

© Del autor:  
José Mari Iribarren Gasca

© Next Door Publishers

Primera edición: octubre de 2020

ISBN: 978-84-121598-7-5  
ISBN eBook: 978-84-121598-8-2  
DEPÓSITO LEGAL: DL NA 1363-2020

Reservados todos los derechos. No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea mecánico, electrónico, por fotocopia, por registro u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *copyright*.

Next Door Publishers S.L.  
c/ Emilio Arrieta, 5, entlo. dcha., 31002 Pamplona  
Tel: 948 206 200  
E-mail: [info@nextdooreditores.com](mailto:info@nextdooreditores.com)  
[www.nextdoorpublishers.com](http://www.nextdoorpublishers.com)

Diseño de colección: Ex. Estudi  
Autora del sciku: Laura Morrón  
Editora: Laura Morrón  
Dirección de la colección: Laura Morrón  
Corrección y composición: NEMO Edición y Comunicación

**Colección**  
**El Café Cajal**



# Índice

# Intro- duc- ción

15

# Prólo- go

21

**Capítulo 1. Nacho, el infarto y los  
buenos hábitos** 31

**Capítulo 2. La mastectomía de María  
Luisa** 43

**Capítulo 3. María, Adriana y el  
alzhéimer** 57

**Capítulo 4. Luis, un paciente  
bloqueado** 67

**Capítulo 5. Conflicto en urgencias  
con Julián** 79

**Capítulo 6. Tomás y la comunicación  
en soledad** 91

**Capítulo 7. Paula y las opciones  
terapéuticas** 105

**Capítulo 8. Ramón, Leo y la soledad**  
121

**Capítulo 9. La negación de Diego y  
Elena** 133

**Capítulo 10. Una noche... ¿en la  
ópera?** 151

**Capítulo 11. Una familia en la UCI** 171

**Capítulo 12. Me muero** 185

Agra-  
deci-  
mien-  
tos



*A Antón, Manolo y Manu. Vuestra vida, vuestra enfermedad y vuestra muerte dejaron una huella de inspiración indestructible.*

*A Adriana, Pablo, Carlos y Sebas, por todo.*



## *Introducción*

# **La comunicación en la relación con los pacientes**

En su libro *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz y Juliet Draper afirman que los médicos, a lo largo de su carrera profesional, deben poner en práctica de manera integrada cuatro competencias:

1. Conocimiento.
2. Reconocimiento físico.
3. Resolución de problemas.
4. Comunicación.

(Por mi parte, quisiera añadir que estas competencias también resultan esenciales en el trabajo de otros colectivos clínicos, como el de enfermería).

No hay duda de que la comunicación es una competencia esencial de la práctica clínica. La calidad de las relaciones que se establecen con los pacientes se sustenta, además de en una incuestionable capacitación «técnica», en la habilidad que tenga el profesional para conocer y entender a la persona que tiene enfrente: su historia, su relato, sus sentimientos... y convertir ese conocimiento en un discurso efectivo que ayude a comprender la enfermedad y comprometerse de manera activa con su proceso. Existe abundante literatura sobre el impacto de la comunicación en la mejora de los resultados en la salud y en la calidad asistencial. Basta consultar, por citar solo dos ejemplos, la base de datos de la International Association for Communication



in Health (<https://www.each.eu/teaching/resources/>), o el *Journal of Health Communication* (<https://www.tandfonline.com/toc/uhcm20/current>) para constatar lo que parece evidente: invertir en las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios equivale a invertir en una mejor asistencia a los pacientes.

Pese a ello, bajo mi humilde punto de vista, la comunicación no ocupa, ni en la educación universitaria ni en la docencia de profesionales, un espacio acorde con su importancia. Lo cual se debe, probablemente, a que tanto médicos como enfermeras y enfermeros sacrifican la mejora de sus habilidades comunicativas por la imperecedera y exigente necesidad de actualizar sus conocimientos «científico-técnicos». En las facultades de medicina y enfermería españolas, las asignaturas relacionadas con la comunicación con pacientes suelen aparecer con el estatus académico de optativas, lo que provoca que la capacitación en habilidades comunicativas se asiente en la voluntad individual de nuestros profesionales o en las iniciativas, por ahora nada masivas, adoptadas por hospitales o servicios concretos en sus planes de formación.

Con todo, existen recursos muy valiosos a disposición de los profesionales y las organizaciones que quieran apostar de veras por promover una visión más humanista de la práctica clínica, más centrada en el paciente. Libros como *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*, de Francesc Borrell; *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica*, de Roger Ruiz Moral; o *Skills for Communicating with Patients*, de Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz y Juliet Draper, son manuales docentes de una calidad extraordinaria.

En este contexto, mi objetivo con *Conversaciones con pacientes* consiste en aportar una herramienta sencilla y accesible para que cualquier profesional sanitario pueda ejercitar las claves esenciales de la comunicación, a partir del descubrimiento de las historias que hay detrás de todo paciente y detrás también de todo profesional sanitario. Cada capítulo del libro concluye con un apartado metodológico, en el que expongo las claves de cada historia, todas ellas basadas en

el método de comunicación efectiva con el que yo trabajo. Porque la capacidad de comunicar no es innata, sino una habilidad o destreza y, como cualquier habilidad y destreza, requiere método, trabajo y sistematización. Así pues, presento en esta introducción, de manera esquemática y asequible, una aproximación a este método, que se basa en cinco claves o principios:

1. **Ten claros los objetivos de cada conversación.**

Qué resultados, qué beneficios esperas de la conversación con tu paciente, y cómo se relacionan esos objetivos con el objetivo primordial de la asistencia sanitaria: proporcionarle la atención adecuada a su caso.

