



GLOBAL
RHEUMATOLOGY
BY PANLAR

E-ISSN: 2709-5533
Vol 5 / Ene - Jun [2024]
globalrheumpanlar.org

C O L U M N A

TRAYECTORIAS

TRAJECTORIES

TRAJETÓRIAS

<https://doi.org/10.46856/grp.22.e183>

Fecha de recibido: 16 / Febrero / 2024
Fecha de aceptado: 12 / Marzo / 2024
Fecha de publicado: 21 / Marzo / 2024

Cite as: Palacios Boix A. Trayectorias. Global Rheumatology. Vol 5/ Ene - Jun [2024] Available from: <https://doi.org/10.46856/grp.22.e183>



COLUMNA

TRAYECTORIAS

Alberto Palacios

Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología del Hospital de los Angeles Pedregal en CDMX

Palabras Clave: TRATAMIENTOS, TERAPIA BIOLÓGICA, METOTREXATO

"Las décadas recorridas me han enseñado mayor humildad y mejor calidad de escucha, lo que redundo en cobijo afectivo frente al dolor y mesura en el uso de antiinflamatorios y fármacos biológicos. Si bien la inmunosupresión ha sido el sustrato terapéutico de los fenómenos autoinmunes, como resulta obvio, su exceso conlleva resultados catastróficos y efectos indeseables con los que la cuesta se hace más azarosa. "

Hace cuarenta años me asomé por primera vez a la Reumatología de manera formal. Mi rotación por ese departamento en el INCMNSZ comprendía tres meses que tuve que acomodar con las otras rotaciones necesarias para emprender mi subespecialidad. Cursaba el tercer año de la Residencia en Medicina Interna y creía resuelto mi futuro. Ya era padre de dos hijos y tenía bastante abandonada a su madre en medio de guardias, publicaciones y ahora, además, seminarios temáticos que constituyeron en adelante la fuente de evaluación de mis capacidades histriónicas a la par con mi acervo de conocimientos. El primero de tales retos fue una descripción de las manifestaciones reumáticas de la diabetes mellitus, que fue muy celebrada por mis colegas y, me atrevo a afirmar, allanó el camino para ser aceptado como residente de la subespecialidad pocos meses después.

No me detendré más en esta etapa, salvo por haber advertido, desde el origen, que podía amalgamar mi interés por las ciencias básicas aplicadas a la fisiopatología con un deleite hacia los procesos afectivos que merodean al padecimiento crónico.

Mi jefe entonces, el Dr. Donato Alarcón Segovia, notable mentor después en estos mismos derroteros, se atrevió a sugerir que debía continuar mis estudios en el Wellesley Hospital de Toronto para desentrañar los recovecos de la Fibromialgia, síndrome que había sido descrito

tiempo atrás para desconcierto de propios y extraños. Pese a su intuición, decliné para dedicarme de lleno a la Inmunología, que en aquellos años debutara como un campo ignoto digno de explorarse para develar los secretos de los fenómenos inflamatorios autoinmunes. No me equivoqué, pero el sabor de un hueco para investigar el sufrimiento humano siguió dictando mis intereses. Habría de retomarlos tres lustros después.

Ya entonces tenía un ofrecimiento de continuar adentrándome en la psicopatología, es decir, emprender estudios en el extranjero en Psiquiatría, promesa que no habría de cumplirse, ante todo por mi reticencia a seguir bajo la sombra de mi padre. Uno difícilmente sabe discernir qué tropezos encierra la senda edípica cuando no está del todo analizado.

Sea como fuere, al despuntar la primavera, y tras haber declinado una invitación para hacer la Maestría en Educación Médica en Estados Unidos, me incorporé al Departamento de Inmunología y Reumatología impulsado por un buen amigo, Arnoldo Kraus, quien sería mi confidente y protector durante ese primer año de fellowship dadas las presiones académicas (y emocionales) que logré vislumbrar pero no anticipé del todo. Debo admitir que fue una etapa de hondas confusiones y grandes expectativas, que pusieron a prueba mi estabilidad y mi inteligencia.

