

SER MÉDICO
Y
SER HUMANO

DÉCIO IANDOLI JR.

SER MEDICO Y SER HUMANO

Es hora de dejar hablar al humano! Y el título de la obra, de una ambigüedad feliz, refleja al médico en su paciente, al “ser humano”, ambos participantes del inmenso “concierto” de la vida, al mismo tiempo en que sitúa la necesidad urgente de humanización de los profesionales en esa área.

(...) Décio Iandoli Júnior, doctor en Medicina, se integra en la sinfonía de la vida, buscando en ella una relación horizontal y armónica con el paciente, antes de todo, un semejante a respetar (...) Tratando con coraje la humanización de la Medicina, contrariando a muchos de abogan entre médico-paciente una relación estrictamente profesional, se podría decir incluso “aséptica”, evitando el peligroso “contagio” de la amistad entre los envueltos en el combate a la enfermedad, el Autor propone una real “asociación” entre ambos.

(...) De entre los importantes personajes retratados en la obra, merece resaltar a Venancio, de “Sin Mucho que Hacer”; Julio, de “El Tocador de Saxofón”; y Juan, de “Honorarios”, que parecen ser verdaderos “camino” de aprendizaje y desarrollo espiritual para el Autor; siendo como “puentes” entre pacientes y familiares, configurando un interesante quiasma narrativo.

Copyright © FE Editora Jornalística Ltda..

Tapa:

Composición Gráfica:

Traducción: Johnny M. Moix

Revisión: Asociación Espírita Manuel y Divaldo – Reus – España.

FÉ Editora Jornalística
Av. Pedro Severino, 325 – Jabaquara – São Paulo
04310-060 – Tel.: (11) 5585-1977

AGRADECIMIENTOS

No podría dejar de agradecer a aquellos que trabajan junto a mí e hicieron posible la construcción de este trabajo, aconsejándome y colaborando con competencia profesional y buena voluntad.

Agradezco, desde el fondo de mi corazón, a la profesora Marisa Simona, que me hizo creer que este texto tenía valor, enriqueció este trabajo con sugerencias siempre oportunas y extrema sensibilidad, incentivando y perfeccionando tanto la forma como el contenido del libro.

A la profesora Katya Lais Ferreira Patella Couto, que, una vez más, estuvo a mi lado, puliendo el texto de forma primorosa y valorizando mucho mi trabajo; no tengo como expresar toda mi gratitud.

Al profesor y artista plástico Pedro Cavalheiro, que “compró” la idea y absorbió inmediatamente la intuición de esta obra, idealizando y ejecutando todo el proyecto gráfico que complementa y da fuerza al mensaje que pretendí transmitir.

A la Dra. Marlene Nobre, por hacer este libro una realidad, permitir que mis pocas ideas puedan ser divulgadas y, quien sabe si un día, puedan influenciar la formación médica.

Al Dr. José Nilson Nunes Freire, por el apoyo y orientación constantes y por su incentivo en todos mis proyectos.

A mi esposa Alexandra Chaves Miranda, y a mis hijos, Diego, Felipe y Bruno, por los momentos en que abdicaron de mi presencia y atención para que yo pudiese trabajar en esta obra.

Ser médico es ser socio.
Es estar al lado y no por encima.
Es auxiliar con amor y no con prepotencia.
Es estar consciente de que la curación es atributo del enfermo
y no del terapeuta.
Es ser solidario.
Pero, por encima de todo, es Ser Humano.

DEDICATORIA

Dedico este libro a mi maestro profesor Dr. Amaury José Teixeira Nigro, por el ejemplo de dignidad profesional, dedicación al paciente y a la enseñanza médica.

Orientador cariñoso, fue el responsable directo de toda mi formación quirúrgica, científica y didáctica, transformando a un médico recién formado, inexperimentado e inseguro, en cirujano, profesor y, finalmente, investigador; así como hizo con muchos otros colegas que hoy despuntan en el escenario nacional, molificando un legado de inestimable valor a los que sufren y necesitan una asistencia segura y competente.

Quiero dedicarle este libro a él, encima de todo, por su más importante enseñanza: el amor y la consideración hacia el paciente. Su actitud delante del enfermo, tanto en el ejercicio de la docencia como de la asistencia, siempre fue el ejemplo máximo de amor y respeto por el ser humano, demostrando un cariño sincero que diferencia al simple “técnico de medicina” del verdadero “médico”, cuyo objetivo de la vida es la solidaridad.

Por el ejemplo y orientación, tengo mucho que agradecer a mi maestro, el profesor Amaury.

PRÓLOGO

Adentrando en un tema extremadamente complejo – la división de la relación médico-paciente en el mundo postmoderno, en el cual la persona se convierte, numéricamente, en “un caso más” a atender, en el esquema opresor de la Medicina de masa -, el profesor Dr. Décio Iandoli Júnior, con el libro *Ser médico y Ser Humano*, lanza un grito de alerta a todos los que entienden el contacto médico-paciente como trabajo impersonal de prestación de servicios, regulado por las leyes de mercado.

Es hora de que hable el humano! Y el título de la obra, de una ambigüedad feliz, refleja al médico en su paciente – el “ser humano” – ambos participantes del inmenso “concierto” de la vida, al mismo tiempo en que sitúa la urgente necesidad de humanización de los profesionales de esa área. Comprendiendo el “factor humano” como el gran punto de convergencia de la especie, Décio Iandoli Júnior, doctor en Medicina, se integra en la sinfonía de la vida, buscando en ella una relación horizontal y armónica con el paciente, ante todo, un semejante a respetar.

Bajo un foco en primera persona, que lo acerca al lector, el Autor construye un texto hasta cierto punto *autobiográfico*, a medida que narra experiencias vividas en familia y durante su formación médica, en capítulos como “La Primera vez”, “Ser Humano”, “Graduación”, “El Ejemplo” y “Puesto a Prueba”, facultando, a aquel que lee, la percepción de un perfil diferenciado de hombre, marcado por posiciones humanísticas. Y justamente por ser Décio Iandoli Júnior quien es, el libro adquiere *también carácter de ficción*, cuando la narrativa aborda las historias de sus diversos pacientes. No se trata tan sólo de ética médica. Si hay transmutación literaria de las personas en personajes, enredadas en situaciones narrativas realmente vivenciadas por ese médico-cirujano, eso se debe, sobretodo, al deseo fraterno de resguardar la identidad del paciente, un amigo que partió.

Tratando con coraje la humanización de la Medicina, contrariando a muchos que defienden entre médico-paciente una relación estrictamente profesional, se podría incluso decir “aséptica”, evitando el peligroso “contagio” de la amistad entre los envueltos en el combate contra la enfermedad, el Autor propone una real “asociación” entre ambos. Conforme observa, la verdadera ciencia médica no da lugar para “medios términos”; la relación entre médico y paciente debe ser completa porque, si al primero le cabe discutir y orientar el tratamiento, sólo el segundo puede aceptarlo y promover la propia cura.

Debatiendo, en un texto incisivo, las diversas causas responsables por el distanciamiento humano en el tratamiento médico, principalmente con relación a pacientes erróneamente denominados “terminales”, él apunta, de modo perspicaz y sensible, el miedo de la muerte. La muerte que avala la pretensión médica de “poder vencerla”, voluntad que concurre, muchas veces, para ampliar el sufrimiento del paciente en función de medidas heroicas”, tan bien retratadas en los capítulos “Omnipotencia” y “A la Hora de Decidir”; la muerte que, por fin, pone al profesional delante de la propia finitud. Y tal vez sea el inconsciente deseo de “escape” a esa inevitable realidad, el punto principal de la “deshumanización” del atendimento al enfermo, que pasaría a inexistir como persona, cediendo lugar a la enfermedad”

Claro está que, en la base de tales comportamientos, se encuentran conceptos materialistas, en los cuales la muerte representa el gran salto de la humanidad hacia lo oscuro, el salto hacia el fin. Entretanto, los parámetros que guían a nuestro Autor son otros. Dentro de una posición espiritualista claramente asumida, confrontándose con aquellos que, incapaces de percibir integralmente al ser humano, disocian ciencia y

espiritualidad, Décio Iandoli Júnior desvela al lector otra visión – la muerte como “inicio de una nueva vida”.

De esa forma, la muerte, polo complementario y natural de la existencia, pasa a comprenderse como cierre de un nuevo ciclo evolutivo y apertura hacia otro. Esas son las reflexiones que se imponen a partir del capítulo “Sin Mucho que Hacer”, en el cual el desenlace empieza a asumir una nueva dimensión.

Un importante aspecto a tener en cuenta, en los momentos cruciales que anteceden a ese “pasaje”, es la posición de la familia, capaz de interferir en el tratamiento y en la relación médico-paciente. Generalmente, el grupo familiar acompaña el “vía crucis” del ente querido, sufre junto con él y desea “protegerlo” de la verdad de su propia condición; pero, a veces, es el enfermo que, pretendiendo proteger a los suyos, procura engañarlos, minimizando la gravedad de su mal. Se trata de un doloroso “juego”, bien destacado en el capítulo “El Puente”, en que el narrador discurre sobre la actuación del médico, cuando situado entre el paciente, la familia y sus diferentes reacciones emocionales.

De entre los fuertes personajes retratados en la obra, merecen un destaque Venancio, de “Sin Mucho que Hacer”; Julio, de “El Tocador de Saxofón”; y Juan, de “Honorarios”, que parecen ser verdaderos “camino” de aprendizaje y desarrollo espiritual para el Autor, cogido como “puente” entre pacientes y familiares, configurando un interesante quiasma narrativo.

Narrador-personaje, aprendiz y maestro de las lecciones presentadas en su propio libro, Décio, un médico, pero sobretodo un ser humano, reafirma en cada página sus convicciones espiritualistas, refrendando una actuación profesional solidariamente llevada al paciente, percibido como un “compañero de jornada”.

En síntesis, *Ser Médico y Ser Humano*, de Décio Iandoli Júnior, se encuentra en el rol de las obras polémicas y con coraje; configurando una seria propuesta de cambio del paradigma “mercadológico” que actualmente rige la relación médico-paciente, ambos “víctimas” de una visión distorsionada hacia el área de la Salud. Dirigido a todos los que se preocupan con el tema, el libro “habla” de forma especial a los académicos de la Medicina, proponiéndoles la substitución de la impersonalidad supuestamente “científica” por una postura de mayor donación y contacto con el paciente – más que una persona en busca de la curación, una inestimable oportunidad de evolución espiritual.

Marisa Simona
Guaruja, abril del 2003

SUMARIO

PREFACIO

INTRODUCCIÓN

LA PRIMERA VEZ

SER HUMANO

GRADUACIÓN

EL EJEMPLO

EL PUENTE

OMNIPOTENCIA

SIN MUCHO QUE HACER

EL TOCADOR DE SAXOFÓN

HONORARIOS

PUESTO A PRUEBA

A LA HORA DE DECIDIR

MÉDICO... UN SER HUMANO

ORACIÓN

INTRODUCCIÓN

La medicina, si no fuera la más antigua, se constituye en una de las más remotas profesiones que exigen un “curso” previo. Tal vez haya sido la primera en crear una facultad, en los moldes que conocemos hoy, donde se desarrollarían los conocimientos y habilidades necesarios a la actividad.

Los preceptos básicos de la profesión, establecidos por Hipócrates, marcaron inicialmente tales profesiones y sus alumnos en la estructuración de un curso que buscaba obtener todas las informaciones necesarias a la formación de un médico eficiente y capaz.

Con el desarrollo de los conocimientos y técnicas, además de la importancia de la actividad médica en el contexto social, un crecimiento importante del curso y de su significado viene moldeando el modelo que conocemos y que impera hoy. Sin embargo, tal modelo subvierte el ideal hipocrático en su sentido más profundo e hipertrofia la visión técnica de la profesión.

Tal vez uno de los índices más claros de esta trayectoria sea la hegemonía, aún ejercida en el área de la salud por los consejos médicos, a despecho de los innumerables profesionales que surgieron con el desarrollo de nuevos conocimientos y especialidades.

Esta fuerza hegemónica tiene un precio, pagado por todos los médicos y también por sus pacientes, cual sea, la ilusión de poder que resiste en la formación médica de hoy.

A medida en que tomamos todas estas responsabilidades sobre el enfermo y nos atribuimos todas las responsabilidades admitiendo tan sólo “auxiliares” en los profesionales “paramédicos”, cuya propia denominación ya expone cierto preconceito, estamos obligados a ejercer nuestra omnipotencia como contenedores de todo el saber. Y es así que aprendemos a posicionarnos, desde los bancos académicos.

El médico es tenido como el profesional capaz de curar, responsable de la vida de sus pacientes; pacientes estos que, llamados “laicos”, no serían capaces de decidir sobre su tratamiento, ya que no poseyeran condiciones de entender los aspectos técnicos que envuelven sus posibilidades. Esta premisa, errónea y prepotente, hace con que el médico, muchas veces, tome para sí decisiones que serían inherentes al paciente.

Los propios pacientes, o podríamos decir la sociedad como un todo, son cómplices de ese equívoco, ya que, también por creer que el médico es capaz de curar, van a él como si estuviesen llevando su coche al mecánico, para pedir una revisión y, posteriormente mandar que lo arreglen, con la única diferencia que no pueden dejar el “coche” en la oficina y volver para cogerlo más tarde, cuando todo estuviera listo. La verdad es que las personas quieren “librarse” de sus tratamientos en la vana esperanza de no sufrir, o de sufrir menos. Además, tienen que atribuir la “culpa” a alguien, si las cosas no salieran bien.

Mientras los médicos y pacientes no perciban que la curación es un atributo del paciente, y que los médicos, así como los demás profesionales del área de la salud, son tan sólo auxiliares para la obtención de este resultado, continuaremos tratando de manera infeliz la relación médico-paciente o terapeuta-paciente, ay que lo que estamos considerando aquí se aplica a todos los que actúan en esa área.

Un buen ejemplo de lo que afirmo es lo que hoy vemos: la relación médico-paciente arbitrada por el código del consumidor, viendo al médico como un “consumidor”. En mi opinión, es intentar encuadrar una relación humana extremadamente importante, generalmente intensa y muchas veces conflictiva – pues se establece en

momentos de crisis, en los moldes de relaciones comerciales destituidas de una característica fundamental, es decir, el amor al prójimo, la confianza, el respeto mutuo y, principalmente, la priorización de la vida y de la salud, que no son, absolutamente, mercancías. Ningún médico responsable es capaz de garantizar resultados, ya que no existe un ser humano igual a otro; no se puede emitir un “certificado de garantía” para el servicio que se presta como terapeuta.

Mientras no paramos de ver al médico como un técnico que debe saberlo todo, o, aún peor, como un dios omnipotente y omnisciente, y no empezamos a formar profesionales atentos y conscientes de la complejidad biopsico-socio-espiritual que es el ser humano, continuaremos viendo degradada la relación médico-paciente. Tal reacción, a mi forma de ver, es la parte más importante del proceso de tratamiento, limitando las posibilidades del atendimento y creando fricciones cada vez más comunes, que llevan a cuestiones que nunca serían generadas si hubiese comunicación y complicidad entre el médico y su paciente.

Cursé la facultad de medicina, hice mi residencia médica en un hospital escuela, actué como profesor en el curso médico durante más de diez años e hice el postgraduado durante seis años en una gran universidad de San Pablo, conviviendo con profesores de cursos médicos de todo Brasil. Todos esos aspectos, sumados a mi experiencia profesional, me dejaron las impresiones que expongo ahora.

Ciertamente, encontraremos aquellos que no comparten nuestra opinión, ni yo tendría la pretensión o la ingenuidad de querer obtener una unanimidad, pero creo que la mayoría estará de acuerdo conmigo sobre la necesidad de cambios en el modelo educacional vigente en la formación médica. Además de caducado, el referido modelo tiene preconceptos e intolerancias que no son productivas, mucho menos adecuados a la actual realidad científico-social.

Tal vez, de todas las dificultades que se puedan señalar en la formación del médico actual, la incapacidad de tratar con la muerte sea la más grave. Si no fuera por el hecho de que la muerte del paciente pone al médico delante de su propia muerte, evocando en él todos los miedos y desencadenando mecanismos de defensa que encontramos en cualquier otro ser humano normal, será por el hecho de que la muerte significa para él el “fracaso”, según el entrenamiento que le fue dado, y que infló sus sentimientos ilusorios de omnipotencia – haciéndolo actuar como si la muerte no fuese un proceso natural e inevitable de todo ser vivo.

Esa incapacidad de tratar con los sentimientos despertados por la muerte genera disturbios importantes, evidenciados por las estadísticas sobre el uso de drogas y de suicidios entre estudiantes y residentes de medicina, lo que nos deja una fuerte marca de que los médicos contemporáneos son “supervivientes” de un modelo errado e injusto.

Yo creo que, para cambiar, es preciso tener coraje, por lo menos para admitir los fallos, además de una visión espiritualista que de al profesional de la salud un nuevo concepto del ser humano y, consecuentemente, nuevas perspectivas.

Esos “supervivientes” conservan cicatrices que quedan, muchas veces, camufladas en su día a día, expuestas siempre que el médico y su paciente, o sus familiares, transforman sus personajes de “prestamista de servicio” y “consumidor” en “reo” y “víctima”, sin que se pueda decir, muchas veces, quien es verdaderamente reo y quien es verdaderamente víctima.

El cambio de paradigma es urgente, y no es posible que se de tan sólo dentro de los muros de la universidad. Debe ser universalizado y discutido, bajo pena de no producir los frutos deseados.

Tan sólo como una sugerencia a ser discutida, corriendo el riesgo de parecer presuntuoso, me gustaría señalar los objetivos que yo creo deseables en ese proceso de reformulación del modelo médico:

- (1) Pasar a ver al médico como un ser humano igual a todos los demás, con todas sus limitaciones y susceptible de las mismas debilidades y dificultades de sus pacientes.
- (2) Pasar a ver al paciente como una persona responsable de su propia salud y de las decisiones a tomar sobre su tratamiento, cabiendo al médico prestar los debidos esclarecimientos, de forma clara y comprensible, para el enfermo, lo que haría viable esta toma de decisión.
- (3) Personalizar la relación médico-paciente o terapeuta-paciente, priorizando siempre ese vínculo en cualquier tipo de atención a la salud.
- (4) Reequilibrar las responsabilidades en el equipo de salud, valorizando a los profesionales especialistas no médicos.

“Debemos parar de tratar a las enfermedades y empezar a tratar a los enfermos.”

El contacto del estudiante de medicina, cada vez más joven, con el dolor, el sufrimiento y la muerte, debe observarse con atención, discutiendo en grupos y también de forma personalizada, con programas de apoyo psicológico – que ya existen en una gran parcela de las escuelas médicas, pero aún muy tímidos, si los comparamos a su importancia y necesidad. Urge que se discutan, constantemente, las dificultades que surgen para los académicos, cuando topan con la rutina médica, principalmente en los servicios de emergencia, en las unidades de tratamiento intensivo y en las enfermerías convencionales de oncología o de pacientes fuera de posibilidades terapéuticas, llamadas por algunos de “segunda línea”.

Debemos reducir drásticamente el número de alumnos por clase, pues la enseñanza médica sólo será adecuada cuando los profesores puedan llamar a sus alumnos por el nombre, reconocer sus habilidades más evidentes, estimular su desarrollo y estar atentos a sus angustias y reacciones delante de cada experiencia de dolor que experimenten, pudiendo encaminarlos, lo más precozmente posible, al apoyo psicológico, cuando fuera necesario. El establecimiento de un régimen de “tutoría”, que se viene implantando en algunas escuelas médicas, puede traer resultados importantes, desde que se encare de forma seria e interesada, generando un vínculo entre el alumno y su tutor.

Lo que procuré hacer en este libro es exclamar mi “grito de alerta”, exponiendo la falta de preparación que experimenté para tratar con los enfermos en el “umbral de una nueva vida”, erróneamente llamados “terminales”, ya que nadie termina, o “fuera de posibilidades terapéuticas”, una vez que, como médicos, debemos asistir a nuestros pacientes hasta el final, si no con técnicas y medicaciones tecnológicamente desarrolladas, por la actuación humana de apoyo y esclarecimiento, junto al equipo multidisciplinario que debe participar de cualquier tratamiento, principalmente hospitalario.

Enfermeros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, biomédicos, dentistas, asistentes sociales, biólogos y tantos otros profesionales que actúan en el proceso de “auxilio a la curación” deben hacerlo de forma cada vez más independiente y al mismo tiempo más integrada. Hay ejemplos que pueden ser adaptados, pues no veo, en la mayoría de los modelos de formación de esos profesionales, el mismo crecimiento que, como médicos, cargamos por herencia.

Es hora de ver al ser humano de forma integral, sea cual fuera la posición que él esté ocupando en aquel momento, de terapeuta o de paciente. Es preciso humanizar las

relaciones profesionales e instalar el paradigma espiritualista como sustituto del materialista, que y acusa su carencia hace mucho tiempo.

No tengo la ilusión de que todo esto vaya a ocurrir de una generación a otra, ni siquiera la opinión que estoy expresando en este momento vaya a ser aceptada placidamente por la mayoría de los colegas de profesión, pero considero importante que el asunto sea discutido y que la polémica se instaure, para que puedan ocurrir los cambios cuanto antes.

Paso, entonces, a una serie de relatos de las experiencias que me trajeron al punto donde me encuentro hoy, sin embargo, me gustaría recordarles que, aquel que se quiera aventurar por estas páginas, que no se trata de una obra literaria, ya que no creo tener tal talento. Son tan sólo relatos de mis recuerdos e impresiones sobre algunas experiencias que me marcaron y enseñaron mucho.

