico que no quiero ser

Justo empezaba la residencia y rotaba por un gran hospital, en Medicina Interna.

Me tocó con un médico conocido por ser muy simpático con los residentes, cada vez que podía bajaba a tomar un café con ellos. A las 3 en punto se iba a la privada, y tenía a los residentes mayores que acababan de solucionar lo que quedaba, a veces hasta las ocho de la noche. Era una planta dónde se hacía sobretodo digestivo aunque los médicos fueran internistas, de manera que había cirróticos, sangrantes, pacientes delicados y que se complicaban.

Pues a los pocos días de estar en la planta, el doctor X me pide que vaya a decirle al paciente Y, hombre de cuarenta y pocos ingresado por neo de pulmón, que le han encontrado metástasis cerebrales. Me quedé de piedra y me negué a hacerlo, le dije que el paciente se merecía que lo informara alguien que pudiera responder a sus preguntas. No sé si X encontró algún otro "voluntario" o si al final fue él a informar.

Otro día, pasando visita, una paciente de 50 y pico, ingresada por hepatocarcinoma avanzado, le preguntó directamente si tenía algo malo, más bien le dijo "tengo algo malo, verdad?" y le pidió que le contara la verdad. El doctor le aseguró que no se preocupara, que no era nada malo, que tranquila. La señora murió a las pocas semanas.

La palabra tumor o cáncer estaba prohibidísima en su pase de visita, y si alguien lo nombraba era reñido.

En esa época no tenía muy claro qué tipo de médico quería ser, però aprendí en esa rotación qué tipo no quería ser.

Caso clínico nº 37: La sala de espera a rebosar, pero nadie llama a la puerta

Noche de invierno en aquel pueblo rural de alta montaña. Llega una adolescente con lágrimas en los ojos acompañada por una señora, que supongo sería su madre. Yo me encontraba con mi tutora y me llama la atención cómo la adolescente agacha la cabeza nada más mirarme. Cada vez que intentaba decir algo, mi mirada se lo impedía. Decidí que esa consulta debía de ser confidencial con mi tutora y decidí abandonar la habitación.

Con el paso de los días esa misma adolescente vino agarrada de la mano de su madre, sabiendo ahora sí que estaba en lo cierto. Juana, adelantándose a la incomodidad de la anterior consulta se adelantó y explicó a la adolescente que yo también era médico y que le iba a ayudar en todo lo posible. Fue entonces cuando comenzó esa consulta expectante. Me di cuenta de la importancia del silencio cuando te plantas de frente con una situación tan delicada como es el de una violación. Me quedé atónito ante la fuerza con la que la madre e hija recíprocamente se abrazaban la mano. La hija no mediaba palabra pero ahora entendí por qué no quería que ningún hombre la viera aquella noche. Ahora al menos se dejó escuchar.

Las palabras suyas salían de la boca de la madre que con lágrimas en los ojos expresaba la rabia y a

la misma vez tristeza por aquella situación en la que se sentía culpable o la había hecho sentirse culpable, tanto a ella como a la adolescente. La madre sentía que no debía haberla dejado sola en casa con alguien que había ganado la confianza de la familia. Claramente ella no era culpable pero para ella era irremediable pensar otra cosa.

La situación era tensa pero a la misma vez con una sinceridad de palabras que asemejaban el verso anónimo del algún desconocido. Tense era el ver cómo no habían hecho el peritaje en el momento de la violación a la adolescente y derivarla antes a la Guardia Civil, la cuál no facilitaron las cosas demasiado, ya que hacían preguntas algo comprometidas a aquella pobre adolescente con la cabeza agachada.

Cuarenta minutos de consulta en los que muchas veces quería contener las lágrimas por las palabras de Juana hacia aquellas personas que parecían haberse unido en una sola por un instante. Esa misma madre ya había sufrido anteriormente el maltrato de su hija mayor por otro hombre, casi costándole la vida, y siendo aún esa hija en aquel momento más pequeña que la presente en aquella consulta. Esa niña que sufrió maltrato ahora tiene su carrera y ha sabido convertir en astillas los palos que la vida le dio. Ahora está ella como hermana mayor ayudando a su hermana a superar otra fatídica situación.

Consulta intensa pero de la que se aprende tanto como la vida misma. La consulta terminó con un pose de manos en el hombro de la madre que me acompañó cogiéndome la mano. Nunca olvidaré esa consulta pero si se volviera a repetir le seguiría dedicando el tiempo que necesitara. Mientras la sala de espera llena de pacientes, sin embargo nadie tocó a la puerta en esos cuarenta minutos.

Caso clínico nº 38: Un curso clínico complicado, no sólo por la clínica

Esta semana, por no decir durante varios meses, he podido vivir la experiencia de un paciente oncológico con estadio avanzado pero con situación clínica aceptable hasta el momento. Hace dos años fue diagnosticado de carcinoma de células claras en riñón derecho presentando todo tipo de complicaciones tanto por el proceso evolutivo de su enfermedad, como a consecuencia del tratamiento quimioterápico, que en el caso personal de este paciente no pareció resultar lo más efectivo posible. La medicina no es una ciencia exacta. Desgraciadamente hay pacientes que no responden bien a este tipo de tratamientos. ¿En este tipo de pacientes se debe pedir consejo médico interprofesional por parte del propio oncólogo responsable del paciente?. La realidad fue otra totalmente distinta, y empecemos por el principio.

El proceso comenzó en el año 2102 con el inicio de una nefrectomía radical derecha a causa de una masa de tamaño considerable visto por control rutinario para procedimiento de cirugía bariátrica. La mesa de quirófano fue un proceso difícil ya que la vena cava y su posible invasión en ella hizo que el paciente padeciera un shock hipovolémico en la propia mesa de quirófano, que afortunadamente sólo quedó en un susto.

Desde entonces este paciente fue catalogado y ha seguido revisiones periódicas por oncología médica por descubrirse en la anatomía patológica tumor con el apellido de células claras. Desde entonces este paciente empezó a recibir tratamiento con fármacos biológicos indicados en este tipo de pacientes. Todos sabemos que cada enfermo responde de forma distinta a este tipo de tratamientos, y desgraciadamente este paciente tarde o temprano sufrió los eventos secundarios de estas moléculas con complicaciones severas a nivel pulmonar que le mantuvieron más de un mes ingresado en el hospital de referencia.

El problema en este paciente realmente no pienso que fuera el fracaso terapéutico ya que los ganglios mediastínicos que presentaba desde el principio estaban estabilizados si no la escasa información que recibía el paciente y los familiares sobre su enfermedad. Este es un punto que cualquier médico debe reflexionar sobre él, ya que la autonomía del paciente es uno de los principios básicos de nuestra profesión, y si no la respetamos estamos incumpliendo nuestra *lex artis*, a menos que el paciente haya dejado plasmado tácitamente que no quería recibir información

de ningún tipo. Este no fue el caso de nuestro paciente.

Si nos basamos en el código deontológico podemos observar varios artículos que así lo mencionan:

- Artículo 1: (subapartado 2). La asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria.

- Artículo 12 (Subapartado 1). El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.

- Artículo 15: (Subapartado 1). El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente.

(Subapartado 2). La información debe transmitirse directamente al paciente, a las personas por él designadas o a su representante legal. El médico respetará el derecho del paciente a no ser informado, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Volvamos al caso de nuestro paciente. Por un lado el paciente me consultaba a mí sobre sí podría dejar ese tratamiento que mermaba su poca calidad de vida sin tener criterios clínicos sobre sí la retirada avanzaría la enfermedad. Nos vamos al tema de la incertidumbre. Siguiendo el caso más a fondo descubro informes previos de 5-6 meses de antigüedad en el que el paciente ya tenía imágenes óseas en columna vertebral sugestivas de metástasis hasta que no se demostrara lo contrario. Desde ese último TAC hasta desgraciadamente la fecha de su último ingreso no se hicieron controles periódicos sobre evolución de enfermedad a nivel radiológico o si se hicieron no se le dio importancia, o lo que es peor, no se informó al paciente. ¿Se incumplió aquí el principio de *primun non nocere* o se desahució al paciente demasiado temprano dada la buena situación clínica que presentaba?

Otro tema importante en este paciente fue la no comunicación del equipo médico en cuanto a prescripción de tratamientos, ya que su oncólogo personal ofrecía a escondidas del resto del servicio médico el tratamiento quimioterápico que anteriormente le había producido complicaciones respiratorias. Claramente fue en esta situación cuando el paciente empezó a dudar de la buena actuación de su médico oncólogo de referencia, ya que discrepaba con los tratamientos prescritos por el resto del equipo médico. La familia y el propio paciente son los que navegaban en un mar de incertidumbre (en mi opinión más que los propios médicos) ya que hasta se dudaba de si estas actuaciones eran éticamente correctas. Para los errores médicos el código deontológico comunica en el Artículo 17: El médico deberá asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofreciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada. Esta explicación nunca se produjo.

Durante dos años todo tipo de tratamiento experimentado en él era un camino de rosas según los múltiples especialistas hospitalarios que turnaban su automomía sobre el paciente, y este obedecía hasta el final, hasta el punto de ser el médico de familia y familiares los que crean un concepto mental en el paciente que intenta por fin aceptar la enfermedad que hasta el momento no lo había hecho. Por fin el paciente ha podido entender la enfermedad a tiempo hasta el punto de marcharse para siempre. Lo hemos conseguido para que él haya podido afrontarlo y gracias al apoyo de todo el equipo asistencial y familiares. En resumen es importante mantener al paciente informado y en su defecto (por arte) a familiares para afrontar y así evolucionar la reacción de duelo con toda normalidad y no caer en el error de dejar aspectos al aire que el paciente siempre ha querido tener claros y por miedo no ha querido preguntar.

Por tanto debemos ser nosotros y con el permiso de ellos los que ayudemos a entender a su manera

la enfermedad que padezcan y no lidiar como sí de una corrida se tratara con diagnósticos y pronósticos mermados por cierta esperanza, más que necesaria. En la actualidad, y la realidad es que la difunta necesita aparte de su marido un informe médico explicando las causas de la muerte, seguramente no evitables, que hasta ahora no ha recibido.

El código deontológico comunica en el artículo (subapartado 6): El acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos solo se permitirá a personas con vinculación familiar o de hecho con el paciente, y siempre que éste no lo hubiera prohibido expresamente. Ya se han realizado los trámites necesarios. Esperemos que este informe sea facilitado con la mayor brevedad posible.

Caso clínico nº 39: La profesional llora con la paciente

Os cuento una consulta de esas sagradas con una chica de unos 40 años que había perdido inesperadamente a su hija de 9 años por una sepsis meningocócica. Me contaba que su corazón se había endurecido, no sabía por qué, no era capaz de llorar la muerte de su hija, "¿es que no la quería?". Después de una larga entrevista, en la que deseaba con todo mi corazón que no se produjera ninguna interrupción, llegamos a la conclusión de que no se permitía llorar porque sus familiares más cercanos cuando lloraba, se ponían muy nerviosos e intentaban cambiar de tercio para así evitar la situación. Ella asumió que no podía expresar su tristeza porque incomodaba a sus seres más queridos, y en esto a la profesional que debía ser yo, se le saltaron unas lágrimas.

Me puse muy incómoda porque al verme así, quizás yo también le estaba negando la posibilidad de expresar sus sentimientos . Durante un tiempo me quedó la duda de si mi paciente volvería a hablar libremente de su problema en las siguientes visitas, pero he podido comprobar que no ha puesto ningún freno a sus emociones en la consulta y yo en caso de emocionarme de nuevo, utilizo los silencios y el contacto físico (le cojo de la mano) para facilitar su vaciado.

No sé, ¿un profesional puede/debe compartir el llanto con el paciente en estas situaciones?

Caso clínico nº 40: Consultas sagradas “al revés”

Creo que dentro de las consultas Sagradas se podría incluir , aquellas en las que el médico esta padeciendo algún proceso de sufrimiento . familiar , personal

Esta ha sido mi vivencia, pues mi marido falleció hará un mes y algunos de mis pacientes por proximidad , conocían el año que estuvo luchando contra el cáncer.

Me incorporé al trabajo pronto y se me hacia extraño, que los pacientes entraran a la consulta , me dieran su pésame y luego consultaran por el problema médico que tenían. Así que durante unos minutos se invertían los papeles. Yo en algunos casos hablaba de la evolución de la enfermedad , en otros daba fechas y en otros no podía hablar, solo llorar.