2. **Empatía + Compasión.**

Como profesional sanitario, te diferencian muchas cosas de tus pacientes, pero, de todas ellas, hay una fundamental: en esta historia, tú has elegido tu papel, pero tu paciente, no. Él participa en contra de su voluntad, se encuentra en desventaja. Acepta, reconoce, legitima y trabaja sus preocupaciones, sus frustraciones, sus miedos y sus expectativas, porque todo ese conjunto de sensaciones y sentimientos influye (y de qué manera) en la consecución de los objetivos asistenciales.

3. **Genera un entorno de confianza.**

La confianza se construye mediante pequeños gestos que establecen un entorno en el que se facilita la comunicación:

- Preséntate y usa el nombre de tu paciente y de sus acompañantes.
- Mira a los ojos. En las consultas, el ordenador es necesario, pero con frecuencia puede convertirse en una barrera casi infranqueable entre médico y paciente.
- Sonríe.
- Maneja las posiciones para generar un ambiente íntimo y discreto.

- Utiliza el contacto físico, si lo consideras oportuno.
4. **Explora el máximo de información.**  
Pregunta con intención y escucha con atención, de manera activa y acogedora.  
El relato del paciente esconde tesoros esenciales para su proceso asistencial. Permítele hablar y guíalo, si es necesario. Utiliza fórmulas como «cuéntame qué ha pasado», «describe con tus propias palabras...» o «explícame más sobre...».
  5. **Construye un discurso efectivo.**  
¿De verdad crees que tu paciente va a retener un discurso ininterrumpido de quince minutos en el que le explicas aspectos técnicos de su enfermedad, un tratamiento de seis meses y un pronóstico incierto?  
Como en un periódico, selecciona tus titulares (lo que sí o sí el paciente debe recordar); estructura tu discurso; ofrece pequeñas porciones de información; comprueba el grado de entendimiento de tu exposición y, si procede, aclara lo necesario; utiliza un lenguaje sencillo y personalizado; explica pros y contras; involucra al paciente en un plan conjunto; establece la red de seguridad (aquello que podría no salir según lo previsto); cierra adecuadamente («en resumen, lo que vamos a hacer es...») y ponte a disposición de tu paciente.

En resumen, la comunicación no solo resulta efectiva sino además preventiva, y se encuentra en la esencia de la entrega, de la comprensión, de la atención plena, de la sensibilidad, del conocimiento... La comunicación, sin ninguna duda, mejora los resultados en los pacientes.

¿Y qué puede aportar este libro precisamente a los pacientes o a una persona que no se dedica a ninguna profesión sanitaria? Estas historias buscan también mostrar la complejidad del trabajo sanitario, la enorme responsabilidad de tener entre las manos el bien más preciado de una persona: su salud. La empatía no es un camino de

una sola dirección, y entender la realidad diaria a la que se enfrenta el personal sanitario puede conseguir que valoremos de manera más justa su aportación a la sociedad.



## *Prólogo*

Era el día 9 de marzo de 2017. La seriedad de la cara de la joven doctora no hacía presagiar nada bueno. Además, el acristalamiento del reducido despacho propiciaba una atmósfera agobiante, deshumanizada, como de pecera vacía. Sin más preámbulos que los saludos de rigor, sentenció:

—Tras todas las pruebas que le hemos practicado, el diagnóstico no ofrece dudas. Tiene un tumor en el colon en estadio cuatro.

Por deformación profesoral, pensé que debía de encontrarme en el suspenso. Suspenso, sí, pero no una catástrofe en una escala de calificaciones del cero al diez.

—Doctora, ¿cuántos estadios clínicos existen?

—Cuatro.

—Vamos, que estoy, supongo, en el más grave. Quiero que me diga toda la verdad.

—También tiene una metástasis muy extendida en el hígado. Lo siento mucho —añadió con una expresión facial perturbadora, la genuina imagen de la tristeza.

—¿Hay algún tratamiento viable? Desde luego, no estoy dispuesto a ser, inútilmente, objeto de encarnizamiento terapéutico.

—¡Claro que hay tratamiento! Nos hemos reunido el equipo de digestivo, cirugía y oncología para estudiar su caso. Pasado mañana, su oncóloga le ampliará la información. Adiós, buenos días.

Mi esposa y yo salimos de la consulta en silencio, con el corazón encogido. Las cuarenta y ocho horas siguientes fueron, con mucho,

las más amargas del proceso clínico, que dura ya casi tres años y medio. Incredulidad, incertidumbre, inseguridad, confusión, consternación, desolación, desamparo, abatimiento... Todos esos fueron los sentimientos que me invadieron tras la escueta pero trascendental conversación, la más decisiva de mi biografía, en el Complejo Hospitalario de Navarra. La inminencia de la muerte me rondaba a todas las horas. Tampoco podía dejar de pensar en mis familiares más cercanos y en mis amigos más íntimos, que sufrirían con la noticia de mi estado de salud y que serían mis más fieles acompañantes en el incierto camino que en adelante iba a recorrer.

El encuentro con la oncóloga supuso el envés del arriba expuesto con la especialista en digestivo. A requerimiento mío, me facilitó con suma delicadeza y claridad todos los detalles de la enfermedad sin rehuir ninguna de las preguntas que le formulé. Me explicó la altísima gravedad de mi dolencia, incurable, y los objetivos de la quimioterapia, enfocados a garantizar la supervivencia el mayor tiempo posible y con la mejor calidad de vida. Sus palabras y su lenguaje corporal destilaban veracidad, empatía y esperanza. En menos de media hora, la doctora Ruth Vera había conseguido transmitirme certidumbre, serenidad y, en suma, confianza, sensaciones que se irían reforzando en los numerosos encuentros posteriores, en los que la información se ampliaría de modo gradual. Muy pronto fui consciente de la aseveración de Albert Camus: «La enfermedad es un convento que tiene su regla, sus ascesis, sus silencios y sus inspiraciones» (*Carnets*, 2, 1962).