Me gustaría aún recordar que los casos que describo son un transmutación de la realidad, o sea, no acontecieron exactamente de la forma como están descritos en el texto, ay que cada relato trata de una conjunción de varios episodios diferentes que viví y que me trajeron algún tipo específico de mensaje. De esa forma, los pacientes descritos en este libro, personajes contruidos por varios pacientes reales que habitan en mis recuerdos, están mezclados y sin caracterizar en el texto, no obstante muy bien identificados y guardados en mi corazón. A todos ellos, muchas gracias.

LA PRIMERA VEZ

Si el amigo lector intenta acordarse de hechos acontecidos en su pasado más distante, se va a sorprender con la cantidad de detalles que será capaz de describir sobre algunos hechos de su infancia y adolescencia, por ejemplo, como si hubiese ocurrido hace apenas un año atrás. Por un lado, la memoria de algunos acontecimientos puede surgir como un volumen de informaciones que, al principio, creíamos improbable. Por otro lado, hechos que creíamos haber sido importantes y que estarían para siempre en nuestros recuerdos se presentan de forma incompleta y, a veces, incluso confusa.

La explicación para eso está en el peso emocional que cada experiencia tiene en nuestras vidas. Los detalles que surgen de forma clara son consecuencias de las impresiones emocionales que quedaron marcadas en nuestros corazones y que van coloreando y enriqueciendo de detalles nuestros recuerdos. Rellenamos lagunas de memoria con nuestra “realidad interna”, o sea, de la forma como vivimos y experimentamos las sensaciones, y no obligatoriamente como ellas acontecieron. Un ejercicio interesante es compartir los recuerdos de nuestra infancia con hermanos, primos, o incluso con los padres o tíos, para observar como existen diferencias y detalles originales en la versión de cada uno.

Este libro trata de un viaje a través de mis recuerdos emocionales, descritos tal como sentí los hechos, y no necesariamente como ocurrieron; ni podría ser diferente. Mi intención es compartir el resultado de todo lo que aprendí a lo largo del tiempo, principalmente con relación a la muerte, un asunto aún tabú, principalmente en las culturas occidentales.

Uno de los recuerdos más primitivos que tengo sobre la muerte me transporta a la infancia.

Debía ser domingo, estaban todos en casa, mi padre, mi madre, mi hermana y, si no me engaño, una de mis tías también.

Mi padre me llamó para ir a la panadería a comprar pan para el almuerzo, pero yo lo encontré extraño, esta era una tarea que generalmente la hacía él solo. El ambiente en casa estaba muy cargado desde que mi abuelo enfermó. Así, más tarde percibí que mi padre lo que quería era hablar conmigo.

No era la primera vez que lo hacíamos. Siempre que había algún problema, o incluso tomar una decisión que me incumbiera, mi padre hacía lo posible para que quedáramos a solas para conversar, lo que me dio mucha seguridad, principalmente en los momentos de cambio, al mismo tiempo que me hacía sentir “importante”, con poder de participación en las decisiones de la familia.

Eran tan sólo tres manzanas hasta la panadería, hacía sol y mi padre tenía un aire serio. Recuerdo que aquello me trajo cierta angustia, sabía que él tenía algo grave para contarme:

- Hijo, tu sabes que operaron a tu abuelo...
- Lo se, papá.
- El ya está en casa, pero su caso es muy grave.

Mi abuelo materno era un agregado de la familia; en los aniversarios, Navidad, Año Nuevo, Pascua, o cualquier otra fiesta, se reunían todos a su alrededor; eran 11 hijos e hijas, casi todos casados, generando cerca de 25 nietos (en la época). La verdad, es que con todo eso, tuve pocas oportunidades de estrechar mi relación con él, pienso que por el hecho de existir siempre mucha gente a su alrededor, nunca estuvimos solos.

Mi padre continuó:

- Tiene cáncer, le quitaron el estómago, pero no le dieron mucho tiempo de vida. La enfermedad ya se extendió por todo su cuerpo.

La sensación fue muy ruin, a fin de cuentas, era mi primer contacto más próximo con la muerte. Pero, lo que realmente me preocupó en aquel momento fueron los sentimientos de mi madre, ya que posibles cambios en la vida de ella es lo que provocarían las repercusiones más graves de aquel acontecimiento en mi vida.

- Papá, ¿Qué crees que ocurrirá ahora? ¿y mamá?
- El se morirá, hijo, y debemos estar al lado de tu madre. Ella nos necesitará mucho, pasará mucho tiempo con tu abuelo de ahora en adelante, y nosotros tenemos que apoyarla, ayudándola en el hogar.

Regresamos a casa en silencio; venía pensando en como la ausencia de mi abuelo cambiaría las cosas, las fiestas en que todos se reunían, los domingos, cuando yo encontraba a mis primos y primas para aquella algarabía tradicional; pensaba mucho en mi madre, pues sabía de la fuerte unión que había entre ellos.

Me acuerdo poco de los meses que siguieron, pero tengo muy fuerte en mi memoria la última vez que lo vi, en una visita que le hicimos poco antes de su muerte.

Estaba sentado en una poltrona en la sala, con una manta cubriéndole el cuello y las piernas, muy delgado. Sus brazos eran muy finos, miraba su cara, pero ya tenía dificultades en identificarlo como “mi abuelo”, debido al estado profundo de falta de nutrición y a la ictericia muy pronunciada. Sus ojos, tan amarillos y profundos, parecían haber sido pintados en un cuadro con los colores equivocados. La ventana de la sala estaba abierta y tenía mucha luz, realzando su rostro cadavérico.

Yo no solté, ni por un minuto, la mano de mi madre, no me acuerdo si pude besarla, sentía miedo; y, a los ocho años, no conseguía distinguir bien cual era el motivo, si era de mi abuelo, que ya no se le parecía en nada, o si de la enfermedad, que lo estaba transformando y que se lo llevaría para siempre.

No fui al velatorio ni al entierro; yo y mi hermana nos quedamos en casa de la hermana de mi padre, donde, al final de la tarde vino nuestra madre, con los ojos muy hinchados de llorar, y también vino mi padre, que nos llevó a casa.

En verdad, esta fue la primera vez que viví la muerte, que percibí la pérdida y la ausencia. Nuestras fiestas en familia dejaron de ser como antes, la alegría de la casa llena de gente, muchos primos, tíos y tías, todo se fue con él, los domingos quedaron vacíos por mucho tiempo, nuestro programa tradicional ya no existía, dejando muchos recuerdos y añoranzas.

Toda mi familia es católica, tanto por parte de padre como de madre; clases de catecismo, primera comunión. Siempre tuve dentro de mi la convicción de la existencia de Dios, sin embargo, sobre la muerte, me parecía un tanto confuso:

¿Cielo o infierno?

¿Cómo podría saber hacia donde fue mi abuelo?

¿Hacia donde iría si me ocurriera algo a mí?

¿Qué debería hacer para no pasar toda la eternidad dentro de un caldero hirviendo, con una figura roja con cuernos pinchándome con un tridente?

Eso es para dar miedo a cualquiera, principalmente en un niño.

Por otro lado, si Dios era un Ser bueno y generoso, ¿cómo podría condenar a los pecadores, que también eran sus hijos, permitiendo que fuesen hacia ese tal infierno para toda la eternidad? Siempre creí que estaba faltando algo, que todo aquello era muy incoherente.

Pasaron muchos años, yo ya era académico y cursaba cuarto año de medicina. En esa época, hacía prácticas en un hospital de Atibada, ciudad próxima de Bragança Paulista, donde yo vivía y frecuentaba la facultad.

Hacíamos guardias de 24 horas, generalmente en los fines de semana o fiestas, acompañando a los médicos urgencias y maternidad, ejecutando tareas propias de los neófitos y procedimientos más simples, como curas y suturas. Teníamos, encima, la oportunidad de realizar partos, bajo la tutela de los obstetras, o, sino, auxiliar de en las cirugías, entre otras cosas. Era cansado, pero muy gratificante, pues teníamos una oportunidad valiosa de seguir la rutina de la profesión, aprender con los orientadores y adquirir experiencia profesional.

En una de esas guardias, fui despertado en medio de la noche por una de las monjas – se trataba de una Santa Casa – que me pidió para constatar un óbito. Me levanté y me dirigí a la enfermería para la tarea referida, inédita para mí hasta entonces.

Cuando llegué allí, traté de leer el historial⁽³⁾ y me puse al tanto del caso: era una paciente muy mayor, con varias manifestaciones degenerativas y sin posibilidades de mejora, dado su avanzado grado de senilidad. La enfermera me informó que ya hacía algunos días que los médicos y familiares esperaban el desenlace del caso.

Al entrar en la habitación, saludé, tímidamente a una mujer que tal vez fuese su hija. Ella estaba absorta y mal percibió mi entrada. Miraba fijamente hacia aquel cuerpo totalmente inmóvil, pálido, aparentemente sin vida. Sus ojos, llenos de lágrimas, completaban la expresión de profunda tristeza.

Me aproximé e intenté sentir el pulso de la paciente, sin éxito, pero, con el auxilio del estetoscopio, noté que todavía había débiles latidos cardíacos.

Me quedé ahí quieto, no se decir durante cuanto tiempo, tal vez algunos minutos, en silencio, acompañado por aquella mujer que parecía resignada y miraba en silencio, probablemente perdida en sus recuerdos, despidiéndose de la paciente y de todo lo que vivieron juntas. Estáticos y pensativos, observábamos el extraño fenómeno: lo que era una persona, con tantas características y peculiaridades, que había realizado tantas cosas, buenas y malas, ahora, delante de nuestros ojos, se transformaba en un “cuerpo”. Algo estaba substrayéndose, descaracterizando a aquella persona, transformando a “alguien” en “algo”.

Después de este lapso de tiempo, volví a auscultar su pecho y no pude oír nada. Sus ojos quietos y sin brillo permanecían parcialmente abiertos y su piel lívida no dejaba dudas: ella ya no estaba más allí.

Apenas miré hacia la mujer que había testimoniado junto conmigo aquel extraño momento. No nos dijimos nada uno al otro, hice una discreta señal con la cabeza y salí de la habitación para relatar en el historial la hora del óbito.

No fui capaz de decir una sola palabra durante todo el episodio, ni un simple: “Mis pésames”. Nada.

Por primera vez, había presenciado el momento exacto de la muerte de alguien, medio perdido delante de la experiencia, sin saber bien lo que aquello había provocado dentro de mí.

Yo diría que no estaba preparado para tal situación, no sólo por mi juventud e inexperiencia, sino también porque la muerte es asunto “prohibido” en nuestra sociedad, muy poco o nada discutido en el curso médico por su lado emocional, y mucho menos aún por el lado espiritual. Tal vez por eso yo había procurado olvidar todo lo que presencié.

Algunos minutos después, así que me volví a acostar, nuevamente entró la monja en la habitación, alertando:

- Doctor, llegó una paciente en periodo expulsivo⁽⁴⁾ en maternidad.

³ Ficha médica con los datos referentes al paciente.

⁴ Periodo en que el parto ya está en curso, o sea, el niño está siendo expulsado del útero.

Bajé corriendo y, al llegar a la sala de parto, vi que la enfermera ponía a la paciente en posición. Era su tercer parto normal y la cabecita del niño ya aparecía en el canal de parto. Rápidamente me preparé, mientras llegaba el obstetra de guardia, que me permitió hacer mi primer parto.

Todo fue muy bien, a pesar de la enorme ansiedad que yo sentía y que me hacía temblar y sudar bastante. El niño nació saludable y perfecto, los parientes conmemoraron la llegada del nuevo miembro de la familia, y la madre demostró gratitud por haberle ayudado en el parto.

Que extraña profesión y al mismo tiempo maravillosa esta que escogí: experimento la muerte, implacable y misteriosa, y pocos minutos después la vida, no menos misteriosa, pero emocionante y resplandeciente. El miedo de haber hecho un parto y recibido los agradecimientos de quien yo quería agradecer. Al final, la parturienta también me estaba enseñando, estaba permitiendo que, de alguna forma, yo compartiese con ella aquel momento mágico y feliz de su vida.

Hoy, acordándome de ese día, me arriesgo a decir que fui agraciado con aquel nacimiento, que hizo amortiguar el trauma de la experiencia de muerte que yo acababa de sufrir, mostrándome uno de los muchos contrastes de la vida, que la hacen tan preciosa y bella.

Pienso en las muchas situaciones que experimenté durante mi vida profesional, en tantas emergencias y tragedias que presencié, en las decisiones más difíciles que tomé, en los generosos y competentes colegas con quien trabajé y aprendí, y percibo claramente lo protegido que estuve, tutelado, conducido. Delante de esta constatación, sólo me resta agradecer sinceramente, en mis oraciones, a esta fuerza superior, que incluso sin yo percibirlo, siempre estuvo a mi lado, haciéndome instrumento de auxilio a conducirme, en los momentos de dolor, a las personas que atendí.

SER HUMANO

Los últimos años de formación médica son fundamentales, bajo varios aspectos: el estudiante de medicina va hacia el llamado “Internado”, donde pasa a vivir la rutina diaria de las enfermerías, urgencias y unidades de cura intensiva; hace ambulatorios de las diversas especialidades y, consecuentemente, contextualiza todo el contenido teórico que acumuló en los primeros cuatro años del curso.

Es en esa fase, también, que él empieza a desarrollar la relación médico-paciente, o sea, empieza a vivenciar esas experiencias. Me acuerdo de que, cuando pasé por esa fase de mi aprendizaje, me sentía muchas veces totalmente perdido delante del paciente y de la familia, pues frecuentemente éramos nosotros, los estudiantes, que dábamos las informaciones de los enfermos a sus familiares.

Lo más importante, tal vez, es que en esa fase empezamos a definir de forma más clara, nuestra “postura profesional”, pues, al sernos designadas “camas”, pasamos a ser responsables por uno o más enfermos, conviviendo diariamente con ellos, examinándolos, cogiendo exámenes, siguiendo sus operaciones, cuando son necesarias, y algunas veces su muerte. Aún no decidimos nada, somos observados y controlados constantemente en nuestras actividades con el enfermo, sea por los médicos residentes o por los profesores, pero no estamos acompañados emocionalmente, no discutimos la forma de cómo debemos comportarnos. Entonces, generalmente, observamos a los más viejos, generalmente un profesor al que admiramos, y pasamos a repetir aquel modelo de comportamiento.

Desde mi tiempo de académico, y por el que vivencié como profesor del curso médico, la postura más común es la siguiente:

“Sea competente y atento, pero no se mezcle con el paciente”.

Así, “si el paciente estuviera angustiado con algún problema familiar, no se envuelva, llame a la asistente social, si le dice que está angustiado, prescriba un antidepresivo y llame a la psicóloga, y así en adelante”. No quiero decir que tales profesionales no son necesarios o que no deben intervenir para auxiliar al paciente; estoy intentando mostrar que nosotros, médicos, generalmente no escuchamos lo que muchas veces puede ser un simple desahogo de alguien necesitando un “amigo”.

¿Amigo?

¿Un paciente amigo?

No, los pacientes son enfermos y/o números (no se mezcle); el señor Pedro, de la cama 25, se transforma en la hernia del 25; doña María de la cama 30 es tan sólo el cáncer gástrico de la 30; en nuestro lenguaje diario, decimos:

- ¿Qué tenemos en la cama 2?

A lo que el residente responde:

- Tenemos un cáncer de esófago.

Cambiamos al enfermo por la enfermedad de tal forma que el enfermo pasa a “incomodar” cuando se expone su “humanidad”, sus debilidades, sus complejidades.

Usamos el pensamiento Cartesiano, de forma equivocada, “descuartizando” al paciente, que se transforma en un órgano o en un número:

- ¿Qué hiciste hoy?

- ¡Hice dos hernias y dos vesículas!

¿Estaría eso bien? ¿Estamos siguiendo el mejor camino?

¿Debe el médico apartarse de su paciente con el argumento de que no puede involucrarse emocionalmente, para que ello no interfiera en sus decisiones técnicas?

¿Ser “frío” para no errar en el juicio? ¿Es eso?

Antes de responder a estas preguntas, pensemos un poco y coloquémonos en el lugar de Juan, acostado en la cama 25, o en el de doña María, echada en la cama 30, enfermos, con miedo, debilitados delante de una situación atemorizante, siendo tratados con mucha cordialidad y también impersonalidad.

Pues yo les digo con toda la sinceridad que, si fuese yo, me gustaría de tener conmigo; en esa hora, un amigo, alguien que no tuviese miedo de “envolverse” conmigo y con mis problemas, en verdad, un “compañero” para ayudarme a “salir de esa”.

¿Por qué será que es casi un sacrilegio, ¿el médico debe tener voluntad de llorar cuando se le muere un paciente?

¿Por qué es considerado una vergüenza preocuparse con la vida de los “clientes”?

Cuando estaba en el sexto año de la facultad, durante mi estada en la Clínica Quirúrgica, tenía una amiga y colega de internado, Alice, que cuidaba de un paciente grave. Ella era muy atenta, se preocupaba por él y conversaba todos los días con la hija, que nunca dejaba de visitarlo.

Una mañana, la enfermera nos llamó corriendo. Estábamos discutiendo un caso clínico en la sala de los médicos y, rápidamente, todos se dirigieron a la enfermería para verificar la emergencia. Era el paciente de Alice que estaba en parada cardíaca; el atendimento fue rápido, sin embargo él no reaccionó.

Nos quedamos allí, todos los internos, atónitos, observando las maniobras y el esfuerzo de nuestros profesores para cambiar ese cuadro, lo que no ocurrió.

Durante todo el tiempo, Alice estuvo quieta, con los ojos salidos, como si estuviese presenciando su propia muerte, y, al final de todo, se resignó, diciendo que quería dar la noticia a la hija del paciente, ya que había creado un vínculo con ella.

Pues bien, ya estaba cercana la hora de la visita y, siendo así, no tardó mucho en llegar la hija de la paciente. Alice la esperaba en la entrada de la enfermería y, al verla salir del ascensor, no se contuvo y fue hasta ella, llorando, para abrazarla. Lo que se vio fue algo que yo nunca hubiera imaginado, pues la hija del paciente se puso a consolar a mi amiga, diciendo que todo estaba bien, que él estaba muy mal y que ya todos esperaban su muerte. Agradecía mucho a Alice la atención y cariño que tuvo con su padre.

Durante los siguientes días, Alice fue el blanco favorito de nuestros chistes e ironías, actitud que dejaba clara nuestra censura a la postura que ella había tomado, de “mezclarse” con su paciente. Me acuerdo bien de ello, porque yo era uno de los que más chistes y críticas le hacía.

Creo que esta historia ilustra muy bien el modelo de nuestra postura, llamada “ética” y “profesional” delante del paciente, que se convierte en un “cliente”, objeto de nuestra intervención profesional, dejando de lado todo lo que pueda referirse a sus particularidades de Ser Humano.

Mi opinión ya cambió mucho desde entonces. Fui aprendiendo poco a poco que el dolor de mis pacientes no pasa desapercibido, y que, a cada experiencia de dolor o pérdida que presencio, yo cambio también. Me gustaría decir que esto no es necesariamente malo, si nos permitimos vivir tales situaciones con coraje y discernimiento, pues ellas nos enseñarán a enfrentar nuestros propios fantasmas.

Es extraño decir esto, pero tal vez esta vivencia compartida del dolor sea una de las mayores ventajas que la profesión de médico puede ofrecer, por el brutal desarrollo personal que ella puede promover, si fuera administrada y orientada de forma positiva. Sin embargo, es temida y evitada (como si fuese posible evitarla), y puede llevar al agravamiento de nuestros núcleos sicóticos, despertando posturas y comportamientos tan distorsionados que llegan a antagonizar las actitudes esperadas de aquel profesional que debía trabajar para ayudar dar comodidad.

Delante del dolor y del sufrimiento, parece sólo haber dos caminos posibles: endurecer, y así apartarse al máximo del paciente, transformándolo en un dato estadístico, en una enfermedad, o en un número de cama o de historial; o descender del pedestal, asumir sus debilidades, igualarse al paciente como ser humano, para entonces acercarse a él, pudiendo convertirse en un médico y un socio, fortaleciendo y enriqueciendo la relación médico-paciente. En mi opinión, la segunda opción no es sólo posible sino deseable; mientras, tengo que admitir que no siempre es muy fácil seguirla.

Vivimos, hoy, un modelo de salud que se dirige hacia la “industrialización” del atendimento; los pacientes, cada vez más, tienen dificultades en descubrir quien es su médico, principalmente en los hospitales públicos. Entretanto, se observa idéntico problema en los particulares, donde los médicos se agrupan en “servicios” o “equipos” despersonalizando el atendimento.

Esa forma de trabajo acaba funcionando como un mecanismo de defensa del médico, ya que, hace algún tiempo, que está abierta la “temporada de caza al médico”, actualmente blanco frecuente de procesos judiciales, muchas veces injustos.

Los pacientes frecuentan ambulatorios, siendo que, a cada consulta encuentran un médico diferente, que depende de las anotaciones en el historial para dar seguimiento a su caso, como una colcha de retales. Se tiene la impresión de que el médico que atiende, siempre “entra en el coche en marcha”.

¿Cómo establecer un vínculo, en esas condiciones? Ni profesional, y mucho menos personal.

Me gustaría contar una experiencia que me mostró como, a veces, es imposible huir del involucramiento con el paciente.