Por ventura, el enfrentarme de lleno al dolor y a la discapacidad de los enfermos reumáticos aunó más mi interés en el deterioro emocional que acompañaba tal sintomatología. Era obvio que no había deformidad que no se revistiera de un duelo profundo y que ningún dolor físico estaba desprovisto de un trágico desconsuelo o una pérdida de garantías. Los pacientes acudían a nuestros consultorios en la vieja unidad de consulta externa, próxima a la entrada posterior del hospital, para ocupar los espacios más amplios, por supuesto, dado que la mayoría acudía en silla de ruedas o acompañados de un séquito de familiares que completaban la historia clínica con anécdotas e infortunios.

No había mucho que ofrecerles, aún más. Los esteroides sistémicos acarreaban enormes efectos indeseables, las sales de oro se destinaban a unos cuantos que podían pagarlas o que las toleraban (la tristemente célebre "crisisis"), mientras que la D-penicillamina y la hidroxiclороquina – que de suyo escaseaban– daban resultados tan lentos como desesperantes. En suma, veíamos cómo se deformaban gradualmente, cómo eran presa de complicaciones o, peor aún, cómo nuestros fármacos, por más candor que les imprimíamos, causaban más daño que beneficio.

Dos hallazgos importantes ocurrieron a la par de tan deficiente arsenal terapéutico. El primero de ellos fue un aliciente y pronta decepción. Una compañera de años previos, la Dra. Josefina Sauza, de origen regiomontano, había iniciado un protocolo con un medicamento denominado Benoxapofen que daba resultados sorprendentes en enfermos con artritis reumatoide.

Yo retomé los casos que seguían en vigilancia de fase tres y era notorio lo bien que había remitido su enfermedad, algo inusitado en aquellos años. Desafortunadamente, aparecieron diversos reportes de hepatotoxicidad de la droga en cuestión y fue retirada de inmediato junto con nuestra esperanza y el bienestar de los trece pacientes que la habían recibido. Volver al tratamiento convencional fue una decepción para todos.

El segundo fue la observación de que el methotrexate, droga antineoplásica usada en leucemia y algunos tumores sólidos, podían reducir la actividad de linfocitos incitados para penetrar las articulaciones inflamadas cuando se le empleaba a dosis bajas semanales. Esta información, que tardaría todavía unos años en generalizarse en el mundo, resultó determinante para el tratamiento de las artropatías inflamatorias. Pronto se extendió a la artritis psoriásica y a las espondiloartropatías con un éxito sin precedentes. Debo añadir que al principio llegamos a hacer biopsias de hígado a los pacientes que desarrollaban una mínima hepatotoxicidad, temerosos de repetir el escándalo del Benoxaprofen. El estudio original lo habíamos descubierto – como niños abriendo regalos de Navidad – Kraus y yo en Seminars in Arthritis and Rheumatism en el otoño de 1983 y de inmediato empezamos a aplicarlo. Pocas veces en mi bisoña carrera académica me había sentido que conquistaba un nuevo mundo, y creo que han sido contadas ocasiones desde entonces.

Incluso a mi llegada al Reino Unido para hacer un post-doc en Reumatología, la reticencia para emplear el methotrexate era generalizada. Cuatro años después, a mi regreso a México, todos los médicos que conocí en aquella estancia lo usaban y tanto las sales de oro como la D-penicilamina estaban en franco desuso.

Mi regreso también contempló los primeros visos de la Terapia Biológica con el descubrimiento de que la inhibición del factor de necrosis tumoral era mucho más efectiva en modelos murinos que la tolerancia oral o la manipulación de colágeno de tipo II.