Pero siempre al final cada uno adoptaba su papel (paciente/ médico) y volvíamos a la consulta diaria.

¿Qué me ha sorprendido? Ver como expresaban su dolor y sobre todo como me ofrecían su apoyo.

Me voy reponiendo poco a poco, y debo agradecer esa confianza y empatía que me están demostrando.

Caso clínico nº 41: La cocaína se impone

Era viernes y como cada tarde, antes de empezar la consulta me disponía a leer en el ordenador los informes de los pacientes que habían acudido el día anterior a urgencias del hospital. Uno me llamó la atención. Se trataba de Guillermo, un hombre de 53 años de edad que había acudido a urgencias por ansiedad y taquicardia. Entre sus antecedentes figuraba: consumidor esporádico de cocaína. No tomaba medicación habitual ni había otros datos de interés. Entré en su historia clínica y encontré

que estaba vacía, nunca había acudido al Centro de Salud. Comprobé que se había citado en consulta a primera hora de esa misma tarde.

Me dio un pequeño vuelco el corazón. No conocía de nada al paciente e inconscientemente me puse a hacer todo tipo de conjeturas: ¿Vendría tan solo a buscar un justificante y no querría hablar más del tema? ¿Vendría intoxicado? ¡Madre mía, y viene justo hoy con el lío que tengo! Comparto estos pensamientos porque fueron así. Muchas veces hasta que no tengo al paciente delante no me doy cuenta de que voy a ver a un ser humano y lo demás, como si estoy de urgencias o si la agenda esta llena, no importa.

Pasó el primer paciente y antes de que me diera tiempo a llamar al segundo, asomó la cabeza un hombre con expresión entre inquieto y asustado, con buen aspecto, barba bien recortada y un pendiente brillante. Este es Guillermo, me dije. Muchas veces empezamos la entrevista en la sala de espera, vemos si el paciente está nervioso, tranquilo, dolorido... Recopilamos datos sin darnos cuenta, a veces formamos prejuicios...

-¿Me ha llamado?. No, no, enseguida le aviso.

Cuando entró Guillermo le saludé y se sentó un poco alejado. Me dio la sensación que estaba a la defensiva. Lo primero que dijo fue:

-Esto me da un poco de vergüenza, no quiero que apunte nada.

Aparté el teclado. Yo ya había leído el informe, pero por el momento preferí no decir nada.

-Ayer estuve en urgencias, porque tuve una taquicardia... Mire, de vez en cuando me meto alguna rayita, pero no vaya a pensar que soy un drogadicto.... Además en urgencias han puesto que consumo cocaína y yo no quiero que figure eso en mi expediente. Seguía algo a la defensiva.

Intente tranquilizarle respecto a la confidencialidad. Ya leí lo de urgencias le dije, y por lo de las drogas no debe avergonzarse lo más mínimo. En ese momento creo que se empezó a relajar porque se acercó algo con la silla.

-Fui al hospital porque me encontraba muy mal, pensaba que me iba a dar un ataque. Llevo años consumiendo los fines de semana.... Pero últimamente se me está yendo de las manos. Tengo mucho miedo de perderlo todo, no tengo hijos y mi mujer es toda mi vida.

Me contó que había empezado a consumir tarde, casi a los cuarenta. Su vida se había desordenado, estaba teniendo problemas económicos y había intentado ocultar el consumo a su mujer (sabía que alguna vez consumía, pero no tanto).Ella se había dado cuenta de que estaba gastando mucho dinero y la relación se estaba deteriorando.

Esta semana, aprovechando que ella estaba de viaje “he pillado y pensaba darme una pequeña fiesta”, pero no había podido parar en cinco días y se había gastado todo lo que tenían ahorrado para los siguientes meses, más de tres mil euros. Cuando las tarjetas se negaron a dar más y regresó a casa arrepentido, le dió el bajón y comenzó a darse cuenta de “la que he liado” y “cuando se entere mi mujer me deja”, se empezó a sentir mal y se decidió a ir a urgencias. “Yo me quiero morir, necesito ayuda... Pero no me mande al psiquiatra por favor”. Estaba destrozado. Se tapó la cara para que no notara que se le humedecían los ojos.

Ahí sentí que se paraba el tiempo. Era el primer contacto que teníamos y se estaba abriendo en canal ante mí. Además sabía que ese momento en que desaparece la negación en un adicto puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, o al menos entre una vida digna y una vida de miseria. No podíamos perder esa oportunidad. ¿Nos podemos tutear? Si, si doctor...Le felicité por el coraje de pedir ayuda.

Llevaba más de 36 horas sin consumir. Físicamente estaba bien, la analítica y el ECG de urgencias eran normales, me explicó que no bebía habitualmente pero que si solía tomar benzos para el bajón. Estaba triste, pero aunque había verbalizado que quería morirse, no deseaba hacerse daño.

¿Tienes ganas de consumir?

-No, ahora no.

¿Y ansiedad? Le ofrecí la posibilidad de tomar un ansiolítico un par de días hasta que nos volviéramos a ver, pero afortunadamente la rechazó. Tampoco estaba yo muy convencido, puesto que los había utilizado por su cuenta como parte del consumo.

-No sé que hacer...No tengo con quién hablar de esto sin que me juzguen, prosiguió.

Ahí vi la oportunidad. Le hablé de que existen unos grupos de autoayuda ([Narcóticos Anónimos](#)) y que hoy mismo podría acudir a una reunión. Le entregué un directorio que tengo en el cajón y buscamos una reunión esa misma tarde. No le pareció mal la idea. También le comenté que si quería, podría pedir cita telefónica en el CAD. Tras explorar las diferentes alternativas de apoyo, nos despedimos y quedamos el lunes de nuevo.

Cuando volvió estaba mucho más tranquilo. El día que nos vimos no había ido a una reunión, pero si el sábado y también el lunes por la mañana. Se había encontrado bien y le había gustado. Yo suspiré tranquilo, sabía que no era fácil, pero lo había hecho. Y seguía sin consumir. Su mujer ya había vuelto de viaje, pero aún no se había atrevido a contarle lo de las tarjetas. Pero si que había venido al médico y que había comenzado a ir a grupos de NA. Ella le había creído a medias y le había dado un ultimatum. Aún así, se sentía mejor tras haberse confesado también con ella.

Desde entonces nos hemos seguido viendo en consulta de forma programada, al principio cada semana, ahora ya cada 15 días o mas. No ha ido al CAD pero sigue sin consumir y asistiendo regularmente a Narcóticos Anónimos. La relación con su mujer sigue pasando momentos difíciles, lo de las tarjetas no ha ayudado... Pero "en los grupos también me están ayudando a llevar ese asunto".

En la última consulta me enseñó su medalla de 90 días sin consumir. Me agradeció que le hubiera dado a conocer ese recurso.

Caso clínico nº 42: Consultas sagradas necesitadas y negadas

Soy enfermera pero también he sido madre de niño/lactante enfermo y pareja de enfermo de ELA. Como os podéis imaginar no ha sido fácil aunque ahora desde la lejanía, mi hijo tiene 17 años y tras un trasplante hepático está fantástico y mi pareja falleció hace 4 años tras unos años duros, no, durísimos, puedo decir que estamos bien.

En estas dos ocasiones sentí la gran falta de esas consultas sagradas. En el caso de mi hijo por la falta de su pediatra (médico y/o enfermera) en el centro de primaria que a parte de mostrar ambición profesional por el caso clínico no supo ponerse a nuestro lado como apoyo y facilitador de asuntos que a nosotros se nos escapaban dentro del sufrimiento que estábamos viviendo. Y en el caso de mi pareja por la falta de coordinación y el facilitar tanto papeleo para ayudas, ortoprotesis, cambios en el domicilio... Y eso que en mi caso sabía muchas cosas que los demás no conocen, quizás esa fue la causa de la sensación de soledad. Todas esas cosas que se aprenden con pacientes y que quizás debiéramos utilizar para el siguiente. Sin hablar ya de conversaciones profundas y difíciles que, en nuestro caso, las tuve que liderar yo en todo momento pues el paciente convencía a todos los especialistas de que él estaba muy muy bien y no necesitaba nada de nada. Y lo malo es que todo el mundo hacía como que se lo creía...

Caso clínico nº 43: El abuso de una adolescente

Durante la consulta en la Policlínica de Adolescentes, realice el control en salud de una adolescente por primera vez. Ella tenía 16 años y asistió sola a la consulta, algo que es muy común en estas policlínicas.

En los controles es de rutina indagar sobre situaciones de violencia doméstica y abuso.

Durante la entrevista cuando le pregunté si alguna vez había tenido miedo de que alguien la lastimara, me cuenta que tenía miedo de quedarse sola con su padre. Al preguntarle cual era la razón, me cuenta que hacía unos dos años cuando su madre no estaba en la casa, su padre fue a su dormitorio y se acostó junto a ella en la cama. Le comenzó a tocar sus partes íntimas, diciéndole

que antes de que estuviera con un hombre, el le iba a enseñar algunas cosas. Ella se quedó inmóvil, sin saber que hacer.

Esta situación se había repetido varias veces. Siempre trataba de no quedarse sola con él, pero a veces le resultaba imposible. No le había contado a nadie, pues tenía mucho miedo de que su padre lastimara a su madre. El tenía un arma y en muchas discusiones que había tenido con su madre por otras razones había amenazado con matarla y después suicidarse.

Mientras me contaba esta historia, no hubo llanto, ni ninguna otra expresión que mostrará desesperación, angustia u otro sentimiento o emoción, parecía que el relato no la involucrara a ella, como si estuviera contándome una película que había visto la noche anterior. Por un momento se me pasó por la cabeza que no fuera cierto, pero tampoco tenía sentido. Pensaba que si eso me estuviera pasando a mí, rompería en llanto al relatarlo.

El objetivo inicial de la consulta había desaparecido. Ella tenía claro que esa situación debía terminar. Le propuse que pensaré en que familiares o amigos podría contarles la situación y pedirles su apoyo. Hablamos de estrategias para evitar estar sola con él hasta que esto se resolviera y de la posible judicialización a la brevedad de esta situación.

Comprendió que su madre debía saber de esta situación y me pidió si podía estar presente en el momento que hablara con ella. Menciona que tiene dos hermanos mayores por parte de madre, que no viven en el país. Con su hermana se comunicaba por correo electrónico, pero nunca tuvo el valor de contarle, pues le daba vergüenza.

Al finalizar la consulta acordamos en vernos esa semana, ella iba a pedirle a su madre que la acompañara para que yo hablará con ella. En esos días su padre no estaba en la casa, se había ido de pesca fuera de la ciudad con unos amigos.

Cuando se va, inmediatamente me comunico con la psicóloga y la trabajadora social del equipo para analizar la situación, diseñar las estrategias a seguir y realizar el informe al Juez de Familia. Recuerdo no haber podido dormir bien durante esos días, pensaba si no tendría que haber llamado a la policía inmediatamente, pero por otro lado tenía claro que no quería revictimizarla y que esos procedimientos sin una preparación previa, son muy traumáticos. Pensaba en la falta de carga afectiva de su relato, la psicóloga del equipo me dijo que era la anestesia que se genera para lograr sobrevivir a esas situaciones tan violentas por largo tiempo.

Lo increíble fue el día de la segunda consulta, la paciente apareció minutos antes, acompañada de una mujer joven, me llamó la atención pues esta no parecía su madre. Esta vez, la entrevista la realice junto con la psicóloga del equipo. Al entrar al consultorio, esta mujer se presenta como la hermana mayor de la adolescente e inmediatamente rompe en llanto. Mi paciente también llorando, nos dice que al salir de la consulta llamó a su hermana y le contó lo que le estaba pasando. Por esta razón, es que la misma viaja inmediatamente para encontrarse con ella. La hermana, nos cuenta que ella había sufrido abuso por su padrastro por largo tiempo, y que le había contado a su madre pero no le había creído. Muy angustiada, le pide perdón a su hermana por haberla dejado sola con él, pensó que a ella no le iba a hacer daño. Minutos después llega su madre a la policlínica, y se trabaja con las tres junto a la psicóloga esta situación.