Su nombre era Gérson, y lo conocí cuando fui llamado a atenderlo en el hospital, debido a una hematemesis ⁽¹⁾. Se trataba de un señor de 50 años. Estaba bastante abatido y asustado. A fin de cuentas, había vomitado mucha sangre, en dos ocasiones, y evidentemente sabía de la gravedad de lo que estaba ocurriendo. Experimentaba la “sensación de muerte inminente”.

No voy a describir los procedimientos ni las medidas que tomamos, pero Gérson mejoró mucho y acabó teniendo el alta hospitalaria, parcialmente recuperado de la anemia, y con el diagnóstico de cirrosis hepática de origen aún indeterminada.

A partir de ahí, pasó a frecuentar mi consultorio. Descubrimos que era portador de hepatitis C, además de tener una úlcera en el duodeno. Yo hacía el seguimiento médico junto con otros especialistas, que administraban el mejor tratamiento posible.

Todo esto duró más de siete años y muchos ingresos, siendo que, cada vez, su cuadro era más crítico.

Cuando alguien de su familia me telefoneaba, yo ya sabía lo que ocurriría: nos dirigimos a la UTI ⁽²⁾, ¡a cuidar de Gérson!.

Durante todo ese tiempo, participé de muchas situaciones que fueron mostrándome quien era aquel hombre, distinto y serio, de palabra mansa, muy gentil. Él había perdido a su esposa y madre de sus hijas, ya adultas. Gérson nunca superó la muerte de la compañera; cuando hablaba de ella, sus ojos quedaban llenos de agua y su voz tartamudeaba. Se acordaba del tiempo en que ella vivía como si aquel hubiese sido su único periodo de vida feliz. Después de lo ocurrido, tan sólo “llevaba” la vida, con cierto desánimo y desinterés.

Había encontrado una nueva compañera, Rute, siempre estaba a su lado, y a quien yo acostumbraba hacer mis recomendaciones, ya que ella, evidentemente se preocupaba mucho de él y le transmitía cariño y consideración. Sin embargo, Gérson se separó de

¹ Vómito de sangre

² Unidad de Tratamiento Intensivo. Siglas utilizadas en Brasil – Nota del traductor.

Rute, creo incluso que tenían una relación desigual. El me parecía un poco apagado delante de ella, de la misma forma como están los adolescentes que van al médico con sus madres y que se mantienen quietos como si todavía no fuesen capaces de describir sus propios síntomas. Probablemente, él no mantenía por ella sentimientos de la misma naturaleza como los que ella tenía por él. Rute era una especie de figura materna, a quien él respetaba, pero no amaba.

Cuando ocurrió la separación, las cosas empeoraron mucho, ya que él empezó a ingerir alcohol con mucha frecuencia. Su situación financiera se deterioró, y todo eso lo desestabilizó bastante. Pensé, entonces, que Doña Rute era su “conciencia”, que le llamaba la atención e impedía que traspasara ciertos límites, ella parecía encarnar el personaje de la “cuidadora”, y no de “amante”.

Me acuerdo de una consulta en que nos quedamos casi un cuarto de hora hablando sobre los rumbos que estaba tomando en su vida, y él pareció bastante interesado en mi opinión, tanto fue así, que pidió que yo hablara con una de sus hijas para ayudarlo a enfrentar la enfermedad y las adversidades que la vida le estaba presentando. Él sabía que necesitaba ayuda, y la estaba pidiendo.

Cuando todo parecía haber mejorado, un nuevo drama cayó sobre él. Descubrió que había dejado embarazada a una mujer mucho más joven que él, y ahora no rehusaría de aceptar a la cría como su hija legítima, además de apoyar a la madre.

Cada vez que su vida se desorganizaba, Gérson iba a parar a la UTI, con cuadros cada vez más graves de hemorragia digestiva; la enfermedad hepática avanzaba sin piedad, y la ingestión alcohólica sólo hacía que empeorar su condición.

Delante de todo aquello, una vez vino a la consulta con su nueva esposa y la pequeña que había nacido hacía cerca de un año y medio. La niña pedía estar en brazos todo el rato. Desde el momento en que fui a examinarlo, hasta cuando él pudo cogerla en brazos nuevamente, la niña estuvo llorando, llamando – “Papá, papá” – sin parar.

Después de la consulta, pensé que había un cierto heroísmo en la actitud del padre, pues ya me había confesado que su gran pasión ahora era la primera esposa, y su vida, incluso por la gravedad de su enfermedad; sin embargo, él no desampararía a la niña, ni tampoco a la madre. Por lo que vi el día de la consulta, el amparo a que él se refería no era tan sólo financiero, pues demostró una atención y un cariño muy grande hacia las dos.

Su salud empeoraba mucho y empezó a ir acompañado a las consultas por una las hijas de su primer matrimonio, eventualmente con doña Rute (¡eso mismo!), que llegó a ir sola al consultorio para conversar sobre él. En una ocasión, me comentó confidencialmente que a pesar de ya no estar juntos, mantenían una amistad muy fuerte, y que, a veces, ella cuidaba de sus necesidades, incluso a petición de las hijas de él. Ciertamente, ella mantenía una postura maternal, un aspecto tan fuerte en la relación de los dos que le permitió ayudarlo, incluso delante de la nueva familia que él “accidentalmente” constituyó.

A cierta altura de la conversación, pensamos en la posibilidad de un trasplante hepático, y él decidió ir a San Paulo para vivir con una hermana, e intentar la forma de operarse.

Yo estaba de guardia en urgencias, cuando la enfermera me llamó, diciendo que había alguien que quería hablar conmigo. Cuando salí de la sala de los médicos, vi a Gérson en el pasillo. Noté que lo estaba pasando mal, pues sus ojos estaban enrojecidos, pero él se acercó y me dijo:

- Dr. Décio, vine a despedirme.

Pensé inmediatamente de que se trataba del viaje a San Paulo y le dije que no se preocupara, pues nos veríamos de nuevo en otras oportunidades, pero él no respondió

nada, tan sólo me miró fijamente y me abrazó. Gérson era un hombre bastante reservado, tímido, y aquella actitud me impresionó mucho, demostraba lo importante que era para él ese momento.

Me quedé sin saber lo que hacer, paralizado, incompetente para responder a aquella situación de fuerte contenido emocional, mi pecho parecía encogerse y enmudecí.

Después del abrazo, llorando, me dijo cuanto me agradecía por todas las veces que lo atendí, y por mi interés en escucharlo, por participar de sus dificultades. Me garantizó que yo había sido para él un confidente y un amigo, además de ser su médico de confianza.

La despedida era otra, luego percibí que él había ido al hospital aquel sábado por la noche, para agradecerme y para despedirse. Él sabía que ya no nos íbamos a ver más, y yo estaba evidentemente emocionado, pero también totalmente limitado por el modelo ético-profesional que yo practicaba.

Era obvio que Gérson no era solamente un “cliente”, habían muchas más cosas a parte de un prestador de servicios y su cliente, ya que yo había participado de forma indirecta de hechos y acontecimientos cruciales en su vida, y eso no podía ignorarse ni por él ni por mí. ¿Por qué, entonces, no podía yo demostrar que yo también me sentía grato de haberlo conocido? ¿Por haber podido tratarlo, y por que él confió en mí durante tantos años?

Un mes después, recibí una llamada telefónica. Gérson había fallecido en un hospital de San Paulo, y todavía tuvo la bondad de pedir a su hermana que no dejase de llamarme para avisarme y agradecerme por todo...

Pues soy yo quien te agradezco Gérson, por las lecciones valiosas que me diste, por hacerme sentir realmente útil, incluso cuando no tenía ya recursos técnicos para atenderte; por haberme considerado tu amigo, incluso sin poder admitírtelo.

Después de esto, creo que pare de intentar “no involucrarme”. Aprendí que, en mi profesión, es fundamental ver al paciente como un todo, no podemos ignorar sus aspectos emocionales y familiares. Con el tiempo, nos vamos metiendo en sus vidas, conociendo sus debilidades y sus virtudes. ¿Cómo no ser “amigo”? ¿Cómo mantenerse emocionalmente indiferente?

Hoy me enorgullezco en decir que tengo pacientes que me piden ver las fotos de mis hijos, que saben el día de mi cumpleaños y me traen un pastel al consultorio para conmemorarlo, que me llaman para decir que nació un nieto o que consiguieron tal empleo, pacientes que me hacen llorar cuando se van, no de tristeza o de frustración, sino de añoranza.

A fin de cuentas, ¿Cuál es la gracia de la vida sino emocionarse?

Gozar de los momentos de felicidad y aprovechar las lecciones presentes en los momentos de dolor son formas de crecer, evolucionar, aprender.

Aprendiendo, somos más capaces de percibir las cosas de la vida que nos alimentan, que nos hacen felices y armonizados, espantan la depresión y nos llenan de optimismo, pues percibimos, incluso que sea por cortos periodos de tiempo, que nunca estamos solos.

GRADUACIÓN

El sexto año del curso médico fue realmente muy difícil: el estrés de estar formándome y entrando hacia el mercado de trabajo, el miedo de no ser aceptado en una residencia médica de calidad, la certeza de no estar listo para ser médico (en verdad, nunca estamos completamente preparados) ya eran motivos suficientes para que no durmiese bien por la noche y tuviera temblores casi constantes en las manos, lo que me dejaba muy preocupado, ya que mi gran sueño siempre fue ser cirujano.

Estaba teniendo muchas dificultades para administrar mis emociones, cuando fui hacia la planta de urgencias, en un gran hospital público, incrustado en medio de una barriada de San Paulo. Fueron 30 días, y siete de ellos los pasé en una unidad de emergencia (UE).

El esquema de trabajo era entrar a las 7 horas y salir a las 19 horas, todos los días. La unidad de emergencia era redonda, es decir, en el centro había un puesto donde estaban la enfermería y los médicos, rodeados por varios boxes con dos camas cada uno. Las ventanas, muy estrechas y altas, hacían pasar muy poca luz natural, por ello las luces artificiales permanecían encendidas siempre. Yo entraba en la UE tan temprano que aún estaba oscuro y salía cuando anochecía. Si no hubiera sido a la hora de comer, no habríamos visto el sol durante nunca.

Puede creerse que es un horario inhumano, y yo creo que realmente lo era, pero no por eso describí todo. Total, tan sólo una semana no debería ser tan difícil, si no fuera por las experiencias de dolor, sufrimiento y muerte que vivimos de forma “intensiva” en esos siete fatídicos días. Niños y adultos morían continuamente, terribles dramas familiares, historias inimaginables, recibidos por un joven de 23 años, cansado e inseguro.

Vi morir a un mendigo de frío durante una madrugada de invierno y a un hombre llorando, desesperado, con su bebé al cuello, muerto de asfixia por el cuerpo del padre, durante la noche, ya que toda la familia dormía amontonada en la misma cama. Seguí un caso de una niña de siete años que recibió una bala perdida en su cráneo mientras jugaba con las hermanas frente su casa. La miseria humana parecía no tener fin.

Sobreviví, a “trancas y barrancas”, me volví irritable y agresivo, incluso con mis padres y con mi hermana; desestructurado emocionalmente, lloraba muchas veces durante la noche, sin saber bien porqué.

No siento pena de mi mismo, pues, cuando miro hacia atrás, no me reconozco en ese personaje. Tengo pena, sí, de los jóvenes que aún hoy pasan por experiencias semejantes a la mía, absolutamente solos, sin ningún tipo de preparación o acompañamiento psicológico.

Para formar un buen médico, no es preciso ponerlo en un “tritador de carne” para “ver si aguanta”. No creo que sea saludable para el médico ni para la sociedad que utilizará sus servicios. Eso sólo forma parte de la descabellada idea de formar un médico-dios, omnipotente, que no teme nada, que no se abate con nada, el que sobrevive a todo.

Finalmente, llegó el día de mi graduación, una mezcla de alivio, victoria y miedo, que, en mi caso, ganó un temperamento bastante especial, ay que mi abuelo paterno murió en la noche que precedió a mi graduación.

Admiraba mucho a mi abuelo. Mi padre me acostumbraba a contar historias sobre aquel hombre, que pasó por tantas cosas en la vida, y que aún se mantenía trabajando, incluso a los 82 años de edad. Al contrario de mi abuelo materno, pasé muchas horas

junto a mi abuelo paterno. Me acuerdo, todavía hoy, de las veces en que mi primo y yo fuimos al zoológico en autobús, con él, de cómo nos divertíamos con sus pasatiempos. Mientras, lo que realmente marcó su muerte fue el hecho de que yo, siendo doctor, había sido el interlocutor entre el equipo médico y mi familia. Tenía libertad en la UTI y podía hablar con mi abuelo siempre que quisiera, lo que se si llegaba a ser un privilegio o una carga.

Aquel día, conversando con el médico de la UTI, las noticias parecían muy buenas, los exámenes de laboratorio esperanzadores. Fui hasta su cama, feliz con la noticia pero, al encontrarlo, tuve una impresión bien diferente. Me pareció más abatido, medio desanimado, hacía movimientos con la mano, llevándola hacia la boca, como si estuviese fumando, y, al verme, dijo:

- Hola Júnior, ¿estás aquí?

Respondí que sí, le pregunté como se encontraba y el respondió:

- Quiero tomar una limonada ¿me traes una? Tu madre ya me trajo los cigarrillos.

Tenía alucinaciones. Aquello me asustó mucho, sin embargo quedé con él que así que recibiese el alta iríamos a tomar una limonada juntos.

Antes de salir, me llamó y me preguntó, en un claro momento de lucidez:

- ¿Cuándo es tu graduación?

- Mañana, abuelo.

- Está bien, descansa bastante.

Llegué a casa mal, y estando reunido con toda la familia en la sala, recibimos una llamada, pidiendo que nos dirigiésemos al hospital; aquel había sido el último día de vida de mi abuelo.

La graduación se transformó en una fiesta melancólica; salí del cementerio directo hacia el auditorio donde se hizo la ceremonia. Me sentía muy mal, triste, angustiado con todo lo que había acontecido. Casi desistí de la graduación, pero mi padre insistió, diciendo que mi abuelo se enfadaría si no íbamos.

¿Qué puedo decir sobre aquel tiempo de mi vida?

¿Qué decir de aquel año en que la muerte se mostró para mí tan próxima y con todas sus variedades de dolor y desespero?

Creo que lo que puedo decir es: “sobreviví”.

EL EJEMPLO

Hice muchas pruebas para la residencia médica en cirugía. Algunos de los resultados habían sido negativos y otros aún estaban por venir. Mientras, empecé mi trabajo en un gran hospital de San Paulo, donde ya había sido aprobado.

Después del tercer día de trabajo, ya no tenía dudas de que no era fácil quedarse allí, pues el hospital no era lo que yo esperaba y no había perspectivas de cambios. Siendo así, pedí mi renuncia al jefe del servicio y me fui a casa incluso antes de acabar la mañana.

Al cerrar la puerta de la calle, cabizbajo y temeroso de mi futuro profesional, fui recibido con euforia por mi madre, que anunciaba:

- Te están llamando para suplir una baja en Santos, tienes que ir hoy allí.

No es preciso contar el entusiasmo que me invadió en aquel momento. Cogí tan sólo lo esencial, lo puse todo en una mochila y, incluso sin almorzar, fui corriendo detrás de mi destino.

Llegué al hospital e, inmediatamente, fui avisado de que el jefe estaba pasando visita en la enfermería. Me tenía que presentar ante él.

No conocía absolutamente a nadie allí, mis sentimientos parecían un rompecabezas desmontado y con las piezas todas entremezcladas. Estaba asustado, inseguro, ansioso y, al mismo tiempo, feliz y orgulloso por haber conquistado un lugar en una residencia reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y unida a una facultad de medicina.

Al entrar en la espaciosa enfermería donde cabían seis camas muy bien distribuidas, vislumbré aquella escena “épica”, si me permiten decir una exageración, pues no eran menos de diez alumnos, más los residentes y dos asistentes, alrededor de un señor de blanco, sonriente y divertido, que enseñaba generosamente, al mismo tiempo en que distribuía esperanzas a aquellos que ocupaban las camas.

Fue mi primer contacto con aquel que sería mi referencia de comportamiento profesional, fenómeno que no ocurrió tan sólo conmigo, sino con centenares de otros residentes y alumnos que tuvieron la suerte no sólo de tenerlo como profesor, sino de percibir el brillo que emitía cuando estaba en la consulta, examinando u operando a algún paciente.

Toda esa importancia que le doy se fue reforzando con el pasar de los años, cuando, conviviendo con otros colegas y viendo la rutina de mi profesión, pude percibir cuánto nos enseñó. En aquel tiempo, nutríamos apenas un profundo respeto y admiración por su capacidad profesional. Un cierto grado de sorpresa nos invadía, en las varias ocasiones en que lo veíamos emocionarse y derramar lágrimas por algún paciente, sin ningún tipo de pudor, delante de todos sus alumnos. Esa era una de sus características más conocidas, la sensibilidad y el coraje de exponer sus sentimientos de forma sincera y espontánea, motivo, muchas veces, de críticas por parte de aquellos que defendían una postura austera e impersonal para el médico, para el cirujano y para el profesor libre-docente, tareas que él desempeñaba con extrema competencia y dedicación.

Varias veces pude presenciar su irritación, cuando desatendíamos algún factor social o emocional relativo al paciente, por creerlos irrelevantes. El parecía, o realmente era, un contrasentido para el patrón de los “grandes cirujanos” que yo conocía hasta entonces, siempre muy arrogantes y fríos, con un discurso muy bonito de “salvar vidas”, pero con la actitud contradictoria de ignorar al paciente como un todo, como un ser

complejo y compuesto por varias facetas, necesidades y posibilidades, como es, necesariamente, todo ser humano.

No fueron solamente los años de residencia médica. Tuve la suerte de acompañarlo, ya como su asistente, y después como mi orientador en la post-graduación, durante muchos años, siempre, y cada vez más, admirando la forma como mantenía la coherencia con sus ideales y su postura en relación al paciente y frente a los demás colegas.

No aprendí a tirar instrumentos quirúrgicos al suelo para demostrar irritación e imponer autoridad a través del miedo durante una operación, no aprendí a ser grosero con los profesionales que trabajan conmigo en los procedimientos que realizo; nunca necesité fingir que era infalible, procurando un responsable por mis dificultades. Aprendí, con naturalidad, que ser querido es más productivo que ser temido, además de estar más recompensado.

Si, hoy, consigo mantener un ambiente de bienestar y cordialidad en la sala de operaciones es porque siempre conviví con este clima en las salas dirigidas por él o por sus asistentes, que me enseñaron, y siguen enseñando hasta hoy, la medicina en la que yo creo. No hay perfección, no es el ideal, pero ya es infinitamente mejor que aquella de los egos inflados a un grado insoportable incluso para su propio dueño.

Un recuerdo muy fuerte que llevo de él es de un hecho que ocurrió cuando yo estaba en el segundo año de residencia. Pasábamos visita a los pacientes de la enfermería. Como de costumbre, el residente responsable de los enfermos describía el caso, mientras escuchábamos, atentos, para que, seguidamente, el profesor iniciase sus consideraciones sobre el asunto.

Mientras mi colega describía la historia clínica, pude observar que un enfermo de la habitación de enfrente, sentado en una silla al lado de la cama, estaba extremadamente somnoliento, y su cabeza “pendía” de vez en cuando, de la misma forma que lo hacemos cuando nos dormimos durante una clase, viniéndome la sensación de que no estaba muy a gusto.

Como que yo estaba detrás de los alumnos, creyendo que nadie podría verme, atravesé el pasillo y fui a ayudar al paciente a echarse para terminar su siesta. Cuando me giré, para mi sorpresa, todos me estaban mirando, pues el profesor Amaury interrumpió la visita, pidiendo que todos asistieran a la escena, para, a continuación, elogiar mi actitud, diciendo que el verdadero médico se preocupa con el confort del paciente en cualquier nivel o situación, y que actitudes como aquella, infelizmente, eran muy raras.

Obviamente me sentí avergonzado con todo aquello, principalmente porque estaba distraído y no percibí que él había interrumpido la visita por mi culpa.

Siempre creí que aquella experiencia quedó muy marcada en mi memoria exactamente por el constreñimiento que experimenté, pero hoy ya pienso diferente, pues pienso que él aprovechó la ocasión para llamar la atención de sus alumnos sobre la importancia de dispensar atención y cariño a sus pacientes. Él estaba intentado despertar en nosotros la conciencia de que la verdadera medicina debe estar basada en el sentimiento de amor. Buscaba humanizar a aquellos “aprendices de dios” que éramos nosotros, y aún, como efecto colateral, me dio un bellissimo “refuerzo positivo”.

Después que la vergüenza de aquella hora pasó, lo que quedó dentro de mí fue un orgullo muy intenso de haber sido elogiado por el hombre que llamamos, hasta hoy, Maestro; no por sus muchos títulos académicos, sino por la connotación más noble que esta palabra tiene, o sea, aquel que conduce a sus alumnos al conocimiento, hombre superior y de mucho saber.

EL PUENTE

Era un señor visiblemente abatido, con cerca de 70 años. Parecía confiado, y tal vez yo supuse eso por estar sólo en la consulta.

El Sr. Antonio estaba preocupado, pues había perdido bastante peso, su ropa estaba cada vez más larga y no tenía apetito. Inicialmente, dejé que él lo fuera contando todo lo que creía importante y, después, hice algunas preguntas para orientarme sobre su historia. Establecimos rápidamente una conversación abierta y amigable, ya que el paciente era muy simpático y comunicativo.

Lo invité a echarse en la camilla, y, al examinar su abdomen, noté una masa palpable, que prácticamente confirmaba mi hipótesis inicial de cáncer gástrico.