Por mi condición actual de paciente, he pensado con frecuencia en los diferentes médicos que me han atendido a lo largo de mi vida. Recuerdo con afecto muy especial a don Francisco Lorenzo Ruza, nacido en Poyo (Pontevedra) en 1897, el médico de familia durante mi infancia y adolescencia en un pueblo de la Ribera de Navarra, Lerín. A la histórica villa se trasladó el año 1927, en ella se jubiló en 1969 y allí falleció en 1973. En las visitas a domicilio, frecuentes

por mis recalcitrantes amígdalas, «don Paco» portaba su inseparable cartera de cuero de color negro, en la que guardaba el tensiómetro, el fonendoscopio, el termómetro y el recetario. Vestía siempre de manera impecable con traje gris o chaqueta y pantalón a juego, atuendo completado con la corbata. En invierno, la imprescindible gabardina. A veces se sentaba en una silla a mi lado y, a menudo, al borde de la cama. Siempre me cogía las manos. Mientras permanecía en nuestra casa, nunca le vi mirar su reloj de pulsera. En sus canas y mirada de ojos claros creía adivinar la existencia de un hombre bondadoso y competente que me infundía una confianza absoluta al preguntarme con afecto: «¿Qué te pasa, Tomasito?». Me fascinaba su habilidad, casi mágica, para poner a punto el termómetro de la fiebre con un solo movimiento seco del brazo derecho. Terminada la revisión de la boca y del pecho mediante su misterioso fonendoscopio («inspira, respira», «di treinta y tres»), y atendido con diligencia por mi madre, procedía al aseo de manos utilizando la palangana y la jarra aguamanil colocadas en un airoso mueble. Cuando la cosa era benigna, yo solía ser testigo de sus palabras: «Blanca, es lo de siempre. El chico tiene una infección de anginas y fiebre alta. Hasta que no se las extirpen le seguirán dando la lata. Ahora, que se tome el jarabe y, eso sí, que no se mueva de la cama por lo menos en tres días. Mañana volveré a ver cómo está». Y al día siguiente, y al siguiente, y todos los que hicieran falta, se repetía el balsámico ritual. No me gustaba nada, claro está, pasar varios días sin salir de casa, y mucho menos dejar de asistir a la escuela y de jugar con los amigos. Sin embargo, saber que don Paco velaba por mí equivalía a garantía de estabilidad y curación. En cierto modo, lo consideraba un miembro más de mi familia. La misma estela ejemplar siguió en la localidad su sucesor, don Valentín Echeverría Artieda (1934-2013). No es fruto del azar que sus nombres, cuando salen a relucir en la conversación entre los lerineses, vengan acompañados de muestras de respeto, admiración e inmensa gratitud.



Con el paso de los años, la estructura y funcionamiento del sistema sanitario cambiaron, cómo no, por completo. En general, la relación con mis médicos de familia y algún especialista en el medio urbano ha sido excelente. He palpado en casi todos ellos saberes profesionales muy consistentes, sensibilidad y afán de empatizar conmigo y de conocer determinadas circunstancias personales o sociales que contribuyeran a afinar los diagnósticos y, en consecuencia, los tratamientos. Hace más de dos mil años, uno de los grandes clásicos latinos, Cicerón, escribió: «El médico competente, antes de dar una medicina a su paciente, se familiariza no solo con la enfermedad que desea curar, sino también con los hábitos y la constitución del enfermo». Nada nuevo bajo el sol. Su labor, la de los galenos de cabecera, ha poseído y posee, lo proclamo a los cuatro vientos, un mérito extraordinario al desarrollarse acotada por unas limitaciones temporales anoréxicas y por una notable escasez de recursos humanos y técnicos.

Para completar este panorama, me siento en la obligación moral de mencionar la figura de un médico de cabecera *sui generis*. Nunca me miraba a la cara, pese a que en los años setenta los ordenadores brillaban por su ausencia en los centros de salud, y cuando lo hacía solía ser para reprocharme que tuviera frecuentes y severas afonías: «¿Otra vez usted por aquí? ¡Aguántese con lo que tiene! Si usted es profesor, ¿por qué no le educaron en el manejo de la voz en la Facultad de Filosofía y Letras?».

Los presentes retazos autobiográficos han surgido al hilo de la obra que el lector tiene en sus manos, *Conversaciones con pacientes*, del pamplonés José Mari Iribarren Gasca, especialista en comunicación clínica. Lo conocí con motivo del Congreso Nacional de Oncología organizado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y celebrado en Pamplona en octubre de 2019. José Mari coordinó una de las sesiones de la sección «Diálogos SEOM. Hablamos de cáncer entre oncólogos, pacientes y periodistas», precisamente la titulada «Información al paciente y toma de decisiones compartidas», en la

que tuve la fortuna de compartir jugosa conversación con el oncólogo doctor Uriel Bohn Sarmiento, del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, en Las Palmas, y con el propio José Mari, quien me confesó en privado que estaba escribiendo un libro sobre la materia.

El resultado de su espléndido trabajo, de cuya génesis he sido testigo privilegiado, salta a la vista. Aunque la riqueza de su contenido, estructura y dicción invitan a un comentario pormenorizado, me limitaré a subrayar aquellos rasgos que, a mi juicio, resultan más notorios y valiosos.

De entrada, es necesario subrayar y alabar que el autor se haya centrado en un asunto importantísimo de la práctica clínica, que, sin embargo, hasta la fecha no se ha integrado de modo sistemático y obligatorio en los programas de formación de las facultades de Medicina, y al que, por consiguiente, no todos los médicos valoran en sus justos términos. Un minucioso estudio elaborado por cuatro especialistas de la Universidad de Santiago de Compostela concluye: «Los resultados permiten valorar que la formación en comunicación que reciben los estudiantes de medicina es escasa» («Análisis de la formación en comunicación y la relación médico-paciente en los grados de Medicina en España», *index comunicación*, n.º 6 (1), 2016, pp.27-51). Por desgracia, el criterio biológico sigue primando en los planes de estudios, en detrimento de un territorio, el psicosocial, que día a día revela ser un componente básico de la buena praxis clínica. Y mucho más en el corazón de una sociedad impregnada de incertidumbres, tensiones, miedos, espíritu hedonista y utilitario, refractaria a reconocer algunas de las dimensiones esenciales de la condición humana, tales como la vulnerabilidad, la menesterosidad (sobre la que escribió páginas memorables el maestro Pedro Laín Entralgo), la interdependencia y la mortalidad.

