



# **RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

## **EXPERIENCIAS DE COMUNICACIÓN Y RELATOS DE MEDICINA NARRATIVA**

Incluye versión inédita del relato "Primera guardia  
en neurología" de Pedro Isaac Barreiro

Editado y compilado por: Karina Castro







# **RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

## **EXPERIENCIAS DE COMUNICACIÓN Y RELATOS DE MEDICINA NARRATIVA**

**Incluye versión inédita del relato “Primera guardia  
en neurología” de Pedro Isaac Barreiro**

BIBLIOTECA MÉDICA

---

Editado y compilado por:  
Karina Castro



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

(c) 2020 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

(c) 2020 De cada texto su autor

Relación médico – paciente

Experiencias de comunicación y relatos de medicina narrativa

**Rector:** Dr. Fernando Ponce, S. J.

**Vicerrector:** Dr. Fernando Barredo, S. J.

**Directora General Académica:** Mtr. Fabiola Jarrín Jaramillo

**Director del Centro de Publicaciones:** Mtr. Santiago Vizcaíno Armijos

**Decano Facultad de Medicina:** Dr. Francisco Pérez Pazmiño

**Edición y compilación:** Karina Castro Mendoza

**Diseño de colección:** Rafael Castro

**Corrección:** Juan Romero Vinueza

**Foto de portada:** Karina Castro Mendoza

---



Facultad de Medicina



[www.edipuce.edu.ec](http://www.edipuce.edu.ec)

---

Quito, Av. 12 de Octubre y Robles

Apartado n.º 17-01-2184

Telf.: (593) (02) 2991 700

[publicaciones@puce.edu.ec](mailto:publicaciones@puce.edu.ec)

[www.edipuce.edu.ec](http://www.edipuce.edu.ec)

Primera edición 2020

ISBN: 978-9978-77-478-6

Derechos reservados. Prohibida la reproducción parcial o total de esta obra,  
por cualquier medio, sin la autorización escrita de los editores.

**Edición y compilación:**

Karina Castro Mendoza

**Autores:****Primera parte****Historias de comunicación y salud**

Carlos Acurio Velasco

Pedro Isaac Barreiro Chancay

Karina Castro Mendoza

Marco García Cantos

Ruth Jimbo Sotomayor

Daniel Maldonado Guerrero

Santiago Palacios Álvarez

Ramiro Ramadán Maldonado

Xavier Sánchez Choez

Betzabé Tello Ponce

**Segunda parte****Medicina Narrativa****Jornadas de Iniciación en Investigación  
y Medicina Narrativa**

**Docente:** Janneth Rangles Iza

**Alumnos<sup>1</sup>:**

Daniela Castillo Barreto

Fernando Lara Freire

Ricardo Uribe Vargas

María Emilia Villalva Herrera

---

1 Respetamos la decisión de mantener anónimos algunos de los trabajos presentados en esta publicación.

## **Ejercicios Prácticos en clase**

**Docente:** Karina Castro Mendoza

### **Alumnos:**

Rodrigo Alquinga Tibán

Sandy Armijos Coronel

César Ávila López

Doménica Coronado Jaramillo

Camila Flores Cruz

Yessenia Flores Caicedo

Rosa Gonzaga Granja

Lizbeth López García

Elizabeth Villacís Zamora

Alejandro Villamarín Aguirre



## RESUMEN

Libro de texto para profesionales de salud, docentes de medicina y estudiantes, estructurado en dos partes: 1) lecciones de comunicación en entrevistas clínicas y 2) relatos de medicina narrativa relacionados con salud, enfermedad y formación médica.

**Palabras claves:** Comunicación y salud, relación médico-paciente, habilidades de comunicación, empatía, consentimiento informado, ética, medicina narrativa, medicina centrada en el paciente.



## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>13</b>
<b>Primera guardia en neurología .....</b>	<b>13</b>
Pedro Isaac Barreiro Chancay	
<b>Parte I</b>	
Lecciones de comunicación .....	23
Historia 1	
Etiquetar a los pacientes .....	25
Historia 2	
Seis meses de vida .....	28
Historia 3	
Rechazo a tratamiento.....	32
Historia 4	
Un bebé bien alimentado .....	34
Historia 5	
Un rasponcito... ..	36
Historia 6	
La receta .....	40
Historia 7	
Un corte aquí.....	42
Historia 8	
¿Cómo me tomo los preservativos?.....	44

Historia 9	
Dermatitis atópica, más allá del diagnóstico .....	46
Historia 10	
Eureka clínica .....	51
Historia 11	
El rostro, mapa de las emociones.....	54
Historia 12	
El Papanicolaou .....	57
Historia 13	
Necesita todos los exámenes .....	59
Historia 14	
Fatiga .....	61
Historia 15	
No le debe doler mucho .....	63
Historia 16	
Generar confianza, la primera meta en la consulta .....	66
Historia 17	
Cambios tróficos en la piel.....	68
Historia 18	
Su embarazo es imposible.....	73
Historia 19	
Madrecita .....	76

Historia 20	
<b>Tactésica</b> .....	78

## **Parte II**

Medicina Narrativa.....	81
-------------------------	----

<b>Jornadas de iniciación de investigación y medicina narrativa</b> .....	83
Janneth Rangles Iza	

<b>Cuando la vida se va entre los guantes y el bisturí</b> .....	89
Daniela Castillo Barreto	

<b>Entre agujas y otras ciencias</b> .....	91
Fernando Lara Freire	

<b>El olvido</b> .....	94
María Emilia Villalva Herrera	

<b>Mi niña de bata blanca</b> .....	98
Ricardo Uribe Vargas	

<b>Medicina Narrativa - Ejercicios prácticos de clases</b> .....	101
Karina Castro Mendoza	

<b>Triaje</b> .....	103
Alejandro Villamarín Aguirre	

<b>¡Ya llegué!</b> .....	107
Rodrigo Alquina Tibán	

<b>Cuando no se puede curar, podemos cuidar</b> .....	110
Doménica Coronado Jaramillo	

Secuelas de una pesadilla colectiva.....	113
César Ávila López	
La espera.....	116
Camila Flores Cruz	
Mi punto morado.....	119
Lizbeth López García	
Julito.....	123
Elizabeth Villacís Zamora	
El tiempo más fugaz.....	126
Anónimo	
El misterio del aula 823.....	131
Sandy Armijos Coronel	
Atemporalidades.....	133
Rosa Gonzaga Granja	
Jeremy, mi guerrero.....	136
Yessenia Flores Caicedo	
Niñez.....	141
Anónimo	
Referencias.....	145

## INTRODUCCIÓN

La necesidad de este documento surgió de la docencia. Hay poca literatura ecuatoriana que refleje análisis y lecciones aprendidas en diálogos de relación médico-paciente.