El padre terminó preso luego de la denuncia realizada por el equipo de salud y la declaración de la adolescente y su hermana. La adolescente mantuvo sus controles en la policlínica y asistió por mucho tiempo a la consulta psicológica. A los años, estando ella en pareja, también controlé su embarazo y después a su niña.

Solo quería contarles una historia que me movilizó muchísimo, con ella aprendí que a veces el llanto no esta a flor de piel, pero eso no quiere decir que no exista el dolor que debemos aliviar.

Caso clínico nº 44: El dolor físico

Mujer de 74 años viuda desde hace 15 años, con 2 hijos que viven fuera, en Teruel y Santander, nueva para mí.

Me dice en la primera consulta, que se ha cambiado conmigo de médico porque mientras estaba ingresada en el hospital, su compañera de habitación le ha hablado muy bien de su médico de familia, en este caso de mí.

Viene súper agobiada, con su hija quien llevaba casi 3 meses, tras pedir una excedencia, para el cuidado de su madre, dejando a su familia en Teruel, transmitiendo mucha angustia por su situación, que se puede resumir en mucho dolor sin mejoría alguna tras tratamientos diferentes por parte de trauma y unidad del dolor.

En ese momento llevaba parches de fentanilo, pregabalina (esperemos que lleguen en algún momento los malos tiempos para la lyrica...) tranxilium lormetazepam AINEs y nolotil en ampollase infiltraciones.

Con diagnóstico de edema de sacro y 2 ingresos previos. Había perdido 14kg, tenía anorexia, y mal aspecto general.

Se quejaba de un dolor de 8-9/10 y decía que se iba a morir sin saber lo que tenía, no dormía “nada” no comía nada....

Ante la angustia que transmitía ella y su hija, que estaba harta del sistema sanitario en cuanto a efectividad y tiempos de espera y de su situación personal, añadido al motivo del cambio de médico (síndrome de House) me sentí como ante un reto.

Así que me puse cómodo (los residentes saben a qué me refiero) a oír, a escuchar, a explorar y usar el fonendo, es decir todo el arsenal, para intentar saber qué es lo que estaba pasando. Tras reconocer su situación tan desesperada y normalizarla dado el tiempo, las opciones terapéuticas seguidas, la situación familiar y propia , comencé con las preguntas abiertas ...y tras unos minutos se produjo el momento flash de Balint. Me dijo , “le voy a comentar algo que no he dicho a casi nadie”.... (¿en la primera consulta, histrionismo? quizá)

Dios mío, menos mal que no suelo mirar el reloj para ver el retraso (me consta que los pacientes de mi cupo en la sala de espera tampoco, en general) una urgencia emocional (ya no la puedo citar otro día, con esta hemorragia emocional....) ¡Ánimo!

Y comenzó .

Era la época en que en los medios de comunicación era frecuente el encontrar noticias sobre los niños robados al nacer en los años 60.

Rompió a llorar, pensaba que a ella le robaron 2 hijos que le dijeron que habían fallecido, y a quienes no pudo ver por no permitirselo las monjas del hospital aquel. Me contó con todo tipo de detalles los 2 casos.

Espectacular y dramático.

Podría ser, su historia era coherente.

Y además su marido era republicano, exiliado después de la guerra y encarcelado a su vuelta viviendo sola durante mucho tiempo.

Cada vez que oía algo le recordaba toda aquella situación.....

Centrados en sus síntomas los que más le preocupaban además del dolor eran el insomnio (sólo dormía dos horas) y la anorexia con la pérdida de peso, su propia imagen, en qué se había convertido. Además, tenía pensamientos rumiantes sobre su situación...

Exploramos , le pedimos analítica, normalizamos .

La citamos para otra consulta concertada en una semana y otras posteriores quitándole los AINEs, el nolotil y los parches en esas consultas y a cambio le pusimos mirtazapina de 15 (como sedante

para dormir y como anorexígeno) y lexatin para bajarle la angustia (de paso la nuestra) como primer objetivo 3 tomas día durante 15 días y luego bajamos a 12h, a 1/ 24h y escitalopram 10mg.

Tenía recursos propios , le gusta la música, el teatro caminar y hablar.

Empujamos para socializarse en cuanto mejoró, apuntándose a un club de lectura, a un grupo de paseo, a ir de nuevo al teatro...

Comenzó a dormir mejor, presentaba cada vez menos angustia, le suprimimos en 2 meses el bromazepan, en 7-8 meses la mirtazapina (ha recuperado un año después todo su peso), no lleva opiáceos, ni tranquilizantes, alguna vez toma algún paracetamol a demanda y en ocasiones le cuesta algo comenzar a dormir.

Su hija se fue a las 3 semanas a Teruel y en la Unidad del Dolor cada 6 meses le ponen una infiltración que no sabe si suspenderla ella ya.

Se encuentra mucho mejor, solo toma ocasionalmente paracetamol. Se infiltra semestralmente pensando en reducir la frecuencia, se relaciona en diferentes ámbitos y su percepción sobre ella (su peso, su estado de ánimo) es mejor.

Creo que del caso, como en todas las consultas sagradas, se puede destacar la importancia de que los pacientes encuentren a un profesional (médico de familia por sus características y encuadre asequible) con el que empatize, que le escuche sin juzgarle, que le entienda, por lo tanto, que crea en la relación médico-paciente como herramienta diagnóstica y terapéutica y que sepa que es imposible que no usarla, que siempre esta relación comienza antes de conocernos en la consulta como queda expuesto explícitamente en este caso , que existen las urgencias emocionales no solo isquémicas y que por supuesto conozca algo de farmacología (por lo menos el prospecto para saber igual que el paciente) y se convierta en un recurso social más, que es lo que al final somos.

Bueno qué os voy a contar sobre esto que no sepáis ya...

Caso clínico nº 45: Lloro de amor

Isabel es una mujer de treinta y tantos felizmente casada que tiene tres niñas de corta edad. Quiere a su marido que es un buen hombre, trabajador, quizás poco cariñoso y poco amante de aventuras. Tanto es así que animó a su mujer a irse de vacaciones “8 días 7 noches” en un autobús con familias y otras mujeres de la zona mientras el que se quedaba tranquilamente en casa.

A los pocos días de su regreso acude Isabel a mi consulta llorando desconsoladamente. Se ha enamorado hasta las cachas del conductor del autobús y no puede contener una reacción paradójica que conoce bien porque la sufrió cuando se enamoró de su novio y actual marido: estar todo el día llorando.

Se encontraron, se enamoraron, mantuvieron relaciones sexuales y ahora sólo quiere olvidarlo y volver a la normalidad pero no para de llorar.

No buscaba cambiar su vida, ni contar el secreto, ni consejo, sólo quería que le quitara ese llanto que le paralizaba. Sentí la necesidad de mostrar apoyo, sin juzgarla, sin darle consejo aunque no sabía qué más hacer así que la freí a benzodiacepinas que no hicieron más que provocarle molesta somnolencia. Creo que también probé algún antidepresivo sin resultado. Sus visitas se fueron espaciando (como mujer sana, no frecuentaba la consulta) y dejamos de hablar del tema, señal de mejoría.

La seguí atendiendo durante años, igual que a su marido y a sus hijas cuando pasaron a mi consulta, y para siempre quedó ese secreto guardado.

Caso clínico nº 46: Jaime

Soy médica en un pueblo desde 2008 y desde entonces atiendo a Jaime, una persona con enfermedad mental grave. Jaime acudía solo a la consulta, solía venir con una lista de medicaciones para realizar recetas (aún no teníamos receta electrónica) y una serie de síntomas que me relataba tanto físicos como psíquicos. Comprobamos que era problemático explicar todo lo que necesitaba en una consulta de 7 minutos (tiempo habitual), así que quedamos en organizar cada 15 días una consulta con 20 minutos máximo de tiempo y si no se podía terminar los temas planteados en esa consulta, se emplazaba para la siguiente.

Habitualmente, la consulta consistía en explicar una serie de dolores abdominales (después con el tiempo tuvo una colecistitis) que empeoraban claramente cuando estaba anímicamente más alterado. El planteamiento por su parte para las consultas, era poder explicarme todo aquello que le inquietaba, tanto físico como mental. Y por mi parte, era realizar un seguimiento para valorar si se mantenía dentro de unas dinámicas aceptables (no estaba tomando antipsicóticos y había expresado claramente

que no los tomaría) Había abandonado el seguimiento por psiquiatría y únicamente acudía al centro de salud.

Después de año y medio de seguimiento, Jaime me plantea una consulta sagrada. Un día trae a la consulta unas siete hojas escritas, en la primera hoja, hay un círculo en el centro y me explica que yo estoy en el centro del círculo, que soy su referencia, que es como un enamoramiento platónico. Después de pedirle que me dejara las hojas para poder reflexionar terminamos la consulta.

Bueno, aquí es cuando yo me quedo absolutamente descolocada. ¿Qué he hecho mal? ¿Qué señales he emitido para que Jaime se enamore platónicamente?

Al día siguiente fui a conversar con uno de los médicos que lleva más de 33 años en el centro de salud, necesitaba la opinión de alguien ajeno. Yo le explicaba , que siempre le he tratado de usted a Jaime, que no le doy la mano para saludar ni tengo ninguna cercanía física, siempre detrás de una mesa, estas barreras las había puesto tácitamente, desde el principio, para ir tanteando las situaciones, para no meterme en su espacio, que no se sintiera vulnerado. Mi compañero me escucha, lee los dibujos, los esquemas, me echa un cable, me dice si deseo que cambie de médico, le digo que no, que no sé cómo pero que ya lo arreglaré.

Después, impulsada por esa necesidad del que no sabe qué debe hacer, acudí donde el psiquiatra de Jaime, al que no veía desde hace tiempo. Le expliqué la situación, volví a enseñarle los dibujos, le expresé sus comentarios, él me escuchaba, creo que me miraba sorprendido, creo que no pensaba que Jaime tuviera la capacidad de enamorarse y menos de elaborar una reflexión y ser capaz de escribirlo, me dijo que se lo derivara.

La vida, como siempre, nos coge la delantera y Jaime, antes de que pudiéramos reflexionar sobre el tema, tuvo un accidente cerebrovascular que

afectó gravemente su movilidad y su autonomía. A partir de aquí, cuando pudo volver a consulta después de la rehabilitación, más de nueve meses, venía acompañado de María Jesús, la mejor agente de salud. Es la auxiliar de domicilio, que conoce a Jaime desde hace más de 15 años, y durante dos años hemos sido tres en las consultas. María Jesús me ha ayudado a cambiar la relación con Jaime, ahora es más real, digamos más normalizada. Seguimos intentando que acuda al psiquiatra y lo hemos conseguido durante un año, pero el abandono es una de las constantes de la enfermedad. Lo que mantenemos es la toma de medicación para las enfermedades cardiovasculares. Jaime vive con su madre de 80 años en casa y María Jesús les ayuda a los dos. A Jaime desde que ha tenido el accidente cardiovascular.

Ahora estamos de nuevo en crisis, Susana viene dos veces por semana para sacar a pasear a Jaime es un servicio de los servicios sociales, pero Jaime se ha enamorado de Susana y Susana ha dejado de acudir al domicilio y ahora va otra persona. Jaime ha dejado de venir a la consulta y no quiere venir con María José, solo quería venir los últimos meses con Susana.

Hemos hablado de este tema de los enamoramientos, pero Jaime por ahora no viene, ya iremos

viendo cómo podemos continuar.

Aquí entraría una nueva reflexión sobre la importancia de la longitudinalidad y del conocimiento de los recursos de la comunidad. Después de hablar con la trabajadora social, me enteré de que Jaime ya había tenido hace bastantes años algún otro problema que incluía asunto de enamoramientos. A partir de este momento cambio mi enfoque y comienzo a pensar que todo pueda estar en relación con su patología mental, demasiada obsesión y reincidencia en un mismo tema. Es ahora cuando Jaime, María Jesus y yo hemos acudido los tres juntos a la consulta de la psiquiatra y le hemos transmitido cada uno nuestras ideas. Pilar le ha comentado a Jaime que debe tomar la medicación para evitar situaciones comprometidas como la que ha sucedido con Susana y salir de ese círculo. Jaime ha dicho que sí, que está dispuesto a tomarla. Lo cierto es que la única conversación que le hace salir de su aislamiento y de su indiferencia es cuando tratamos el tema de su relación con las mujeres.