Las páginas de *Conversaciones con pacientes* no constituyen un manual docente, tan sistemático como abstracto. No. La comunicación

entre médicos y enfermos está canalizada y personalizada en doce historias reales, muy variadas, representativas del amplísimo abanico de situaciones que casi a diario afronta el personal sanitario. Se han escogido, claro está, aquellas que ofrecen el perfil más duro, ya sea por la gravedad de los diagnósticos («malas noticias»), ya sea por las tesituras de conflicto, las difíciles circunstancias personales y familiares del paciente y su entorno, y el contexto clínico, rural o urbanita, centro de salud u hospital, en el que se desarrolla el encuentro entre el médico, el paciente y los familiares acompañantes.

Las historias no solo están inspiradas en la realidad, sino que, verbalizadas por escrito, desprenden el aroma inconfundible de la vida, la vida concentrada en momentos de extraordinaria intensidad emotiva dada la manifiesta precariedad del enfermo. En el manejo del lenguaje, el autor se muestra como un genuino ventrílocuo al poner en los labios de cada personaje, empezando por los narradores principales, el registro lingüístico más apropiado: el culto de la jerga médica, el estándar, el coloquial y hasta, por momentos, el vulgar. He ahí el principal recurso para hacer verosímiles y creíbles a los personajes.

Que las historias estén focalizadas en el punto de vista de narradores concretos otorga a los relatos y monólogos un plus de eficacia comunicativa, cercanía y cordialidad. Nos cuentan sus experiencias médicos de familia y especialistas en oncología, traumatología, neurología y un MIR en el servicio de urgencias. Singular interés encierran también las experiencias y vivencias íntimas ofrecidas por enfermeras veteranas y noveles, que a menudo pasan con el paciente más tiempo que los médicos y, por tanto, lo conocen más a fondo. El friso humano se amplía, de forma muy significativa, mediante la voz de un hijo de paciente (historia 11) y el soliloquio, estremecedor, de una enferma moribunda (historia 12). Para conjurar la tentación de buenismo simplista aplicado a todo el personal sanitario, Iribarren también pone en escena a varios médicos de conducta profesional poco

recomendable, lo cual lo acredita como un conocedor muy solvente del medio sanitario, con sus muchas luces y sus inevitables sombras. Puestos a elegir, me quedo con las historias número 6 («Tomás y la comunicación en soledad»), espejo fiel de la tragedia causada por la pandemia del COVID-19, y con la número 10 («Una noche... ¿en la ópera?»), trufada de toques humorísticos y con habilidoso manejo de un número elevado de pacientes en situaciones muy comprometidas.

A continuación de cada una de las historias figuran unas claves metodológicas muy orientadoras de naturaleza didáctica que, sin alharacas de ninguna clase, pero con un envidiable rigor y conocimiento de causa, analizan sus aspectos esenciales relativos al uso del lenguaje verbal, paraverbal y gestual, en los que se fundamenta la comunicación cara a cara. La teoría comunicativa recomendable, implícita en el transcurso de todos los casos, bien resueltos, encuentra su cifra y resumen en las pertinentes reflexiones de la doctora Eva Larraya (historia 10): «Si eres sensible con el dolor y ofreces información, en general la gente responde muy bien (...) si de verdad te muestras sensible y abierto, evitas que los familiares se sientan tentados de malpensar. Pero si eres esquivo o seco, o vas de superior, entonces alimentas la sospecha, incluso aunque tu actuación haya sido impecable».

No es preciso que Iribarren insista en los diversos modelos de comunicación médico-paciente, pero enseguida saltan a la vista prácticas clínicas exponentes de relaciones autoritarias, directivas, deliberativas y democráticas, dependientes de factores muy heterogéneos. Con dificultad se alcanzarán los beneficios físicos y psicológicos de la estrecha relación médico-paciente si no se tienen en cuenta, en lo tocante al enfermo, el nivel sociocultural, la actitud, carácter y personalidad, las creencias y expectativas, y la situación biográfica personal. La personalidad rígida o dialogante del médico y el grado de formación y especialización pueden resultar determinantes. No pocas veces factores dependientes del entorno, que escapan al control

del médico de a pie, pueden influir de manera considerable en la comunicación médico-paciente y en la evolución de los procesos clínicos (entre otros, la situación familiar del enfermo, la burocracia administrativa, la disponibilidad de recursos y tiempo, la intervención de varios médicos sobre un mismo paciente, no siempre debidamente coordinados, etc.).

La pandemia del coronavirus está condicionando desde el pasado mes de marzo los cimientos del ejercicio ordinario de la medicina y de la vida ciudadana en general. Cuando muchos profesionales todavía no han recibido la formación adecuada en las habilidades y técnicas de la comunicación, las medidas sanitarias protectoras están dificultando hasta extremos impensables las comunicaciones entre médicos y enfermos, como se pone de relieve en la historia número 6. ¿Cómo transmitir cercanía afectiva al enfermo cuando hay que guardar una «distancia social» entre los interlocutores? ¿Cómo considerar al médico una persona acogedora cuando va revestido de atuendo tan insólito? ¿Cómo transmitir emociones con el lenguaje corporal de la cara cuando esta se halla tapada casi por completo con la mascarilla y otros aditamentos? ¿Cómo dar la mano protectora a quien las lleva enguantadas en látex? ¿Cómo percibir las múltiples y enriquecedoras modulaciones de la voz cuando en ocasiones las mascarillas impiden hasta la escucha más elemental? Es probable que, por un tiempo, nadie sabe cuánto, el personal sanitario y los pacientes (y, por extensión, la población en general) tengamos que adaptarnos y habituarnos a unas exigencias tan poco comunes y, de momento, inevitables. Y, si el peligro de la pandemia se prolonga, habrá que descubrir y poner en práctica nuevas fórmulas para reanudar la estrecha vinculación entre médicos y enfermos, que nunca debe desaparecer. Por la cuenta que nos trae, sobre todo a los enfermos, el centro neurálgico del sistema sanitario.