No obstante estos avances en el terreno terapéutico y la contribución de la epidemiología para buscar mejores métodos de evaluación del beneficio y pronóstico de los enfermos reumáticos, los síntomas afectivos y la depresión seguían campeando en mi consulta. No había día en que algún paciente aquejara el abandono de su pareja, el despido de su empleo, la dificultad para tener relaciones sexuales, el abuso de los hijos o el deterioro irremisible de su situación económica. Cada uno de estos desenlaces afectaban su perspectiva cotidiana y su expectativa de vida ante nuestra creciente impotencia.

Sería ingenuo presuponer que uno como médico puede hacer mucho más que escuchar y alentar, de ahí la importancia de contribuir con mi experiencia y ciertas técnicas de orden práctico para mejorar la calidad de vida y la adherencia terapéutica de los pacientes con padecimientos crónicos.

En tal sentido, las décadas recorridas me han enseñado mayor humildad y mejor calidad de escucha, lo que redundo en cobijo afectivo frente al dolor y mesura en el uso de antiinflamatorios y fármacos biológicos. Si bien la inmunosupresión ha sido el sustrato terapéutico de los fenómenos autoinmunes, como resulta obvio, su exceso conlleva resultados catastróficos y efectos indeseables con los que la cuesta se hace más azarosa.

Pero ciertamente faltaba redondear la experiencia clínica con una visión más analítica de la narrativa que entrafía todo padecimiento.

Hace diecinueve años decidí, tras haber constatado la sorpresa de mi padre, estudiar psicoterapia. Mi falta de un respaldo formativo en las enfermedades mentales me puso en contacto con el Pabellón 9 de Psiquiatría del Hospital Español, a cargo del Dr. Carlos Serrano, con quien (además de sus pares y residentes) estaré agradecido de por vida.

En los cinco años siguientes aprendí a sumergirme y resignificar los procesos mentales como nunca antes, desde Sigmund Freud y Donald Winnicott hasta Mark Solms, Christopher Bollas, Laurent Assoun, André Green y tantos otros brillantes psicoanalistas contemporáneos.

Quiso mi inconsciente y, porqué no, la rivalidad edípica, que no terminara la formación anhelada, pero me trajo apareada la mayor felicidad de mi existencia en dos hijas que iluminan a diario mi camino.

Hoy, más resuelto y añejo, puedo dedicarle una atención especial a mis enfermos, percibir su llanto interno, cobijar sus heridas y, sin falsas pretensiones, acompañarlos hacia un futuro más venturoso en el arduo trayecto de la enfermedad y el dolor. Acaso tal ejercicio es concierto, epifanía, y odisea en un solo cometido.

COLUMNS

TRAJECTORIES

Alberto Palacios

Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología del Hospital de los Angeles Pedregal en CDMX

Keywords: TREATMENTS, BIOLOGICAL THERAPY, METHOTREXATE

"The decades I have traversed have taught me greater humility and a better quality of listening, which results in emotional support in the face of pain and moderation in the use of anti-inflammatories and biological drugs. While immunosuppression has been the therapeutic substrate for autoimmune phenomena, as is obvious, its excess leads to catastrophic results and undesirable effects that make the path more daunting."

Forty years ago, I delved into Rheumatology formally for the first time. My rotation in that department at the INCMNSZ lasted three months, which I had to adjust with the other necessary rotations to undertake my subspecialty. I was in the third year of Internal Medicine Residency and thought my future was resolved. I was already a father of two children and had left their mother quite abandoned amidst shifts, publications, and now, additionally, thematic seminars that became the source of evaluation of my histrionic abilities alongside my knowledge base. The first of such challenges was a description of the rheumatic manifestations of diabetes mellitus, which was highly celebrated by my colleagues and, I dare say, paved the way for me to be accepted as a resident in the subspecialty a few months later.