En verdad, debí demostrar, en mi expresión, toda la preocupación que sentí en aquel momento. A fin de cuentas, obviamente, era un caso grave.

Acabado el examen físico, volvimos a sentarnos y el Sr. Antonio no perdió el tiempo:

- Y ahora, doctor, ¿Qué es lo que tengo?

Afirmo que esta es la peor hora de la relación médico-paciente, y, probablemente, la más importante. Estaba ante un paciente con un hipótesis diagnóstico a confirmar por los exámenes complementarios, aunque habían pocas dudas sobre el hecho de que fuera un tumor maligno.

Era mi primer contacto con el, un desconocido para mí. Al mismo tiempo, yo necesitaba conquistar su confianza. Siempre supuse que la forma más acertada y rápida para alcanzar ese objetivo es ser totalmente honesto., pero honestidad no significa aspereza. Es necesario encontrar una forma “caritativa” de decir la verdad e, incluso así, podemos añadir a toda esa situación un intenso recelo de provocar pánico o de inestabilizar al paciente.

A pesar de haber una recomendación profesional de nunca esconder la verdad de nuestros pacientes, durante algún tiempo, tuve dudas sobre decir la verdad, en casos graves, pues creía que ella podía ser catastrófica para algunos pacientes. Hoy, pienso que la verdad nunca es catastrófica, al contrario de la mentira o del disimulo, pues el paciente que no está emocionalmente listo para la verdad no la oye, incluso que se le diga, o sea, que lo niega, señalando claramente la postura que el médico debe asumir a partir de entonces.

Ante ese complejo escenario, y de tantos aspectos a considerar, es muy importante percibir también nuestras propias dificultades. Me acuerdo bien de la época en que atendí al Sr. Antonio: sólo de pensar en hablar con un paciente que tenía “cáncer” ya me daba dolor de estómago. De esta forma, recorría, con frecuencia, al artificio de usar palabras técnicas, con el objetivo inconsciente de “hablar sin decir”, o sea, con la vana esperanza de sentirme tranquilo, como si la ardua tarea hubiese sido cumplida sin verdaderamente cumplirla, o sea, “comunicación virtual”.

En ese caso, usé este artificio.

- Bien, sr. Antonio, dependemos aún de algunos exámenes para confirmar su diagnóstico, pero usted tiene una masa abdominal y se debe tratar de un proceso neoplásico ⁽¹⁾.

El Sr. Antonio, se me quedó mirando sin saber si yo le había dado una buena o mala noticia, y entonces disparó:

- ¿Es cáncer?

¹ Nombre técnico usado para describir tumores o masas; proliferación anormal de las células de un tejido.

En ese momento, yo no tuve más salida, era la hora de optar entre ser sincero u ofrecer la mano para iniciar una lucha, juntos, para su restablecimiento, o continuar disimulando y fingiendo, sin contar la verdad de una forma directa y clara.

En este caso, existía un agravante: no había nadie más, tan sólo el Sr. Antonio y yo. Si hubiera estado ahí alguien de la familia, podría haber intentado “engañarlo” un poco más, y contar la verdad a la familia, es decir, intentar pasar la responsabilidad de la comunicación a alguien ciertamente preparado, y más cercano emocionalmente que yo, lo que sería una verdadera “traición” con aquel que estaba depositando sus esperanzas en mi.

Ante todo ello, respiré profundo y respondí:

- Bien, todo nos hace pensar que sea un cáncer de estómago, pero vamos a tener que hacer una endoscopia para confirmarlo.

El Sr. Antonio hizo una pausa, percibí sus ojos mareados, mientras yo aguardaba su reacción, casi sin respirar. Entonces, el dijo:

- Pues vamos allá, haga todo lo que sea necesario.

Nos saludamos, y, ahora, el apretón de manos fue más firme y lento que aquel que intercambiamos en el inicio de la consulta. Habíamos establecido un pacto el y yo, un pacto de verdad, de confianza. Tuve, entonces, la certeza de que había tomado la decisión más acertada, enfrentando mis miedos, y haciendo aquello que, en el fondo, encontraba más correcto; decir la verdad.

Pasaron pocos días y el Sr. Antonio regresó con el resultado de los exámenes, aún en solitario, manteniendo toda la simpatía y ánimo de la primera consulta, pero, claro, demostrando mucha ansiedad. Abrí el sobre, aún lacrado, y allá estaban confirmados nuestros mayores temores: era un adenocarcinoma ⁽²⁾, alcanzando buena parte de su estómago.

- Como es, doctor, sea sincero. ¿Cuál es el resultado?

Nuevamente, yo estaba en aquella situación dolorosa de tener que dar una terrible noticia a una persona que, a esa altura, ya había establecido un vínculo conmigo, y un fuerte vínculo, pues se trataba de una situación extrema, de vida o muerte, un momento crucial para él y de profunda angustia para mi.

- Pues sí, Sr. Antonio, infelizmente es aquello que temíamos.

Y, nuevamente, él me mostró que no era el momento de medias palabras:

- ¿Es, pues, cáncer?
- Sí, cáncer de estómago.
- Y ahora, doctor, ¿Qué es lo que vamos hacer?

El “vamos hacer” que él usó fue una clara señal de que ya éramos un equipo, el y yo, con el objetivo de hacer algo para supera la enorme dificultad ante nosotros. ¿Sería posible?

Quedamos con él que intentaríamos una operación para quitar el tumor; le avisé de que las oportunidades de curarse eran pequeñas, pero que era un error intentar establecer tiempo de supervivencia, que él podría tener aún algunos años de vida, incluso con la enfermedad.

Me hizo muchas preguntas, quería saberlo todo, incluso los aspectos que yo no tenía como responder, sin embargo entablamos una conversación emocionada, que duró cerca de 30 minutos. Estábamos ante una situación muy difícil, y que, con certeza, en aquel momento, nos encontrábamos unidos por lazos invisibles que nos acogían y orientaban, incluso sin nosotros percibirlo.

² Tipo de cáncer muy común en el estómago

Pedí los exámenes preoperatorios necesarios para la operación, y marcamos un tercer encuentro.

Pasada una semana, allá estaba él de nuevo, pero ahora con su hija. Entraron y se sentaron, el Sr. Antonio me la presentó y enseguida fue explicando:

- Doctor, me traje a mi hija para que lo conociera, aunque yo ya le he contado que tengo una úlcera en el estómago y que tendré que operarme, después, usted le pasa todos los detalles para que ella no quede preocupada.

Confieso que, al principio, quedé medio confuso, ¿será que el Sr. Antonio estaba en un proceso de negación? ¿Será que no estaba consiguiendo encarar aquella dura realidad tal como la había enfrentado en un inicio?

Marcamos la data de la operación y, así que cerré la consulta, él se levantó y, dirigiéndose a la hija, dijo:

- Te espero ahí fuera.

Ahora estaba bastante claro que no era una negación. Simplemente, que no conseguía, o no quería, hablar sobre su enfermedad con la hija, lo que era perfectamente comprensible, ya que yo mismo había sentido dificultad para decirle la verdad, incluso sin tener con él una relación tan profunda como la de padre e hija. Contaba conmigo para ese trabajo.

Cuando salió, pude constatar que la hija, realmente, no sabía nada, que él había sido muy sutil, cuando contó que estaba enfermo y que tenía que ser operado.

Ella lloró bastante con la noticia, pero dejé que ella misma diese el siguiente paso. Entonces se recompuso y me pidió orientación. Quería saber si debería afrontar el asunto con él o no. Pensé que era mejor que ella respetase la voluntad que él había expresado tan claramente al irse del consultorio para que yo conversase con ella, o sea, yo sería “el puente” entre ellos, por lo menos en aquel momento, hasta que él se sintiese listo para abordar el asunto con ella.

El día de la operación, me puse a su lado, como siempre procuro hacer, hasta que él estuviera anestesiado. Él estaba muy nervioso, pero, incluso así, me percibió bastante optimista y confiando. Decididamente, esta era una característica que sobresalía en el Sr. Antonio.

Sin embargo, ocurrió lo peor, pues el tumor era enorme y ya abarcaba estructuras que imposibilitaban cualquier intento de quitarlo. En verdad, los exámenes preoperatorios de ingreso ya apuntaban en esa dirección. Confieso que me sentí muy mal, derrotado, infeliz, inútil. Un sentimiento de decepción y fracaso me invadió, poniendo a prueba mi omnipotencia, tirando por tierra la ilusión que existe dentro de nosotros de que somos capaces de curar, de vencer a la muerte, como si ella fuese el bandido y nosotros los héroes. “Abrir y cerrar” es, tal vez, la peor experiencia para un cirujano, una confrontación directa con su inconmensurable limitación.

A cada punto doloroso de esa jornada, desde la primera consulta, la voluntad es de “huir”, porque vivimos la experiencia de la muerte, el dolor de la pérdida por parte de los familiares, el miedo del paciente y, consecuentemente, incluso sin percibirlo, estamos viviendo nuestra propia muerte.

En ese punto, es muy común que el cirujano de por acabado su tratamiento, enviar al paciente hacia el oncólogo e intentar superar aquella “derrota” sin seguir la evolución de la enfermedad hasta su conclusión.

Al final de la operación, fui hasta los familiares y conté el resultado del procedimiento, esclareciendo que el paso siguiente sería el tratamiento oncológico, pero que el cuadro era bastante grave y, el pronóstico, negro.

Por la noche, fui a la habitación. El estaba aún abatido por la operación y había dos familiares junto a él. Cogí su mano y le sonreí, pero antes de que yo dijese algo, dijo:

- ¿Va todo bien, verdad, doctor?

Me acordé inmediatamente del “puente” y respondí:

- Todo bien. Ahora, debe descansar y, más tarde, hablamos.

Al día siguiente, cuando fui a pasar visita, pedí que todos se fueran de la habitación, y, entonces, volvimos a hablar con franqueza:

- ¿Qué doctor, como fue?

Le expliqué que no habíamos quitado el tumor, que la enfermedad estaba avanzada y que el oncólogo sería quien trazaría las directrices.

Entonces, él quiso saber:

- ¿Y cuánto tiempo tengo de vida?

En ese momento, no podemos dejarnos llevar por las estadísticas de los libros de medicina. Ellas son muy útiles cuando evaluamos poblaciones o grupos, pero nunca en los individuos, pues, si la media de sobrevivir es de tres meses, aquel número pasa a ser una condena, mientras que muchas veces nos sorprendemos con pacientes que superan cualquier expectativa o que se van mucho antes de lo que esperábamos. Aprendí que no tenemos el poder de prever el futuro y debemos dejar bien claro tal hecho para nuestros pacientes y su familia.

La muerte está para todos y no tan sólo para los portadores de cáncer o de otra enfermedad incurable cualquiera. Me acuerdo de un paciente con cáncer de páncreas que acabó víctima de un infarto agudo de miocardio cerca de dos años después de una operación paliativa en que tampoco fue posible quitar el tumor. No sé si pude, pero intenté pasar esta perspectiva hacia mi paciente.

El alta no tardó, hice el seguimiento para el colega oncólogo, aún creo que no llegué a percibir que allí terminaba apenas una etapa del tratamiento, y se iniciaba otra en que, tal vez, mi participación fuese más valiosa de lo que había sido hasta entonces.

Una de las cosas que me llamó la atención en este caso fue la reacción del paciente en el seguimiento postoperatorio, pues a pesar de continuar muy cordial conmigo y de no faltar nunca a las consultas, su hija me contaba que le hablaba muy mal de mí, decía que yo no era un buen médico, ya que él no había mejorado nada con mi tratamiento. Afirmaba, siempre, que buscaría otro médico, demostrando irritación y rebeldía, pero, cuando ella le propuso concretamente una consulta con otro médico, le contestó diciendo que no valía la pena – “Todos los médicos son iguales, ninguno sirve”- decía. El estaba rabioso, necesitaba exteriorizarla de alguna forma, pero no quería dejar que eso contaminase nuestra relación.

Permití que mis contactos con el Sr. Antonio disminuyesen. Pasó a frecuentar mucho más el consultorio del oncólogo, abandonando el mío, tal vez por falta de estímulo por mi parte, tal vez por miedo de enfrentar a su muerte y a mi frustración.

En nuestro último encuentro, ya bastante débil y frágil, me pareció deprimido y triste, pero, incluso así, llegó a agradecerme, y ello sólo hizo aumentar mi sentimiento de “culpa”, tal vez reflejo de mi ilusión de omnipotencia que tanto aprendí en la facultad, tal vez, aún había mucho que hacer, intentar acercarlo a sus familiares para que ellos pudiesen elaborar el evento de la muerte juntos, pudiesen llorar y, finalmente, aceptar, con serenidad, aquel momento de despedida. El puente no podía quitarse sin antes aproximar los márgenes.

La muerte del Sr. Antonio no tardó, con todo, y no estaba cerca cuando ocurrió, había perdido la oportunidad de honrar nuestro pacto, no pude saber como reaccionó a todo y como estaba emocionalmente cuando llegó su hora, si ya había superado su fase

depresiva. No se si habló abiertamente con su hija, para poder despedirse. Espero que él me perdone por ello.

Más recientemente, me ocurrió un caso en que la figura del “puente” resurgió, pero esa vez fue de forma desvirtuada, pues eran los familiares que, en un esfuerzo desmedido de proteger a su ente querido, insistieron en interponerse en la relación médico-paciente.

Cuando pedí a la secretaria que la paciente entrase para la primera consulta, quien entró en el consultorio fueron sus dos hermanos y su hija, dejando a la paciente en la sala de espera; me pidieron que, en hipótesis alguna revelase a la paciente que tenía cáncer, pues ellos creían que ella “no soportaría” la noticia. En verdad, ese tipo de argumento es muy frecuente, pero, como constataremos en este caso, generalmente es la propia familia que no está soportando la noticia.

Encontré aquella actitud extremadamente inadecuada y les pregunté si ya tenían el diagnóstico. Eran personas con pocos recursos. La paciente había estado internada en un hospital público, y cuando les fue dado el diagnóstico, pidieron un “alta voluntaria” del hospital, o sea, alta sin el consentimiento de los médicos, como si, con ello, pudiesen “huir” de la enfermedad que se presentaba, como si, retirando la paciente del hospital, fuese posible dejar atrás el problema. Ciertamente una forma de negación, actitud que, en aquel momento, ellos insistían en mantener, de lo contrario no hubiesen actuado de tal forma.

Pensando ahora bajo la óptica de la paciente, yo pregunto: ¿Qué persona no desconfiaría de este comportamiento? O sea, ella es llevada a un nuevo médico, después de haber sido sacada por sus familiares de un hospital sin haber recibido tratamiento adecuado, y, así que llega al consultorio de este nuevo médico, ¿sus familiares entran para conversar con él, dejándola en la sala de espera?

¿No es esa una forma cruel de dar una mala noticia, actuando como si la paciente fuese una incapaz?

Actuando de esta forma, ¿no le queda claro a ella que le están intentando engañarla?

¿No es eso una forma de “traición”?

Dejé claro que tenía por norma no mentir a mis pacientes, y que si ella me preguntase le diría la verdad. Mi discurso no les agradó, sin embargo, yo creía que mi compromiso debería ser, en primer lugar, con la paciente.

Después de una rápida reunión familiar, decidieron dejar que yo la examinase.

Doña Cecilia entró sonriendo, a pesar de estar bastante debilitada; la invité a sentarse y rápidamente su hija empezó a contar toda la historia de la paciente. Así que ella terminó, pasé a preguntar a doña Cecilia, intentando, finalmente, establecer un contacto con ella, pues hasta entonces no había tenido esa oportunidad.

Traía una serie de exámenes y el diagnóstico ya estaba firmado como un tumor de páncreas. Inclusive se había empezado una operación.

Cuando terminé el examen físico y el análisis de los exámenes, la paciente me dijo:

- Sabe, doctor, yo tuve una vida muy buena, creo mucho en Dios, y no tengo miedo de la muerte, se que mi enfermedad es grave y me gustaría que usted fuera honesto conmigo.

Inmediatamente, miré hacia la hija y uno de los hermanos que estaban allí con sus ojos abiertos de par en par, como alertándome de que yo no tenía que decir nada. Entonces, miré a Doña Cecilia y dije:

- La señora está muy enferma, tiene un tumor en su páncreas y deberíamos intentar operarla.

Ella reaccionó como si ya lo supiera todo, y en verdad, lo sabía. Entonces, con una leve sonrisa en el rostro y una apariencia serena, respondió:

- Muy bien, doctor, si es así, me gustaría mucho que usted me operara.

El día de la operación, mientras esperábamos dentro del centro quirúrgico para ir a la sala de operaciones, me fui hacia ella, y conversamos. Me dijo que encontraba que la cirugía no resolvería su problema, y que ella sólo aceptaba operarse porque le gustó mi sinceridad y se sintió segura conmigo. Le dije que no se preocupara y procuré reforzar la garantía de una relación honesta y sincera.

Lo que siguió no fue muy diferente de lo que esperábamos, un daño avanzado y sin posibilidad de resección⁴.

Como que la operación fue rápida, dos días después Doña Cecilia recibía el alta de la enfermería, si no debido a la rutina del hospital (era un hospital público), no tuvimos oportunidad de conversar después de la operación. Sólo les pedí a ella y a su hija que fuesen a mi consultorio para el seguimiento postoperatorio. Planeé tener una conversación más cuidadosa y privada en esta oportunidad.

Pasaron dos semanas y doña Cecilia no apareció. Pedí a la secretaria intentase contactar telefónicamente, pero no dio resultado; me preguntaba qué es lo que estaría pasando.

Cerca de un mes después, fui sorprendido con la presencia de la hija en el consultorio. Lloraba mucho y me contó lo que pasó.

Sus tíos habían decidido que no debía hablar más con la paciente, ya que no había “respetado” la petición que me habían hecho de no decir la verdad. Volvieron, otra vez, al hospital, donde fueron orientados por la oncología para iniciar el tratamiento quimioterapéutico; sin embargo, después de la primera sesión, doña Cecilia no quiso continuar el tratamiento, pidió para verme y dijo que de ahí en adelante sólo trataría conmigo. Infelizmente, sus hermanos fueron inflexibles y ella entró en un cuadro depresivo, dejó de comer y su condición clínica empeoró rápidamente.

La paciente aún intentó hablar sobre su muerte con la hija, sin embargo, ésta insistió hasta el final diciendo que se pondría mejor, que todo aquello pasaría y que en breve saldría de la cama, regresando a una vida normal.

Doña Cecilia murió aislada por sus propios familiares, privada de la valiosa oportunidad de elaborar su paso al más allá, ya que no son todos los pacientes que alcanzan el estado de aceptación tan rápido como ella lo hizo. En verdad, fue tan rápido que sus familiares no pudieron acompañarla y permanecieron negando la enfermedad hasta el final.

Esta vez mi frustración fue enorme, no por no haber podido quitarle el tumor, sino por no haber podido servir de interlocutor para que ella enfrentase los días de crisis apoyada por alguien en quien confiaba.

En el momento en que el paciente sabe que va a morir en breve, y que se instala el ambiente de la muerte en la familia, el médico no sustituye a la familia (él nunca sustituye), pero tampoco puede ser sustituido. Creo que su presencia, incluso que, sea tan sólo para conversar, trae al paciente una comodidad más, trae la certeza de que alguien mira por él, y que si está bien preparado, puede hablar y oír cosas que serían imposibles de decir o escuchadas por alguien que esté muy próximo del paciente, alguien a quien él ame.

Doña Cecilia reforzó en mí aquello que el Sr. Antonio ya me había enseñado: basta la verdad y una postura correcta, para que se establezca la complicidad entre el médico y el paciente, visto que, cuando el médico es buscado por el paciente, éste ya se

⁴ Retirada del tumor y del órgano acometido.

predispone a ello, sólo falta la receptividad del terapeuta para que la relación se instale en la mayoría de los casos, incluso durante la indignación (etapa común al morir), y en todas las turbulencias, inherentes a la situación, y que pueden ocurrir en el curso de la enfermedad.

En cuanto a los familiares, fue realmente una pena que yo no hubiera tenido la competencia para establecer con ellos esta misma relación de confianza, tal vez porque yo haya roto esa relación, sin pensar que, incluso habiendo consolidado mi empatía con Doña Cecilia, no pude usarla.

Como si fuese un consuelo, conversé largamente con la hija, intentando ayudarla, pues ella se sentía profundamente culpable por no haber escuchado a su corazón y no haberse enfrentado a los tíos, por no haber hablado con su madre de forma más abierta, aprovechando la oferta que ella le había hecho. Era como si ellas se hubiesen separado, sin una adecuada despedida, medio enfadadas.

Aprendí que, a pesar de mi compromiso es con el paciente, la familia también “muere” con él. Siendo así, debemos establecer un vínculo de confianza con ellos así como con el paciente.

En familias grandes, como es el caso de doña Cecilia, elegir una persona para que sea la referencia aún me parece una buena idea, ya que, cuando intentamos establecer varios contactos, percibimos que cada uno interpreta las mismas palabras de formas diferentes y eso puede llevar a desentendimientos y malestar. Siempre hay alguien más coherente y con “autoridad” en el ambiente familiar para servir como interlocutor “oficial”.