Debido a todas las razones aducidas, estoy convencido de que *Conversaciones con pacientes* acabará convirtiéndose por derecho pro-

pio en un libro de referencia en las facultades de Medicina y Enfermería, y en los diversos medios sanitarios. Desearía que su lectura hiciera pensar también, por unos momentos, en las trayectorias profesionales e iluminadoras, y hoy irrepetibles, de don Francisco Lorenzo Ruza y de tantos y tantos médicos de familia a la vieja usanza. Y, cómo no, en la silla del doctor Gregorio Marañón, el mueble que el ilustre médico y humanista consideraba el avance más relevante de la medicina. La humilde silla, símbolo de la fecunda relación interpersonal entre médico y paciente, en el que se asienta la escucha activa, la indagación sensible, la información adaptada al interlocutor; en suma, el cauce para conseguir la confianza plena, condición indispensable para orientar el proceso clínico con el rumbo más adecuado.

Pamplona, julio de 2020

Tomás Yerro Villanueva  
Catedrático de Lengua y Literatura Españolas  
Premio Príncipe de Viana de la Cultura 2019



## *Capítulo 1*

# **Nacho, el infarto y los buenos hábitos**

«Tengo que pensarlo... Tengo que pensarlo... Tengo que pensarlo...». Estas tres palabras suenan en mi cabeza una y otra vez, de manera rítmica y acompasada, como un repetitivo hilo musical, desde que las he pronunciado en respuesta a la pregunta de mi mujer, nada más levantarnos: «¿Has tomado ya una decisión?». No, no he tomado una decisión, y sé que tendría que tomarla, y sé que tendría que hablarlo con ella, pero mi cabeza ha decidido protegerse y buscar acomodo en cualquier refugio intrascendente: la serie de anoche, el periódico de la mañana, la conversación con el panadero, la música en el coche... Por ahora, todas son buenas coartadas para posponer la decisión. Aunque ninguna como las que me ofrecen mis pacientes, mi agenda diaria, mis salidas al domicilio, la renovación de recetas... Actividades que me aseguran casi ocho horas de anestesia mental.

Aparco, como siempre, en la entrada del pueblo, y no en el aparcamiento que hay junto al centro de salud y hoy vuelvo a ser consciente de por qué mantengo esa costumbre. Por qué camino día tras día esos escasos ochocientos metros, atravesando una calle peatonal que se despereza a la vez que yo, a golpe de puerta de camión frigorífico y de persiana de ultramarinos, y de cuyos portales salen niños y no tan niños camino del cole o del instituto, y hombres y mujeres que harán el camino inverso al mío, para encontrar en la ciudad el lugar donde desarrollarse en el terreno profesional. Gracias a este paseo de apenas diez minutos, transito sin darme cuenta de la inmediatez de la ciudad a la pausa del pueblo, del cupo a los pacientes, del número a



la persona, y siento que día a día ha consolidado un arraigo que ahora debo cuestionarme, aunque no quiera. Una nueva distracción evita que me enfrente a mis miedos.

—¡Doña Pilar! —exclamo—. ¿Cómo está?

Pilar ha vuelto hace poco al pueblo tras casi una vida en Pamplona. Sufrió un aneurisma y, durante su estancia en la UCI, le descubrieron un tumor en el pulmón, del que la operaron seis meses después. Ha tenido un año durísimo en términos físicos y mentales, pero ahora mismo no hay rastro del tumor y comienza una recuperación física que va a ser lenta, pero con la que soy muy optimista

—Ay, doctor, hecha un cromo, pero bien. Ahora es José Luis el que está pocho.

—¿Gripe?

—Sí, hijo, sí. Y ya sabe cómo son estos hombres, que se quejan como si los estuviesen matando.

—¡Es que usted no sabe lo que sufrimos los hombres! —bromeo—. Si mañana sigue igual, pida hora y lo veo, ¿le parece?

—Muchas gracias. Y, si vamos, le llevaré unos pimientos que acabamos de enlatar.

Llego al centro de salud, antes de cruzar la puerta automática de vidrio veo a María, la chica de Administración, que estira el cuello con evidente intención de comunicarme algo.

—Doctor Iriguíbel, te ha llamado...

—¡Luis! Llámame Luis, por favor.

—Luis, te ha llamado la doctora Aguirre, de Centrales. Que le llames en cuanto puedas. ¿No te ha llamado al móvil?

Imagino, pero no he hecho mucho caso al móvil desde ayer.

—¡Olé tus narices!

Me siento en la consulta y mientras el ordenador, con su crónica lentitud, inicia el proceso de arranque, mato el tiempo mirando por la ventana el flujo de entradas y salidas del centro, muy animado hoy al ser día de extracciones. Cuando el ordenador deja de emitir sus

lastimeros ruidos iniciales y abro el programa, me sobresalta algo. «¡Pero qué haces!», exclamo sin darme cuenta en voz alta, al ver a Nacho a través del vidrio. «No me lo puedo creer», pienso al descubrir que Nacho es mi primer paciente del día. «Lo mato, me va a oír».

Por la puerta lateral, la que une la consulta médica con la de la enfermera, asoma la cabeza Julia. Es una enfermera de raza, vocacional, decidida, estudiosa, inquieta y entregada a su trabajo y a sus pacientes, hasta un nivel de identificación con ellos que en ocasiones le genera más sufrimientos que alegrías. Formamos un buen equipo. Llevamos juntos más de 8 años, somos más o menos de la misma edad (creo que yo soy dos años mayor) y hemos alcanzado un nivel de confianza casi familiar.