Particularmente, el ícono que motivó este trabajo fue el libro *Conversation Repair* (1995) de Frederic Platt, así como fueron también inspiradores los trabajos de Francesc Borrell, quien ha analizado diálogos en consultas clínicas, en especial, sus textos *Entrevista clínica. Manual de Estrategias Prácticas y Práctica Clínica Centrada en el Paciente*.

Este es un texto construido por docentes y alumnos de Medicina. Un trabajo articulado con un interés común: resaltar la importancia de *qué y cómo* se comunica en una relación médico-paciente.

Aunque es una verdad refrendada que un buen médico debe ser tanto un excelente clínico como un gran comunicador, las habilidades de comunicación forman parte del currículo de estudio de las facultades de Medicina desde hace pocas décadas. En el caso de Ecuador, su incorporación es muy reciente.

Comprender cómo se teje la comunicación dentro de la consulta médica y percatarse de situaciones que puedan mejorar la relación médico-paciente es parte del objetivo de las historias que conforman la primera parte de este texto.

Los docentes han compartido en este documento varios aprendizajes forjados dentro de la esencia del acto clínico: la entrevista médico-paciente.

La generosidad de los profesores hizo posible la escritura de un documento que incentive la lectura entre líneas a profesionales de la salud

y alumnos respecto de su manera de relacionarse con sus pacientes. Del mismo modo, busca asegurar que el enfoque de atención sea el paciente y no la enfermedad, como comúnmente ocurre.

En la segunda parte, reiterando a la persona como eje de la atención médica, se aborda la medicina como acto narrativo.

El lector podrá viajar por las historias de medicina narrativa de estudiantes que expusieron sus trabajos en las Jornadas de Iniciación en Investigación y Medicina Narrativa, organizadas por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), desde el año 2017. Asimismo, podrá conocer varios ejercicios prácticos de clase, elaborados por jóvenes de segundo semestre que, generosamente, compartieron sus vivencias con transparencia y profunda reflexión.

Este libro de texto tuvo un padrino, un compañero permanente con un don para la escritura: el doctor Pedro Isaac Barreiro, quien además es el autor de “El médico de Pasa”, “El Tendón de Aquiles” y otros relatos. Él alentó la gestación de esta obra, así como también colaboró en la revisión y edición de la primera parte del documento.

Pedro entregó además, de manera altruista, un preciado regalo: el relato inédito “Primera guardia en neurología”. El relato abre la travesía por este compendio de historias de comunicación en el ámbito profesional y nos transporta, con su estilo vívido y divertido, a las vivencias de un estudiante en los pasillos de uno de los hospitales emblemáticos del país. Con este texto, le invitamos a empezar y disfrutar su lectura.

Karina Castro Mendoza



## PRIMERA GUARDIA EN NEUROLOGÍA

PEDRO ISAAC BARREIRO CHANCAY

De todas las salas de internamiento del hospital, una de las más estresantes, era en ese entonces, al menos para mí, la de neurología. El temor que inspiraba el jefe de ese servicio era compartido por todos quienes estábamos en proceso de formación. Hasta los médicos residentes y posgradistas compartían –en menor grado, por cierto– esos temores, pues las exigencias de disciplina, estudios y conocimientos rebasaban nuestros esfuerzos y nuestra escasa experiencia acumulada en los años precedentes.

Ya nos habíamos familiarizado con casi todas las áreas físicas del hospital. Los amplios pasillos por los que se llegaba a los pabellones de especialidades lucían siempre limpios y brillantes. El temido pabellón correspondiente a neurología estaba ubicado en el ala norte del primer piso del flamante hospital.

El inocultable entusiasmo que todos experimentábamos ante nuestra cercana graduación como médicos cirujanos, a menudo era disminuido por las preocupaciones que, seguramente desde siempre, han asaltado a todos quienes han escogido la medicina como una forma de vida al servicio de sus congéneres. El temor de no saber qué hacer frente a una desconocida dolencia o una complicación inesperada o un proceso terminal, rondaba permanentemente nuestras cabezas. Sobre todo, cuando ese tipo de eventos se presentaba en momentos en que nos encontrábamos solos, sin el apoyo de un especialista, de nuestro tutor, del médico residente o, al menos, de alguno de nuestros compañeros de turno. En esos cruciales momentos, era inútil tratar de recordar lo que habíamos leído en

los voluminosos textos que todo estudiante –y todo profesional– tiene a la mano y consulta durante el ejercicio de su profesión.

Paradójicamente, esas situaciones parecen esperar a la noche o las madrugadas, cuando todo el mundo duerme, o al menos descansa un poco y ponen a prueba nuestro proceso de aprendizaje previo. Pero, más que nada, nuestra vocación y nuestro temple.

La obligatoria visita a los pacientes hospitalizados se realiza todas las mañanas y con ella se inician las actividades habituales, casi rutinarias en un hospital. Los experimentados maestros ingresan a cada habitación, impecablemente vestidos, y siempre acompañados por el médico residente, uno o dos posgradistas, una enfermera, y entre uno y tres internos rotativos. Entonces se revisa la Historia Clínica, se verifica que se hayan cumplido las prescripciones ordenadas el día anterior, se revisan los resultados de los exámenes realizados, se pregunta al paciente cómo se siente, qué novedades tiene y, si es necesario, se realiza un examen físico de gran contenido didáctico. El médico tratante hace preguntas a sus residentes, a los posgradistas, a los estudiantes. Comparte sus impresiones y experiencias con respecto a la enfermedad del paciente y dicta las nuevas prescripciones, ya sea que el paciente sea dado de alta o que deba continuar hospitalizado. A continuación, el procedimiento se repite con el enfermo de la cama vecina.

Cuando se produce el alta de un paciente, la cama es ocupada, casi de inmediato, por otra persona con una dolencia generalmente distinta a la del ocupante anterior. Entonces, el interno debe elaborar una nota de ingreso y una nueva Historia Clínica que será revisada por el médico residente. Casi siempre el nuevo paciente ingresa con un diagnóstico definitivo cuyo tratamiento requiere hospitalización, aunque también se producen ingresos con presunciones diagnósticas para el estudio, la confirmación y el tratamiento respectivo.

Recuerdo que era el último viernes de un frío y lluvioso mes de enero. La visita médica se había cumplido sin mayores novedades y, recuperados de sus respectivas enfermedades, tres pacientes habían salido con el alta. Quedaron, por tanto, tres camas disponibles para posibles ingresos.

Esa tarde en el servicio de urgencias del hospital se había atendido a un paciente de unos 40 años, debido a que por primera vez en su vida había sufrido una convulsión generalizada, con pérdida del conocimiento. La alta demanda de exámenes de laboratorio y de imágenes retrasó el reporte de los resultados y, como ya había caído la noche, con buen criterio se decidió ingresarlo... ¡al servicio de neurología!