Caso clínico nº 47: Depresión

C. tiene 60 años y pico. Vive con su marido, su única hija, el marido de ésta y sus dos nietos de 9 y 16 años en una casa algo alejada del pueblo, rodeada de montañas, aire puro, naturaleza.

Tiene una depresión endógena severa desde hace tiempo. La conozco desde hace aproximadamente un año, desde que hizo el cambio para que yo fuera su médico.

Hace años tuvo un intento de suicidio del que salió ilesa, y desde entonces ha recibido todo tipo de tratamientos tanto psicoterapia, como fármacos: benzodiacepinas, antidepresivos y neurolépticos. Sufrió parkinsonismo como efecto secundario. No tiene deterioro cognitivo. Para ella y su familia la enfermedad ha supuesto además un peregrinar por diferentes psiquiatras y neurólogos, la mayoría de forma privada.

Tremendo gasto emocional y económico. Y una gran repersusión en la vida de toda la familia, sobre todo para su hija, que cuando la conocí apenas tenía tiempo libre. Aparte de las actividades normales de ama de casa, madre y trabajadora a tiempo parcial, tenía que estar pendiente todos los días, día y noche de C. que necesitaba ayuda para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria y continua supervisión. Es hija única.

Les derivé a nuestro centro de salud mental de referencia. Ante la falta de efecto de la medicación, decidieron tratamiento con TEC (Terapia Electroconvulsiva). Hasta este tratamiento, que parece tan duro, tan agresivo, casi no salía de su cuarto, casi no hablaba, lloraba con frecuencia, apenas hacía caso a su familia.

Después de 5 sesiones ,mejoró bastante. Hace unos 2 meses tuve una de las consultas sagradas más bonitas: C. vino a mi consulta, hasta ahora le había visitado siempre a domicilio. Hasta me sonrió. Vino con su cuidadora (nos costó convencerle de la necesidad de esta ayuda externa, ahora se le veía a gusto con su compañía) una persona experimentada y paciente que con su energía y ánimo parecía haber contribuido más que nada a su recuperación.

Pero ha sufrido una recaída. Grave. Los médicos de urgencias a domicilio tuvieron que gestionar un ingreso involuntario en el Hospital Psiquiátrico porque la familia la sorprendió con ideación suicida y altísimo riesgo. Acabo de verles en la consulta. Hija y marido. Cansados. Leo frases no formuladas en sus caras “¿Cuándo terminará esto?” “¿Por qué no puedo tener una madre, una abuela, una esposa cómo las demás?”

Él es un hombre serio, de mirada muy limpia. La hija, que no es

paciente de mi cupo, es una mujer increíble, fuerte. Les hablo de AGUIFES, una asociación de ayuda a familiares de enfermos psíquicos, les dejo mi puerta siempre abierta, les animo a no perder la esperanza. Y yo ahora espero una nueva consulta sagrada con C. sonriendo.

Caso clínico nº 48: Brote psicótico

Conocí a Eva cuando tenía 23 años. Al principio venía con su madre, una mujer muy fuerte que se encargaba de la salud de toda la familia (del marido que tenía una diabetes y una cardiopatía isquémica, de su hijo menor al que acompañaba por episodios agudos y sobre todo de la salud de Eva a la que acompañaba moviéndose entre tutelarla y darle autonomía).

Eva había tenido un brote psicótico a los 18 años y cuando la conocí estaba perfecta con una dosis muy baja de medicación. Estudiaba en la universidad y tenía una vida totalmente normal. La controlaban en el Centro de Salud Mental. A los 25 años le retiraron la medicación. Ese mismo año, tras un viaje a Turquía de vacaciones y una relación sexual nada satisfactoria durante esas vacaciones, hizo otro brote psicótico de muy corta duración y que respondió rápidamente al tratamiento farmacológico (no recuerdo bien como fue ni si tuvo alucinaciones, ni si deliró). De hecho yo no lo viví en la fase aguda y me lo comunicó cuando ya había remitido.

Desde entonces venía a la visita sola y establecemos entre nosotras una relación muy madura y adulta, monta su propio negocio, se compra un piso, se independiza y se va a vivir sola y posteriormente constituye pareja que se va a vivir con ella. Eva sigue controles con su psiquiatra que le mantiene una dosis mínima de tratamiento farmacológico.

Y aquí empieza la consulta sagrada que os quiero relatar. A los 32 años, e inmediatamente después del entierro de su padre que murió de un infarto de miocardio, desarrolló otro brote psicótico. Acuden ella y su madre de urgencias a mi visita. Entran agarradas, Eva rígida y arrastrada por su madre. Eva se sienta en el borde de la silla, todo su cuerpo rígido y sobre todo su cuello que está estirado e inclinado hacia atrás. Cada vez echa más hacia atrás la cabeza y sus ojos están muy abiertos y con expresión de terror. Se agarra continuamente al brazo de su madre que me explica que hoy al volver del entierro del padre empezó con este cuadro, con mucho miedo, agarrada a ella todo el rato, rígidamente sentada en el sofá. Que se resiste y pone más cara de terror cuando la quiere levantar del sofá para ir al baño... Ella solo dice repetidamente: "Estoy bien. Me siento muy protegida, mi madre y tu me protegéis".

No es posible establecer más contacto oral, no hay más lenguaje. Acepta, eso sí, el contacto físico tanto de su madre como el mío.

Ya habían pedido y tenían hora con el psiquiatra para el día siguiente que por teléfono le había indicado subida de la medicación. No quieren ni oír hablar de ir a urgencias y tramitar un ingreso y la madre se compromete a acompañarla las 24h del día. Su madre como siempre, entera y fuerte protegiendo a su hija. Como si no hubiera sentimientos.

Para mí se detiene el tiempo y el espacio. ¿Cómo comprender lo incomprensible?. Yo me siento perdida y me percibo más afectada que su madre y solo puedo ofrecer mi apoyo y mi cariño para lo que haga falta, y mi teléfono móvil también para lo que haga falta. ;;;Me sentía tan inútil!!!. Las vi marchar tal como entraron y yo deseé marcharme con ellas y abandonar la consulta.

A la semana Eva vuelve a estar bien, viene a la consulta y me explica sus alucinaciones: "La muerte con la guadaña le quería cortar el cuello, echarla a una fosa que estaba delante de ella y llevarla con su padre". Por esto estiraba el cuello (para que no se lo cortara) y no quería moverse para no caer en la fosa. Reitera que a pasar del miedo que tenía siempre fue consciente de que su madre y yo la protegíamos de la muerte.

Eva continuó su vida normal y yo seguí siendo su médica pero la imagen de ella ante la muerte nunca se fue de mi cabeza.

Cuando me jubilé le escribí una carta de despedida, manifestándole mi admiración por ella como persona y lo mucho que había aprendido de ella (no tengo el texto exacto pero creo que este era el

contenido).

Lo que si tengo es su respuesta que dice así:

La meva doctora!, Jo també he de dir que en tots aquests anys m'he sentit protegida, arropada y valenta gràcies a la feina ben feta de tot el vostre equip.

Sobretot molt compresa, valorada i estimada per tu, Dra. Fdez. de Sanmamed. En tot moment coneixent les paraules adients per dir-me i transmetent-me aquesta energia.

Aquesta força de la que tu em parles, es gràcies a vosaltres i a les atencions rebudes.

Sens dubte sempre et sentirem a prop amb fermesa i esperança.

La família XXX estem molt i molt agraïts, i desitgem que aquest nou camí que emprems, també sigui ple de virtuts com et mereixes.

Eva i família

Caso clínico nº 49: Josefina

Josefina no había tenido una vida fácil. Separada desde hacía 7 años, después de sufrir años de humillaciones y desprecios, con una hija viviendo en el extranjero que reproducía el papel maltratador de su padre, lo único que pedía a la vida era poder disfrutar de sus nietos de vez en cuando, del café con sus amigas y de cantar en el coro.

Por desgracia, la salud tampoco le había acompañado. Estaba diagnosticada de fibromialgia, depresión, polimialgia reumática, miopía maligna con degeneración macular que le ocasionaba una pérdida muy importante de agudeza visual, osteoporosis con fractura vertebral... Todo ello le condicionaba de forma importante su vida y la obligaba a acudir con frecuencia a mi consulta y a la de diversos especialistas.

Una mañana decidió ir a verme para consultarme sobre una de sus múltiples molestias. Como siempre pidió cita por teléfono, como siempre acudió con unos minutos de antelación y como siempre se sentó en la sala de espera en el lugar de siempre.

Sin embargo, esta vez la consulta no fue como siempre.

Cuando llevaba unos minutos en la sala de espera, salí a llamar al siguiente paciente. En cuanto vi a Josefina, entré de nuevo a la consulta, saqué de un cajón de la mesa un recorte de periódico que tenía guardado, me dirigí hacia ella y le dije: “Antes de entrar a la consulta quiero que leas esta noticia del periódico”.

Josefina observó con curiosidad que se trataba de un periódico de 1941. Dirigió la mirada a la noticia que yo le había señalado y comenzó a leerla. A medida que iba leyéndola, el corazón se le iba encogiendo, se le secaba la boca y los ojos se le humedecían. Al terminar de leerla era incapaz de controlar la infinidad de emociones, recuerdos y pensamientos que recorrían su cabeza e inundaban su cuerpo. Su mente se llenaba de imágenes de recuerdos de su infancia, de su pueblo, sus padres, sus hermanos, de los tíos con los que vivió, de sus amigas... Todo su pasado se presentó ante sus ojos de una forma clara y con tanta intensidad que no sabía cómo reaccionar.

Absorta en estos pensamientos oyó su nombre: “¡Josefina!”. Casi dio un respingo en el asiento del susto. Era yo quien había pronunciado su nombre.

Esperó unos segundos antes de levantarse y se dirigió a la consulta, todavía temblorosa y con los ojos humedecidos.

Tres semanas antes de que Josefina acudiera al centro de salud yo me encontraba leyendo absorto los periódicos que acababa de encontrar. Hacía un mes que mi mujer había heredado la casa natal de su padre en un pueblo de la montaña. Un viejo caserón de 1900 con un enorme desván polvoriento, de esos que se supone que guardan tesoros y secretos esperando que alguien los descubra.

En uno de los rincones del desván, tapados por unas viejas maderas, había varios paquetes de periódicos y revistas cubiertos de polvo y atados con cuerdas. Cogí uno de los paquetes, le quité el polvo con una escoba y un trapo y lo bajé al salón de la casa. Allí solté la cuerda que ataba el paquete y comencé a curiosear. Los periódicos eran de finales de los años 30 y primeros de los 40 del siglo pasado, y muchos de ellos traían la crónica diaria de la guerra civil. Noticias del frente, de

los “caídos por España” (era un periódico del frente nacional), con sus respectivas fotografías, junto con el resto de noticias locales, nacionales e internacionales. Pasé horas disfrutando de la lectura, imaginando la vida de las personas que salían en el periódico y la de las que leían las noticias. Traté de imaginar a quién se le ocurrió la idea de guardar los periódicos y de alguna forma se lo agradecí. Cuando terminé el paquete subí rápidamente al desván, desempolvé otro paquete y lo bajé para comenzar con avidez su lectura.

Una de las secciones que más me interesaba leer era la de las noticias locales. Allí se contaban anécdotas curiosas de gente anónima que por algún motivo se convertían en protagonistas de alguna historia. Llamó mi atención una noticia por el lugar donde se había producido: el pueblo que se encuentra a dos kilómetros de mi pueblo natal. El titular de la noticia rezaba: “Dos hermanos se casan con dos hermanas”. Comencé a leerla y, de repente, paré de leer cuando leí los apellidos de los contrayentes. Volví a leerlos de nuevo y lo hice varias veces más, hasta que ya no me cupo ninguna duda. De aquellos dos matrimonios, uno de ellos tenía que ser a la fuerza el formado por los padres de Josefina, mi paciente. Yo sabía que Josefina había nacido en ese pueblo y sus apellidos coincidían con los de los novios. Así que, sin pensarlo dos veces, guardé la hoja del periódico y seguí disfrutando unas horas más de aquella lectura con sabor a historia.

Cuando el lunes siguiente a primera hora entré en la consulta, lo primero que hice fue guardar el periódico en el primer cajón de la mesa, decidido a esperar a que Josefina apareciera por allí.