Podría decir que, en un proceso de muerte, existen tres lados a considerar y atender:

1. El paciente, foco central de los acontecimientos, es aquel que debe dictar el nivel del abordaje que el asunto tendrá en el curso de la enfermedad.
2. La familia que, muchas veces, está más enferma que el propio enfermo, y que, por ello mismo, también merece toda la atención, pues una familia bien informada se convierte en un aliado poderoso del paciente y del médico.
3. El médico, de quien se espera competencia, buen sentido y sensibilidad para enfrentar la situación. Sin embargo, aún no recibimos, en las escuelas médicas, ningún tipo de orientación que nos posibilite desarrollar todas esas capacidades, o por lo menos que nos oriente para que podamos intentar llegar a ese resultado, pues el comportamiento desarrollado por el profesional, individualmente, es totalmente imprevisible, dependiendo mucho más de su formación moral y religiosa, de su herencia familiar, que de su formación médica. No obstante, yo mismo aún tengo dudas sobre si es posible ser diferente.

Cuando pienso en ese triángulo de dolor (que también debe ser un triángulo de amor), me parece que el lado sobre el cual más precisa ser meditado es el del médico, ya que si modificamos su formación profesional, imprimiendo un cuño humanístico y espiritual, determinaremos una disminución de las distorsiones que observamos cotidianamente y que evidencian la falta de preparación total para enfrentar la propia muerte y, consecuentemente, la falta de preparación para orientar la muerte del otro.

Infelizmente, el sr. Antonio y doña Cecilia no confirman la regla, pues, con frecuencia, vemos escapar oportunidades preciosas de realizar un tratamiento más eficaz y precoz debido a la inadecuación emocional del enfermo, o su dificultad en enfrentar la situación. Al percibir la gravedad de la enfermedad, buena parte de los pacientes pasa a intentar negar la enfermedad, a ignorar las orientaciones médicas o, entonces, a

peregrinar por todos los profesionales de los que tenga noticias, con la esperanza de encontrar aquel que le diga tan sólo lo que él quiere oír. Felices aquellos que, a pesar de la negación o rebeldía, se mantienen fieles al tratamiento, pues es común asistir una enfermedad, que podría ser controlada de forma eficiente, llevar al paciente a la muerte por falta de tratamiento.

Cierta vez acompañé a un paciente con cáncer de esófago, que, a partir del diagnóstico, insistió en decir que yo estaba equivocado y que él no tenía absolutamente nada. Se mudó hacia un sitio apartado de la ciudad, donde murió sin poder alimentarse, rehusando terminantemente a recibir cualquier tipo de tratamiento.

Es cierto que no hay como engañar a alguien que traiga una dolencia de ese tipo, pues, en aquel momento, ella ya forma parte de él y no puede ser ignorada. Mientras, no son todos los que consiguen convivir con ella y, tal vez para estos, la mejor opción es acortar la convivencia indigesta, por eso se apartan terminantemente del tratamiento, e incluso, de forma inconsciente, aceleran el proceso para librarse de todo lo antes posible.

Cuando el paciente no quiere, después de haber sido cuidadosamente orientado y cuando todas las posibilidades le fueron dichas de forma clara y comprensible, sólo nos resta respetar su libre albedrío, y este es uno más de los fuertes motivos por los cuales se hace necesario, siempre, decir la verdad.

OMNIPOTENCIA

Cierta vez, una psicóloga dijo creer necesaria una buena dosis de omnipotencia y agresividad para coger un bisturí y abrir el abdomen de otra persona. Creo que eso debe estar unido al hecho de que, históricamente, los cirujanos son, por lo general, más arrogantes, omnipotentes y agresivos que los demás médicos – que me disculpen los colegas, pero no hay como negarlo.

Si mi amiga dice la verdad, y la omnipotencia es incluso necesaria para el cirujano, entonces es como un remedio lleno de efectos colaterales, como aquellas quimioterapias utilizadas para tratar cáncer, o sea, debe ser usado en la dosis exacta, bajo riesgo de matar al enfermo en vez de ayudarlo.

Me gustaría compartir la experiencia que me puso frente a frente con mi propia omnipotencia; la conciencia es siempre el punto de partida para corregir o controlar una tendencia o incluso un defecto que nos acomete, y el momento de tomar esa conciencia no es nada confortable.

El sr. Alcides entró en mi consultorio acompañado de su hijo, un chaval de unos 17 años. Se trataba de un hombre de 50 años, comunicativo, sonriente y simpático, y me pareció una persona muy activa. Venía con la recomendación de un colega de Sao Paulo, que me indicó cuando supo que el paciente estaba trasladándose hacia la Baixada Santista.

Trajo una carpeta con diversos exámenes y una historia médica, contando su historial clínico. El ya fue operado en un gran centro de Campinas de un cáncer en el intestino grueso. La cirugía, a pesar de haber retirado el tumor primario ⁽¹⁾, había sido considerada paliativa, debido a la **fase** ⁽²⁾ del tumor y a los exámenes complementarios realizados, ya que los indicadores tumorales ⁽³⁾ persistían en gran cantidad en la sangre.

Después de la operación, fue tratado por un equipo de oncólogos, recibiendo un esquema completo de quimioterapia, que cerró sus posibilidades terapéuticas, sobre el cáncer.

Como que se estaban trasladando de ciudad, él quería un médico que pudiese hacerle un seguimiento más de cerca, y tenía esperanzas de que yo pudiese ser ese profesional.

Inicialmente, quedó muy claro para mi que tanto él como su hijo estaban totalmente esclarecidos sobre la naturaleza de la enfermedad y del pronóstico. Además, yo desconfío que el cambio de ciudad fuera por eso, ya que el sr. Alcides poseía parientes en la Baixada Santista que podrían dar un mayor apoyo a su esposa e hijos cuando él partiera. Estaban abriendo un establecimiento comercial, y su esposa encabezaba el proyecto, o sea, la familia estaba adecuándose a la situación que en breve se empeoraría. A pesar de todo ello, él no demostraba tristeza, tan sólo la preocupación de tener una referencia médica para acompañarlo. Creo que, en cierta forma, aún estaba en la fase de negación, la primera reacción de las personas cuando son puestas ante una noticia tan grave como el anuncio de su propia muerte.

Me acuerdo bien de que, después de examinarlo y ver sus exámenes, concluí que yo no podría hacer absolutamente nada por él como cirujano, pues ya se había hecho todo en el límite que la técnica permitía; mientras, era un momento en mi vida profesional en que ya había tomado la decisión de ser más valiente delante de los

¹ Tumor inicial, aquel que dio origen a las metástasis (ver nota 5 para metástasis).

² Procedimientos y exámenes que determinan la gravedad de la enfermedad.

³ Substancias adosadas en la sangre del paciente y que pueden acusar la presencia de algunos tipos de cáncer.

pacientes “terminales” y percibí en Alcides una necesidad muy grande de ser apoyado. Él tenía miedo – quien no lo tendría – y era por eso que se encontraba allí. Entonces, resolví asumir la tarea que él, claramente, proponía.

Esta fue la primera oportunidad en que pude asumir una nueva postura, o sea, independientemente de mis posibilidades técnicas de tratarlo o, independientemente de las visitas que yo le pudiera indicar hacia otros profesionales, yo intentaría estar al lado suyo hasta el fin.

Conversamos mucho, intercambiamos ideas y yo intenté encontrar síntomas que pudiesen ser tratados, con la intención de dar un soporte clínico y sintomático, sin embargo, al final de la consulta, salió del consultorio apenas con el número de mi *bip*.

A pesar de haber quedado todo muy obvio en nuestra conversación, por lo menos para mí, no llegamos a hablar abiertamente sobre la muerte, en ningún momento usamos esta palabra, lo que, para decir verdad, fue un alivio para mí.

Pasadas algunas semanas, Alcides regresó al consultorio con vómitos. El ya estaba más debilitado, deshidratado y no conseguía comer adecuadamente. Después de examinarlo, creí mejor internarlo para administrarle líquidos y realizar algunos exámenes, que luego evidenciarían un avance rápido y brutal de la enfermedad.

La carcinomatosis ⁽⁴⁾ alcanzaba todo el abdomen del paciente y estaba provocando un cuadro obstructivo, o sea, las metástasis ⁽⁵⁾ estaban bloqueando el paso de los intestinos y por eso vomitaba sin parar, lo que me obligó a instalar una incómoda sonda que pasaba por su nariz hasta el estómago, a fin de drenar los líquidos producidos en aquel órgano e impedir que Alcides continuase vomitando.

Era un cuadro bastante desanimador, pues las perspectivas revelaban que todo se agravaría y que no tendría más la posibilidad de regresar a su casa, debido a las condiciones clínicas.

Ante aquella situación, solicité una evaluación del oncólogo para que pudiéramos obtener nuevas posibilidades, quien sabe si un nuevo esquema quimioterápico con la intención de aliviar el cuadro obstructivo y mejorar la calidad de vida del paciente.

El oncólogo, después del análisis del cuadro, concluyó que aún podrían hacerse algunas sesiones de quimioterapia, pero que él no creía que fueran útiles para aliviar los síntomas obstructivos.

Fue en ese momento en que mi omnipotencia empezó a manifestarse, pues yo ya había establecido un buen vínculo con Alcides. Él confiaba bastante en mí y aceptaba todas mis sugerencias, siempre con la sonrisa y buen humor envidiables.

Todos los días, cuando yo llegaba a la visita, él me daba los buenos días, preguntaba por mi familia y entonces seguía con una “narrativa” de su día; cosas que lo dejaron feliz, cosas que lo aborrecieron, síntomas, anhelos, quejas, todo detalladamente descrito. En la medida de lo posible, yo procuraba atenderlo y sanar sus síntomas, sin embargo el tiempo pasaba y la situación parecía convertirse infinita: la sonda nasogástrica ya hería su nariz; era imposible alimentarse, sentir el sabor de los alimentos; todo iba aumentando su nivel de ansiedad e, infelizmente, el mío también.

En los momentos desesperantes es que se espera el equilibrio y el buen sentido de las personas, principalmente de aquel que toma las decisiones. Racionalmente, yo sabía que nada de lo que yo hiciese podría aliviar a Alcides, y yo intentaba ponderar todo ello con la voluntad de hacer alguna cosa. A fin de cuentas, “yo era su médico” y tenía que hacer algo para mejorar los vómitos.

Resistí durante un buen tiempo, pero, cierto día, cuando llegué al hospital, él presentaba vómitos, incluso con la sonda, y esos vómitos tenían olor y características

⁴ Estado en que el cáncer se extendió por varios órganos.

⁵ Focos de la dolencia que aparecen distanciados del tumor primario.

fecaloides ⁽¹⁾. Fue la gota de agua que colmó el vaso, llamé a un colega y llevé a Alcides para la sala de operaciones.

En cierta forma, cuando sugerí operar al paciente, aceptó como una esperanza de mejoría, que, a pesar de falsa, le trajo de vuelta el optimismo ya desaparecido hacía algunos días.

Ya estaba en la mesa, siendo anestesiado, y mi colega me advirtió:

- ¿Crees realmente que se podrá hacer alguna cosa?

A lo que respondí:

- La única cosa que yo pienso es que tengo que intentar hacer alguna cosa.

La operación fue muy rápida, pues la cavidad abdominal estaba completamente bloqueada, era una masa única envolviendo el tumor y vísceras en una visión aterradoradora, ni la oportunidad de sonarlo o hacer una derivación ⁽²⁾, nada, rigurosamente nada...

Pienso que era esa la hora de parar, incluso hoy aún tengo ese impulso de intentar, siempre intentar, pero el problema es tener buen sentido y no extrapolar, priorizar el confort del paciente sin quitarle las oportunidades, por menores que sean.

Quisiera yo saber las respuestas a esas preguntas, saber el momento exacto de parar o de continuar intentándolo. Las llamadas “medidas heroicas” son, a veces, desastrosas, si no fueran ponderadas y analizadas con parsimonia.

Sin embargo, lo peor aún estaba por venir, pues, desconforme, así que él se recuperó de la operación frustrada, pedí al oncólogo que iniciase nuevas sesiones de quimioterapia.

Me gustaría decir que, en aquel momento, yo estaba absolutamente seguro de que todo lo hacía por mi paciente, y que era ese el único camino a seguir; sin embargo, lo que se vio fue un empeoramiento drástico después de la primera sesión de quimioterapia, obligando a la interrupción inmediata del tratamiento.

Bien, ahí estaba yo, delante del sr. Alcides, operado, con la sonda drenando heces, abatido y debilitado delante de la enfermedad y de los intentos de mejorar su cuadro, sintiéndome incapaz e impotente. De repente, me acordé por qué el me había buscado, no era para curarlo, tampoco para hacer milagros que él mismo ya no esperaba que ocurrieran; me buscó para encontrar apoyo, necesitaba a alguien que le diese seguridad, que el ofreciese la mano en la última y más difícil fase de su vida, y lo que yo estaba haciendo era llenarlo de falsas esperanzas.

¿Será que aquella indicación quirúrgica fue un bien?

¿Será que la quimioterapia ayudó o molestó?

¿Será que yo estaba dando atención para Alcides?

Yo estaba escuchando lo que él decía todos los días, o sólo oía mi conciencia gritando – HAZ ALGUNA COSA.

No se cuanto tiempo pasó, pero nunca me voy a olvidar del último día.

Era un domingo, y yo regresaba de Sao Paulo con mi familia. Alcides había quedado a los cuidados de mi compañero de cirugías y estaba estable, eran sobre las cuatro de la tarde y yo acababa de aparcar el coche en el garaje de mi bloque, cuando me entraron unas ganas irresistibles de ver al sr. Alcides. Incluso creo que era una necesidad, algo urgente. Cedí a mi impulso y ni siquiera subí, fui inmediatamente al hospital.

Cuando llegué, vi a la enfermera con la mano en el teléfono para llamarme. Alcides estaba muy mal. Corrí hasta la habitación y allí estaba él, pálido, con los ojos apagados e inertes, tenía una expresión de miedo, un cierto aire de terror, vi que ya era

¹ Con características de heces.

² Una alternativa para el paso del contenido gastrointestinal.

tarde, pero cuando me acerqué y le cogí su fría mano, él miró hacia mí y esbozó una sonrisa, intentando iniciar su acostumbrado relato. Lo interrumpí y le dije: “Calma, Alcides, cálmese, todo está bien”. Entonces, él paró de hablar, y ahora ya no parecía tener tanto miedo, sin embargo sus ojos volvieron a quedarse quietos, vidriados y yo ya no podía siquiera sentir su pulso.

La enfermera llegó con el carro de emergencias, pero no había nada que hacer. Me quedé ahí aún unos cuantos minutos, cogiendo su mano y pensando si había hecho algo útil por él. Como que estaba agradecido por poder estar ahí en el momento exacto de su partida, y de estar dándole la mano, estando con él sólo para pensar, sólo para dar confianza, sólo para que él no se sintiese solo.

Hoy pienso que mi presencia en aquella hora fue lo mejor que hice, tal vez redimiéndome de las secciones de quimioterapia, de la operación inútil, de mi omnipotencia desmedida.

Mientras, hoy mismo, no se si lo haría diferente, tal vez si, tal vez no, pues creo que, sobre estos asuntos, sólo sabemos si realmente cambiamos, si realmente aprendemos, cuando nos ponemos a prueba, si, en un caso semejante, podemos constatar la evolución de nuestros sentimientos, dimensionando lo que realmente aprendemos.

Más recientemente, esa situación casi se repitió, pero creo que fui “reservado”. Ocurrió con el padre de un gran amigo, que se vio en una situación muy parecida con la del sr. Alcides.

Procuré alertar al colega sobre el futuro que nos aguardaba y ya meditaba sobre la postura que yo tendría que asumir aquella vez.

¿Será que soportaría mis límites?

Cuando todo parecía encaminarse de la misma forma: la sonda, el empeoramiento del cuadro clínico, los recursos acabados, durante la madrugada el paciente tuvo un infarto y murió, sin ni siquiera tener la oportunidad de llegar a la UCI.

Confieso que me sentí aliviado, pensando en todo el dolor del cual habíamos sido excluidos, todos nosotros: el paciente, los familiares y yo. Me quedé pensando en el merecimiento que aquel paciente debía tener para recibir tal muerte.

Independientemente de cómo fuera, creo firmemente que el último acto del médico debe ser una oración al lado de la cama, “enviando el caso” hacia el “colega del otro lado”, con seguridad mucho más noble que yo, y que recibe al paciente en mejores condiciones, en la medida en que nosotros lo preparamos para el pasaje. Es por eso que creo que nuestra misión no termina con el fin de los recursos terapéuticos establecidos pro la técnica, ya que, en el momento en que percibimos que la muerte es inevitable y próxima, nos cabe iniciar una nueva etapa de trabajo, preparando, en la medida de nuestras posibilidades, el espíritu de nuestros enfermos para el paso.

Esa es, ciertamente, una de las tareas más nobles del médico, y, al mismo tiempo, aquella para la cual él está menos preparado, pues la facultad de medicina nos enseña que no somos los responsables de ese tipo de asistencia, siendo así, huimos amedrentados y humillados delante del paciente moribundo.

No recé ante Alcides, ni del padre de mi amigo. Todavía estaba muy asustado cuando esas muertes ocurrieron. Creo que todavía me faltaba serenidad, atributo tan necesario a aquel que auxilia o que quiere auxiliar, pues lo que más se desea en esos momentos es la paz, aquello que sólo puede ser transmitido por quien tiene fe, artículo aún muy raro entre nosotros, los médicos.

SIN MUCHO QUE HACER

La formación médica en nuestro país y, tal vez, en el mundo, sufre una serie de engaños y distorsiones. Muchas de ellas sirven incluso como atractivos – quien diría – a los jóvenes que, al escoger su profesión, buscan un medio de realizar sus sueños, inclusive los de poder y autoridad.

Después de un cierto tiempo de formación, noté que, probablemente, el mayor de los equívocos de la facultad de medicina es repetir un modelo de omnipotencia, incluyendo en sus formaciones una falsa noción de poder, que sólo trae frustración y dificultades personales, además de perjudicar la “salud” de la relación médico-paciente, desviando lo que debería ser colaboración hacia sumisión.

Si tuviéramos una mayor noción de lo real, incluso en la universidad, percibiríamos nuestra limitada capacidad de interferencia y absoluta incapacidad de “curar”, en el sentido de extinguir la dolencia del otro. De esa forma, muchos problemas simplemente desaparecerían de la medicina y de la asistencia a la salud, de forma general.

Durante mi trayectoria hasta aquí, un cambio interno me llevó a un cuestionamiento y a una reforma en la forma de pensar y actuar profesionalmente. A partir de cierto momento, pasé a dedicar mayor atención a la cuestión espiritual. Ya oí a algunos esotéricos decir que fue mi “momento cósmico” o mi “punto de mutación”. No se. La verdad es que después de un periodo turbulento, durante el cual la duda y la angustia eran constantes en mis pensamientos, encontré, en los libros de Allan Kardec, algunas respuestas para mis preguntas más antiguas.

Nadie me indujo o me convenció, fue casi por accidente. Una amiga me recomendó tal lectura y, por curiosidad, descubrí un universo de informaciones que revolucionaron mi vida, cambiaron el sentido de varias de las actividades que yo ejercía en la época, modificaron mi perspectiva de futuro, me trajeron más tranquilidad delante de ciertas dificultades que yo enfrentaba. Mientras, se que este tipo de cambio no ocurre apenas con los que conocen el Espiritismo. El fue mi camino para el punto de mutación. La “fe razonada”, la ausencia de dogmas y la visión racional y lógica de los varios fenómenos llamados “paranormales” o “sobrenaturales” que el Espiritismo enseña, cayeron como una losa sobre mis convicciones más profundas, haciendo con que percibiese que siempre fui espírita, tan sólo que no lo había descubierto.

Todavía no me siento totalmente esclarecido como médico, pero puedo afirmar que, incluso después del advenimiento de mi “espiritualización”, noto que ni de lejos conseguí apagar de mis sentimientos esa “secuela” de la formación médica, o sea, la omnipotencia. Ella puede incluso cambiar de nivel, tornándose más sutil, o a veces incluso más pretenciosa, y consecuentemente más frustrante.

Permítanme contar otra historia.

En esa época, ya había descubierto el Espiritismo, inclusive ya daba conferencias en centros espíritas y trabajaba, consecuentemente, para mejorar mi atendimento a pacientes graves y cerca de la muerte. Dentro de ese contexto, vino a mi consultorio un paciente, acompañado de su esposa. Me llamó mucho la atención el hecho de que ella estuviera más angustiada que él, que estaba triste, pero sereno.

El sr. Venancio presentaba un abdomen enorme y globoso, sus piernas, bastante hinchadas y pesadas, traían gran incomodidad y dificultades incluso para andar, incluso no siendo un hombre viejo. Los ojos y la piel amarillentos acusaban el diagnóstico de enfermedad hepática. A pesar del abdomen y de los miembros inferiores tan aumentados, sus brazos eran finos y sus facciones, profundas y delgadas.

Se trataba de una cirrosis grave, que adentraba en su último nivel, y cuya evolución se presentaba muy rápida. Venancio sufría una hepatitis fulminante que estaba destruyendo su hígado.

No había mucho que hacer en términos de diagnóstico, pues los colegas que me habían antecedido ya habían recorrido todo el camino. Eran pocas las esperanzas de un trasplante por todos los motivos y barreras que se puedan imaginar, desde obstáculos médicos, económicos, hasta incluso la poca posibilidad de sobrevivir a la lista de espera para un órgano nuevo.

Se sentaron delante de mí e iniciaron la historia, mostrándome una cantidad inconmensurable de exámenes que tan sólo comprobaban y especificaban su enfermedad y el pronóstico sombrío que se confirmaba.