Era mi primera guardia en ese temido servicio y, a pesar de mis temores, tuve que realizar la anamnesis y el examen físico que, registrados en el formulario respectivo, constituyen el documento base de una historia clínica. El paciente había recibido medicación anticonvulsivante y se encontraba muy sedado, casi estuporoso y apenas balbuceaba una que otra palabra, por lo cual la información recibida del servicio de urgencias fue de gran ayuda para cumplir con mi trabajo.

Cerca de las 11 de la noche, y luego de realizar la visita nocturna, guiado por el médico residente y la enfermera de turno, un poco cansado, me retiré a descansar, pensando en mi buena suerte. No hubo contratiempos ni se presentó ningún caso difícil durante ese primer día en el temido servicio de neurología.

Ya en mi habitación, bien abrigado, me pareció que era conveniente revisar alguna literatura científica acerca de los procesos convulsivos para “lucirme” ante el médico residente y los posgradistas al siguiente día durante la visita habitual. Pero, después de pensarlo mejor, con la certeza de que todos los pacientes estaban evolucionando bien y que, por lo tanto, no habría preguntas, preferí volver al placentero descanso leyendo una novela de Benedetti que había empezado hacía varios días y no había podido

terminar, precisamente por las tareas y las obligaciones propias de un estudiante de medicina al borde de incorporarse como médico.

Así es que, envuelto en las alegrías y los sinsabores experimentados por Martín Santomé y Laura Avellaneda, en el nostálgico Montevideo de los años cincuenta, debió vencerme el sueño, y una vez olvidados mis temores y obligaciones, por fin me dormí...

De repente el agudo timbre del teléfono –programado a gran volumen para espantar los sueños más profundos– me hizo pegar un salto y reactivó mis peores temores al escuchar la voz de la enfermera de turno que me decía:

*–Señor interno, venga de inmediato al piso. Es urgente. ¡El paciente del 101 está convulsionando! El médico residente no me contesta el teléfono ¡Se trata de una emergencia!*

¡Y colgó!

Fue así como, casi sin respirar y temblando más del miedo que del frío, me puse mi mandil y mientras corría por los interminables pasillos del hospital iba pensando, casi aterrorizado:

–¿Y ahora qué hago, Dios mío? ¿Ahora qué hago? ¡Ojalá hayan ubicado al médico residente y ya esté allí cuando yo llegue!

Cuando llegué, lo primero que me extrañó fue el silencio absoluto que reinaba en el pabellón. Con gran alivio pensé que el médico residente había llegado antes que yo y ya había resuelto la emergencia. Entonces pude, por fin, respirar calmadamente, abotonar correctamente mi mandil y, arreglarme el peinado “afro” que yo, muy a la moda, lucía en esos días. Ya bien acicalado, me acerqué parsimoniosamente a la estación de enfermería para demostrar que estaba listo para cumplir con mis obligaciones. Pero mi paz interior y mi parsimonia duraron muy poco pues, apenas me vio, la señora enfermera dijo:

*—¡Por fin viene alguien! ¡Venga, vamos a ver al paciente!*

A través de la semiabierta puerta de la habitación 101, pudimos percatarnos de la penumbra que reinaba en su interior. Tanto las lámparas cenitales como las correspondientes a cada cama se encontraban apagadas y la escasa luminosidad que llegaba del exterior, a través de las persianas de la gran ventana, volvía más tétrica y preocupante la situación.

Pensando que encender la luz podía ser contraproducente, sobre todo si el paciente se hubiera quedado dormido luego de su crisis convulsiva, ingresamos muy lentamente y en silencio a la habitación, muy lejos de imaginar que él estaba escondido debajo de su cama. En el instante mismo en que nos dimos cuenta de que se encontraba vacía, un escalofrío recorrió todo mi cuerpo al sentir que alguien se agarraba de mis tobillos y me hacía perder el equilibrio. La enfermera, apresurada y en medio de gritos, había alcanzado a apretar el botón del timbre con el que los pacientes solicitan asistencia. La alarma comenzó a sonar sin control a partir de ese momento, mientras el paciente y yo forcejeábamos y rodábamos por el piso en medio de la oscuridad. La enfermera gritaba pidiendo ayuda. El paciente emitía sonidos guturales inentendibles y yo, que había perdido mis lentes, a duras penas alcanzaba a tomar aire porque sus manos me atenazaban el cuello y casi no podía respirar.

Afortunadamente, cuando parecía que me asfixiaba y empezaba a perder las fuerzas por falta de oxígeno, llegaron el médico residente y una corpulenta auxiliar de enfermería, quienes encendieron las luces y de inmediato se incorporaron a la inesperada batalla. Después de un intenso forcejeo, gritos, pataleos y bramidos, logramos inmovilizar entre los tres al paciente para que la enfermera, que durante la inusual trabazón había permanecido paralizada por el miedo, pudiera inyectarle una buena dosis de diazepam. Gracias a esto pudimos sujetarlo a la cama, utilizando cuatro sábanas debidamente enrolladas (una para cada extremidad) sin causarle ningún daño.

Una vez que regresó la calma y logré encontrar mis lentes, los cuatro nos dirigimos a la estación de enfermería para tranquilizarnos, acomodarnos las estropeadas ropas y comentar, con un poco de buen humor y una que otra sonrisa, el irrepetible momento que habíamos compartido la madrugada de ese inolvidable sábado. Cuando todos se fueron, me tomé un tiempo para registrar en las notas de evolución de la Historia Clínica, un resumen del incidente y la dosis de medicamento administrado.

Reconfortado gracias a la pequeña reunión mantenida, y bastante más tranquilo, seguramente por efectos del agua de toronjil que compartimos mientras conversábamos, recordé que era mi obligación asegurarme de que el paciente se encontrara bien antes de retirarme a descansar. Me acerqué cuidadosamente a la cama, cuya iluminación individual permanecía encendida y, cuando me disponía a tomarle manualmente el pulso en su muñeca izquierda, me miró por un instante con sus enrojecidos y desorbitados ojos, y al tiempo que me estampaba un salivazo en la cara me gritó:

—¡Mañana te cojo, cuatro ojos!

Lleno de pavor, con esa amenaza pendiendo sobre mi cabeza y aterrorizado ante la posibilidad de que en el futuro tuviera que enfrentarme con pacientes parecidos, abandoné la habitación y, muerto de frío, comencé a caminar hacia mi dormitorio mientras la claridad del alba empezaba a insinuarse en el nublado cielo quiteño.