Sigue sin cruzar la puerta, mide la posición y me observa con distancia. Sé que cuando me mira así, con esos ojos marrones engrandecidos por unas gafas de más de seis dioptrías, y gira levemente su cabeza, nos encontramos en la antesala de una conversación seria. Así que sé que no viene a reñirme por mi salida de tono, ni a quejarse porque no he podido conseguir una sustituta para una enfermera que lleva una semana de baja.

—¿Qué tal? —le pregunto con una sonrisa pícara y olvidando por un instante lo que acabo de ver por la ventana.

—Tú dirás.

—¿Yo diré? ¿Qué diré? Pasa, pasa.

—Venga, Luis, que ya sabes que lo sé.

—¿Qué sabes? Julia resopla e interrumpe con rapidez el juego.

—Te ha llamado Aguirre ya varias veces. ¿Te han ofrecido irte?

Me quedo en silencio, pero no para mantener el misterio. Me da miedo contestarle y situarme, ya definitivamente, en el cruce de caminos en el que sin duda estoy.

—Sí, me ofrecen irme a Pamplona. A una dirección de zona.

Julia intenta disimular sin éxito su decepción. Se sienta en una de las sillas reservadas para los pacientes, y sonrío sin ganas.

—¿Y qué vas a hacer?

—No lo he decidido.

—Pero algo habrás pensado.

—¡Claro!

—Vamos, que lo estás sopesando de verdad.

—¿Tú qué crees?

—No te puedes ir, Luis, esto es tu vida. ¿Qué vas a hacer tú sin tus pacientes? ¿Qué pintas tú en Centrales?

—Digo yo que si me lo han ofrecido es porque creen que algo puedo pintar —empiezo a sentirme algo incómodo.

—¿Ahora a seguir a los burócratas?

—No seas simple, por favor.

—¿Simple? ¿De qué vas? Como si nunca hubiéramos hablado de la gente de Centrales. Nos tienen jodidos, no nos hacen ni caso, y encima tendremos que bailarles el agua.

—Una cosa es que nos quejemos cuando hay algo que no nos gusta; y otra, plantear esto como una guerra, como si nosotros fuésemos los buenos, y ellos los malos.

—Tal como hablas, me da la sensación de que tienes la decisión tomada. Tú mismo, yo creo que ahí no duras ni un mes.

—Te agradezco la confianza. Bueno, que empieza el meneo. Ya hablaremos...

Salgo a la puerta para llamar al primer paciente y ahí está Nacho, que entra sonriente y me da una sonora palmada en el hombro. Imagino que no espera el rapapolvo que tengo pensado echarle.

Resulta difícil meter en vereda a un tipo que ronda los cincuenta, soltero y sin más compromisos familiares que compartir algo de tiempo con unos padres, independientes por ahora, que viven puerta con puerta. Muy involucrado en la vida social del pueblo, puedes encontrarlo animando con su voz rasgada la carrera ciclista solidaria, conduciendo la furgoneta que lleva al rey Baltasar en la cabalgata o, por supuesto, apurando hasta bien entrada la tarde el vermut de

cada sábado. Tampoco su aspecto pasa desapercibido, con su casi uno noventa, una melena entre cana y amarillenta recogida sin mucha atención en una coleta, y sus camisas a cuadros, siempre de manga corta, sea la época del año que sea.

Representa muy bien la esencia del pueblo: abierto, hospitalario, poco sofisticado y sin complejos, aunque a veces también algo cargante, y así se ha mostrado Nacho conmigo desde mis primeras fiestas de verano, hace casi diez años, en las que se convirtió en mi cicerone. Casi veinticuatro horas de acompañamiento, desde el encierro de la mañana hasta la verbena de la noche, pasando por la salida de los gigantes, la comida de los jubilados, el campeonato de mus o la ofrenda a la patrona, y que aguanté gracias a que no pruebo el alcohol, porque seguir su ritmo de cervezas, martinis, cubatas y cigarros me hubiera llevado a una muerte segura. Le tengo un sincero aprecio, y justo por eso me tomo tan a pecho lo que he visto.

—¿Cómo estás, Nacho? —pregunto desinteresado y sin mirarle a la cara.

—Bien, bien... Bueno, algo cascado porque me está dando la lata la cadera derecha.

Después de una anodina explicación sobre los dolores que sufre, le exploro en la camilla, le receto antiinflamatorio durante 5 días y, si sigue con molestias, veremos qué hacer.

—Nachó, te he visto por la ventana mientras esperabas.

Le cambia inmediatamente el gesto, aunque intenta disimularlo con una sonora risotada, y se levanta para dar por terminada la consulta por la vía rápida.

—Siéntate, por favor.

—Doctor, que te veo por dónde vas.

—¿En qué estás pensando? ¿Cómo se te ocurre volver a fumar? ¡Un infarto, joder! Un infarto es lo que tuviste y menos de un año después vuelves a las andadas. ¿Se te ha olvidado ya lo que pasaste?

—¿Cómo se me va a olvidar? —Nacho reacciona con bravura, se apoya en la mesa y me mira fijamente a los ojos—. Nadie mejor que yo sabe lo que pasé, ni lo que me ha costado recuperarme, así que no me hables como si fueras mi padre.

—No soy tu padre, pero soy tu médico, y tengo una responsabilidad.

—Ni responsabilidad, ni leches. El responsable soy yo y me encuentro de cine. Y un cigarro al día no me va a matar.

—¡Olé! ¡Claro que no! Seguro que ese cigarro te hace hasta crecer.

—Luis, que no he venido a recibir ni un sermón, ni una bronca. Si me sigue doliendo la cadera, vuelvo la semana que viene.