A las tres semanas, una mañana antes de comenzar a pasar la consulta, como solía hacer habitualmente, revisé la agenda del día para ver qué pacientes estaban citados y vi el nombre de Josefina en la cita de las 12. Miré en el cajón de la mesa para comprobar si el periódico seguía allí y cerré de nuevo el cajón.

Cuando a las 11:50hs salí a llamar a un paciente y vi a Josefina sentada en la sala de espera entré de nuevo en la consulta, abrí el cajón de la mesa y saqué la hoja del periódico. Salí de nuevo a la sala de espera, le entregué a Josefina la hoja y le dije que leyera la noticia.

Cuando Josefina entró en la consulta sus ojos estaban humedecidos y su voz temblorosa casi no acertaba a pronunciar palabra. Esperé a que se encontrara mejor, guardando uno de esos silencios que acompañan, y cuando Josefina pudo hablar me contó su historia, interrumpida de vez en cuando por el llanto que no podía reprimir.

Ella es la mayor de tres hermanos. Sus padres se casaron porque su madre se quedó embarazada de ella. Por supuesto que ellos no se lo contaron, pero lo acabó sabiendo. Y ese error, si es que puede considerarse así, fue ella quien lo terminó pagando. Siempre se sintió como una hija no deseada y con pocos años la enviaron a vivir con unos tíos en un pueblo cercano. La relación con sus padres siempre fue fría y distante. Pero lo que nunca supieron ni ella ni sus hermanos fue la fecha de la boda de sus padres. En su familia siempre había sido un tema tabú del que nunca habían oído hablar.

Siguió hablando de su infancia, de los pocos recuerdos que tenía de su pueblo, del cariño que le profesaron sus tíos, de la relación con sus hermanos, de sus amigas...No se veía rencor en su mirada, quizás cierta tristeza. Su padre ya había fallecido y su madre todavía vivía en otro pueblo. Iba a visitarla una vez por semana para cumplir con su obligación de hija, pero no sentía ningún cariño hacia ella.

Cuando terminó su vaciado emocional se encontraba “rara”. No sabía definir muy bien lo que sentía. Era como si hubiese abierto una puerta que había estado cerrada durante mucho tiempo por la que salió todo el olor a rancio y

entró aire fresco que le producía un hormigueo agradable por todo el cuerpo.

Durante todo el tiempo que duró la entrevista seguí manteniendo un silencio respetuoso, mirándola a los ojos y asintiendo de vez en cuando con la cabeza para facilitar su discurso. Entonces le conté a Josefina cómo había encontrado el periódico. Ella no encontraba palabras para agradecerme el gesto, guardó el periódico en el bolso, se levantó despacio y me dijo

que lo primero que iba a hacer era llamar a sus hermanos, reunirlos y contarles lo que había sucedido aquella mañana. Se marchó sin acordarse de plantearme el motivo por el que había pedido la cita. Eso ya no importaba. Aquella mañana la consulta con su médico de familia se había convertido en un viaje al pasado del que, de alguna forma, había vuelto renovada.

Caso clínico nº 50: Las crisis de asma, en fechas determinadas

Juan tiene 48 años, con un diagnóstico de asma desde la adolescencia, yo hace 2 años que soy su médico, en los últimos años ha tenido varios episodios de crisis asmáticas severas, unos 2 cada invierno. Algunos se resolvieron en el domicilio, otros necesitaron ingreso, uno de ellos en la UVI hace unos 4 años.

Es octubre, hace frío y acude él, sin cita, le hago pasar pronto porque sé que cuando viene suele estar apurado, y así es. Viene con intensa disnea, los labios algo amoratados, me confiesa que lleva un par de días mal pero que ha estado aguantando por el trabajo, no se puede permitir faltar. Se le insta un tratamiento en el centro y conseguimos una mejoría suficiente para que pueda solventarse a nivel domiciliario, quedamos en visitas diarias en el centro o en su domicilio, cada día le llamo y en función de como se siente voy a verle a casa antes de empezar la consulta (los primeros días) o viene al centro. Todo ello con su correspondiente parte de incapacidad temporal. En una semana aproximadamente los dos estamos de acuerdo en que su estado le permite acudir al trabajo y controles más espaciados hasta que vuelve a su estado basal.

Pasan los meses y llega enero, le atiendo en la consulta, otra crisis asmática, esta es algo más leve, pero tampoco le veo en buen estado para acudir al trabajo, reforzamos tratamiento y le doy un parte de descanso de 3 días, sin emitir parte de baja.

Al día siguiente me llega al centro una citación judicial para principios de febrero, no sé el motivo de la misma, estoy algo confundida porque últimamente no he hecho partes de lesiones y la citación es como testigo. Llamo al juzgado y me comentan que no pueden darme información.

En la fecha indicada me presento en el juzgado hecha un manojo de nervios, todo el mundo me dice que declare sobre lo que me acuerde y que si no me acuerdo lo diga al juez y ya está, aún así me siento incómoda, quizás porque soy muy controladora y esta situación se escapa a mi control.

La juez entonces me pregunta por Juan, me quedo sorprendida, conozco el nombre y me acuerdo de su asma, ella me pregunta sobre una IT y un reposo domiciliario firmado por mi en noviembre y en enero. Mi respuesta es escueta, me acuerdo que le he visto, me acuerdo que le he dado reposo pero no recuerdo las fechas. Aunque le digo que podría consultar la historia para comprobarlas. Resulta que en esas dos ocasiones tenía una citación judicial como acusado en un delito económico y no había acudido refiriendo que estaba enfermo y mandando copia de los papeles oficiales por mi extendidos.

Llego al centro y compruebo las fechas, concuerdan con las emitidas por el juzgado, les mando un fax indicando que efectivamente en esas fechas le vi y que consideré reposo por su patología, pero que si quieren información clínica más detallada, tendrán que solicitarla mediante el procedimiento pertinente.

Y ahora yo sola en mi consulta me planteo, ¿rigió una crisis asmática? hay cosas que no se pueden fingir, la saturación, el color amoratado de los labios de la primera ocasión, las sibilancias... ¿se pudo de alguna forma inducir una crisis para evitar el juicio? ¿cómo puedo abordarlo con él? ¿cómo afectan estas dudas en nuestra relación? y en mi trabajo diario, ¿cómo manejar la desconfianza?

Tosa consulta es sagrada, algunas más que otras, pero la afectación de la confianza me parece que es en parte un disruptor de los que hemos estado hablando.

Caso clínico nº 51: Resultado final

Raquel es una chica de 23 años. Feliz, inquieta, lectora empedernida... Hace ahora 8 meses se cambió a mi cupo tras un desencuentro con su anterior médico de familia en base a lo que ella y su familia pensaron que pudo ser una demora diagnóstica.

Pienso que el principal problema, como casi siempre, fue un tema de comunicación. Llegó a mi cupo así, en mitad de su tratamiento quimioterápico para ese linfoma de Hodgkin que un buen día interrumpió, espero que temporalmente, lo que era una vida plena y feliz.

Desde entonces, nuestras consultas han sido casi siempre sagradas. Al fin y al cabo, de la "biología" se encargan los hemato-oncólogos... Hemos hablado de miedos, angustias, desesperanza...

Hace una semana me dijo que le hacían un PET ese mismo día para comprobar el efecto que había tenido el tratamiento finalizado en diciembre, le angustiaba que la cita en el hospital para recoger el resultado era 3 o 4 semanas después. Le angustiaba esa prolongada incertidumbre. No pude menos que ofrecerle, sólo si ella así lo quería, que viniera la semana siguiente a consulta a última hora y ver juntos el informe. Compartir juntos esa mejor o peor noticia, aún a sabiendas de que no podría responder a todas las cuestiones técnicas que nos surgieran ante su lectura.

El pasado viernes (hasta hoy no me he sentido capaz de poner por escrito algo que, desde que lo viví, supe que necesitaba compartir con vosotros) apareció por la consulta tal y como habíamos quedado. Había sido un día bastante liado y hasta que no la vi aparecer no recordé que era el día previsto. "¡Ostras! - pensé - no me ha dado tiempo de leer con anterioridad el informe para irme preparando mentalmente yo y elaborar como comunicárselo"... Entró ya con los ojos llorosos, acompañada de su madre, en cuyos ojos se resumen estos 9 meses de sufrimiento, y de su padre, con los mismos ojos que su madre pero teñidos de cierto aire de impotencia. Se sentó y sólo me dijo "dímelo ya, por favor".

Mi corazón golpeaba con fuerza en esos segundos que tarda en aparecer el informe en pantalla haciéndome dudar de lo que sabía estaba bien hecho, ofrecerme a compartir ese momento. Mis ojos buscaban rápidos y ansiosos las líneas que aparecían bajo la palabra 'Resumen'... Leí: "Excelente respuesta metabólica completa postquimioterapia, posiblemente completa, sin que podamos descartar mínimos restos de enfermedad a nivel linfático mediastínico".

Raquel rompió a llorar. Yo no pude hacer otra cosa que asistir callado. Evité interrumpir de ninguna forma y me limité a ser testigo privilegiado de esa consulta sagrada, de esas lágrimas de emoción que eran al mismo tiempo de alegría por la noticia y de tristeza al recordar en un instante lo vivido. No sé cuánto tiempo duró. Sí sé que mis ojos prepararon lentamente, sin querer molestar, y con miedo a parecer que usurpaban una emoción que no le pertenecían, un par de lágrimas cálidas y tranquilas.

Me sentí absolutamente privilegiado. Al salir de la consulta, quedé callado. No podía llamar aún al siguiente paciente. Mi residente, que asistió sin mover un músculo a lo ocurrido, rompió ese silencio y me dijo... "He estado a punto de llorar". "Claro, Enrique, le contesté... acabas de presenciar una consulta especialmente sagrada".

Caso clínico nº 52: Acoso laboral

Ayer eran las 18:10, llevaba unos 25 minutos de demora, en la puerta quedaban sentados una mujer

y hombre, bien arreglados, con una carpeta en la mano, me sonrieron y yo a ellos. No se por qué pensé que vendrían a contarme algo que se habían hecho en un privado, esa era la imagen que daban supongo.

Mi cuerpo me iba mandando señales, la tensión mamaria empezaba a ser bastante incómoda, y me sentía torpe con mis brazos (quizás por tener unas mamas pequeñas, al estar ingurgitadas y no estar habituada me tropiezo con ellas y no acabo de acostumbrarme). Pensé, bueno espero que sea algo rápido y pueda sacarme la leche ya.

Cuando le pedí que pasara lo primero que me sorprendió fue que ella le apretaba la mano a su marido, y él permanecía sentado en la sala de espera con la carpeta. Eso me hizo pensar que mi primera idea era errónea, y que posiblemente todo se complicara más de lo previsto.

Ella se sentó, me miró y me preguntó ¿es usted por fin mi médico? en estos meses han pasado varios por aquí y la he estado esperando, no me sentía capaz de compartir con extraños mi historia más de una vez, y rompió a llorar. Mi mente se dividió con mi cuerpo, mi mano le tendió la caja de pañuelos que tengo encima de la mesa, me empezaron a zumbar los oídos y mis mamas reclamaban atención, pero tras la caída de sus primeras angustiosas lágrimas, el tiempo se paró, de alguna forma mi mente se enfocó en el relato de la paciente y dejé de sentir las acucias llamadas que emitía mi cuerpo hasta ese momento.

La historia, era una situación de acoso laboral, de unos 2 años de duración, que en los últimos meses había comenzado a sobrepasarla y estaba empezando a afectar a su vida personal. Estaban puestos en marcha informes dentro de su empresa, pero este es un camino lento, sobre todo porque la responsable del acoso pertenece al comité de dirección de la empresa.

Dejé que navegáramos por su historia, y buscáramos puntos de apoyo, posibilidades para solucionar por una parte su problema de acoso y por otra los efectos que éste tenía sobre ella misma. Y cogimos una cita con más tiempo otro día al final de la consulta para seguir abordando el tema.

