

Consultas disecadas: Un joven con acné

A young man with acne

Esteban Rubinstein

Resumen

El autor de este artículo propone a la "disección de la consulta médica" como herramienta de reflexión respecto de la propia práctica clínica en el contexto del ejercicio de la medicina familiar.

A partir de la descripción de una consulta y del vínculo con la familia del paciente el autor reflexiona sobre lo ocurrido, fundamentalmente a partir de su subjetividad y los valores que se ponen en juego durante su práctica profesional.

Abstract

The author of this article proposes the "dissection of the medical consultation" as a reflective tool for clinical practice in the context of family medicine practice.

Beginning with a description of a clinical encounter and his ties with the patient's family the author reflects on the passing events and values brought into play in his professional practice..

Palabras clave: medicina familiar, atención ambulatoria.. **Key words:** family medicine, outpatient.

Rubinstein E. Consultas disecadas. Un joven con acné. Evid Act Pract Ambul. Ene-Mar 2013. 16(1).18-19.

A veces tengo la sensación de que la única manera de describir lo que hacemos los médicos de familia es diseccionando las consultas. No pretendo llegar a ninguna verdad, ni conclusión. Hago esto porque hay determinadas consultas que me convocan a que las diseque y porque considero que es una forma válida de poner en palabras algunos aspectos de nuestra práctica que es difícil transmitir de otro modo y que determinan que el ejercicio de la medicina familiar sea tan placentero y específico. Quisiera detenerme en el tema de la especificidad y el placer, porque creo que ambos atributos explican por qué me gusta tanto la práctica ambulatoria. La mayoría de las consultas que llevo a cabo con nuestro abordaje de medicina familiar tienen una especificidad tal, en el sentido del acceso incierto y azaroso al intersticio¹, que determinan que logre obtener placer en cada una de ellas, incluso cuando se trata de consultas o de pacientes no muy agradables para mí. Obsérvese que menciono como valores la especificidad y el placer y no hablo aquí del potencial bien que les hacemos a nuestros pacientes con nuestro abordaje. Esto representa un cambio de valores para mí (una transvaloración²), porque si bien sigo convencido de que el acceso al intersticio alivia, contiene y eventualmente cura a nuestros pacientes, debo reconocer que no contamos con una forma cabal (¿científica?) de demostrarlo y que, por lo tanto, ese bien que creemos hacer es, sobre todo, un concepto moral, un valor y, por lo tanto, una creencia. Tomo el guante. No quiero que promovamos la medicina familiar como una práctica en la que simplemente creemos, o como un valor basado en nuestra forma "humanitaria" de atender a los pacientes y nuestra entrega abnegada para con quien sufre. No quiero eso. Quiero tergiversar ese valor surgido del ideal ascético de los médicos, dar vuelta el guante y vender (más que promover) la medicina familiar como una práctica en la que el médico, al desear activamente acceder al intersticio (incluso cuando sabe que es inasible y efímero) disfruta, se divierte, reflexiona y, sobre todo, crea. ¡Esa es la palabra que estaba buscando! Mi objetivo es desmenuzar el proceso mediante el cual la consulta cotidiana del médico de familia se manifiesta como un acto creativo junto a su paciente. En otras palabras: quiero explicar cómo los médicos de familia nos convertimos en artistas en cada consulta.

Voy a comenzar con lo que quedó escrito en la historia clínica del paciente que hoy me generó el deseo de diseccionar su consulta, ya que sería algo así como la fotografía final del cuerpo diseccionado; es decir, lo que un médico que atendiera mañana, o el

año que viene, a este paciente, leería acerca de esa consulta si no tuviera acceso al texto que hoy estoy escribiendo.

Hombre de 29 años. Trabaja hace dos años como encargado de ventas en un negocio grande de indumentaria en Caballito. Terminó la escuela secundaria y no continuó estudiando. Vive con los padres (ambos son pacientes míos) y tiene dos hermanas que no viven en la casa. Fuma tres cigarrillos por día. No usa drogas, no toma alcohol. No tiene pareja estable. Usa preservativo casi siempre.

Control de salud: primera vez que lo veo. Se ve flaco. Tiene varios tatuajes y me cuenta que en todos están los nombres de su familia. Examen físico normal. Quiere nadar y le recomiendo que lo haga.

Tabaquismo: fuma tres cigarrillos diarios. Lo iremos viendo. Acné: tiene un acné grado III-IV. Nunca hizo tratamiento médico. Indico minociclina 100 mg por día y lo cito en un mes.