I will not dwell further on this stage, except to have noticed, from the outset, that I could merge my interest in basic sciences applied to pathophysiology with a delight towards the affective processes that surround chronic illness. My boss at the time, Dr. Donato Alarcón Segovia, a notable mentor later in these same paths, dared to suggest that I should continue my studies at Wellesley Hospital in Toronto to unravel the intricacies of Fibromyalgia, a syndrome that had been described some time ago to the bewilderment of both insiders and outsiders. Despite his intuition, I declined to fully dedicate myself to Immunology, which in those years had debuted as an unknown field worthy of exploration to unveil the secrets of autoimmune inflammatory phenomena.

I wasn't wrong, but the taste of a gap to investigate human suffering continued to dictate my interests. I would resume it three decades later.

I already had an offer then to continue delving into psychopathology, that is, to undertake studies abroad in Psychiatry, a promise that would not be fulfilled, primarily due to my reluctance to remain under my father's shadow. One can hardly discern what stumbling blocks the Oedipal path entails when it is not fully analyzed.

Be that as it may, as spring dawned, and after declining an invitation to pursue a Master's degree in Medical Education in the United States, I joined the Department of Immunology and Rheumatology driven by a good friend, Arnaldo Kraus, who would be my confidant and protector during that first year of fellowship, given the academic (and emotional) pressures that I managed to glimpse but did not fully anticipate. I must admit that it was a stage of deep confusion and high expectations, which tested my stability and intelligence.

Fortunately, facing head-on the pain and disability of rheumatic patients further united my interest in the emotional deterioration that accompanied such symptomatology. It was obvious that no deformity was not cloaked in profound mourning and that no physical pain was devoid of a tragic desolation or a loss of guarantees. Patients came to our offices in the old outpatient unit, next to the rear entrance of the hospital, to occupy the widest spaces, of course, given that most came in wheelchairs or accompanied by a retinue of family members who completed the clinical history with anecdotes and misfortunes.

There wasn't much to offer them, even more. Systemic steroids brought huge undesirable effects, gold salts were reserved for a few who could afford them or tolerate them (the sadly famous "chrysiases"), while D-penicillamine and hydroxychloroquine - which were already scarce - yielded results as slow as they were despairing. In short, we saw them gradually deform, become prey to complications, or, worse still, how our drugs, no matter how candidly we administered them, caused more harm than benefit.

Two important findings occurred alongside such a deficient therapeutic arsenal. The first of these was an encouragement and a quick disappointment. A colleague from previous years, Dr. Josefina Sauza, of Monterrey origin, had initiated a protocol with a drug called Benoxaprofen that yielded surprising results in patients with rheumatoid arthritis. I took over the cases that were still under phase three surveillance, and it was noticeable how well their disease had remitted, something unusual in those years. Unfortunately, various reports of hepatotoxicity of the drug in question appeared, and it was immediately withdrawn along with our hope and the well-being of the thirteen patients who had received it. Returning to conventional treatment was a disappointment for everyone.

The second was the observation that methotrexate, an antineoplastic drug used in leukemia and some solid tumors, could reduce the activity of lymphocytes incited to penetrate inflamed joints when used at low weekly doses. This information, which would take a few more years to become generalized worldwide, was decisive for the treatment of inflammatory arthropathies. It soon extended to psoriatic arthritis and spondyloarthropathies with unprecedented success. I must add that at first, we even performed liver biopsies on patients who developed minimal hepatotoxicity, fearing to repeat the Benoxaprofen scandal. The original study we discovered - like children opening Christmas gifts - Kraus and I in Seminars in Arthritis and Rheumatism in the fall of 1983, and we immediately began to apply it. Rarely in my fledgling academic career had I felt like conquering a new world, and I think such occasions have been few since then.

Even upon my arrival in the United Kingdom to do a post-doc in Rheumatology, there was widespread reluctance to use methotrexate. Four years later, upon my return to Mexico, all the doctors I met during that stay were using it, and both gold salts and D-penicillamine were falling into disuse.