Los ojos de ella, la esposa, un desespero para que yo le mostrase una esperanza, sentimiento que parecía ya no habitar en el corazón de él; era como si la víctima de la enfermedad fuera la esposa y no el sr. Venancio, impresión que me quedó hasta el día de hoy, muchos años después, cuando la encuentro.

El paciente estaba aparentemente calmado, a pesar de presentar una expresión melancólica. Nada de lo que conversamos, después del examen físico, cuando expuse mi diagnóstico y mis impresiones, le era nuevo, muy al contrario, me pareció bastante bien esclarecido e informado del comportamiento de la enfermedad y de su evolución. Lo que él quería, por lo menos fue como lo interpreté, era a alguien que le ayudase a disminuir los malestares que se le imponían, y que parecían empeorar cada día.

Intercambiamos algunas ideas. Doña Miriam, su esposa, lloró mucho, pero, al final de la consulta, pudimos establecer un plan terapéutico con medicaciones que pretendían promover una mejora de los síntomas.

Cuando ellos se retiraron, me quedé pensando sobre lo que podía hacer por él: en términos médicos, prácticamente nada, visto que el diagnóstico ya estaba cerrado y no quedaban opciones realmente eficaces a adoptarse. Me acordé de otros casos, de todo aquello que iba descubriendo sobre el final de los recursos materiales y del arsenal de recursos espirituales y sociales que se imponían al llamado “paciente terminal”. Realmente creo y pensaba de esa forma en aquella oportunidad, que es función del médico traer confort físico, si es posible, y espiritual, siempre, y decidí que en una próxima visita, cuando el me trajese los exámenes de control que yo había pedido, abordaría el asunto para saber cuales eran sus convicciones religiosas para, entonces, estudiar una forma que me permitiese asistirlo de la mejor forma posible.

Pasamos algunos días, el matrimonio estaba de vuelta. El no me parecía físicamente mejor, la enfermedad no tenía piedad; en esta oportunidad, él ya estaba un tanto impaciente conmigo, no prestaba mucha atención a lo que yo hablaba, creo que a aquella altura él tenía la certeza de que yo no podría traer alguna mejora a su calidad de vida. Sobre eso, Doña Miriam realmente sufría, mal podía contenerse.

Miré los exámenes, nada animadores, hice algunas observaciones sobre la dieta y a los síntomas que él consideraba peores, para intentar alguna medida de alivio, y después inicié un abordaje sobre el asunto de la religiosidad, preguntándolo sobre su forma de encarar la enfermedad y la propia muerte, ya que él conocía muy bien su pronóstico:

- Y pues, Sr. Venancio, ¿Cómo está llevando todo esto? – pregunté.

El me miró, abandonando por un instante aquel aire de aborrecimiento y dijo:

- Doctor, no se cual es su religión, pero yo soy espírita, se que no existe la muerte, que me voy a ir a otra dimensión para continuar mi evolución.

Confieso que sentí una mezcla de alivio y frustración. El continuó:

- incluso así, no puede dejar de sentirme inseguro, pues no se lo que esperar de mi mismo, cual será mi merecimiento, cual será mi verdadera condición, aparte de la profunda tristeza de dejar a Miriam y a nuestros hijos, aunque sepa que nos reencontraremos en una situación más feliz en el futuro.

Intercambiamos algunas ideas sobre ello, hablamos de sus angustias, su voz, siempre calmada, a veces quedaba embargada por la emoción, mientras su esposa no paraba de llorar. Sus ideas eran muy claras, nunca había estado delante de un hombre tan debilitado y tan fuerte al mismo tiempo. Dudo mucho que yo mismo tuviese tanta fuerza delante de una situación crítica como aquella. Él, que estaba en el “ojo del huracán”, parecía ser el más seguro de todos.

En aquel momento, yo podía entender mucho más a Doña Miriam que el Sr. Venancio, tal vez porque yo estaba más próximo al grado evolutivo de ella que al de él.

Se que no es elogioso admitirlo, pero no me sentí muy bien con todo aquello, no podía entender lo que pasaba conmigo. Las respuestas sólo me vinieron más tarde. Envidiaba la fe del Sr. Venancio, me sentía frustrado, pues no tenía nada que ofrecerle, ni como médico, ni como espírita. Recrudecía mi omnipotencia, ahora más violenta y más viva que nunca, ya que creía haber dominado mi prepotencia, aceptando mis límites técnicos, estaba claro que mi creencia en mi mismo como “ser superior” no había sufrido ni un arañazo, siempre lleno de argumentos y razones capaces de aplacar los dolores más atroces.

La verdad de mi insignificancia delante las leyes universales y mi posición aún tan primitiva en la escala de la evolución moral herían mi orgullo de una forma tan brutal que no podía ni creerlo.

Ante un rápido empeoramiento de la insuficiencia hepática, me vi obligado a internar al sr. Venancio en la UVI, y, con el paso de pocos días, su convenio asegurador lo transfirió a otro hospital, en otra ciudad. Yo perdía mi oportunidad de aprender más con aquel hombre, sobre como morir con dignidad.

Que increíble ironía, en el momento en que descubrí que no estaba en aquella relación para dar, sino para recibir, fui apartado de la oportunidad por motivos económicos.

En nuestra despedida, nuevamente los papeles parecían estar intercambiados, pues él era quien me consolaba.

- Quede tranquilo, dr. Décio, estoy en paz, sueño con personas queridas que con seguridad preparan mi paso, y ya no siento más miedo, sólo me incomoda todavía la tristeza de mi Miriam y de mis hijos, pero rezo mucho por ellos.

Llegué a desconfiar de tanto equilibrio en un momento tan difícil.

Cerca de un mes después, doña Miriam vino a mi consultorio, donde recibí sus últimas noticias. Desencarnó lejos de la familia, según su esposa, en un hospital con menos recursos, sin embargo, en paz.

Hoy, cuando me acuerdo de él, agradezco mucho por haberlo conocido.

Después de Venancio, vinieron otros con esta misma lección, como llamándome, periódicamente, a la realidad de mi condición espiritual. Fue así con una joven paciente internada en el hospital público donde trabajo.

Era una chica recién salida de la adolescencia, abundantes cabellos, negros y largos, que parecían aumentar la impresión cadavérica de su rostro. Aún así, no se cortaba en mostrar una sonrisa a quien se acercase.

Para espanto de todos, el diagnóstico se confirmó como cáncer de páncreas, muy raro en aquella franja de edad.

Me acuerdo de esa paciente en tres ocasiones. La primera vez que la vi, estaba sentada en el borde de la cama, distribuyendo simpatía y buen humor, incluso sintiendo

dolores, bastante perturbadores en ese tipo de enfermedad. Fue muy receptiva y quiso colaborar conmigo, mientras discutía su caso con los alumnos del quinto año de curso de medicina. Durante ese episodio, puede percibir que ella estaba al corriente de la gravedad de su condición, pues incluso con todos los cuidados que yo tenía para no evidenciar el diagnóstico, discutiendo tan sólo los síntomas y la historia clínica, ella era muy incisiva y no tenía pudores para anunciar a todos que tenía un cáncer en el páncreas, dando detalles de sus síntomas y de todo aquello que la enfermedad le acarrearía. Fue una clase inolvidable de medicina, pero principalmente de coraje, aquel que ella nos dio, ante el sufrimiento y la conciencia clara de la propia muerte.

En la segunda oportunidad, ella estaba echada, presentaba muchos dolores, y el residente de servicio me había llamado para discutir la posibilidad de aplicar un analgésico más potente que aquel que ya estaba siendo administrado. Al llegar a la habitación, vi su madre sentada en un taburete, al lado de la cama. Cogía la mano de su hija y, cabizbaja, lloraba copiosamente. La niña, sin embargo, a pesar de las caras de dolor, con la mano derecha retribuía el apretón de manos de su madre, y, con la izquierda acariciaba sus cabellos. Transmitiendo consuelo, le pedía que no llorase, asegurando que todo iría bien.

La escena me provocó una profunda emoción, todos allí en la habitación, incluyendo las otras dos pacientes que compartían la enfermería con ella, tenían los ojos llorosos. Hicimos la medicación y con el alivio de los dolores, se durmió.

La tercera vez, ya había sido operada y estaba en el UVI. Su condición era la peor posible. En la operación, nada se pudo hacer, pues la enfermedad estaba muy avanzada, y, debido al trauma quirúrgico, sus pocas reservas orgánicas se habían agotado. Estaba entubada ⁽¹⁾ y respiraba con ayuda de un aparato. Su herida quirúrgica no cicatrizó adecuadamente debido a la caquexia ⁽²⁾ impuesta por el tumor que se expandía por varios órganos del abdomen.

Me acerqué. Ella estaba con los ojos cerrados. Yo, entonces, cogí su mano. Ella abrió los ojos con dificultad y, incluso con el tubo que le ventilaba los pulmones entrando por su boca, me miró y esbozó una sonrisa. Parecía calmada, no presentaba señales de desespero o angustia, claro que recibía dosis fuertes de analgésicos e hipnóticos, pero verla sonreír en aquella situación no era, decididamente, algo esperado.

En un primer momento, podría decir que la emoción que me asaltó era motivada por la pena que sentí de aquella joven y su sufrimiento, pero después, meditando sobre todo aquello, cuestioné esa tesis. Como espírita, sabiendo la condición emocional de aquella niña, un espíritu evidentemente elevado, capaz de distribuir sonrisas y consuelos en una situación en la cual cualquiera de nosotros exigiría para sí las sonrisas y los consuelos, ¿sería ella motivadora de pena? ¿Será que realmente me sentí mal por ella?

Creo que la respuesta más honesta a esa pregunta es que las lágrimas que derramé fueron por mí mismo y no por ella, fueron por la visión que tuve de mi mediocridad, pues, para mí, la actitud descrita, venida de una joven con poco más de 20 años, era inimaginable. Incluso con toda la certeza que tengo sobre la existencia del espíritu, a la ley de causa y efecto y a la oportunidad de la reencarnación, se que nunca sería capaz de una acción tan noble y altiva; nunca sería capaz de dar simpatía y consideración en el auge del dolor como ella hizo.

Era en verdad una “profesora”, un espíritu misionero, que me dio, tal como hizo con tantos otros que pudieron conocerla, una lección inolvidable.

Y ni incluso así, se su nombre.

¹ Tubo introducido por la boca hasta la tráquea para ayudar en la respiración del paciente.

² Forma de desnutrición grave.

EL TOCADOR DE SAXOFÓN

Ya me estaba yendo de la clínica donde trabajo, cuando el colega de cardiología me llamó. Quería que atendiese una consulta a domicilio: se trataba de un paciente con neoplasia avanzada de próstata y que necesitaba que se le cambiara la sonda vesical⁽¹⁾.

Confieso que no me gustó mucho la idea, pues el cambio de sonda es un procedimiento para hacerse en un ambiente apropiado, y, normalmente, no tenemos tales condiciones en la casa del paciente. Mientras, argumentó, diciendo que el paciente no tenía la menor condición de ser trasladado debido a la precariedad de su cuadro clínico. Entonces, dije que sí.

Cuando llegué, fui recibido por la hija del paciente, bastante angustiada y agitada; ella me presentó a su madre y entonces me condujo hasta la habitación donde encontré, echado sobre la cama, un señor extremadamente caquético, sintiendo dolores por todo el cuerpo, debido a las innumerables metástasis óseas, con una cara de sufrimiento. Era el sr. Julio.

Llegando muy cerca de la cama, me presenté. Él fue muy gentil, a pesar de tener cierta dificultad para expresarse. Me describió lo que sentía y de cómo no conseguía orinar, pues la sonda estaba obstruida.

Hice el cambio de sonda y conversamos brevemente. Seguidamente, salí de la habitación para estar con la hija y la esposa del señor Julio, en la sala de estar.

La esposa me pareció no saber bien lo que ocurría, o, estaba negando el hecho, pero la hija tenía unas ansias de hacer algo, buscar médicos, buscar alternativas, para un caso Terminal y ya bien estudiado y conducido por el equipo que lo estaba tratando hasta entonces. Hablamos un poco más sobre algunos cuidados que podrían tomarse con el enfermo y me fui.

A la semana siguiente, la hija del señor Julio fue a mi consultorio. De alguna manera, pienso que ella vio en mí una “salida de emergencia” y decidió venir a hablar. A pesar de que yo no soy urólogo, ni siquiera clínico o especialista en dolor, ella quería que hiciera un seguimiento de su padre, se sentía desamparada por los médicos que siempre le repetían la misma frase: “No hay nada más que hacer”. Aparte que la mayoría de los colegas que lo habían atendido eran de otras ciudades, y Julio ya no podía ir hasta ellos.

Hablamos mucho y ella me contó un poco sobre su padre, un músico saxofonista que adoraba el jazz, lo que inmediatamente hizo acordarme del instrumento sobre el soporte en un rincón de la sala de estar, que yo registré en mi memoria subconsciente el día en que estuve allí.

Lo que más me llamó la atención fue su insistencia en repetir varias veces que estaba dispuesta incluso a vender sus bienes para pagar una asistencia médica a su padre, cuando el problema ya no era este. No podían tomarse ya nuevas medidas, a no ser tratar los dolores, alimentarlo y ampararlo.

Creí que, por algún motivo desconocido para mí, ella se sentía culpable con relación a su padre, tal vez por pensar que no le importaba, hasta percibir que lo estaba perdiendo, o tal vez por creer que no había demostrado el cariño suficiente durante toda su vida. No todo estaba claro y creo que no sería posible identificar todos los sentimientos con precisión, ya que, además del reducido tiempo que teníamos para conversar, yo no soy un psicólogo entrenado para realizar tales diagnósticos de forma

¹ Se trata de una sonda que permite la salida de la orina de la vejiga, en los pacientes con obstrucción de la uretra, por la próstata; en esta situación, ella es muy importante para garantizar que el paciente continúe eliminando orina.

segura. Pero como que ella se estaba abriendo conmigo, decidí exponer mis impresiones con la intención de aliviar la angustia manifestada de forma tan dramática.

Así que le hablé sobre mi teoría (puramente intuitiva), ella se puso a llorar; había, realmente, una pena en su corazón que la hacía sentirse culpable por la enfermedad de su padre, tal vez, en algún momento de su vida, haya deseado, inconscientemente, la muerte de su padre, aunque fuera de forma simbólica, y ahora todo era evocado violenta y desordenadamente, en aquella crítica situación, estimulándola a someterse a los mayores sacrificios y penalidades para sentirse perdonada por él, o tal vez por si misma. Me quedó la impresión de que ella lo había condenado por una probable infidelidad de él con su madre, de que ella había establecido una especie de castigo para él y ahora se arrepentía de ello.

Después de todo, me comprometí a visitarles periódicamente y me puse a disposición para esclarecer cualquier duda. Pensé que, tal vez, en ese caso, pudiera ayudar no sólo a Julio, sino también a su hija, ya que ella había sido sincera conmigo.

Empecé a frecuentar la casa, una vez por semana o cuando era posible, y notaba que Julio hablaba cada vez menos, se quedaba inmóvil, percibiendo poco el ambiente a su alrededor, haciendo con que llevase dos sugerencias a la familia: la primera, fue a través de un ejemplar de *El Libro de los Espíritus*, de Allan Kardec, que le ofrecí, preguntando si ellos se sentirían ofendidos con el regalo, y sugiriendo que todas las noches se hiciera la lectura de un trecho del libro para Julio, incluso que aparentemente él no estuviese escuchando, lo que consintieron de buen grado. La segunda sugerencia la hice a la hija, para que fuese a conversar con él sobre sus penas, que no perdiese la oportunidad de rescatar sus diferencias con su padre, mientras que aún podía hacerlo.

Quiero creer que por lo menos la primera sugerencia fue seguida. Quien hacía las lecturas rutinarias del libro era la esposa del señor Julio, y más raramente su hija, ya que no vivían juntos.

No puedo imaginarme aquel hombre tan consumido por la enfermedad tocando el saxofón, tampoco aquilatar sus características como optimismo, coraje, creencia religiosa, a no ser por las fotos repartidas en portarretratos por la casa, que mostraban a Julio tocando o cogiendo su instrumento musical con una amplia sonrisa en el rostro. Me pareció que él gozó de una vida muy activa y repleta de alternativas. Tal vez estuviese ahí la sede de las penas de su hija.

Una de las veces en que conversamos, él me contó que tenía visiones con su madre, todas las noches, y que ella entraba en la habitación y hablaba con él. Quería saber si no eran alucinaciones o algún tipo de sueño. Este es un fenómeno común entre los moribundos, descrito con detalles en el trabajo de Ernesto Bozzano ⁽²⁾, pero aún considerado por la mayoría de los médicos como alucinaciones del moribundo causadas por hipoxia ⁽³⁾ cerebral o disturbios metabólicos ⁽⁴⁾.

Cierta vez, percibiendo que el cuadro ya se arrastraba por algunos meses, decidí tener una conversación más franca con Julio. A aquella altura de los acontecimientos, ya ni abría los ojos, permaneciendo inmóvil, como la crisálida de la mariposa, tejiendo su capullo para la metamorfosis.

Me puse muy cerca de su oído y, cogiendo su mano, empecé, preguntando, incluso sin esperar respuestas, si él temía a la muerte (era la primera vez que tocaba el asunto con él). Pregunté si creía en Dios y en la inmortalidad de nuestro espíritu. Le dije que muchas veces era necesario cambiar nuestra forma de ver las cosas para poder comprenderlas mejor, y que yo creía que él necesitaba tomar una decisión, dejarse llevar

² *Fenómenos Psíquicos en el Momento de la Muerte*, de 1926, editada en portugués por la FEB.

³ Falta de oxígeno.

⁴ Alteraciones en las reacciones químicas del organismo.

en compañía de su madre, no temer el porvenir, ya que, seguramente, él estaba listo para dejar esta vida y continuar su jornada en un plano más alto.

Estábamos tan sólo él y yo en la habitación. Había pedido que los demás se retirasen, sin embargo, durante mi breve discurso, continuó inmóvil. Al terminar de hablar, lo miré durante algunos segundos, en silencio, y entonces, lentamente, su mano derecha, trémula e imprecisa, hizo la señal de la cruz. Confieso que me emocioné bastante en aquel momento, pues interpreté el gesto como una comprobación de que él estaba escuchando mis palabras, y que estaba de acuerdo con ellas.

Julio creía en Dios y, quien sabe, si mi discurso no facilitaría su desencarne, si él ya estuviera preparado.

Tuve la nítida impresión de que era la última vez que lo vería. Yo estaba “dando el alta” al paciente.

En la salida, intercambié algunas palabras con su esposa, y en esa ocasión ya me pareció más resignada, estaba más consciente y preparada que no la primera visita. Esperaba la muerte del marido, sabía que ocurriría, aún así, decía estar tranquila sobre el hecho que se aproximaba. Dos días después, recibí una llamada de la hija, informando sobre la desencarnación de Julio.

Después de todo, yo aún percibía que la hija no estaba consiguiendo aceptar bien la muerte del padre. Lloraba mucho y, en cierta forma, todavía se culpaba, lamentándose por cosas que podrían haberse hecho y no se hicieron, buscando consuelo en sus recuerdos y en el eco de nuestras conversaciones. Todavía había emociones para ser trabajadas por ella misma hasta que pudiese encontrar una cierta paz interior.

Pasó algún tiempo, no más de algunas semanas, y recibí de nuevo la visita de la hija de Julio, con una noticia que me reveló desdoblamientos inimaginables para la asistencia que pretendí prestar a aquella familia. Algunas semanas después del entierro de Julio, moría de infarto fulminante su esposa, que se había mudado temporalmente a la casa de otra hija, en San Paulo, después del entierro del esposo.

Que me perdonen los escépticos, pero creo firmemente que, incluso de forma incompleta, y, a veces, incluso incompetente, fui el resorte que debió llevar a aquellas personas una noticia consoladora, desmitificadora de la muerte. En cierta forma, creo que pude alcanzar este objetivo: con Julio, por la señal que me dio en nuestra despedida; con su esposa, por la resignación que ella demostró en nuestra última conversación y or las lecturas que hizo para él. Aunque no con la hija, que sufrió desmedidamente la muerte de sus padres, demostrándose inconforme con el destino de los dos.

Todo podría haber ido mejor si yo hubiera podido estar más presente, tal vez incluso más atento, sin embargo creo que, por primera vez, hice mi trabajo de forma consciente, aunque como aprendiz que soy, pero ya con mis objetivos claros y definidos, intentando facilitar y dar nuevas perspectivas a los que se encuentran en umbral de una nueva vida, así como para los que los rodean.

Sobre la hija de Julio, se convirtió en una querida amiga. Siempre que es posible, conversamos. Me dio un disco con la música que le gustaba tocar a su padre, y que guardo con mucho cariño. Mientras, por encima de todo, me presentó con la maravillosa sensación del deber cumplido, aún muy tímido, un poco avergonzado, sin saber bien lo que decir o como actuar, pero seguro de mi papel como médico-espírita y como cristiano. Curiosamente, ella aceptó mejor la muerte de la madre que la del padre, y este hecho reforzó mi opinión inicial de que había un sentimiento de culpa entre ella y su padre, que debería haber sido trabajado durante el proceso de la muerte de Julio, pero que, considerando la angustia y el sufrimiento que aún sobrevino después de su desencarnación, no ocurrió, por lo menos por el lado de ella; sin embargo no todo estaba

perdido, le restaba, a ella, aún, la posibilidad de enfrentar sus fantasmas con el auxilio de una psicóloga, ayuda que le llegué a sugerir.