Pese al cansancio debido a la mala noche que habíamos pasado, cerca de las ocho de la mañana, ya estábamos nuevamente en el piso, listos para comenzar la nueva visita a los pacientes hospitalizados. Sin embargo, en el momento de recibir las historias clínicas, la nueva enfermera de turno nos informó que el paciente de la habitación 101 había desaparecido, que muy probablemente se había fugado del hospital durante el cambio de guardia. No obstante, ya se habían dado las alertas para su búsqueda

puesto que, según las imágenes y los informes de los exámenes realizados la tarde anterior, el paciente era portador de una grave, potencialmente contagiosa y mortal enfermedad: meningitis tuberculosa.

Desde entonces, en mis esporádicas pesadillas, siempre me veo huyendo de un ejército de millones de bacilos de Koch que ruidosamente intentan introducirse en mi cabeza a través de mis oídos, de mi boca, de mis fosas nasales... y que, en algunas ocasiones, logran hacerlo. Afortunadamente cuando eso sucede, un sudor frío me despierta...





PARTE 1

**LECCIONES DE  
COMUNICACIÓN**



## HISTORIA 1

**ETIQUETAR A LOS PACIENTES**

DRA. BETZABÉ TELLO PONCE, DOCENTE PUCE

Sara tiene 26 años. Acudió por un dolor en el cuadrante abdominal superior derecho irradiado a la espalda. Su médica de cabecera le solicitó un eco y se reportó un quiste en la cabeza del páncreas. Se solicitaron, por tanto, nuevos estudios. Entre ellos, una tomografía. Sara acudió con su médica de cabecera a la sala de imágenes. Luego del examen, se suscitó el siguiente diálogo para la entrega del resultado:

Médico de imagen: ¿Cuál es su nombre?

Paciente: Sara Elena Martínez Estrada

Médico de imagen: Ahhhh, ¿la del cáncer de páncreas?

Sara: ¿Qué dijo?

Discusión:

En teoría, todos los profesionales de la salud aprenden “cómo dar malas noticias”. Sin embargo, la medicina es una ciencia que requiere una suma de teoría, reflexión y maduración personal.

El equipo médico es responsable de mantener un secreto profesional compartido, en tanto que el médico tratante es el responsable de comunicar una mala noticia, una vez que tenga certeza de la misma.

En esta historia, el proceso de diagnóstico estaba en curso y el médico de imagen no solamente irrespetó el espacio de confidencialidad y

privacidad del paciente, sino que además sentenció, con una frase, un diagnóstico de una enfermedad grave aún no confirmada, obviando todos los elementos para comunicar una mala noticia, entre ellos:

1. **Prepararse con antelación:** es decir, determinar un lugar apropiado y tiempo suficiente para, sin interrupciones, verificar la identidad del paciente y relacionar los datos clínicos con los hallazgos en las imágenes.

2. **Preparar al paciente:** saber si la paciente está acompañada o no; conocer cuánto sabe el paciente y/o su familia acerca del posible diagnóstico; comunicar la verdad analizando su estado emocional y consultándole cuánta información desea conocer respecto a la enfermedad y su situación.

3. **Preparar emocionalmente al paciente para la mala noticia:** no expresar un diagnóstico tan grave sin anticipar que dará una mala noticia; usar frases como: “me temo que los resultados...”, “siento decirle que tenemos resultados que no hubiésemos querido”, “hemos revisado varias veces los datos y hay algo que debo comunicarle...”.

4. **Ofrecer apoyo emocional:** “Si no está dispuesto a ofrecer ayuda emocional al paciente no está moralmente autorizado a comunicar una mala noticia” (Ayarra y Lizárraga, 2001). Frente a la explosión de la emoción (lloro, grito, negación, enfado, culpa, silencio, temor) no use: “entendiendo lo que está pasando” o “sé lo que siente...”, porque no es verdad. Solo el paciente siente cómo le afecta, realmente, la información que le acaban de entregar. Espere que la emoción del paciente (y de la familia, si está acompañado) fluya. Luego, puede acompañar con comunicación gestual (con su rostro, manos) o verbal con frases que señalen que está usted para apoyarle: “Trato de entender lo que significa esta noticia para usted, estoy para apoyarle y aclarar todas las dudas que tenga”.

5. **Plan de actuación futura:** Pregunte si hay alguien más que debería estar involucrado en el proceso. Escuche con atención las preguntas

que le formule el paciente. Informe la estrategia y los posibles pasos a seguir, entregue información para guiar al paciente. Incluya información esperanzadora o positiva (si la hay) junto con la mala noticia. Medique, si es necesario, para conciliar el sueño. Solicite que escriba cualquier pregunta para la siguiente cita, ya sea que surjan por la información entregada o por las preocupaciones. Solicite que el paciente le diga, en sus propias palabras, lo que ha escuchado. Reitere que está para apoyar al paciente y facilite los números a los que puede llamar y las formas de contacto.

Los diagnósticos complejos no pueden ser divulgados por el equipo médico. En la historia de Sara se transgredió el deber del secreto profesional compartido. La médica tratante, que estaba acompañando a la paciente, no pudo resolver de forma adecuada lo sucedido. Menos aún, sostener y apaciguar a la paciente y a sus familiares.

La relación de confianza y acompañamiento entablada entre la médica tratante y la paciente se desvaneció. El equilibrio entre la veracidad y la oportunidad para entregar una mala noticia de forma adecuada se rompió, y el proceso de contención de la paciente fue emocionalmente muy complejo, ya que se trataba de un diagnóstico no confirmado.

## HISTORIA 2

### SEIS MESES DE VIDA

MTR. DANIEL MALDONADO GUERRERO,  
DOCENTE DE LA PUCE

#### Versión libre de la obra de Jaime Bayly:

#### “Morirás mañana 1. El escritor sale a matar”

**Doctor Penagos:** Buenos días, señor Bermúdez. Tome asiento, por favor.

**Señor Bermúdez:** Buen día (se sienta, se acomoda, friega las manos en su pantalón, al colocar la mano en el escritorio deja la huella de sudor que delata su nerviosismo).