My return also included the first hints of Biological Therapy with the discovery that inhibition of tumor necrosis factor was much more effective in murine models than oral tolerance or manipulation of type II collagen.

However, despite these advances in the therapeutic field and the contribution of epidemiology to seek better methods of evaluating the benefit and prognosis of rheumatic patients, affective symptoms and depression still reigned in my consultation. There was not a day when a patient did not complain of abandonment by their partner, dismissal from their job, difficulty in having sexual relations, abuse of their children, or the irremediable deterioration of their economic situation. Each of these outcomes affected their daily perspective and life expectancy in the face of our growing impotence.

It would be naive to assume that as a doctor, one can do much more than listen and encourage, hence the importance of contributing with my experience and certain practical techniques to improve the quality of life and therapeutic adherence of patients with chronic illnesses.

In this sense, the decades I have traversed have taught me greater humility and better quality of listening, resulting in emotional support in the face of pain and moderation in the use of anti-inflammatories and biological drugs. While immunosuppression has been the therapeutic substrate for autoimmune phenomena, as is obvious, its excess leads to catastrophic results and undesirable effects that make the path more daunting.

But certainly, it was necessary to round off the clinical experience with a more analytical view of the narrative that encompasses every affliction.

Nineteen years ago, after confirming my father's surprise, I decided to study psychotherapy. My lack of formal training in mental illnesses brought me into contact with Pavilion 9 of Psychiatry at the Spanish Hospital, under the direction of Dr. Carlos Serrano, with whom (in addition to his peers and residents) I will be grateful for life.

Over the next five years, I learned to delve into and reinterpret mental processes like never before, from Sigmund Freud and Donald Winnicott to Mark Solms, Christopher Bollas, Laurent Assoun, André Green, and many other brilliant contemporary psychoanalysts.

My unconscious, and why not, Oedipal rivalry, meant that I did not complete the desired training, but it brought me the greatest happiness of my existence in two daughters who illuminate my path every day.

Today, more resolved and aged, I can dedicate special attention to my patients, perceive their internal cries, shelter their wounds, and, without pretenses, accompany them toward a more prosperous future in the arduous journey of illness and pain. Perhaps such an exercise is a concert, epiphany, and odyssey in one endeavor.

COLUNA

TRAJETÓRIAS

Alberto Palacios

Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología del Hospital de los Angeles Pedregal en CDMX

Palavras chaves: TRATAMENTOS, TERAPIA BIOLÓGICA, METOTREXATO

"As décadas que percorri me ensinaram maior humildade e uma melhor qualidade de escuta, o que resulta em apoio emocional diante da dor e moderação no uso de anti-inflamatórios e medicamentos biológicos. Embora a imunossupressão tenha sido o substrato terapêutico dos fenômenos autoimunes, como é óbvio, seu excesso leva a resultados catastróficos e efeitos indesejáveis que tornam o caminho mais assustador."

Há quarenta anos, mergulhei formalmente na Reumatologia pela primeira vez. Minha rotação nesse departamento no INCMNSZ durou três meses, os quais tive que ajustar com as outras rotações necessárias para iniciar minha sub especialidade. Eu estava no terceiro ano da Residência em Medicina Interna e achava que meu futuro estava resolvido. Já era pai de dois filhos e havia deixado a mãe deles bastante abandonada em meio a plantões, publicações e, agora, também, seminários temáticos que se tornaram a fonte de avaliação das minhas habilidades histriônicas com minha base de conhecimento. O primeiro desses desafios foi uma descrição das manifestações reumáticas do diabete mellitus, que foi muito celebrada pelos meus colegas e, eu diria, abriu caminho para que eu fosse aceito como residente na sub especialidade alguns meses depois.

Não vou me deter mais nessa fase, exceto por perceber, desde o início, que poderia unir meu interesse em ciências básicas aplicadas à fisiopatologia com um prazer pelos processos afetivos que cercam a doença crônica.