Al terminar nuestra consulta miré el reloj. Mi descanso había concluido, mi cuerpo empezaba a despertarse. Salí de la consulta y había alguien sentado delante de mi puerta, llevaba mi bolsa de lactancia en el hombro y ella me dijo, doctora estoy esperando para que me vea, he venido sin cita y no me encuentro bien. Me mostré sincera con ella, tengo que ir a sacarme la leche, espero no tardar. Ella contestó algo que me quitó mucha presión, tómese el tiempo que necesite, usted también es humana y tiene necesidades, yo la espero aquí no se preocupe.

Sentí alivio y gratitud por sus palabras que no siempre son tan comprensivas.

Y al volver 15 minutos después, allí estaba con una sonrisa en su cara, ahora que usted está mejor también me puede atender mejor a mí.

Caso clínico nº 53: Alteraciones conductuales

Se trataba de D, un varón de 52 años, de origen galés, casado con una irlandesa, ambos acudían acompañados por la hermana de D, un poco mayor que él, al menos en apariencia.

D es profesor de matemáticas, “de mente científica” como lo describió su mujer. Ella profesora de inglés. Llevan unos 20 años en España.

D había sido diagnosticado unos meses atrás, a raíz de una alteración conductual y tendencia a la apatía, de un glioblastoma multiforme que le afecta la zona frontal y parietal izquierda de su cerebro. Ha recibido tratamiento quirúrgico, con una extirpación subtotal de la lesión, varias sesiones de quimioterapia... “con progresión de la enfermedad”, como indicaban sus oncólogos en uno de los informes. En la última resonancia magnética había evidencia de un par de focos más, sospechosos de extensión de la enfermedad.

El motivo de acudir a urgencias no parecía, en un primer momento, muy claro. En la pizarra donde anotamos a los pacientes, reflejaron “mal control” creo recordar... Quizá una forma de reflejar una amalgama de emociones, síntomas, sufrimiento... Me temía que la situación fuese delicada. La enfermera responsable me avisó que el clima pudiera estar algo tenso y me situó un poco en el contexto clínico del paciente. En el informe del médico rural, que acudió al domicilio del paciente

de forma urgente, se señalaba un comportamiento agresivo, irascible y una situación de conflicto en el domicilio, así como un abandono de la medicación por parte del paciente. Ello contrastaba con el escenario con el que me encontré en un primer momento al entrar a ver al paciente, ya que se mostraba muy calmado, acompañado por sus familiares, los tres en silencio. Imaginé que el lugar y el "ambiente sanitario" le daban cierta tranquilidad, al sentirse "atendido". Eso me confirmó su esposa, quien más tarde expresaba que probablemente se estuviese acostumbrando a esa situación de conflicto, de tensiones y gritos de dolor de D, que no conseguía localizar en ninguna parte de su cuerpo. A mi tampoco me supo concretar, salvo aquella dichosa presión constante que notaba tras sus globos oculares.

D, conocedor de su diagnóstico, decía estar "aburrido, sólo podía estar aburrido... en casa veía algo la televisión, pero enseguida se aburría, tenía dificultades para leer...". Su esposa decía que estaba desorientado temporalmente la mayor parte del día, se irritaba al decirle ella que debía tomar la medicación, incluso dudaba de lo que tomaba, mirando una y otra vez los prospectos... En la última semana, como síntomas físicos, se había añadido un ptosis palpebral del ojo izquierdo, una abducción de dicho ojo y una consecuente diplopia. Me llamó la atención que fuese yo quien señalase la ptosis, muy evidente, obteniendo una respuesta que prácticamente ignoraba o minimizaba dicho signo por parte del propio paciente.

Explorando sus expectativas, reiteraba que lo único que podía hacer era "mantener la esperanza, pensar que la situación puede cambiar..", "a la larga, sólo puedo mantener la esperanza" (a la vez que elevaba ambas manos cruzando los segundos y terceros dedos).

Desde un primer momento, mientras hablaba con D, su esposa hizo algún que otro gesto señalando el exterior del "box" (donde estábamos "encasillados" en ese momento), que interpreté como un deseo de hablar a solas. Así lo hicimos, con el visto bueno de D, unos minutos más tarde. Acudimos a una pequeña sala que utilizamos para momentos íntimos, dar malas noticias... Nada más llegar allí, sentados uno frente al otro en una silla, la esposa de D rompió a llorar en un mar de lágrimas. Silencio. No supe qué decir, por lo que no dije nada. Simplemente acompañé con mi presencia, manteniendo una mirada atenta. Enseguida dijo que "no es consciente, o no quiere serlo... desde el principio siempre le dijo a los oncólogos que no quería saber nada acerca de su pronóstico". Pienso entonces en los complejos mecanismos de defensa que podemos llegar a establecer con tal de evadir un posible sufrimiento, no aceptar la realidad. Pero la línea fronteriza es muy fina, ya que esa evasión puede incurrir en otro sufrimiento, o hacer que éste se extienda a terrenos vecinos. Me relató que en casa tampoco tuvieron la ocasión de abordar las diferentes posibilidades pronósticas, incluyendo un fatal desenlace... Ella se había informado mucho sobre el tema y sabía lo que les esperaba, cómo iban a acabar las cosas, pero no podía compartirlo con su marido. Además había vivido la muerte de un hermano cuando ella tenía 15 años, también por un cáncer cerebral, así como el fallecimiento de su madre por otro cáncer...

Ambos tienen en común un hijo de 15 años. "A mi no me contaron nada cuando mi hermano sufría, pero lo veía, y lo pasé mal... No he querido que nuestro hijo pasase por lo mismo, por lo que he ido compartiendo con él todo desde el primer momento, y me alegro de ello". Ambos compartían lo que no podían hacer con D, que dibujaba de alguna manera más aislado o encerrado en esa situación.

A pesar de todo el sufrimiento que albergaba dentro, el aspecto era el de una mujer fuerte y entera. Vi el llanto del familiar como una expresión "paralela" del malestar que conllevaba la situación, la terrible enfermedad de un ser querido en este caso. Como si, más allá de las peculiaridades de la experiencia personal, hubiese una especie de magma emocional, de tonalidades infinitas, flotando e interactuando entre las diferentes perspectivas vitales individuales y sus relaciones.

¿Hasta qué punto centrarnos en el paciente, quien presuponemos que más sufre? ¿Cómo abordar ese momento de desahogo, desesperanza o grito en el cielo del familiar? ¿Compartirlo?

Pareciese que la llegada de la hermana de D, quien tenía experiencia en trabajar con personas afectas de enfermedades neurológicas, desmielinizantes sobre todo, supuso un cambio de perspectiva, un foco lejano que sacase a relucir el declive o pérdida de control de la situación en

casa.

Todos necesitaban un descanso, y pareciese que un ingreso hospitalario fuese el elegido. D mostró su acuerdo. Con su esposa acordamos no abordar nada más, de momento... Ajustamos la medicación, clausuramos de alguna forma nuestro contacto, e ingresó.

Al día siguiente, cuando salía del hospital, tras dejar mi pijama en la lencería del sótano, me crucé con la esposa de D, que debía regresar de la cafetería. Entre una mezcla de sonrisa y lágrimas, me dijo “está sedado, tranquilo... gracias por lo de ayer”. No lloré, pero sentí hacerlo por dentro.

Caso clínico nº 54: No hay lugar para consultas sagradas de él

P es un señor de unos 70 años, que siempre viene acompañado por su mujer, S. De hecho la mayoría de visitas suelen ser para ella, que tiene una depresión crónica, una insatisfacción vital constante.

S toma una cantidad de psicofármacos indecente, que no he conseguido retirar. En todo caso, hace un par de años, P estuvo enfermo. Tuvo un infarto de miocardio.

Venía a la visita para él, pero S monopolizaba mi atención (o lo intentaba) diciendo que la enferma era ella, que a él en realidad no le pasaba nada, que a ver si a ella también le hacía un electro, que nunca la miraba ...P no decía nada y sonreía, sabiendo que ella necesitaba más atención que él. De manera que lo que tenía que haber sido una consulta sagrada para P, se volvía en un juego de malabares para mí de convencer a S que ahora P estaba enfermo también, y que otro día hablaríamos de si ella necesitaba o no un electro. Intento ser empática con ella y los déficits que denotan esa necesidad de atención, pero también me da lástima que él no tenga ese espacio para consultas sagradas.

Caso clínico nº 55: “Mátame”

Paciente con un mal pronóstico vital, acababa de aterrizar en mi primer Centro de Salud en tierras castellanas. Yo venía con conocimientos frescos y toda la ilusión y el orgullo de mis alas profesionales, pero mi avión capotó en cuanto llegó a mi consulta un paciente con un sarcoma en fase avanzada, como decíamos entonces: “desahuciado”.

En el hospital, durante la residencia, esta lección no la habíamos dado, claro que había visto personas ingresadas morir, llegar accidentados moribundos a urgencias, etc., pero eran episodios asistenciales puntuales, en los que muy pocas veces, como residente que era, tuve que dar malas noticias, ni vivir el día a día de la muerte. Así que me encargué del caso con nula experiencia.

La primera complicación fue una sección medular que dejó al paciente paralizado de cintura para abajo y que por su insistencia le llevo a permanecer sentado casi las 24 horas del día en su cama, entre almohadones y cojines. Era un hombre recio, emigrante forzoso a un “poblado modelo” donde acababan los represaliados del régimen franquista, había trabajado en chamizos mineros y en un pequeño terreno para sacar su familia adelante y tenía ese saber estar del tópico castellano: de pocas palabras pero de mirar de frente y a los ojos.

Todas las semanas lo visitábamos en casa, Ana la enfermera que compartía trabajo conmigo y que curaba sus escaras y le cambiaba la sonda vesical cuando tocaba, y yo que trataba de mitigar su dolor con la farmacopea de que disponíamos entonces: jarabe de Brompton y posteriormente Metasedin, y todo aquello que aprendía en los libros o preguntaba a los compañeros.

Un día, aquel hombre paralizado se arrastró como pudo e intentó, sin conseguirlo, colgarse de una viga del patio. La familia asustada, me llamo y la respuesta del paciente a mi tonta pregunta fue un sincero: “mátame, ya no quiero esperar más a la muerte”.

Todavía siento el revolcón que me dio el corazón y como balbuceando le conteste: “No puedo”.

Desde aquel día dejó de hablarme. Cuando cada semana lo visitábamos, mi saludo solo encontraba su silencio y un giro de cabeza para mirar a través de la ventana el campo yermo que rodeaba su casa, y un dejarse hacer sin decir media palabra. Y mas silencio cuando le decíamos: hasta la semana que viene.

Un mes más tarde me avisaron con urgencia, esa madrugada había intentado morderse las venas de los brazos, y una vez más la familia que discretamente le vigilaba paró la hemorragia con trapos y presión. Arreglado el desaguado, volví a preguntarle, esta vez suplicando que me dijera que podía hacer por él y la respuesta fue la misma: “mátame”.

De aquel domicilio, Ana y yo volvíamos al centro de salud en silencio. Yo sentía miedo de no saber si lo hacía bien, impotencia ante aquella situación estancada y la seguridad creciente de que había una línea roja que no quería cruzar aunque entendiese el deseo del paciente, y sobre todo, como diría Benedetti, con “una soledad tan desolada”.

El final llegó poco después, la naturaleza fue bondadosa con los dos, y os cuento esta historia por que este fue mi paciente cero, como dice mi amigo Raúl, aquel con el que te enfangas con la muerte, por primera vez.

Caso clínico nº 56: Sedación terminal

El trimestre pasado tuve conmigo, una estudiante de 6º curso rotando 6 semanas. Teníamos algunas ausencias de compañeros, no sustituidas y en mi centro de salud además de consultas se reparten domicilios. Uno de estos me correspondió. La situación era de una paciente que por su patología cardiológica y su edad estaba entrando en agonía. Estaba estupefactiva y con muy malas constantes vitales. En estos casos, y mucho más sin conocer ni a la paciente y a la familia les di opciones, entre ellas y a mi modo de ver la más recomendable, dejarla tranquilamente en casa, con cuidados paliativos y esperar a que su naturaleza se agotase.

La paciente estaba tranquila, pero a los tres días comenzó a quejarse, se inquietó y acumuló secreciones, síntomas que como sabéis angustian mucho a las familias. De nuevo aportamos opciones y la familia optó por utilizar los fármacos que consideráramos necesarios para aliviar sus síntomas. ¡Que diferencia con otros tiempos!