Problema psicosocial: al final de la consulta me pregunta cómo veo a su papá (se pone a llorar), me pregunta si la enfermedad que tiene va a determinar que se muera y le contesto que no. Le pregunto qué cree que tiene el padre y me dice que "un problema de memoria, tipo demencia" y yo le explico que es más por el lado de la locura, pero no grave, que no creo que se muera por eso, y se muestra muy aliviado. Me dice que las dos hermanas se fueron de la casa y no aportan y que él es quien sostiene a los padres. Le comento que ese es un tema que podríamos charlar juntos ya que él tiene que hacer su vida. Se queda pensando y sonrío. Pienso en ofrecerle un espacio de consulta para abordar sus problemas psicosociales (FOCO³).

Ahora voy a contar lo que ocurrió y lo que fui pensando a lo largo de la consulta. Llamaré a mi paciente Luciano D. Cuando la secretaria lo hizo pasar, entraron él y su madre al consultorio y ella me dijo "finalmente se lo traje". Conozco hace tres años a la señora y tengo un vínculo relativamente estrecho con ella porque su marido hace dos años tuvo un brote psicótico por el que permaneció internado un mes en psiquiatría y yo participé bastante en el diagnóstico y seguimiento. Los saludé, me presentó con Luciano, le pregunté si quería que su madre estuviera en la consulta y me dijo que le daba lo mismo. Le pregunté a la madre si ella quería contarme algo que le preocupara de su hijo y me contestó que no, que Luciano era perfecto, entonces le dije que me quedaba solo con él y ella se fue a la sala de espera. El joven me dijo que venía para hacer un

* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. esteban.rubinstein@hospitalitaliano.org.ar

³ El dispositivo FOCO (familia, orientación y contexto) es una estrategia específica desarrollada en el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires para el abordaje de los problemas psicosociales de los pacientes y sus familias. Consiste en una serie de entrevistas programadas, de cuarenta minutos de duración para la que el paciente debe solicitar con antelación dos turnos de atención con su médico de familia (cada turno contempla una entrevista de 20 minutos).

control de salud y porque se veía muy flaco. Lo interrogué, obtuve los datos que anoté en la ficha de contexto, lo pesé, lo medí, lo revisé, le dije que tenía un peso adecuado, le pregunté si hacía actividad física, me dijo que en ese momento no, pero que pensaba ir a nadar. Le recomendé que nadara y que, de ese modo, iba a ganar masa muscular. Cuando entró en confianza me consultó por el acné; me dijo que pensaba que a los veinte años se le iba a ir, pero no fue así y que le molestaba. Le miré bien la cara y tiene un acné grado III-IV. Pensé en medicarlo con isotretinoína, pero como nunca había consultado por eso ni recibido medicación por vía oral, decidí comenzar con tetraciclinas. Luciano se mostró muy contento con la idea de tratar su acné, y cuando se estaba por ir me preguntó por su padre y ahí se le llenaron los ojos de lágrimas. Me preguntó si lo que tenía lo iba a matar, yo indagué acerca de qué sabía él acerca de su enfermedad y él me dio a entender que lo que le dijeron era que su padre se iba “a ir yendo”, que es el lenguaje que solemos utilizar los médicos para explicarles a los familiares lo que ocurre con la demencia. Como sus conocimientos y su lenguaje eran relativamente pobres, utilicé la palabra “locura leve” para explicarle la enfermedad de su padre, lo que a él parece haberlo aliviado, porque sonrió y me dijo “le chifla el moño”, y yo contesté: “algo así”. Después me contó que él no se imaginaba yéndose de la casa, que sus hermanas se habían ido (e hizo un comentario o un gesto dando a entender que se estaban borrando), pero que él pensaba que debía quedarse en la casa para cuidar al padre. Yo le dije que ese era un tema que si quería podíamos charlar juntos ya que los hijos vienen al mundo para armar su propio camino y no para cuidar de sus padres. Me agradeció y quedamos en vernos dentro de un mes para evaluar la respuesta del acné a la tetraciclina.

Durante toda la consulta (desde que entró Luciano y me quedé impresionado por el enorme parecido con su padre) no pude dejar de relacionar lo que yo estaba escuchando y viendo en el consultorio con el contexto familiar en el que ha crecido y vive este muchacho. Después de auscultarlo, por ejemplo, le hice un comentario acerca de sus tatuajes (tiene varios) y él me dijo (ya lo comenté) que en todos están los nombres de su familia y que él quería mucho a su familia.