Meu chefe na época, Dr. Donato Alarcón Segovia, um mentor notável mais tarde nesses mesmos caminhos, ousou sugerir que eu deveria continuar meus estudos no Hospital Wellesley de Toronto para desvendar os intrincados da Fibromialgia, uma síndrome que havia sido descrita algum tempo antes para desconcerto de todos.

Apesar de sua intuição, declinei em dedicar-me totalmente à Imunologia, que naqueles anos estreava como um campo desconhecido digno de exploração para desvendar os segredos dos fenômenos inflamatórios autoimunes. Eu não estava errado, mas o sabor de uma lacuna para investigar o sofrimento humano continuou a ditar meus interesses. Eu voltaria a isso três décadas depois.

Eu já tinha uma oferta na época para continuar me aprofundando em psicopatologia, ou seja, para fazer estudos no exterior em Psiquiatria, uma promessa que não seria cumprida, principalmente devido à minha relutância em permanecer sob a sombra de meu pai. Dificilmente se pode discernir quais obstáculos o caminho edipiano envolve quando não está completamente analisado.

Seja como for, quando a primavera despontou, e após declinar um convite para fazer mestrado em Educação Médica nos Estados Unidos, me juntei ao Departamento de Imunologia e Reumatologia impulsionado por um bom amigo, Arnoldo Kraus, que seria meu confidente e protetor durante aquele primeiro ano de fellowship, dadas as pressões acadêmicas (e emocionais) que consegui vislumbrar, mas não antecipei completamente. Devo admitir que foi uma fase de profundas confusões e altas expectativas, que testaram minha estabilidade e inteligência.

Felizmente, enfrentar a dor e a incapacidade dos pacientes reumáticos uniu ainda mais meu interesse no deterioro emocional que acompanhava tal sintomatologia. Era óbvio que não havia deformidade que não estivesse envolta em um luto profundo, que nenhuma dor física estava desprovida de uma desolação trágica ou de uma perda de garantias. Os pacientes vinham aos nossos consultórios na antiga unidade ambulatorial, ao lado da entrada traseira do hospital, para ocupar os espaços mais amplos, é claro, dado que a maioria vinha em cadeiras de rodas ou acompanhada de um séquito de familiares que completavam a história clínica com anedotas e infortúnios.

Não havia muito a oferecer a eles, ainda mais. Os esteroides sistêmicos traziam enormes efeitos indesejáveis, os sais de ouro eram reservados para poucos que podiam pagá-los ou tolerá-los (a tristemente célebre "crisíase"), enquanto a D-penicilamina e a hidroxicloroquina - que já eram escassas - produziam resultados tão lentos quanto desesperadores. Em suma, víamos como eles se deformavam gradualmente, como eram vítimas de complicações ou, pior ainda, como nossos medicamentos, por melhor vontade que tivéssemos, causavam mais dano do que benefício.

Dois achados importantes ocorreram ao lado desse arsenal terapêutico deficiente. O primeiro deles foi um estímulo e uma rápida decepção.

Uma colega de anos anteriores, Dra. Josefina Sauza, de origem Monterrey, havia iniciado um protocolo com um medicamento chamado Benoxaprofeno, que produzia resultados surpreendentes em pacientes com artrite reumatoide. Eu retomei os casos que estavam sob vigilância na fase três e era notório o quanto a doença deles havia melhorado, algo incomum naqueles anos. Infelizmente, surgiram diversos relatos de hepatotoxicidade do referido medicamento e ele foi retirado imediatamente, com nossa esperança e o bem-estar dos treze pacientes que o receberam. Voltar ao tratamento convencional foi uma decepção para todos.