**Doctor Penagos:** Lamento decirle que, en el mejor de los casos, le quedan seis meses de vida.

*Eso es lo que acaba de decirme el médico, mirándome imperturbable, como si yo fuera una rata o un ratón.*

**Doctor Penagos:** No hay nada que podamos hacer.

*Eso es lo que ha añadido, mirándome con disimulada repugnancia, como si yo fuera una araña o un alacrán.*

**Doctor Penagos:** La enfermedad está muy avanzada y ya no es posible operarlo.

*Eso es lo que ha sentenciado el doctor, mirándome con alivio. Tal vez, incluso, con alegría, exonerándose de la responsabilidad de curarme, anunciando*

*mi muerte inminente como si la hubiera deseado toda su vida, como si yo fuera esa cucaracha que no alcanzó a pisar una noche en la cocina y se le escapó, sigilosa.*

*Bien, voy a morir. No podemos decir que se trate de una primicia. Lo sabía desde niño. Solo que ahora sé que voy a morir en pocos meses, si puedo confiar en la palabra de este médico pusilánime, y en el que todos me han dicho que debo confiar.*

*No me sorprende, ni me indigna, ni me entristece que el médico me mire como si yo fuera una rata o un ratón. No me sorprende porque siempre he creído que los médicos, en general, salvo algunas excepciones que no conozco, son unos desalmados que solo quieren esquilmarnos y luego vernos morir cuando ya no nos queda un céntimo más.*

*Lo que el médico no sabe es que me ha dado una buena noticia. Hace ya tiempo que me aburrí de ser yo mismo y que deseo descansar de esa condena abrumadora. Estoy cansado de llamarme como me llamo, de llevar la cara que llevo, de repetir las tediosas ceremonias domésticas y laborales que, sumadas, configuran los días, confirman el paso del tiempo y me recuerdan que todavía estoy vivo, pero no por mucho tiempo más.*

**Doctor Penagos:** Los exámenes fueron concluyentes. Su situación es muy compleja. Siento mucho lo que le pasa, pero así es la vida.

**Señor Bermúdez:** Gracias por decirme la verdad (sus manos se quedaron congeladas, su mirada se perdió en los típicos adornos que tienen los médicos en sus escritorios y solo atinó a mover la cabeza, como aceptando su diagnóstico y su destino final).

## Discusión:

La práctica médica, como todas las prácticas humanas, está mediada por el lenguaje y debe ser estudiada en su contexto. En una entrevista clínica, el mensaje que se da depende tanto del *qué* como del *cómo*. Cuando no se pone atención en las preguntas se corre el riesgo de condicionar una comunicación deficiente.

Con el auge de la biomedicina, las habilidades de comunicativas y **empáticas**, que alguna vez fueron consideradas inherentes al rol del médico, pasaron a tener un papel secundario, electivo, y se dejó liberada su adquisición a los propios recursos e intereses de los estudiantes.

En el caso del doctor Penagos, el mensaje tiene un contenido difícil. Se trata de una mala noticia. El *qué* y el *cómo* debe tener un trato diferente. La empatía no se debe confundir con simpatía o amabilidad. El ser empático no solo depende de lo *qué* se dice, sino del *cómo* se dice.

Cuando se conoce la historia biográfica de los pacientes, se los atiende de forma diferente. En el caso revisado existen algunas instancias que no son adecuadas para el acto comunicativo descrito:

El médico no considera las pistas emocionales. No se percata de que los movimientos corporales del paciente denotan ansiedad y nerviosismo: acomodarse y fregarse las manos en el pantalón, dejar la huella de su sudor en el escritorio.

La siguiente intervención del médico es desconcertante. Dispara un pronóstico de vida de seis meses. Manifestar plazos determinantes de vida es un error. Cada organismo y enfermedad responden de manera diferente y los plazos exactos no son predecibles. Una mala noticia nunca puede iniciar por la sentencia de muerte, señalando el tiempo que le resta al paciente. Se debe iniciar por averiguar qué conoce el paciente de su estado de salud.



La retroalimentación que le ofrece el médico es: “no hay nada más que podamos hacer”. La Medicina puede no lograr curar, pero siempre hay algo que se puede hacer por un paciente, el médico que no puede curar no abandona al paciente, debe cuidarlo. La respuesta del Dr. Penagos es desoladora. Siempre hay algo que hacer para acompañar al paciente en su enfermedad.

La relación médico-paciente de esta historia es paternalista. En ningún momento, se escucha al paciente ni se solicita conocer su opinión.

## HISTORIA 3

### RECHAZO A TRATAMIENTO

DRA. BETZABÉ TELLO PONCE, DOCENTE PUCE

Lupe, de 52 años, acudió a la consulta médica porque presentaba fiebre desde 15 días atrás, ganglios dolorosos en el cuello, dolor de garganta, dificultad para deglutir los alimentos y pérdida de peso.

Se realizaron exámenes y se le diagnosticó leucemia aguda. Fue ingresada a un hospital oncológico y cuando supo que le tratarían con quimioterapia solicitó el alta y decidió recibir cuidados paliativos.

En varias de las conversaciones con su médica se repitió el siguiente diálogo:

**Médica:** Lupe hay un 50% de probabilidad de que mejores con el tratamiento de quimioterapia.

**Lupe:** Mi médico de confianza que es biomagnético, me dijo que no me ponga la quimioterapia porque después no va a poder tratarme porque mi cuerpo se envenena.

**Médica:** Hay efectos adversos, pero también hay probabilidades de mejorar.

**Lupe:** El poco o mucho tiempo que tenga de vida, quiero vivir lo mejor que pueda y no quiero venir al hospital constantemente. Más bien, quiero arreglar los asuntos pendientes en mi vida y quiero morir en mi casa.

## Discusión:

Conocí a Lupe durante la residencia de mi especialidad. Me enfrenté a mi aprendizaje y formación de “salvar la vida de las personas en todas las circunstancias”.

Sentía frustración por no haber logrado convencer a Lupe de recibir el tratamiento farmacológico disponible.

También reflexioné sobre las medidas desproporcionadas que podemos aplicar para mantener con vida a una persona, caer en encarnizamiento terapéutico y en las dificultades para la aceptación del proceso de morir.

Durante un proceso de comunicación, en el cual hay una renuncia a un tratamiento por parte de una persona competente, es difícil no abandonar a la paciente, seguir cuidando de ella y respetar su decisión libre, es decir, acoger su preferencia con humildad y sabiduría.

Lupe dejó el hospital sin recibir quimioterapia. Vivió 8 meses. En este tiempo tuvo una dieta saludable, subió de peso y se sentía relativamente bien. Murió en su casa, junto a sus familiares, como lo había solicitado.

Respetar la autonomía del paciente implica apoyarlo durante la vivencia de la enfermedad, asegurarse de que comprende el balance riesgo/beneficio de sus decisiones, aceptar sus preferencias y valores, y nunca dejar de cuidarlo, aún cuando no se lo puede sanar.

## HISTORIA 4

### UN BEBÉ BIEN ALIMENTADO

DRA. BETZABÉ TELLO PONCE, DOCENTE PUCE

En una consulta de pediatría, Anita lleva a su pequeño, de una semana de vida, a su primer control de niño sano:

**Anita:** Buenos días, vengo al control de niño sano.

**Pediatra:** ¡Buenos días! Vamos a pesar, a medir y a examinar al niño.

**Anita:** Esta semana me he sentido cansada. Especialmente en la noche porque el bebé se despierta dos veces en la madrugada para lactar.