Nacho se marcha sin despedirse, y su portazo lo evita la corriente, que devuelve como un muelle la puerta para delatar mi estupefacción a los pacientes que esperan en la sala. Los voy atendiendo con una sonrisa fingida, confuso y frustrado (con todos y conmigo). Por suerte, una cita cancelada después del café me concede un respiro, que aprovecho para intentar pensar.

Abro la puerta de la consulta de Julia, ambos nos disculpamos y quedamos en hablar con calma antes de comer. Me siento de nuevo y, tragándome mi orgullo, descuelgo el teléfono.

—¿Qué tal, Nacho? ¿Puedes pasarte hacia la una por aquí?

¿Y ahora qué? Me molesta que no vea el peligro, y me enciende que no lo vea después de sufrir lo que sufrió, después de ver cómo vivió su madre aquellos días en el hospital, después del esfuerzo que le ha supuesto cambiar algunos hábitos... ¡Y encima, se pone chulo! Aunque también debo admitir que me he equivocado, no sé si consigo algo riñendo a un paciente. En este caso, está claro que no. No creo que Nacho reaccione positivamente por nuestra conversación, más bien al contrario. No lo sé, creo que hoy no es el mejor día para estas reflexiones, aunque me temo que ya no es posible dilatar más algunas tareas. Si quiero reconducir la situación, debo hacer algo distinto, eso lo tengo claro. Pero ¿qué?

Salgo a recibir a Nacho a la puerta, entra sonriente, con decisión y me coge con fuerza los antebrazos.

—Me cago en la leche, doctor, esto no puede ser.

Le agradezco que haya venido, se repantinga en la silla mientras busca una papelera donde tirar el chicle que masca ruidoso, y comienza con un discurso autocomplaciente.

—Si ya lo sé, doctor, que no debo fumar. De verdad, no te preocupes que es solo uno al día, te juro que ni uno más. Me ha pillado una temporada dura de trabajo, y me ayuda a relajarme. Me va bien...

—Ahora hablamos de eso —interrumpo con amabilidad su acumulación de excusas—. Quiero disculparme por lo de antes. No me ha gustado nada verte fumar, pero no ganamos nada discutiendo.

—Yo tampoco he estado fino, lo siento. Pero, de verdad no te preocupes por mí.

—No me preocupo, pero me ocupo. —Sonrío tranquilo por primera vez en todo el día—. A ver, que no creas que no te entiendo. Ha pasado casi un año, tu recuperación está siendo muy buena, y cada semana que pasa te encuentras mejor ¿verdad? ¿Sigues caminando todos los días?

—Sin dejar ni uno.

—Eso es la leche. ¿Recuerdas cómo estabas al salir del hospital?

—Lo que estaba era acojonado, además de hecho un cromo.

Guardo silencio durante unos segundos, no más de cinco, levanto las cejas y resoplo, en un gesto evidente de refuerzo, intentando recordar la primera consulta después de salir del hospital, a la que lo acompañó su madre. Eran la viva imagen del pavor y de la impotencia. Nacho contemplaba el futuro inmediato como una cuesta interminable para cuya subida no tenía fuerza alguna, mientras su madre lo miraba en silencio.

—Y mírate ahora.

—Ahora estoy como un toro —se incorpora hacia la mesa y pega un golpe decidido.

—Recopilemos: caminas todos los días... ¿cuánto? ¿Cuatro kilómetros?

—Cuatro o cinco. Los domingos en el monte, más. Me cuido más con la comida, los cubatas, ni ver, alguna cerveza sí me tomo, pero la mayoría sin alcohol. Bueno, que eso ni es cerveza ni es nada, pero se le parece...

—De todo lo que has hecho, ¿qué es lo que más te ha costado?

Gira su cabeza hacia la ventana, buscando la respuesta en el infinito, y el gesto de la cara delata el esfuerzo que le supone recordar con mayor nitidez el proceso que ha vivido.

—Ya sabes lo que me gustan la calle y los bares, ¿verdad? —prosigue—. Al principio dejé de ir a la plaza, me costó demasiado enfrentarme a estar en una terraza y no poder tomarme dos cañas, ni fumar unos cigarros.

—Pero lo conseguiste... —Veo que sonrío orgulloso—. No me puedo imaginar lo que debió de costarte.

—Lo que me cuesta... Lo que me cuesta...

—¿Cuál crees que fue el empujón definitivo para hacerlo?

—¡Hombre! ¡Vivir! —se ríe a carcajadas, aunque enseguida vuelve a hablar en serio—. No fue fácil asumir lo que me pasó, y me afectó mucho ver a mi madre sufrir... Mi pobre madre, que todavía me considera su niño, y que no hace más que repetirme que los padres tienen que irse antes que sus hijos...

—Pobre...

—Si antes me cuidaba, ahora ya es exagerado. Hay días que llego a casa y me encuentro *tuppers* con comida para toda la semana, cada una con un *post-it* en el que me pone el día que me lo tengo que comer.

Reímos a gusto recordando alguna otra perla de su madre, como cuando me paró por la calle para reñirme porque Nacho se echaba sal en algunas comidas. Conforme agotamos el tema, aprovecho para volver a lo serio.

—Nacho, lo último que quiero es echarte un sermón sobre lo que está bien y lo que está mal, ¿vale? Lo que quiero es que pensemos en lo que has conseguido y en lo que has pasado para conseguirlo. Te insisto en lo que he dicho antes: te entiendo. Te encuentras bien, incluso mejor que antes del infarto, y por relajarte un poco no va a pasar nada.

—¿Tanto riesgo es que me fume un cigarro al día?

—Estoy convencido de que, si no te hubiese ocurrido nada, no estaríamos hablando de esto. Pero en tu caso el riesgo es mayor, y no solo por el cigarro. Hoy es un cigarro, pero si dentro de tres meses estás aún mejor, te dirás: «Venga, por dos cigarros no va a pasar nada». Y después, de una caña pasamos a un martini porque te encuentras muy bien y quieres celebrarlo.