El Libro de los Espíritus plantó una simiente importante en aquella casa, pero podría haberse hecho de otra forma, de acuerdo con las convicciones de quien asiste y de quien es asistido. No es necesario ser espírita para confortar a los enfermos en su lecho de muerte. Es preciso tan sólo creer en la inmortalidad del alma y querer, sinceramente, ayudar.

Lo que realmente conforta a todos es el amor, y las oportunidades nos permiten ejercitar nuestra capacidad de amar, traernos como recompensa la gratitud, que, un día, espero, no sea más necesaria para que yo me sienta bien, pues, con el tiempo, he de aprender que, sirviendo al prójimo, estaré garantizando mi propia felicidad, independientemente de cómo sea recibido, sea con reconocimiento, indiferencia o rechazo.

HONORARIOS

Una vez, después de pedir a mi secretaria que entrara a un paciente en la sala, me dijo que, a pesar de tratarse de una consulta particular, el paciente era muy humilde. Quería saber si no podría hacerle un descuento en el precio de la consulta, o como mínimo una cortesía, con lo que estuve de acuerdo.

El paciente era un señor de cerca de 60 años, pero que aparentaba 75; calzaba unas sandalias de goma ya gastadas, trajeaba unos remendados pantalones viejos y una camiseta de propaganda electoral antigua, rasgada. Boca sin los dientes frontales, manos callosas, pies repletos de cicatrices y unas uñas enfermas evidenciaron las dificultades y privaciones que el hombre sufrió durante toda su vida.

Hice la consulta, no me acuerdo de lo que se trataba, pero no era nada grave. Al finalizar la orientación, le entregué una receta y el pedido de algunos exámenes, él, muy gentil, se despidió, prometiendo regresar a la consulta. Sin embargo, después de algunos segundos, mientras yo aún anotaba en su ficha los datos obtenidos de la consulta, entró de forma abrupta en la sala, bravo y ofendido, preguntando en tono bastante agresivo si su dinero no era bueno o suficiente para mí, diciendo que él no pediría limosna o caridad y que pagaría la consulta.

Quedé sin acción. Con la intención de ayudarlo, acabé por humillarlo; procuré disculparme enfáticamente, diciendo que había pedido a la secretaria no cobrar la consulta, pues era la primera vez que venía al consultorio, y yo quería hacerle una cortesía. Se calmó un poco con mi argumento, agradeció mi gentileza todavía contrariado, pero dijo que quería pagar. Usó varios billetes de pequeño valor, doblados en “bolitas”.

Conté esta historia, porque ella demuestra bien la dificultad que siempre tuve en relacionar la “Medicina profesión”, que me da el sustento, a la “medicina vocación”, que me da la satisfacción. Mi sueño era poder atender a los pacientes sin la interferencia de la relación comercial, sea con el paciente particular, sea con el del convenio, o incluso el desprovisto de recursos, práctica que es obviamente imposible, por lo menos en el modelo de salud que tenemos por el momento.

Cuando estamos delante de una situación de muerte, la cuestión material es todavía más compleja, incluso fuera de lugar, algunas veces, pero ¿cómo resolver ese dilema? No tengo una respuesta para esta pregunta. A fin de cuentas, el profesional que se dedica tiene derecho a una remuneración justa, sin embargo no siempre el paciente puede pagar por ella. De cualquier forma, pienso que debe prevalecer la relación humana, que llega – o por lo menor debería llegar – cercana a una relación de amistad, pasando el asunto financiero hacia un plano secundario, si fuera posible alcanzar ese punto. Los honorarios serán pagados de forma diferenciada, con uno tipo de moneda que nunca se devalúa, al contrario, gana más fuerza con el tiempo, nos enriquece y fortifica: la gratitud.

Déjenme contarles un caso que tal vez ejemplifique bien lo que estoy intentado decir:

Yo tenía como pacientes a dos hermanos. Los atendía en mi consultorio por convenio médico, ya que las empresas donde trabajaban les daban ese beneficio. Eran dos trabajadores, humildes y muy simpáticos; uno de ellos era dependiente de un puesto donde yo llenaba el depósito de mi coche, y él siempre quería atenderme, siendo muy gentil conmigo.

Un día, esos dos hermanos, de un total de nueve, llevaron a su padre para una consulta particular conmigo.

Juan no sonreía, parecía incluso bastante deprimido, casi no habló, dejando a sus hijos la tarea de contar lo que le estaba ocurriendo, que permaneció casi todo el tiempo con la cabeza baja. Al examinarlo, quedó claro que probablemente se trataba de un tumor maligno, pues, además de la ascitis ⁽¹⁾, se palpaba un volumen en su abdomen, en la región del hígado.

Como de costumbre, procuré establecer un diagnóstico con Juan, preguntando sobre sus expectativas con relación a lo que le ocurría, intentando percibir incluso hasta que punto percibía la gravedad de su dolencia, pero él me respondía de forma telegráfica, dejando claro que no estaba dispuesto al diálogo, por lo menos no en aquel momento. Como que yo ya conocía bien a sus hijos, y ellos confiaron en mí, no tuve problemas para preparar un plan. Llevaríamos a Juan a un servicio público, con el fin de establecer diagnóstico y análisis de cuales serían sus posibilidades terapéuticas.

Tuvimos mucha suerte y conseguimos una habitación en el hospital clínico donde yo trabajaba; pude acompañar de cerca los procedimientos adoptados, que culminaron con una laparotomía exploradora ⁽²⁾, que confirmó un cáncer alcanzando totalmente todo el hígado del paciente.

Juan obtuvo el alta, y debido a sus precarias condiciones de salud, además de varias dificultades, no fue indicado ningún tratamiento complementario para el cáncer. Cada vez era más evidente que el paciente sólo estaba siguiendo las orientaciones médicas por insistencia de sus hijos, pues él estaba apático, completamente desinteresado por cualquier tipo de tratamiento, evidenciando un cuadro depresivo, una de las etapas por las cuales pasa el paciente moribundo ⁽³⁾.

En aquel momento, yo estaba ante una situación de la cual podría hacer un seguimiento, tratar síntomas eventuales, dar soporte clínico y acompañar la evolución del paciente; mientras, más que eso, yo quería intentar ayudar a Juan a salir de aquella fase depresiva en la que él se encontraba.

Después del alta del hospital, pedí que lo llevaran a mi consultorio; con todo, sabía que, si quisiera continuar acompañando a Juan, tenía que abdicar de la remuneración, pues, ciertamente, sería un sacrificio muy grande para aquella familia sustentar consultas periódicas pagadas; al mismo tiempo, temía que sus hijos se ofendiesen con la oferta que estaba dispuesto a hacerles, de no cobrar mis honorarios. Planeaba pasar a ser un amigo de la familia en vez de médico prestando servicios, con la intención de solucionar ese problema, con el que tuve éxito.

Todo transcurrió correctamente, en un principio, el paciente iba al consultorio para evaluaciones clínicas periódicas; deben haber sido tan sólo dos o tres, y a cada oportunidad que intentaba una nueva aproximación, él siempre permanecía refractario. Estaba incluso contrariado de ir a las consultas. Hasta que, un día, recibí una llamada de uno de sus hijos, que me dijo que el paciente había empeorado. Ellos querían que yo lo examinase, pero creían que no sería prudente llevarlo al consultorio, ya que no tenían automóvil y tendrían que llevarlo en autobús. Entonces, fui a visitarlo a su casa.

Como había imaginado, se trataba de un hogar muy sencillo, con tan sólo dos habitaciones; la primera, muy pequeña, reunía la sala y la cocina, donde lo encontré, echado sobre un sofá improvisado de cama.

Estaba bastante somnoliento y desinteresado, como las otras veces. Sin embargo, ocurrió algo sorprendente aquel día. Al llegar, me senté en una silla a su lado, puse mi

¹ Acumulación de líquido en el abdomen, condición muy frecuente en pacientes con enfermedades en el hígado (popularmente llamado como “barriga de agua”).

² Se trata de una operación en que el abdomen del paciente se abre para verificar sus órganos internos.

³ Las fases de morir, descritas por la Dra. Elisabeth Kübler-Ross, en el libro *Sobre la Muerte y el Morir* son: negación, rabia, artimaña, depresión y aceptación.

mano derecha sobre su cabeza y con la izquierda cogí su pulso. Él abrió los ojos y me pareció bastante sorprendido por verme allí. Lo saludé y nuevamente intenté el contacto, sólo que, esta vez, finalmente con éxito. Sentí que había “marcado un gol” cuando fui a casa de Juan. Aquello le pareció significativo, pues empezó a mirarme de forma diferente, ya no me ignoraba. Abrió una “ventana” para mí y, entonces, pudimos conversar.

Puedo estar equivocado en mis conclusiones, pero creo que mi ida a su casa trajo al paciente la certeza de que yo estaba realmente interesado en él y en su condición y no en lo que podía ganar con su enfermedad. Pienso que, a partir de aquel momento, percibí que podía contar conmigo. Se creó, finalmente, el vínculo emocional que yo tanto esperaba.

El ya tenía dificultades para hablar y se cansaba fácilmente, pero, incluso así, cuando pregunté sobre su religiosidad, él pidió ayuda para sentarse. Entonces, empezó a hablar sobre sus convicciones, sobre la muerte y lo que él creía que ocurriría en el día en que se fuera. Declaró su creencia católica y su deseo de recibir la asistencia de un sacerdote en el momento oportuno.

Juan me dijo que ya había visto a todos sus hijos, incluso a aquellos que vivían en otros estados. Dijo, también, que se sentía tranquilo, pues había sido una persona honesta y trabajadora, creía que iría al “cielo”; confiaba en sus hijos y en la educación que les había dado, los creía personas de bien; pero que se preocupaba mucho por la esposa, que, por padecer de alzheimer, ya no tenía contacto con la realidad. Los dos hijos, que estaban escuchando nuestra conversación, interfirieron inmediatamente, asegurándole que cuidaría bien de ella.

No llegué a ver al señor Juan sonreír. Incluso aquel día, su expresión era seria, pero salí de allí sintiéndome victorioso, habíamos hablado francamente sobre su muerte. Él había expresado sus deseos, dejó claro que tenía plena consciencia de su condición, mostró que había alcanzado el estado de aceptación; el estaba listo.

Era un jueves, cuando dejé a mi paciente por última vez. Menos de una semana después, el martes siguiente, recibí una nueva llamada telefónica, informando que había empeorado mucho. Así que acabé las visitas en el consultorio. Fui a casa de Juan y, al entrar en el pequeño aposento percibí que estaba agonizando. Vi a su familia, más de diez personas, reunidas alrededor suyo, algunos llorando, otros angustiados, sintiéndose ciertamente impotentes para ayudar al querido pariente que ya respiraba con mucha dificultad.

Esta escena me hizo pensar en lo que realmente es importante, que tal vez, el momento de la muerte sea una especie de radiografía de lo uno hizo durante su vida. El concepto de riqueza y pobreza ya no me parecía tan claro, pues aquel hombre rodeado de cariños y preocupación por todos lados tenía lo más importante, el amor y la consideración de aquellos que convivieron con él.

Me acerqué e hice un rápido examen físico, constatando que el momento crucial estaba próximo. Su pulso era imperceptible. No conseguí detectar la presión arterial y su respiración era agónica. Al término del examen, me giré y percibí que estaba acompañado por una platea atenta, como esperando un milagro.

- El sr. Juan está partiendo – dije – no creo que sea necesario llevarlo al hospital, creo que sería mucho mejor que permaneciera aquí, con vosotros a su lado, en oración, para que pueda partir en paz.

Los hijos ya habían llamado al párroco para darle la extremaunción como fue pedido por el paciente, y, en algunos minutos llegó el religioso, que rápidamente entró,

colocó la estola ⁽⁴⁾ sobre sus hombros, sacó la Biblia de su maleta, dijo algunas palabras ritualistas, ofreció los pésames a la familia y se retiró.

Así que el cura salió, el señor Juan dejó definitivamente aquel sufrido cuerpo físico, dando su último suspiro, como si estuviese solamente esperando al sacerdote para que le “encomendara el alma”. Pude percibir la importancia de respetar la fe religiosa del paciente en este momento. De cómo debemos esforzarnos para acercarlo a esa fe en el proceso de muerte, respetando tanto como sea posible sus deseos.

Nuevamente, me senté a su lado e, hice una breve oración, en silencio, para despedirme.

Que bien que el señor Juan me diera aquel voto de confianza. Fue un gran presente para mí. Por lo poco que hice, ya que él trilló todo el camino solitario, concluyo que en los momentos en que la crisis de la muerte se impone, cuando el paciente y familiares están expuestos a los dolores y a los miedos, cualquier contribución, por menor o más tímida que sea, ya es muy útil para todos.

Tengo que confesar cuán constreñido me siento en esas horas, muchas veces pareciendo un intruso en un momento particular para toda la familia. No tengo la menor desenvoltura y siempre me quedo sin saber que hacer; aún así aprendí también que es mejor estar allí absolutamente mudo que no estar. La figura del médico trae una cierta seguridad a todos, tal vez por la certeza de que el paciente esté siendo asistido hasta el último momento, tal vez para completar la escena o, todavía, simplemente para escuchar que no se puede hacer nada más.

A los médicos como yo, que por ventura lean estas historias, antes de recriminar mis palabras, o reírse de mis conclusiones, hagan la prueba, experimenten la sensación; todo es muy difícil e incómodo sobre lo que está ocurriendo, pero, después, a través de la gratitud, percibimos que tomamos la actitud correcta, permaneciendo la convicción de que el esfuerzo valió la pena.

⁴ Ornamento sagrado que consiste en una banda de tela de dos metros aproximadamente de largo y unos siete centímetros de ancho, con tres cruces, una en el medio y otra en cada extremo, los cuales se ensanchan gradualmente hasta medir en los bordes doce centímetros que los sacerdotes se ponen encima el alba (túnica de lienzo blanco que los sacerdotes, diáconos y subdiáconos se ponen sobre el hábito y el amito para celebrar los oficios divinos).

PUESTO A PRUEBA

Muchas veces, pensamos que estamos listos, o que realmente sabemos comportarnos delante de una determinada situación, hasta que ella nos pasa a nosotros o con alguien muy próximo a nosotros, y entonces descubrimos que, en la práctica, reaccionamos de forma totalmente emocional, dejando la racionalidad de lado.

Acostumbro a decir que el aprendizaje real se da en dos etapas principales: primero, captamos informaciones, hacemos observaciones, trabajamos los datos, entendemos los mecanismos y la lógica de cada situación, alcanzando finalmente un “aprendizaje racional”. Sin embargo, sólo podemos admitir que de hecho aprendemos algo, cuando toda la racionalización pasa “del cerebro hacia el corazón”, completando la segunda etapa, o sea, cuando nuestras reacciones emocionales se tornan compatibles con nuestras convicciones intelectuales.

Me irrito por una cantidad indefinible de motivos, incluso sabiendo que la irritabilidad sólo me trae perjuicios; siento rabia de personas y situaciones, aunque consciente de que tal tipo de sentimiento me provoca dolores de estomago e insomnio.

En el día que ha de venir, en que yo finalmente complete mi proceso de aprendizaje sobre la convivencia humana, desarrollando mi capacidad de “amar” (en el sentido cristiano de la palabra), no me voy a irritar más, no llegaré a experimentar la rabia en mi corazón y, por eso, mi conciencia no registrará determinado acontecimiento como algo significativo.

El inolvidable Chico Xavier dijo cierta vez que el perdón sólo es necesario a los que se ofenden, y eso resume bien lo que intenté expresar en los párrafos anteriores.

Puedo decir que, hace dos años, pasé por una prueba de fuego, cuando vivencié el paso de mi abuela materna, pues mucho de lo que yo creía haber aprendido sobre la muerte y el morir, y que yo había experimentado tan sólo en la posición de médico, pasó a ocurrir con alguien muy próximo y querido.

Se trataba de una mujer extremadamente dulce, siempre dispuesta a un halago reconfortante que, generalmente, se traducía en un cariño discreto de sus manos, muy suaves y calientes, sobre las mías, cuando estábamos juntos, o por el “yo te amo” dicho bien bajito, que invariablemente acompañaba el beso de despedida.

Normalmente, buena parte de la imagen afectiva que construimos de nuestros abuelos viene de los relatos de nuestros padres, y doña Acidália, madre de 11 hijos, era una unanimidad y un ejemplo para todos, inclusive para mi padre, que siempre se refería a ella como se hace a una madre.

A pesar de su avanzada edad, era muy activa y, principalmente, lúcida. Por eso, cuando la dolencia finalmente consiguió derrumbarla en un lecho de hospital, fue un gran susto para toda la familia. Recibí una llamada de mi madre y así que pude fui a San Paulo, para visitarla.

Era portadora de una insuficiencia cardiaca que avanzaba ya hacía tiempo, y casi no podía hacerse otra cosa que aquello que ya estaba providenciado. Era realmente el final natural de una jornada, con certeza, victoriosa.

Al entrar en la habitación, abracé a mi madre por mucho tiempo. Mi abuela parecía dormir, pero cuando llegué mucho más cerca, percibí que estaba despierta, serena como siempre. Conversamos brevemente, pues no quería cansarla, pero fue lo suficiente para ver en sus ojos y escuchar de su boca que ella ya era consciente de que la muerte estaba próxima. Incluso así, la tranquilidad, la ausencia de miedo, el bienestar espiritual, todo eso pareció muy obvio. Ninguna novedad para quien ya conocía a doña Dadá, como era llamada por todos, que tenía la fe impregnada en su corazón.

En cierto momento del tratamiento, se levantó la hipótesis de transferirla a la UCI, lo que felizmente no ocurrió. Así que fue posible, fue llevada a casa, donde fueron hechas algunas modificaciones para recibirla con confort.

El proceso fue ocurriendo naturalmente, y, muchas veces, quedaba la impresión de que no era ella quien se estaba preparando sino preparándonos para su muerte. Describió encuentros con mi abuelo y otros pacientes ya fallecidos que anunciaban que vendrían a buscarla en breve, mientras su nivel de consciencia iba disminuyendo cada día.

Todo ocurría inexorablemente, pero yo percibí que ni llegue a sentir tristeza. Puede parecer extraño a primera vista, sin embargo, realmente, a cada encuentro con ella, más certeza tenía yo de que todo estaba muy bien: había la fuerte convicción de que la muerte no existe, de que aquello no era un “adiós”, y si un “hasta luego” y que, con certeza, en mi hora, ella estará presente para recibirme, coger mi mano con su suave mano y decir de nuevo, bajito, al lado de mi oído: “te amo”.

En nuestro último encuentro, quise que mi hijo mayor (que entonces contaba con cuatro años), la viese, por dos motivos: primero, para que él, cuando fuese mayor, pudiese acordarse “de aquella abuela” que yo amaba tanto; segundo, para que él entrase en contacto con la muerte, sin todos los tabúes y miedos que nuestra cultura le atribuye.

Después de todo, yo y él conversamos sobre tal experiencia, y le hablé sobre la ida de su bisabuelo hacia un lugar diferente de aquí, y de cómo las personas no desaparecían, de cómo ellas nacían de nuevo. Creo que lo entendió mejor de lo que me imaginaba, ya que al día siguiente fui sorprendido por la pregunta:

- Papá, ¿Cuándo la bisabuela vuelva, lo empezará todo otra vez de nuevo? ¿va tener cuatro años menos que yo?

A solas con ella, cogiéndole la mano y recibiendo su sonrisa, pude decir un hasta breve, sin angustia, sin tristeza, tan sólo con muchas añoranzas.

Rodeada de todo amor y atención de sus muchos hijos, nietos y biznietos, su habitación se convirtió en un lugar mucho más adecuado para su desencarne que cualquier habitación de hospital o cama de la UCI.

Este episodio fue muy importante para mí, pues pude percibir que yo realmente aprendí mucho sobre la muerte, que mi corazón actuó de forma tan coherente como mi cerebro, y que incluso llegué a extrañar la falta de lágrimas. Puedo decir con toda sinceridad que continúo tan próximo a ella como siempre estuve, tal vez, incluso más.

Exactamente un año después, fue a ver a su “fiel escudera”, la “tía” Sara, mujer que pasó la vida entera al lado de Doña Dadá. Abdicó de la posibilidad de construir su familia y de tener sus propios hijos, para ayudar a criar a los 11 hijos de aquella patrona que con el tiempo se transformó en hermana.

Con la muerte de Doña Dadá, tía Sara cayó en una depresión impresionante, acabando como una planta que para obtener agua le mantiene el vigor, incluso recibiendo medicación y toda la atención de sus “hijos postizos”.

Pequeña de estatura, delgada y humilde en todas las actuaciones, se parecía mucho a mi abuela en lo que refiere a la dulzura y a la dedicación a los “hijos” que ella adoptó. La verdad es que la pequeña “Sarita” era una gigante, en verdad, un espíritu mucho mayor que nuestra ignorancia es capaz de suponer, y que siguió a su compañera para continuar la trayectoria triunfante en la patria espiritual.

Su partida no pudo considerarse repentina, ya que su proceso de muerte empezó en el velatorio de mi abuela. Sin embargo fui llamado para ir deprisa al hospital, cuando ella murió. Tuve la oportunidad de prestarle mi último tributo, también sin angustias o tristeza, tan sólo con el gustito amargo de la añoranza.

Después de todo esto, puedo decir que realmente avancé en mi aprendizaje sobre uno de los muchos aspectos de mi vida: la muerte. Lo que aprendí es que ella no existe como fin, sino como recomienzo, o, diría mejor, como retomada, pues nuestra verdadera vida no es aquí.