O segundo foi a observação de que o metotrexato, um medicamento antineoplásico usado em leucemia e alguns tumores sólidos, podia reduzir a atividade de linfócitos estimulados a penetrar nas articulações inflamadas quando usado em doses baixas semanais. Essa informação, que levaria ainda alguns anos para se generalizar no mundo, foi crucial para o tratamento das artropatias inflamatórias. Logo se estendeu para a artrite psoriásica e as espondiloartropatias com um sucesso sem precedentes. Devo acrescentar que, inicialmente, chegamos a fazer biópsias hepáticas em pacientes que desenvolviam uma hepatotoxicidade mínima, com medo de repetir o escândalo do Benoxaprofeno. O estudo original havia sido descoberto - como crianças abrindo presentes de Natal - por Kraus e eu em *Seminars in Arthritis and Rheumatism* no outono de 1983 e começamos a aplicá-lo imediatamente. Poucas vezes em minha jovem carreira acadêmica eu me senti conquistando um novo mundo, e acho que desde então foram raras as ocasiões.

Mesmo quando cheguei ao Reino Unido para fazer um pós-doutorado em Reumatologia, a relutância em usar metotrexato era generalizada. Quatro anos depois, quando voltei ao México, todos os médicos que conheci naquela estadia o usavam e tanto os saís de ouro quanto a D-penicilamina estavam praticamente em desuso.

Meu retorno também contemplou os primeiros vislumbres da Terapia Biológica com a descoberta de que a inibição do fator de necrose tumoral era muito mais eficaz em modelos murinos do que a tolerância oral ou a manipulação de colágeno do tipo II.

No entanto, apesar desses avanços no campo terapêutico e da contribuição da epidemiologia para buscar melhores métodos de avaliação do benefício e do prognóstico dos pacientes reumáticos, os sintomas afetivos e a depressão ainda reinavam em minha consulta. Não havia um dia em que algum paciente não enfrentasse o abandono de seu parceiro, a perda do emprego, dificuldades sexuais, abuso dos filhos ou um declínio econômico irreversível. Cada um desses desfechos afetava sua perspectiva diária e sua expectativa de vida diante de nossa crescente impotência.

Seria ingênuo presumir que como médico podemos fazer muito mais do que ouvir e encorajar, daí a importância de contribuir com minha experiência e certas técnicas de ordem prática para melhorar a qualidade de vida e a adesão terapêutica dos pacientes com doenças crônicas.

Nesse sentido, as décadas percorridas me ensinaram maior humildade e uma melhor qualidade de escuta, o que resulta em apoio emocional diante da dor e moderação no uso de anti-inflamatórios e medicamentos biológicos. Embora a imunossupressão tenha sido o substrato terapêutico dos fenômenos autoimunes, como é óbvio, seu excesso leva a resultados catastróficos e efeitos indesejáveis que tornam o caminho mais assustador.

Mas certamente faltava arredondar a experiência clínica com uma visão mais analítica da narrativa que envolve toda aflição.

Dezenove anos atrás, após confirmar a surpresa de meu pai, decidi estudar psicoterapia. Minha falta de formação formal em doenças mentais me colocou em contato com o Pavilhão 9 de Psiquiatria do Hospital Espanhol, sob a direção do Dr. Carlos Serrano, com quem (além de seus colegas e residentes) serei grato pelo resto da vida.

Nos cinco anos seguintes, aprendi a mergulhar e reinterpretar os processos mentais como nunca, desde Sigmund Freud e Donald Winnicott até Mark Solms, Christopher Bollas, Laurent Assoun, André Green e muitos outros brilhantes psicanalistas contemporâneos.

Meu inconsciente, e por que não, rivalidade edípica, significava que eu não completava a formação desejada, mas me trouxe a maior felicidade da minha existência em duas filhas que iluminam meu caminho todos os dias.

Hoje, mais resolvido e envelhecido, posso dedicar atenção especial aos meus pacientes, perceber seus gritos internos, abrigar suas feridas e, sem falsas pretensões, acompanhá-los em direção a um futuro mais próspero na árdua jornada da doença e da dor. Talvez tal exercício seja um concerto, uma epifania e uma odisseia em um só empreendimento.