**Pediatra:** No se preocupe señora, le voy a ayudar. El peso del niño está bien. Le voy a enviar a casa con un tarro de leche de fórmula para que el niño se alimente bien. Así, si come bien en la noche, posiblemente, ya no se levantará en la madrugada.

### Discusión

Es deber de los profesionales de la salud informar con veracidad los riesgos y beneficios de las intervenciones que aconsejan. Cuando esa información es comprendida, no solamente los padres de un niño, sino toda la familia, adopta una conducta beneficiosa para su crianza y desarrollo.

Anita tuvo, desde su embarazo, la predisposición natural para amamantar a su hijo. Además, en el hospital la animaron y acompañaron para

que el bebé lacte adecuadamente. Sin embargo, el consejo del médico para que la madre pueda dormir más puede generar una pérdida sustantiva en la salud de la madre y –especialmente– en la del niño, al sustituir la leche materna por sucedáneos.

Posibles intereses económicos respecto a la producción y comercialización de las leches de fórmula hacen suponer que la historia de Anita no es un caso aislado y que hay profesionales de salud que inducen a las madres a sustituir la lactancia, sin informar adecuadamente.

La industria de sucedáneos de la leche materna se expande mediante: **a)** publicidad en los establecimientos de salud; **b)** educación médica distorsionada a través de cursos sobre lactancia materna y alimentación complementaria; **c)** financiamiento de congresos y charlas dentro y fuera del país; y **d)** regalos directos a los profesionales que los prescriben.

Existen casos –pocos, afortunadamente– en los cuales una madre realmente no puede dar de lactar a su bebé. En ellos, la información brindada por un profesional de la salud debe ser confiable, veraz, actualizada y, obligatoriamente, libre de interés comercial.

## HISTORIA 5

### UN RASPONCITO...

DRA. KARINA CASTRO MENDOZA, DOCENTE PUCE

En la consulta del urólogo espera un paciente de 68 años que presenta dolor severo y dificultad para orinar, luego de haber recibido, hace tres años, varias sesiones de radiaciones por cáncer de próstata.

**Médico:** Señor Salinas, luego de revisarlo, hemos encontrado cálculos en su sistema urinario que obstruyen la salida de orina. Por lo tanto, va a necesitar intervención sencilla con láser. Hay que limpiarle la uretra, porque casi no ingresa la sonda.

**Señor Salinas:** Doctor, y ¿cómo es la intervención?

**Médico:** Es una RTU un procedimiento rápido. Ingresamos con el equipo y el láser permite eliminar las formaciones que le están impidiendo orinar. Es un “rasponcito” en la uretra, para limpiarla.

**Señor Salinas:** ¿Estaré dormido? ¿cuánto tiempo dura esto?

**Médico:** Estará sedado y no sentirá dolor durante la intervención. Puede durar una hora, según la cantidad de material que encontremos.

**Señor Salinas:** Si eso me permitirá orinar y detener el dolor... haga lo que tenga que hacer, doctor.

El día de la intervención, unos minutos antes de ingresar al quirófano, la enfermera le pide al paciente que firme el consentimiento informado. En ese texto, le dice ella, que constan los riesgos del procedimiento. Intranquilo por la intervención, incómodo por la bata que le han

puesto y con una vía intravenosa colocada, el señor Salinas firma lo que le piden, sin preguntar nada.

Mientras el paciente permanece dormido luego de la intervención, el médico ingresa a la habitación y le explica a la esposa que tuvo que extraer la próstata porque la encontró muy engrosada.

Cuando el paciente se entera de lo sucedido, a través de la información que le brinda su esposa, queda perplejo y muy molesto. Él ingresó al quirófano seguro de que le iban a realizar, como le dijo el médico: “un rasponcito en la uretra”. No imaginaba que podrían extraerle un órgano importante como la próstata. Del mismo modo, tampoco sabe las consecuencias derivadas de esta intervención.

## **Discusión:**

Los pacientes escuchan con mucha atención cada palabra del médico, particularmente, cuando se trata de una intervención que requerirá un quirófano. Pueden no entender la explicación, si se usan términos clínicos, como una “RTU”, sigla que posiblemente el señor Salinas hasta ahora no sabe qué significa. Sin embargo, no olvidará nunca la palabra “rasponcito” porque el lenguaje sencillo es lo que más memoriza el paciente.

En este caso, el médico debió:

1. Desarrollar un proceso de consentimiento informado para comunicar, correctamente, al paciente el procedimiento que se iba a seguir; aclarar y explicar en qué consiste y cómo se hace; el tiempo aproximado que toma; sus riesgos y beneficios; qué alternativas hay al procedimiento; los cuidados posteriores a la intervención; y consultar si es la opción que el paciente acepta.

2. Recordar que la responsabilidad de obtener la información para solicitar un consentimiento informado es del médico tratante, no de la enfermera, por lo cual se cometió un error grave.

El consentimiento informado no es el papel firmado para cumplir con un requisito legal y administrativo. Es un proceso de comunicación, en el cual el documento es solo el instrumento guía para no olvidar la información importante a transmitirse.

3. Evitar el uso de lenguaje técnico como “RTU” o, en todo caso, explicar qué significa y por qué la considera la mejor opción para el paciente. Asimismo, comunicar si existiesen más alternativas.
4. Respetar el derecho del paciente a ser informado directamente por el médico respecto a los problemas encontrados en su organismo. Si se realizó la extracción de un órgano importante durante el procedimiento, es obligatorio informarle directamente al paciente –y no a su esposa– a fin de explicarle de forma adecuada por qué se tomó dicha decisión.

La extracción de un órgano que afectará de manera sustantiva la vida del paciente, debe ser consultada directamente con él –si está consciente– o con sus familiares, incluso, durante el procedimiento. La excepción a este caso, se da únicamente si el no hacer la extracción implica riesgo inminente para la vida (Acuerdo Ministerial 5316, 2016)

5. Cuidar el uso de lenguaje coloquial. Palabras como “rasponcito” pueden minimizar, de manera equivocada, los riesgos de una intervención quirúrgica. Esto no significa recitar una lista interminable de situaciones que amedrenten al paciente, sino contextualizar profesionalmente el caso.



6. Cada paciente tiene, por su propia historia, posibles riesgos adicionales (diabetes, hipertensión, edad, etc.), que deben ser previamente valorados e informados.

La mayor parte de los errores, en este caso, se hubieran evitado si el médico hubiese empleado un proceso de consentimiento informado adecuado, utilizando el formato que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador reformó en el año 2016 (Acuerdo Ministerial 5316, publicado en el año 2016) y que pocos profesionales de salud conocen y emplean, pese a ser de uso obligatorio.