Pero con todo, no me engaño. No se como sería perder a una persona amada de convivencia diaria, como un hijo, por ejemplo. Infelizmente, ya acompañé a madres y padres que perdieron a sus hijos, incluso entre amigos cercanos. La muerte prematura de alguien que debería partir después de nosotros no es algo fácil de digerir emocionalmente. El dolor parece ser infinito y, el vacío, irrecuperable. Aún, quiero creer que es mucho “menos difícil” para aquellos que comparten la convicción de la reencarnación. Innumerables madres, reconfortadas por mensajes psicografiados por Chico Xavier, encontraron un lenitivo para sus corazones y pudieron reunir fuerzas para transponer el dolor que parecía infinito. Es muy común oír de los que experimentaron esta terrible situación que preferían que fuesen ellos a sus hijos; los que son padres o madres saben que no hay nada de hipócrita o de exageración en esa afirmación.

Quiero decir con eso que aprender sobre la muerte y el morir no apacigua la añoranza, el dolor de la ausencia, sino que elimina los enfados y trae la certeza de que el reencuentro es una cuestión de tiempo, ocurriendo en situación ciertamente mejor que la actual.

Saber que el ente querido no terminó, sino que se transfirió, es algo muy reconfortante, a pesar de no enjugar las lágrimas del comienzo.

A LA HORA DE DECIDIR

En el universo de las discusiones sobre la eutanasia, muchas cuestiones me incomodaban, ya que, en el día a día, algunas situaciones me dejaban con dudas sobre o que es y lo que no es eutanasia. Voy a poner un ejemplo. Imaginemos un paciente grave, con una enfermedad incurable, en coma, que depende de un respirador para mantenerse vivo. Retirar el aparato significaría abreviar su vida. ¿Es eso eutanasia? Y si este enfermo, incluso con el aparato, tuviera una parada cardiaca, y el equipo médico no intentara la resucitación: ¿eso es eutanasia?

Tal tipo de duda muchas veces puede llevar al equipo médico a la llamada “distanasia” que, al pie de la letra, significa muerte larga o dolorosa. El desarrollo tecnológico que experimentamos hoy, posibilita a los médicos mantener las funciones fisiológicas básicas, como respiración y ritmos cardiacos, en una cantidad muy grande de pacientes, incluso aquellos que ya no presentan ningún tipo de oportunidad de revertir sus cuadros mórbidos.

Usar esa tecnología de forma “ciega” y desmedida, prolongando artificialmente una “vida”, sin que importe la calidad, sino tan sólo la cantidad, lleva a la distanasia e, invariablemente, termina con la muerte del paciente dentro de la UCI, intensamente invadido y agredido por sondas, tubos y catéteres, aislado de cualquier tipo de atención afectiva y lejos de los que ama.

Cuando discutimos solamente los conceptos, es más fácil asumir una posición, o sea, estoy absolutamente contra la eutanasia, ya que el propio Hipócrates resaltaba: “Primero, no lesionar”. Todavía, estoy también absolutamente contra la distanasia y no tengo ninguna duda sobre ello. Con todo, delante del paciente, muchas veces quedamos en duda, pues, en la práctica, la frontera entre la eutanasia y la distanasia no siempre es muy clara.

En el ejemplo que di, creo que se ve fácil, o sea, no voy a sacar ningún tipo de recurso que ese paciente ya está recibiendo, como el respirador artificial, sin embargo, tampoco voy a transgredir un desenlace natural con procedimientos que pierden el sentido, en la medida en que se que sólo podrán prorrogar por algunas horas una muerte absolutamente inevitable, en un paciente en condiciones absolutamente precarias.

Lo ideal es encontrar la “ortotanasia”, que sería la muerte bien asistida, sin dolor, garantizando, en primer lugar, la calidad de vida y, en segundo lugar, la cantidad.

La cuestión parece un poco técnica, pero era necesario esclarecer esos puntos antes de mostrar como ciertas situaciones de muerte son angustiantes para el médico, como, muchas veces, somos obligados a tomar decisiones que no encuentran ningún tipo de respaldo en libros científicos o protocolos de conductas médicas. En esas horas, lo que cuenta es lo que va dentro de nuestros corazones, y lo que se espera es que dentro de ellos exista amor y compasión.

Había una paciente internada en la enfermería de cirugía, con cáncer de pulmón. Yo era el responsable del servicio nocturno de la clínica quirúrgica aquel día. Fui llamado con urgencia a la enfermería, donde encontré a la paciente con una dificultad increíble para respirar. Se estaba muriendo asfixiada delante de nuestros ojos, absolutamente cianótica ⁽¹⁾ y con una cara de terror que despertaba en todos los que la observaban el mismo sentimiento – el miedo de la muerte.

Los residentes y la interna ⁽²⁾ que estaban cuidando de la cama preparaban una medicación para hibernar a la paciente, pues todas las medidas para intentar mejorar su

¹ Color rosácea de la piel y de las mucosas

² Académica del quinto año de medicina que hacía prácticas en la clínica quirúrgica.

insuficiencia respiratoria habían sido infructíferas. Yo sabía que la medicación provocaría una depresión en su respiración y eso con seguridad la mataría.

Tengo la certeza de que no hay nada que perturbe más que una insuficiencia respiratoria grave. El paciente que no consigue respirar se desespera, y desespera a todos los que asisten a la escena, haciendo con que la iniciativa de aliviar de cualquier forma el cuadro se torne preponderante.

Interrumpí la instalación de las drogas. En aquel momento, no tenía la certeza de lo que era correcto hacer. La interna se indignó:

- ¿Que qué? La paciente está agonizando, ella se morirá de todas formas, no podemos dejarla sufrir de esta forma, es inhumano.

Ella no dejaba de tener razón. El cáncer cogía sus pulmones y no había nada más que hacer; mientras, yo sabía que aplicar aquella medicación era una eutanasia activa, o sea, la droga la mataría.

Los residentes y los alumnos se mostraban indignados, la paciente estaba roja y con una respiración extremadamente sufrida, y yo me colocaba delante de un dilema absolutamente cruel.

Debajo de todas las protestas posibles, instalé un biombo para que las otras pacientes de la enfermería no compartieran aquella escena, y reinicié todos los procedimientos y medicaciones que ya habían sido hechos antes, con la esperanza de aliviar aquella disnea⁽³⁾. Me senté al lado de la paciente, aún bastante inseguro de mi decisión, y reiniciamos, paso a paso, cada una de las medidas protocoladas, además de todo aquello que venía a mi cabeza y que yo creyera que podría ayudar.

Después de unas dos horas, más o menos, la paciente ya respiraba mejor, tanto que durmió; con todo, los comentarios sobre mi conducta no habían mejorado. Indignados, muchos alumnos creían que yo estaba promoviendo una distanásia.

Fui para casa, pensando: “¿Será que actué bien? ¿Será que ayudé o entorpecí a aquella paciente?”

Al día siguiente, llegó a la enfermería una visita muy especial para aquella paciente: un hijo que se fue de casa con 17 años y que no la veía ni hablaba con ella hacía 30 años. Cuando él entró en la enfermería, sorprendentemente, la respiración de la enferma mejoró (generalmente, situaciones de emoción hacen empeorar la falta de aire). Se abrazaron y lloraron mucho, llegando incluso a conmover al personal de la enfermería y a sus colegas de habitación. Terminada la visita, el hijo pródigo se fue y la paciente también, de forma serena, con una parada cardiorrespiratoria que, de tan suave que fue, tardó en percibirse.

Cuando supe lo ocurrido, casi me puse a llorar; que bien que hubiera seguido mi instinto aquel día y no me hubiera dejado llevar por la ansiedad del ambiente y por el desespero de los alumnos y residentes. Con seguridad, aquellas “horitas” de más, fueron la diferencia para paciente y para su hijo.

¿Quién somos nosotros, los médicos, que en varias situaciones tienen que decidir la vida de sus semejantes? ¿Qué autoridad tenemos para escoger los caminos de la vida del prójimo?

No fue tan sólo en una oportunidad que me vi, durante una operación, con una terrible decisión para tomar. Durante la disección⁽⁴⁾ de un tumor gástrico, llegue a un determinado momento en que no tenía la certeza si el tumor estaba o no invadiendo vasos sanguíneos y estructuras que no podrían ser lesionadas, bajo pena de provocar la pena de provocar la muerte del paciente todavía en la mesa de operaciones. Al mismo

³ Dificultad para respirar

⁴ Fase de la cirugía en que se intenta separar el órgano o tejido que va a ser retirado, siendo el tiempo más grave de una operación.

tiempo, si tuviera éxito en aquella empresa, estaría proporcionando una supervivencia mayor y de mejor calidad al paciente. En verdad, era una apuesta con cerca de un 50% de oportunidades de acertar o errar, cara o cruz, pero quien pagaría el coste de esa apuesta, quien en verdad debería tomar esta decisión, estaba desmayado y no podía ser consultado sobre lo que hacer.

En estas horas, no hay como obedecer las reglas, pues para eso no existen. Nosotros tenemos que hacer lo que fuera mejor para el paciente, ¿pero qué es lo mejor? ¿Arriesgarse o no?

Bien, lo que aprendí a hacer en esas horas es parar por un instante la cirugía, hacer una oración, llamar al “ángel de la guarda de guardia” e intentar pensar sobre lo que me gustaría que me hicieran si la barriga fuese la mía, o la barriga de mi padre o de mi madre. Tengo que escuchar aquella vozcita interna, que siempre está allí, hablando, pero para la cual nunca prestamos atención. El resultado final puede no ser bueno, y, si eso ocurre, el individuo se arrepiente de la decisión que tomó, sea cual fuera; sin embargo, creo que, de esa forma, sigo aquella que tal vez sea la única regla posible para esas situaciones:

“No hagas a tu prójimo lo que no te gustaría que te hicieran”.

Estar delante de una situación de vida o muerte es uno de los momentos más estresantes por el cual un ser vivo puede pasar. Sinceramente, pienso que si la vida o la muerte fuera de otra persona, el hecho de tener que decidir no deja de ser una distorsión del derecho de cada uno.

Si nosotros pudiéramos conocer bien a nuestro enfermo antes de la cirugía, convivir un poco con él, conversar y escuchar si ese tipo de situación ocurriera. Lo ideal es preguntar antes al paciente sobre lo que hacer, dejar que él escoja. Sólo que, raramente, eso es posible. Lo mismo vale para la paciente en el umbral de la nueva vida, saber lo que él quiere, hasta donde le gustaría ir en los procedimientos e intentos de resucitación, y, mas que todo eso, donde quiere morir. Pienso que son decisiones inherentes al paciente y no al médico.

Si fuera posible mantenerlo con confort en casa, sin dolor, recibiendo los cuidados adecuados, creo que sería lo ideal, pero si eso no fuera posible, se debe permitir que los familiares estén siempre con el paciente, esté donde esté.

Cierta vez, una paciente que se trataba conmigo hace muchos años presentó un cáncer de recto. Fue operada y quedó con una colostomía ⁽⁵⁾ definitiva. Después de tres años de la cirugía, presentó recidiva ⁽⁶⁾ de la dolencia, y en poco tiempo ya estaba en pésimas condiciones de salud.

No soportando más los dolores y las incomodidades de la enfermedad, en un cierto tiempo me pidió:

- Por favor, duérmame, es sólo así que encuentro paz.

Instalé la medicación que le sacó la consciencia y abrevió su tiempo de vida, pero, en este caso, el dolor constante y la incomodidad de un abdomen hinchado, además de su petición, me dieron la certeza de que, a pesar del riesgo de una parada respiratoria que la medicación traía, debía darle comodidad. Analizando el beneficio que le podía proporcionar, decidí que era lo mejor que podía hacer.

Tal vez, al leer estas historias y al ponerse en mi lugar, algunos puedan darme la razón, y otros discordar de mis decisiones. Yo mismo, mirando hacia atrás, muchas veces me arrepentí de algunas decisiones tomadas, pero me gustaría dejar clara mi idea sobre el momento de la muerte. No debe ser el médico, ni siquiera el paciente quien decide cuando se va a morir. Por encima de todo, debemos estar atentos para no

⁵ Situación en que se exterioriza el intestino grueso en la pared del abdomen, por donde salen las heces.

⁶ Retorno de la dolencia después del tratamiento.

desamparar a nuestros pacientes y también para no exagerar en las medidas para prolongar su vida “a cualquier precio”.

MÉDICO... UN SER HUMANO

Si es que puedo decir que aprendí algo en estos 21 años en que estoy vivenciando mi profesión, entre graduación, residencia, post-graduación y docencia, es que la medicina es una forma avanzada de ejercer la solidaridad.

Aprendí que no hay como trabajar con calidad, si yo no fuera capaz de mirar a mis pacientes como seres humanos iguales a mí, y no como meros objetos de trabajo o personas menos capaces que yo, por no tener el diploma.

No soy hipócrita, se que independientemente de mis intenciones y sentimientos, invertí gran parte de mi vida y muchos recursos materiales, preparándome para ser médico. Dependo de mi profesión para sobrevivir y sustentar mi familia y, por que no, para realizar mis sueños de confort material. Entretanto, se, también, que no hay como encarar la medicina como una actividad profesional cualquiera, usando las mismas reglas del “mercado”, pues ella está al lado de otras que también son la “profesionalización” de la caridad y de la solidaridad, como enfermería, fisioterapia, asistencia social, odontología, psicología, el propio sacerdocio religioso, y tantas otras que lidian directamente con los que sufren dolores del cuerpo y/o del alma. En esas situaciones, la relación no puede ser encarada de la misma forma que la mantenida entre el comerciante y su consumidor.

Creo firmemente que las reglas profesionales y de relación entre el paciente y su terapeuta no pueden ser dictadas por abogados y legisladores, sino por los corazones de los implicados, siendo que la confianza y la comprensión deben preponderar. Así, todas las veces que la Justicia juzga cualquier caso relativo al atendimento profesional del área de la salud, es el claro anuncio de que esta relación falló, o, lo que es más frecuente, nunca existió.

Bajo ese nuevo prisma, pasamos a entender que la formación de los profesionales del área de la salud no puede restringirse al aprendizaje y entrenamiento técnicos, pero deben alcanzar orientación moral y preparación emocional, para que ellos sepan enfrentar el dolor y el sufrimiento al lado de sus asistidos.

Al contrario de lo que prepondera hoy, considero fundamental que el médico, así como otros trabajadores de la salud, tengan una formación espiritual, sea ella cual sea

(con tal que pregone el amor y la caridad), y que tal formación pueda influenciar sus actitudes delante del paciente, llevándolo a actuar de forma más integrada como terapeuta y como compañero, siempre solidario.

Si quisiéramos descubrir como debe actuar aquel que trata y auxilia a los enfermos, es necesario que nos coloquemos en la posición de éste último, para entonces poder concluir que el médico o terapeuta debe ser paciente para oír con atención las quejas y los problemas del enfermo, incluso cuando si es un gastroenterólogo y el paciente se queja de su relación conyugal, o cuando él abandona la objetividad de su discurso para tener una oportunidad de contar sobre sus historias de juventud, a fin de tener la sensación de que su vida fue útil, en un momento en que está infeliz e inseguro.

Debemos ser caritativos, cuando el paciente roba algún tiempo de nuestro convivencia familiar, pues, angustiado y con miedo de su enfermedad y de la cirugía que hará en breve, acciona nuestro *bip* durante el fin de semana.

Necesitamos ser capaces de no irritarnos con el hipocondríaco, que despeja sobre nosotros una permanente cantidad de síntomas y quejas de todos los tipos, pues sabemos que estamos delante de alguien enfermo y que necesita mucho de nuestra ayuda, tanto como cualquier otro paciente, o incluso más.

Urge comprender la rispidez de aquel que es más amargo y agresivo y que nos “empuja”, cuando necesita “abrazar”.

Es necesario ir a trabajar con una sonrisa en el rostro, incluso con sueño, porque nos quedamos de guardia la noche anterior.

Es importante granjearse la simpatía de aquellos que dividen el ambiente de trabajo con nosotros, ya que dependemos de eso para desempeñar bien nuestro papel y alcanzar nuestro objetivo principal, cual sea, ayudar a los que nos necesitan.

Nada de eso fue fácil, muchas veces ni incluso es posible, pero no creo que podamos considerar los aspectos antes citados dispensables. Debemos perseguirlos incansablemente, tanto en el aspecto más íntimo de cada uno de nosotros, en esa lucha diaria para vencer nuestras dificultades personales, como por la búsqueda de condiciones externas para poder realizar la medicina que creemos ser ideal. Lo que no podemos es desistir de intentarlo.

La relación mercantilista que rige el área de la salud, hoy promueve una cisión distorsionada del paciente consumidor, del paciente como fuente de renta o, todavía, lo que es peor, del paciente como un “enemigo”. Se trata al enfermo como lo hace el veterinario, que va a medicar u operar a un animal feroz, temiendo ser mordido o agredido. Todo lo que desearía, por lo menos en mi opinión, es que sólo hubiese espacio para ver al paciente como un “hermano” en el sentido cristiano de la palabra, así como el paciente debería ver al médico como alguien que puede y que quiere ayudarlo, y no como un simple “prestador de servicios”.

Tanto la omnipotencia médica como la “entrega” por parte del paciente son sentimientos que no deben existir en la relación médico-paciente, pues la curación depende del paciente. Tanto en la omnipotencia del médico como en la entrega del enfermo, se desvía, exclusivamente para el médico, esa responsabilidad.

El profesional del área de salud, bien orientado, debe ser el apoyo y el norte del paciente y su familia, interviniendo cuando fuera necesario y posible, sea con sus conocimientos técnicos, sea con sus atributos morales.

No estoy pidiendo que cada médico sea, al mismo tiempo, un psicólogo, un sacerdote, o incluso un “santo” absolutamente abnegado e infalible; es exactamente lo contrario, estoy proponiendo que cada médico se permita “ser humano”, actuando como tal, disponiéndose a ayudar, en la medida de sus posibilidades, a otro ser humano igual a él, que se encuentra en dificultades.

Sólo así estaremos construyendo una relación médico-paciente saludable, preparando las mejores condiciones para que ejercer la verdadera vocación médica, cual sea: auxiliar; ayudar; ser solidario; ser caritativo.

No me siento preparado para dar a mis pacientes una asistencia ideal en el momento de la muerte, ni siquiera creo que yo sea un ejemplo de aquello que estoy pregonando, pero creo que puedo decir que, hoy, ya estoy mucho mejor de que lo estaba cuando comencé. Siento que cada paciente que consigo acompañar hasta el momento final fortalece mis esperanzas de, un día, poder realmente ser útil y completo como médico y como persona.

Es muy importante descubrir que, en la medida en que percibimos nuestras dificultades, ampliamos nuestras posibilidades, pues, al notar mis limitaciones, automáticamente me esfuerzo para eliminarlas y, así, siempre estaré evolucionando y aprendiendo, creciendo y mejorando.

Cuanto más sincero pude ser conmigo mismo, más reales, más sinceras y más verdaderas serán mis relaciones profesionales, y, consecuentemente, mejor será la calidad de mi asistencia.

La indecisión que todavía presento en el momento de usar la palabra “muerte” con el paciente; el miedo de la reacción que se desencadenará en él con la revelación de la verdad, así como el miedo y la inseguridad para administrar las emociones que surgirán en el proceso de muerte que envolverá no sólo al paciente, sino a sus familiares y a mí mismo, todavía me hacen temer y muchas veces esquivarme de aquello que se, o siento, que es una de las tareas más nobles y difíciles del médico.

Permitirse sentir toda esa inseguridad es la primera gran ganancia que recibimos por librarnos de la omnipotencia que nos impregnó desde la facultad; es uno de los premios por dejarnos intentar ser Dios, admitiéndonos como seres falibles, retirando de nuestros propios hombros un fardo enorme que nunca pudimos cargar.

Que todo lo que dije pueda encararse como una reflexión, sea el lector médico, académico, profesional del área de la salud o, principalmente, si fuera o llegara a ser un paciente, pues, como en toda relación humana de éxito, es necesario el empeño de ambas partes.

Estemos atentos, porque Dios nos bendice y nos muestra el camino, siempre. Nos cabe a nosotros, en el ejercicio de nuestro libre albedrío, seguirlo.

ORACIÓN

Señor,

Que sepa cultivar la tolerancia,

Pues se que de ella depende mi perdón.

Que sepa cultivar el amor,

Pues se que de él depende mi paz.

Que sepa cultivar mi razón,

Pues se que ella me conduce a la fe.

Que sepa fortificar mi fe,

Pues se que sólo ella puede llevarme a tu presencia.

Recibida el 30 de octubre del 2002
Centro Espírita Dr. Luis Monteiro de Barros
Santos, SP

CONTRACAPA FINAL

El Dr. Décio Iandoli Jr., es médico, formado por la Universidad de San Francisco en Bragança Paulista, en el año de 1987.

Se especializó en Cirugía General y en Cirugía del Aparato Digestivo.
Concluyó el Doctorado en Medicina en el año 1999 por la Universidad Federal Paulista Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM).

Fue profesor
Del departamento de Cirugía del Centro Universitario Lusiada Facultad de Ciencias Médicas de Santos (UNILUS-FCMS),
Durante once años,
Hasta enero del 2002.
Es profesor titulado en Fisiología de los cursos de Biología, Fisioterapia y Farmacia de la Universidad Santa Cecilia (UNISANTA).

Escribió el libro
“Fisiología Transdimensional”,
Publicado en Julio del 2001.

Es miembro de la Asociación Médico-Espírita De la Baixada Santista (AME-BS)
Y colaborador del Centro Espírita Dr. Luiz Monteiro de Barros,
En Santos-SP