Hago una pausa para que lo vaya digiriendo.

—Te propongo algo. Piénsalo. Pero no pienses en que tienes que dejar ese cigarro. Piensa en lo que te ha costado, y en lo que has ganado. Y después, piensa en ese cigarro, y en si te compensa. ¿Te parece?

—Pero si ves que «caigo», no me riñas —suplica con sorna.

—Yo te prometo que no te reñiré, pero tú me prometes que lo pensarás.

—Hecho, doctor.

—Pide una cita telefónica en una semana, me cuentas qué tal va la cadera, y hasta dónde has pensado en esto.

Me levanto y lo acompaño a la puerta, donde nos damos un intenso apretón de manos que culmina con una nueva palmada en mi hombro, sonora como pocas, y que me vuelve a pillar desprevenido.

**«Debo entender  
sus razones  
y buscar la  
motivación que  
le empuje a  
cambiar».**



Cuando vuelvo a comprobar el reloj, son ya las 14:45. Julia ha tenido que irse un poco antes, así que será mañana cuando hablemos con calma. Espoleado por la conversación con Nacho, y mientras cierro las tareas rutinarias de todos los días, me quito la venda mental y me enfrento a todas mis dudas, a mis miedos, y a la inaplazable conversación que tendré esta tarde noche con mi mujer. Sé que ella va a ayudarme a tomar la decisión, sea cual sea. Sabe lo mucho que disfruto en esta consulta, que me permite cumplir el sueño por el que yo quería ser médico. Yo no soñaba con ser un cirujano de los que reconstruyen miembros, ni un reputado especialista invitado a un congreso en Chicago. Yo pretendía ser precisamente esto: un médico de pueblo, que cuida personas, que tiene tiempo para establecer una relación casi familiar con sus pacientes y que, qué coño, también salva vidas. Cumpliendo ese sueño, me adentré también en el terreno de la gestión, y he descubierto que también puedo hacer el bien a mis compañeros, a toda la gente que trabaja en el centro. Y este gusanillo es el que alimentaría yendo a Centrales. Vuelta a Pamplona, pero ahora para «mandar», para intentar replicar a mayor escala el modelo de gestión que hemos puesto en marcha en el pueblo, y que pinta muy bien, pero que me genera no pocas dudas: ¿tendré capacidad de influir?, ¿tendré que tragar con politiqueos que detesto?, ¿me ganaré el desdén que me ha transmitido Julia?, ¿pasaré a ser un mero «gestor»?

Con la cabeza como un bombo, regreso al coche. Hace mucho calor, así que camino por el hilo de sombra que se proyecta en el lado derecho de la calle y ruego por no encontrarme ahora con nadie que interrumpa mis desordenadas elucubraciones. Abro la puerta del coche y maldigo haberme olvidado poner el parasol. Con gestos rápidos para no quemarme, enciendo la radio del coche. Sueña Joaquín Sabina, y no puedo quitarme una estrofa de la cabeza para el resto del día:

«Más triste que un torero, al otro lado del telón de acero. Así estoy yo, así estoy yo, así estoy yo, sin ti».

## **Las claves metodológicas de la historia**

### **El objetivo de Luis Irigüibel**

Este es un caso paradigmático en el que nuestro objetivo puede estar desenfocado, y en el que pongamos más el acento en refir al paciente que en intentar hacerle ver que lo mejor para él es que deje de fumar. Por un momento, Luis se deja llevar por las emociones y opta por la censura, aunque luego rectifica y se centra en el objetivo de hacer todo lo posible por que el paciente deje de fumar.

Se enfrentan en casos de este tipo el modelo tradicional (de corto impacto, más informativo y, en ocasiones, autoritario) frente al modelo motivacional (que requiere trabajo a medio plazo y búsqueda de la reflexión).

### **Empatía y compasión**

Sí, parece mentira, pero mucha gente tiende a olvidar las malas experiencias y a minusvalorar los riesgos de determinados malos hábitos. Cuanto mejor se encuentran, la percepción del riesgo disminuye. Ante esta realidad podemos, o bien rebelarnos y actuar con severo paternalismo, o bien orientarnos hacia la persuasión. Esto no significa que Luis apruebe que Nacho vuelva a fumar, pero sí que intenta entender las razones que lo han llevado a relajar sus hábitos. A partir de conocer y comprender su razonamiento, Luis desactiva la tensión y la actitud defensiva de Nacho, y crea un entorno más propicio para la conversación.

### **Evitar la discusión sobre lo que está bien o lo que está mal**

Una vez que la conversación se ha reconducido, Luis no impone su opinión, ni argumenta de manera directa lo que está bien o lo que está mal. En una persona que sabe que su hábito no es adecuado, encontrarse con oposición puede generar rechazo y ce rrazón.

### **Mover a reflexionar explorando información**

La clave en la entrevista motivacional reside en buscar los estímulos, las razones esenciales que pueden mover al paciente y que, con toda probabilidad, serán las mismas que lo indujeron a cambiar de hábitos justo después del infarto.

Luis pregunta continuamente, invita a Nacho a reflexionar, a que recuerde situaciones y emociones que ha vivido a lo largo de su proceso, en el que además no ha estado solo: sus padres, sobre todo su madre, han sufrido con él. También apela a los logros conseguidos y al esfuerzo dedicado para alcanzarlos. Luis consigue que Nacho pase de la complacencia a la duda, y de la duda a la determinación, reforzando la confianza en su propia capacidad.

### **Pensar a medio plazo: acordar un plan y ponerse a disposición del paciente para su cumplimiento**

Malas noticias: Luis no va a conseguir sus objetivos en una sola consulta. Por eso propone un plan de acción con tareas, responsabilidades y plazos, y se pone a disposición de Nacho para colaborar en todo lo que esté en su mano.