## HISTORIA 6

### LA RECETA

DRA. RUTH JIMBO SOTOMAYOR, DOCENTE PUCE

Eran casi las 7 de la mañana y el interno no hacía más que mirar el reloj, contando los minutos para que termine su largo turno de 24 horas sin dormir, en la sala de emergencias. Justo cuando estaba por entregarlo, sucedió lo siguiente:

**Médico tratante:** Por favor, la paciente del cubículo tres, con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, está de alta y requiere un antibiótico. Entrégale una receta con la siguiente medicación: doxicilina de 100 mg, dos veces al día, por 14 días.

Al hacer la receta, el interno se pregunta: “¿Dijo dicloxacilina o doxiciclina? Estoy tan cansado que solo quiero ir a mi casa. Seguro fue dicloxacilina, es la más conocida”. Escribió la receta y le explicó a la paciente: “Señora, ya está de alta. El médico me ha indicado que le explique lo siguiente. Tiene que tomar dicloxacilina, 100 mg, dos veces al día, por 14 días, más estos analgésicos y regresar en dos días para control”.

**Paciente:** Gracias, doctor, ¿con esa medicación me sentiré mejor?

**Interno:** Claro que sí. Todo irá bien.

En la farmacia, el farmacéutico revisa la receta y piensa que se equivocaron de dosis en la dicloxacilina, porque solo viene de 500 mg. Asume que pusieron mal los microgramos y, sin más, le dispensa dicloxacilina de 500 mg.

**Paciente:** Señor, la receta dice de 100 mg

**Farmacéutico:** No pasa nada, seguro se equivocó el médico.

La paciente se va tranquila a casa. Sin embargo, regresa luego de 24 horas, pues persisten el dolor y la fiebre. En la sala de emergencia, se dan cuenta de que hubo un error en la prescripción del antibiótico.

El médico tratante de la emergencia le indica a la paciente que fue culpa del interno de turno que le atendió, quien cometió un error. La paciente decide poner una denuncia al hospital.

## Discusión:

La atención de salud implica una comunicación de equipo efectiva entre los profesionales de salud. En esta historia, la paciente hubiera obtenido el medicamento que requería si:

1. El médico tratante verificaba que la prescripción fuera la correcta, pues su rol es comprobar que lo que indicó consta escrito, acompañando y supervisando a los internos en formación.
2. El médico en formación (en este caso, el interno) despejaba su duda frente a la prescripción que escuchó, ya que estaba en juego el bienestar y la vida de un ser humano y no deben cometerse errores por omitir preguntas en caso de dudas.
3. El farmacéutico, al percatarse del error, hubiera realizado una llamada de reconfirmación de la prescripción.

## HISTORIA 7

### UN CORTE AQUÍ

DRA. RUTH JIMBO SOTOMAYOR, DOCENTE PUCE

En una consulta de planificación familiar, en un hospital de la Amazonía del Ecuador, el médico le recomienda a un indígena shuar que es necesaria una vasectomía para ya no tener más hijos y le explica de la siguiente forma:

**Dr. Jiménez:** Señor Tipiak, usted solicita un método para ya no tener más hijos. Yo le recomiendo una vasectomía. Mire es un corte pequeño de aquí a acá (señala su antebrazo).

El paciente regresa el día de la intervención. Las enfermeras le solicitan que se desnude y se ponga una bata, ante lo cual él replica sorprendido. Les pregunta que para qué necesitan que se desnude si van a operarle en el brazo y señala el lugar que le mostró el médico.

El desconcierto cunde en toda la sala. El paciente se molesta y se retira furioso al sentirse engañado.

### Discusión:

Toda información que puede parecer evidente para los profesionales de salud, no lo es para los pacientes. Cada contexto cultural suma elementos que el médico debería conocer para saber cómo abordarlos e incorporarlos en su discurso.

En estos casos, los gráficos son de gran ayuda para explicar de manera más fácil los procedimientos a seguir. La triada: *explicar, preguntar, aclarar* es válida para asegurarse de que el mensaje que se está entregando es el deseado y que fue comprendido por el paciente.

La validación de la información entregada no debe realizarse con preguntas tales como: “¿Me entendió?” o “¿Comprendió?” que suelen tener respuestas positivas.

Evaluar la comprensión del paciente requiere una invitación para escuchar su relato de cómo entendió que se hará el procedimiento, qué riesgos y beneficios existen, qué le preocupa de la intervención que se le realizará. Solamente, al motivar al paciente para que exprese sus inquietudes se despejan las dudas existentes con respecto a la cabal comprensión de la explicación del profesional que lo atendió.

## HISTORIA 8

### ¿CÓMO ME TOMO LOS PRESERVATIVOS?

DRA. KARINA CASTRO MENDOZA, DOCENTE PUCE

Germán de 32 años, en su consulta de planificación familiar, recibió del médico rural, en la comunidad de Oyacachi, 5 preservativos, con la indicación de que los utilice “antes de cada relación sexual”.

Dos días después, Germán regresó a la consulta.

**Germán:** Doctorcito, vengo porque lo que me dio no me lo puedo tomar.

**Doctor:** Germán, ¿a qué se refiere?

**Germán:** Los sobres que me dio. Tienen unas tripas aceitosas que no me pasan con nada. Las dividí en partes para pasar con agua, con más aceite y casi me atoro. Son muy difíciles de tragar.

**Doctor:** Germán, ¿se refiere a estos? (le muestra más preservativos)

**Germán:** Esos mismos, doctor, esos mismos.

El doctor, sorprendido de que un hombre joven no conozca los preservativos, ahora está más preocupado por saber cuántos se tragó.

### Discusión:

Las explicaciones que pueden resultar obvias para un médico, no lo son para los pacientes. La aplicación, uso, cálculo de dosis, periodicidad

del tratamiento debe ser expresado según la vida y costumbres del paciente. Por ejemplo, las “horas de comida” son diferentes en cada comunidad y persona.

La sexualidad, al ser parte de la intimidad de cada persona, requiere aún más tacto y validación de la comprensión del mensaje que se entrega, utilizando siempre la triada: *explicar, preguntar, aclarar*.

En casos de pacientes con muchos medicamentos, Frances Borrell (2004) aconseja solicitarles que traigan la bolsa de medicinas para ayudarles a organizar la toma de las mismas. Este apoyo adicional permitirá asegurar que no tomen el mismo principio activo por duplicado, y que se logre una mayor adhesión al tratamiento.

## HISTORIA 9

### DERMATITIS ATÓPICA, MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO

DR. SANTIAGO PALACIOS ÁLVAREZ, DOCENTE DE LA PUCE

En la sala de espera de dermatología se encuentra Samuel, de cuatro años. Junto a él, su madre Sandra, de 32 años, y su padre Eduardo, de 35 años.