Esa mañana preparamos un infusor para 5 días y a media mañana fuimos con su enfermera a colocárselo. Estuvimos un buen rato hasta que la paciente se tranquilizó, comenzó a respirar sin gorgoros aunque con apneas y viendo como su familia la rodeaba y la llenaba de besos. Todos sabéis que son situaciones muy emotivas y que nuestra serenidad y empatía ayuda a la familia.

Falleció tranquilamente, tres días después.

Cuando nos fuimos, en el ascensor, mi estudiante rompió a llorar desconsoladamente y yo me acordé del paciente que quería morir y también lloré.

Caso clínico nº 57: Murió en el hospital, donde no quería

Julia tenía 67 años. Se le diagnosticó un cáncer de páncreas hacía 18 meses. Tenía 5 hijos, cuatro de ellos fuera de casa. Era una mujer fuerte y controladora. Llevaba directamente sus asuntos incluido el contacto directo con los profesionales que atendían su enfermedad. Siguió tratamiento con quimioterapia de forma ambulatoria y pese a momentos de debilidad acudía siempre personalmente a las citas. Nunca quiso ser ingresada en el hospital y nunca lo estuvo. Con metástasis hepáticas y cerebrales, en sus momentos finales presentó síntomas depresivos, alteración del ritmo vigilia sueño y agitación. Su familia le lleva al servicio de urgencias del hospital y es ingresada en planta durante 9 días, en estado de obnubilación, con gran angustia y desconcierto por parte de la familia, falleciendo al cabo de este tiempo.

Caso clínico nº 58: Murió en su casa, donde quiso

Mercedes tenía 81 años. Obesidad mórbida, diabetes tipo 2, asma bronquial, un episodio de tromboembolismo pulmonar en 1992, un infarto de miocardio con implantación de “stent” en 2010 y una insuficiencia cardíaca congestiva. Plenamente consciente y capaz. Última descompensación de la insuficiencia cardíaca en 2012. Vivía en un segundo piso sin ascensor junto a una cuidadora interna. Se habló con ella acerca de la situación de fragilidad en la que se encontraba y de la posibilidad de que en futuras descompensaciones precisara ingreso en

UCI o necesitara ventilación mecánica. Manifestó que no deseaba ninguna intervención que implicara intubación o maquinas de soporte pero quería hablarlo con sus hijas. Una semana después su hija visitó la consulta para ratificar los deseos de su madre. Se volvió a hablar con la paciente y quedaron reflejados en la historia clínica sus preferencias como Planificación Anticipada de Decisiones. La paciente falleció en su domicilio dos meses después. Donde y como quería.

Caso clínico nº 59: Morir en paz

Hoy, a media mañana, después de hacer verdaderas filigranas para no retrasarme en la consulta, he acudido al domicilio de un paciente de más de 90 años. Se está muriendo, y tenía que acudir a tiempo para no tener que tomar decisiones precipitadas a última hora de un viernes.

Se ha complicado en un par de días, y la familia tiene claro que quiere que permanezca en su casa con cuidados paliativos. Él, tiene demencia, no puede tomar decisiones, y no tiene documento de voluntades anticipadas.

He encontrado a muchos familiares en la casa, todos para mí conocidos, son también mis pacientes, hoy los he visto en conjunto como familia. Y también estaba su cuidadora, que conozco bien, tanto de mis visitas al domicilio como por atenderla en mi consulta.

Creo que el hecho de que nos conociéramos todos ha facilitado mucho las cosas, en una situación difícil cómo es la terminalidad.

He hablado después con Hospitalización a Domicilio, y continuarán el cuidado de este paciente si es necesario el fin de semana. Pero espero que el lunes, si todavía está aquí, yo pueda ser de nuevo su médico de familia, el médico de esta familia.

En mi memoria tengo ahora sobre todo dos imágenes:

Una la de la cuidadora de este señor. Vive interna en esta casa. Cuando fallezca, se quedará sin trabajo. De su sueldo depende toda su familia, que está lejos, en un país sudamericano. He percibido su cansancio, su tristeza, su miedo. Con dulzura, con tranquilidad, le he dado a ella las instrucciones de cuidado, en castellano para que entendiera porque con la familia toda la conversación había sido en euskera. Creo que tenía que reconocer su esfuerzo y sus cuidados, delante de todos los que allí estaban.

Otra, la de su nieta de 30 años. Embarazada. Estaba al lado de la cama, con su tripa de 8 meses, sonriéndole, hablándole muy dulcemente, y en mi retina ha quedado esa imagen de fin de una vida e inicio de otra.

Viendo la actitud de todos los actores, de todos los integrantes de esta familia, han quedado para mí, para siempre revalorizados.

Caso clínico nº 60: La lactancia y la salud mental

Sucedió hace un par de años, cuando aún era residente, en urgencias. La urgencia psiquiátrica es un lugar peculiar. Con nuestra licencia para atar y cancelar discursos, nuestra respuesta tecnicada al malestar social, nuestro, paradójicamente, único espacio en el que no hay límite de tiempo para atender al paciente, y en el que puedes hacer cosas como atender al paciente a oscuras y tumbado en el suelo (sic); en la urgencia psiquiátrica se perpetran crímenes y se producen milagros. Un sitio francamente extraño.

Merién viene acompañada con su prima Nur. También ha venido la hermana de Nur, que se queda fuera, con la bebé de dos meses de Merién. Merién es marroquí, aunque lleva diez años en España. Viven en la ciudad dormitorio donde yo trabajo. Tanto ella como sus padres y sus hermanos están en paro, y solo uno de ellos (el padre) percibe prestación. Merién tiene dos hijos más, una niña de 5 y un niño de 3. El marido de Merién está en Marruecos y le quedan unos meses allí antes de poder volver (paradojas de la inmigración, está allí trabajando). A uno de los tres hermanos de Merién, Hamid, le conocemos bien en el servicio, diagnosticado de esquizofrenia paranoide, ha ingresado

algunas veces en nuestra UHB. La familia de Merién se llevan regular. El padre es un tipo brusco, la madre y los hermanos son distantes entre sí. Merién se siente bastante sola. Tiene el apoyo de Nur, hija de la hermana de su padre, y en general de ese núcleo familiar. Aun así, Merién está desesperada. Ella es habitualmente la que pone paz en las discusiones en su casa, la que calma a Hamid cuando su familia le aturde y la angustia le intensifica las voces, es la que convence a sus hermanos de no enzarzarse con su padre y la que tranquiliza a su madre cuando se desborda. Desde que Merién ha tenido a su bebé está extenuada. No alcanza a mantener su papel de pacificadora de los adultos de la familia, cuidar de sus hijos mayores y atender a la bebé. La bebé ha salido de dormir poco y pide el pecho constantemente. Hace un mes, en mitad de todo este trajín, Merién empezó a querer morirse. Hizo de tripas corazón, no le dijo nada a nadie y siguió. Su prima Nur se dio cuenta de que no estaba bien y empezó a pasar todo el tiempo posible en casa de Merién, en detrimento del cuidado de sus propios hijos. Pero en la casa de Nur todo es algo más tranquilo, y su madre y sus hermanas se hacen cargo. Pese a la ayuda de Nur, Merién sigue desbordada. Esa misma mañana, en mitad de una discusión a gritos, con la bebé berreando y tras una noche en vela, Merién piensa en lanzar a la bebé por la ventana. “Y lo he pensado de verdad, no era sólo el enfado. No es la primera vez, ya se me había pasado por la cabeza antes, pero hoy me he visto capaz de hacerlo”. Merién ha llamado llorando a Nur, y se lo ha contado. “No puedo seguir así. Sé que muchas cosas que me ponen nerviosa ya estaban antes, y lo puedo seguir haciendo, pero necesito dormir, y necesito que alguien se haga cargo de la bebé por las noches, y yo no puedo más. Voy a dejar de darla el pecho. Sé que está mal, a los otros dos se lo dí, pero no puedo, no puedo más”. Han decidido venir a urgencias, por la angustia, por las ganas de morir, las ganas de matar, y me dicen que el lunes (es sábado) irán al médico de cabecera para pedir interrumpir la lactancia. Mientras Merién (que llora desconsoladamente) me cuenta esto no me mira con orgullo. Mira al suelo, apaleada, igual que Nur. Saben que van a escuchar que la lactancia materna es la mejor opción nutricional para el bebé, que en su situación económica una lactancia artificial va a sangrarles sus pocos recursos, etc, etc.

Desde mi lado de la mesa me centro en lo primero que te enseñan cuando eres psiquiatra, no contractuar. Lo primero que me brotaría es “pero Merién, cómo no has pedido ayuda antes”. Pero lo último que necesitan Merién y Nur es un reproche. Las felicito por tenerse una a la otra, por estar en un país que (aunque también es suyo ya a estas alturas) les es hostil, en un entorno familiar enloquecido (y no precisamente por Hamid), en mitad de una crisis económica que se ceba con ellos. Dónde está mi tribu, pregunta Carolina del Olmo. Ahí, delante de mí, está la tribu de Merién. Escasa, arrastrada por la geografía, con una identidad marcada sobre la pobreza. Pero ahí está. En las miradas bajas de Merién y Nur está todo eso pero también hay una sororidad férrea.

Le digo que las voy a ayudar en todo lo que pueda, le explico que esas ideas de morir y matar son normales en un contexto de tantísima angustia y son una señal del pensamiento de que uno está traspasando su propio límite. Que si aun así sigue nerviosa podríamos darle ansiolíticos durante unos días. Y que no creo que tengan que esperar al lunes para interrumpir la lactancia, que si lo tiene claro lo podemos hacer ya. “En realidad ya lo he hecho yo” me dice Merién. Se levanta la camiseta y veo que lleva el pecho atado con una toalla. Una de las mamas, ingurgitada a más no poder (me duelen las mías sólo de verlo) asoma por encima del apaño, y dos rodales húmedos empiezan a manchar la toalla. “¿Te duele?” “Sí, mucho”. La bebé ya ha tomado su primer biberón esa mañana.

Llamada intempestiva al busca de gine, donde para mi sorpresa me resuelven las dudas y me indican donde coger cabergolina sin que yo tenga que soltar mi andanada de argumentos. Cuando vuelvo de la excursión para buscarla, Nur tiene en brazos a la bebé. Las dos están más tranquilas y Merién se toma la primera dosis. “Sabemos que es una pena” dice Nur. “Me encantaría darle el pecho yo unas semanas, hasta que Merién descansara”, añade. “Y a lo mejor después podía volver a hacerlo yo” dice Merién. “Pero sabemos que eso no es posible”. “Ya, digo yo”, mientras me retuerzo por dentro.

Me retuerzo porque un piso más abajo, en la planta de psiquiatría, está ingresado Ricardo. Ricardo tiene desde hace unos años unas alucinaciones terribles que sólo amainan cuando toma amisulpride, ningún otro neuroléptico le ayuda. El problema es que el amisulpride aumenta fantásticamente la prolactina de Ricardo y le hace lactar. Así que tiene que ir con unas gasas pegadas a los pezones. Él mismo prefiere eso a cambiar de neuroléptico, y ese es el apaño con el que funcionamos.

Nur y Merién de verdad se creen que la ciencia todavía no ha llegado al punto donde pudiéramos ayudar a Nur a convertirse en nodriza durante un tiempo. No entienden que es una cuestión de permisos. Que yo tengo permiso para hacer lactar a Ricardo, pero no a Nur. Es más. Que yo podría hacer lactar a Hamid, el hermano esquizofrénico de Merién, pero no a Nur. Que por supuesto es real que no existe el preparado para inducir lactancia y no es cuestión de freír a Nur a neurolépticos. Pero que no es una cuestión de falta de desarrollo. Una “ciencia”, una “medicina” pensada y desarrollada por hombres aunque la ejerzamos mujeres; una medicina que piensa, como la sociedad, que la maternidad, la crianza y el cuidado son responsabilidad inherente a las mujeres e individualizada, no es que no haya podido desarrollar un preparado así, es que no ha querido.

No les digo nada de todo esto a Nur y a Merién. Les sonrío, les devuelvo que vuelvan en cuanto necesiten, que si Merién se vuelve a angustiar tanto estamos allí 24/7, que cuenten con nosotros. Se van, sonriendo agradecidas, sin que hagan falta ansiolíticos. Yo me acuerdo de Mijaela, a la que se le da la vuelta la boca y los dientes le muerden la tráquea, mientras los dos buitres que viven en el cabecero de su cama le entran en la caja torácica y la fríen a picotazos. Así me siento en ese momento. Con el patriarcado y la “ciencia” carcomiéndome por dentro. Sabiendo que las he mentido. Que viven en un mundo perverso que disfraza de imposibilidad física lo que es una ley de los hombres.