¿Qué quiero transmitir con esta disección? Ya he dicho que no tengo un objetivo, que simplemente lo hago porque me gusta. Pero algo quiero transmitir, porque por algo lo escribo. Por un lado, quiero transmitir mi alegría y mi placer por haber vivido una consulta donde la especificidad del médico de familia se expresó cabalmente. Es obvio que nada de esto habría ocurrido si Luciano hubiera consultado con un médico que no conocía a sus padres y que lo hubiera derivado a un dermatólogo por el acné. Es obvio, también, que el dermatólogo, por más excelente médico sea, es poco probable que en algún momento, en el marco de la relación médico paciente que establezcan, pudiera decirle algo de la índole: “los hijos vienen al mundo para armar su propio camino”. Ahora bien. Quiero dejar claro que si bien me gustó mi intervención en una primera consulta, de ningún modo estoy convencido de que sea pertinente, o que sirva realmente para algo. ¿Quiero yo algo de este paciente? ¿Quiero que se independice de sus padres? ¿Quiero que se alquile un departamento y se vaya a vivir solo, como sus hermanas? No lo sé. Hay una parte mía, la más nietzscheana, la que no cree en las verdades, ni en el bien, ni en el mal, que no quiere realmente nada en particular de este paciente (que

no es lo mismo que querer la nada); sin embargo, hay una parte más judeocristiana, más cartesiana, orientada hacia un concepto de salud racional, que cree que para que este joven pueda desarrollarse tiene que contar con interlocutores que lo ayuden a pensarse. Con relación a esa parte de mí que descreo de la racionalidad médica, no tendría mucho que agregar, a no ser remarcar el placer que me provocó la consulta (y el que pudo haberle provocado a Luciano). Sin embargo, en relación con mi parte más valorativa, aquella que se esfuerza por encontrar el bien y separarlo del mal, debo reconocer que tengo muchas dudas, a saber: ¿Luciano es cuerdo o también él está un poco loco, como su padre? ¿Puede este muchacho encarar una vida independiente? ¿Quiere hacerlo? ¿Va a ser más feliz? ¿Tengo yo que meterme con esto?

No puedo responder ninguna de estas preguntas, pero en la línea científica del razonamiento médico, quisiera plantear un razonamiento que creo puede convertirse en un axioma para la práctica de la medicina familiar. Luciano trajo su cuerpo al consultorio. Yo tengo una forma de mirar el cuerpo en la que para mí todo es cuerpo: es cuerpo su delgadez, su acné, su llanto por la salud de su padre, el lugar que ocupa él en su casa, sus ganas y/o temores de ser independiente, de separarse un poco del cuerpo de sus padres, todo eso es cuerpo. Pero Luciano trajo su cuerpo, y para él su cuerpo es, sobre todo, aquello que es visible: la delgadez y el acné. Aquí está el meollo de nuestra encrucijada como médicos de familia: tenemos que saber mucho acerca del cuerpo visible de nuestros pacientes, tenemos que tener herramientas actualizadas para resolverles los problemas de ese cuerpo visible; de lo contrario, no podemos acceder ni al cuerpo visible ni al intersticio. En este caso, conocer estrategias terapéuticas para el acné me ha permitido seguir en contacto con este cuerpo, ya que si lo hubiera derivado al dermatólogo y le hubiera dicho que me pidiera un turno para que hablemos de su vida y su contexto, lo más probable es que habría ido al dermatólogo y no habría vuelto a verme para hablar de esos temas. Estoy convencido de que “seguir con el cuerpo visible” (lo visible también pueden ser los “subrogantes” o indicadores indirectos, a saber, los resultados de los estudios de laboratorio, o por imágenes, que son imágenes socialmente aceptables del cuerpo) es la estrategia más eficaz para que los médicos de familia podamos disfrutar del intersticio, que es, en definitiva, lo que nos da placer y nos hace específicos.

Último comentario. Hace un tiempo pensaba que filmar una consulta era lo mismo que diseccionarla. Ahora, habiendo escrito este pequeño texto diseccionario, me doy cuenta de que no es así, que la disección de una consulta es una filmación más el agregado de las reflexiones que uno va teniendo en el momento en que se lleva a cabo la consulta y tal vez en las horas o días siguientes, pero que definitivamente la filmación de una consulta no tiene nada que ver con su disección. También es cierto que un texto nunca puede dar cuenta de todos los pensamientos que sobrevienen y sobrevinieron en relación con el acontecimiento, pero me parece que es una forma bastante eficaz de acercarse al intersticio, al placer y a la especificidad de la medicina familiar.

Recibido el 30/01/13 y aceptado 07/02/13.

Referencias bibliográficas

1. Rubinstein E. Clínica imaginaria. El intersticio en la consulta del médico de familia. Buenos Aires: delhospital ediciones, 2012.
2. Nietzsche F. La genealogía de la moral. Buenos Aires: Alianza Editorial, 2008.