Ha sido una consulta sagrada y útil, pero llena de mentiras y llena de violencia. Como mi profesión.

Caso clínico nº 61: ¿De qué murió su padre?

“¿De qué murió su padre?”. El paciente duda unos micro-segundos, el médico intuye que la respuesta no será de rutina, sin darse cuenta se tensa, la espalda un poco más recta, el respirar un poco más hondo, algo más de sudor axilar, el paciente valora instantáneamente si puede hablar, si se siente seguro, mira directamente a los ojos del médico y algo le dice que está en territorio amigo, y responde: “De hambre”. Y rompe a llorar amarga y desconsoladamente.

Es un varón de 55 años, su primera visita, y casi estabas abriendo la historia clínica, de rutina. Algo te advirtió quizá de que no era una rutina, que el paciente había ya buscado comprensión antes con otros colegas y había encontrado rechazo. Quizá fue su asombro apenas expresado al recibirlo de pie, llamándole por su nombre (recién leído en la pantalla del ordenador), al darle la mano, al ayudarlo a sentarse, al iniciar la entrevista preguntarle con respeto cómo quería que le llamasen: “Francisco”, “Don Francisco”, “Hernández”, “Sr Hernández”, “Paco”...”¿de tú o de usted?”. Se notó que lo habían apaleado más de una vez. Y se notó que el médico lo notó y que en esta ocasión iba a haber una relación franca. Hasta cierto punto el paciente sintió, presintió y/o percibió que iba en serio, que podría ser quien era sin miedo a ser maltratado.

Afortunadamente el paciente encontró un médico que intenta ejercer con arte, ciencia y técnica salpicados con compasión, cortesía, piedad y ternura. El escenario en la consulta es en parte utilería (atrezzo, muebles, enseres, camilla y biombo de exploración, por ejemplo), en parte escenografía (una foto de un cuadro de un pre-rafaelista, un jarrón con una flor cortada) y en parte vestuario (con o sin bata, pajarita, desaliñado, con o sin barba, con o sin collar-pendientes). El cuidado y actitud del médico son importantes, las uñas recortadas y/o pintadas (limpias en todo caso), bien afeitado o con la barba recortada (o salvaje, limpia en todo caso), la mirada directa, la actitud abierta, los propios juicios de valor ausentes y los valores del paciente siempre presentes. Hacemos teatro, y nosotros somos los

profesionales de forma que conviene cuidar la utilería, la escenografía, el vestuario, la presencia y las actitudes. Después, y siempre, el arte, la ciencia y la técnica.

Caso clínico nº 62: Un fármaco prometedor

Consulta informal por mensaje electrónico, una familiar esperanzada con un "nuevo" fármaco para la poliquistosis renal autosómica dominante de su hijo.

Empezamos con flashback. Hace unos 6 años se aprobó la indicación de tolvaptan para el SIADH, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. Es un antagonista de la hormona diurética oral, y aunque se intentó vender por esta narrativa lógica (a los sanitarios nos encanta que el mecanismo de acción y el efecto sean intuitivos, es más fácil de aprender y explicar. "La magia de la fisiopatología" lo llamaba un gran profesor, Luis Gimeno Feliu) no fue un gran éxito. En parte porque no aporta mucho para el precio: unos 87€ por pastilla en España. Pero no entremos en pánico por el fracaso, los engranajes habituales de la industria han hecho su trabajo: buscar otro sospechoso habitual (y crónico, a poder ser) al que se pueda tratar con la pastilla que ya tiene una indicación no demasiado rentable.

Pequeño salto a finales de 2012: sale un ensayo de pacientes con poliquistosis renal tratados con tolvaptan. Con una media de 3 pastillas diarias (260€ diarios de tratamiento, 23% de pérdidas de continuidad en la rama con tolvaptan en 3 años) conseguían una reducción media de 2.7 puntos porcentuales en el crecimiento anual de los riñones de estos pacientes. Crecían un 2.8% anual en lugar de un 5.5% anual. Oooh, aah, cantos y alabanzas internacionales para nuestro salvador, se acabaron todos nuestros problemas. Ese era el resultado principal, así que no comento el resto. Aceleramos hasta 2015: se oyen campanas de aprobación de la indicación en Europa, y se empieza a vender la noticia a médicos, medios y asociaciones de pacientes.

Y ahí estoy, terminando de estudiar la tercera vuelta de los apuntes de Cardiología para el MIR, cuando me envían un resumen de prensa de los resultados del estudio junto a una entrevista a una nefróloga que no duda en besar los pies de la nueva panacea para sus pacientes (lo siento pero me niego a reproducirlo aquí, tenéis muchos otros ejemplos vomitivos en Google). Y se me revuelven las tripas y se me cae el alma a los pies, porque cómo hago yo para no hundir la esperanza de mi familiar demasiado mientras le explico la realidad, cuando lo único que quiero es poder acabar de repasar las dichosas cardiopatías congénitas y cenar y dormir un poco. Cómo le digo que lo que le intentan vender como una cura es más caro que ese tratamiento nuevo y tan caro que ha oído que existe para la hepatitis, solo que el sofosbuvir es un tratamiento para unos meses y cura bastante, y el tolvaptan lo quieren enfocar como tratamiento para toda la vida y solo sabemos que parece hacer que los riñones no crezcan tan rápido (y solo tenemos 2300 años-persona de exposición, así que ni idea de efectos a largo plazo o efectos adversos no muy frecuentes). En definitiva, igual es útil en una variable subrogada, pero yo no lo llamaría "un antes y un después" en el tratamiento, como algunos medios.

Caso clínico nº 63: Duelo y prurito ocular

Paciente vista hace unos 13 años y pico aproximadamente.

Yo llegué a mi actual consulta en 2001. Al de poco de llegar, acudió una paciente de unos 52 años para comentarme que seguía con molestias en ambos ojos, sentía como arenilla en los ojos desde hacia mucho tiempo y no desaparecían. Había consultado con varios oftalmólogos de la pública e incluso al menos 2 de la privada sin resultado.

Ahora quizás no me hubiera llamado la atención tanto como ahora. Aquí en Vitoria es llamativa la cantidad de gente diagnosticada de ojo seco. De donde yo venía, en mi primer destino con plaza, Mondragón (Guipúzcoa) casi nadie se quejaba de esto (¿el viento, el frío pienso ahora?)

Entonces me llamó la atención como digo y también la paciente con un aire de tristeza indisimulable. No parecía reumatológico ni por clínica ni por evolución, no dormía y ante la

pregunta de cómo estaba de ánimo (tras un par de consultas con analítica, exploración) se echó a llorar y me comentó lo siguiente:

Hacia unos veintitantos años le pasó a la familia algo tremendo. Tenían un hijo de 10 años, Luis, a quien inscribieron para unas colonias en verano organizadas por una Caja de Ahorros de la ciudad, a través de la empresa en que trabajaba su marido. No le tocó acudir pero insistieron, consiguiendo por fin una plaza para dicho campamento de verano.

La misma noche que salió de casa, de madrugada les llamaron por tfno. a su casa, tenían que acudir urgentemente a Santander, lugar de la colonia de verano. Se vistieron, salieron en su coche y al llegar les comunicaron que su hijo había muerto esa tarde ahogado en la playa, mientras jugaba con otros niños.

Tuvieron que ir a reconocer el cadáver. El padre no pudo y tuvo que hacerlo su madre, la paciente.

Me dijo en la consulta que nunca se olvida de la imagen de su hijo completamente rebozado en arena. Arena ¿ había dicho

Pocas veces he sentido un vértigo similar en mi vida. Yo tenía entonces una niña de 7-8 años.

Se hizo un silencio, nos miramos y los dos a la vez nos dimos cuenta de la arena en los ojos. Terminó de llorar y me dijo que no le dijera nada a su marido quien no había hablado con nadie fuera de la familia sobre esto y ella poquísimas veces. Cuando entre ellos hablaba era para echarse la culpa de por qué había ido y habían insistido en aquellas colonias. Su marido dormía muy poco, prácticamente nada, pero seguía trabajando

Tuvieron un hijo posterior al que también llamaron Luis.

A este hijo le envié al psicólogo con el tiempo, llevaba mucha carga en sus hombros, cambió de trabajo, logró salir de la casa de sus padres y vive con su pareja actualmente pudiendo formar su propia vida.

El padre se ha jubilado y está pasándolo muy mal para adaptarse.

Su mujer, la paciente índice, se encuentra mucho mejor, desaparecieron los síntomas aunque también le indiqué tto con levotiroxina por un hipotiroidismo subclínico autoinmune (qué coincidencia verdad?).

Creo que después de este tipo de consultas como después de los pacientes paliativos a los que atendemos en su casa hasta el último momento la relación posterior cambia, nunca es igual a como era antes o a la de otros pacientes.

También creo que ante síntomas no claros se esconden duelos escondidos en muchas ocasiones o acontecimientos vitales estresantes que debiéramos descubrir mientras nos paguen por intentar ayudar a los pacientes.

Caso clínico nº 64: Invasión de la intimidad

Con cierta frecuencia tengo encuentros que podrían ser sagrados, porque la persona que se me acerca lo hace desde el dolor y el desconcierto, pero que para mí —una que pasaba por ahí— son básicamente frustrantes. Cuento el anteúltimo, que es del pasado lunes 1 de febrero.

En un bar, a punto de salir, una señora me para y me dice:

—Te estaba mirando la silla de ruedas. Es que mi marido también va a necesitar una.

Me pongo en guardia: siento una cierta irritación con la entrada tan directa porque intuyo que parte de lo que va a venir después no me va a gustar, pero le pregunto a qué se refiere.

—Es que se jubiló, empezó con una depresión y ha dejado hasta de andar. Mi hija le dice que le va

a llevar un andador para que se mueva por el pasillo de casa, pero él le ha dicho que no lo quiere. Y yo no lo puedo tener en casa todo el día.

Le digo que mi silla está muy bien y que hay montones de modelos de sillas de ruedas, que si su marido necesita una encontrará justo la que le viene bien.

—Lo tuyo qué ha sido —sigue ella—, ¿un accidente?

—Sí —le digo, ya molesta, esquiva, sin la asertividad suficiente como para decirle algo del tipo «perdona, sé que no tienes, ni mucho menos, mala intención, pero me siento enfadada por tu manera de relacionarte conmigo, no me conoces de nada y me sueltas con una naturalidad pasmosa una pregunta íntima que, además, esperas que conteste». No, no sé decir eso, así que, cómo no, tras mi respuesta a la primera le sigue la segunda:

—¿Hace mucho?

—Veinte años.

Exclamación de pena genuina. Agacha la cabeza, se tapa la boca con las manos. Me mira.

—Bueno, mujer, qué cosas pasan. Chica, y te veo bien, hay que saber llevar las cosas, ¿verdad?

¡Ay!, ¡qué sensación de tener que volver a la casilla de salida!; o sea, qué frustración cuando vuelvo a escuchar de sopetón ese tipo de comentario, con sus asunciones implícitas, enredada en un encuentro (otra vez, y mira que tengo experiencia) en el que me doy cuenta de la necesidad de la otra persona y la siento con ella, pero en el que soy, me parece, una convidada de piedra, alguien en quien se cree encontrar el reflejo del propio desconcierto, del dolor propio. Así que empiezo a balbucear algo sobre eso de llevar las cosas, pero como no estamos para ponernos a ello —no nos estamos comunicando— me callo. Ella bloquea la puerta y yo quiero salir: empiezo a moverme y mientras salimos le pregunto cómo se siente ella con lo de su marido

—Pues estoy triste, cómo voy a estar. Se hundió en la depresión al dejar de trabajar. Claro, él era camionero, y fue jubilarse y dejar de andar y de hablar. Y así —repito pensativa— no lo puedo tener en casa.

—¿Y alguien te acompaña, hablas con alguien?

—¡Huy!, ya lo creo, mis cuatro hijas se preocupan todo el tiempo, estoy muy bien acompañada.

Y nos despedimos. Y ya está.