**Médico:** ¡Buenos días! Pasen por favor y tomen asiento.

Sandra y Eduardo responden cordialmente al saludo y se sientan frente al médico. Samuel se muestra muy inquieto.

**Médico:** Me alegra verlos, nuevamente. ¿En qué les puedo ayudar hoy?

**Sandra:** Estoy preocupada porque a Samuel le han aparecido “granitos” en los codos y rodillas, y le pican mucho.

**Médico:** ¿Cuándo empezó esta molestia? ¿Ha tomado o usado algún medicamento?

**Sandra:** Lleva varias semanas. Inició con granitos pequeños, pero con el rascado, ahora tiene costras que se han extendido en su piel y no mejora. No sé qué le pasó. Nada ha cambiado y es la primera vez que vemos a un médico por este motivo. No ha tomado ningún remedio.

Luego de examinar de manera exhaustiva a Samuel, de realizar un análisis de sus antecedentes y de los hallazgos encontrados, el médico indica a los padres que el diagnóstico es “dermatitis atópica”. A su vez, les



ofrece una hoja con el siguiente listado de todas las actividades e indicaciones médicas que, de ahora en adelante, deben adoptar en su vida:

**Dermatitis atópica – Listado para que los padres cuiden de sus hijos:**

1. Tomar baños cortos, con agua no caliente. Cambiar el uso de jabones, gel, shampoo por sustitutos de jabón o similares para piel atópica.
2. Retirar de la dieta la leche de vaca o sus derivados, así como huevo, maní y colorantes, por probable desarrollo de alergia y desencadenar episodios de dermatitis.
3. Evitar viajar a zonas calientes o húmedas.
4. Iniciar el uso de cremas con corticoides, medicación para evitar el rascado y mantener hidratada la piel.

Gracias al listado entregado por el médico, la vida de Samuel cambia sustantivamente y percibe que sus padres ya no le quieren.

No puede desayunar huevo, que era uno de sus alimentos preferidos; lo bañan en agua fría; no le permiten estar mucho tiempo en áreas con sol; cero dulces y colorantes; las piñatas ya no tienen ninguna gracia, porque todo dulce le es requisado.

El padre de Samuel presiona mucho a Sandra por el cuidado del hijo, por lo cual las reglas son muy rígidas en casa para atender la lista de recomendaciones del médico.

## Discusión:

¿Qué pudo hacer diferente el médico para no afectar la vida de Samuel y sus padres y, al mismo tiempo, atender su dolencia?

Podía asegurar la comprensión de las recomendaciones, de forma que la enfermedad sea parte de la vida y no el centro de la vida de la familia.

Los listados deben ser equilibrados. De esta manera, se facilita a los padres el cuidado de la salud de su hijo y se fortalece la capacidad de la familia para resolver su problema frente a enfermedades crónicas que son intermitentes.

En dermatología se tiende a medicalizar el cuidado. Sin embargo, el paciente, según su experiencia y capacidad económica, debería escoger la alternativa de cuidado que resulte mejor para su vida.

Las enfermedades crónicas, como la dermatitis atópica, van a tener éxito en su curación cuando las familias reconozcan qué les afecta, para prevenirlo de mejor forma.

En el listado que se entregó a los padres se debe observar lo siguiente:

Se podría reemplazar la frase:

1. Tomar baños cortos, con agua no caliente. Cambiar el uso de jabones, gel, shampoo por sustitutos de jabón o similares para piel atópica.

Con la siguiente, a fin de evitar someter a baños fríos al niño y la medicalización:

1. Tomar baños cortos, con agua no tan caliente. Usar jabones para niños con ph neutro o ácido. No usar jabones, gel y shampoo en las zonas afectadas.

Esta recomendación se debería eliminar:

2. Retirar de la dieta la leche de vaca o sus derivados, así como huevo, maní y no puede consumir colorantes, por probable desarrollo de alergia y desencadenar episodios de dermatitis.

En una dermatitis atópica lo recomendable es “comer bien, comer sano, comer todo”. Las dietas y restricciones, generalmente, no son necesarias. Las dermatitis son reacciones de hipersensibilidad intrínseca de la piel, en donde la alergia (hipersensibilidad tipo 1) no juega un rol importante.

Las restricciones de dieta pueden tener consecuencias graves que afecten las relaciones sociales del paciente, en lugar de su esperado y posible beneficio.

3. Evitar viajar a zonas calientes o húmedas.

Se sugiere eliminar el punto tres porque la dermatitis atópica puede afectar a las personas independientemente de la zona donde vivan. Si el niño juega con camisetas de material sintético, le afectará, sea que se encuentre en la costa o en la sierra. No existe más dermatitis atópica en lugares costeros que en la serranía. No permitir viajar a los niños, los puede convertir en “niños de cristal” y fomentar la separación de familias. En este caso en particular, la abuela de Samuel residía en Santo Domingo.

4. Ahora debe iniciar el uso de cremas con corticoides, medicación para evitar el rascado y crema para mantener hidratada su piel.

El corticoides es una medida indicada, pero debe tener una explicación anticipatoria por sus posibles efectos secundarios. Además, hay que aclarar el fin de su uso: calmar los síntomas sin ser curativo. De esta forma, no se generarán falsas expectativas. Este medicamento aliviará el síntoma, mas no debe utilizarse de forma permanente. Es un derecho del

paciente que el médico plantee metas, dejando claras las perspectivas del tratamiento. En la dermatitis atópica, que es una enfermedad crónica, repetitiva e intermitente, el paciente debe entender que el corticoide no va a resolver la enfermedad en sí, sino que calmará los síntomas.

En resumen, ningún listado debe ser entregado a un paciente sin una exhaustiva explicación, asegurando eliminar las recomendaciones rígidas que conviertan la enfermedad en el centro de la vida y que no cumplan con ser un apoyo para el cuidado. Se sugiere entregar una lista de autocuidado, como la siguiente, la cual fue desarrollada con el apoyo de estudiantes de Medicina de la PUCE, en el Centro de la Piel, CEPI:

**LA ESCALERA DE LA DERMATITIS ATÓPICA**

**INDICACIONES:**

8	<b>METOTREXATO, CICLOSPORINA, OTROS</b>	Son medicamentos especiales que se usan en los casos más graves.
7	<b>CORTICOIDES SISTÉMICOS</b>	Se pueden usar en tabletas o inyecciones, en algunos casos graves son indispensables.
6	<b>FOTOTERAPIA</b>	La luz ultravioleta del sol puede ser muy útil. Existen máquinas que emiten radiaciones especiales.
5	<b>WET WRAP, TERAPIA OCLUSIVA HÚMEDA</b>	Compresas húmedas frías con agua, suero fisiológico, sulfato de Cu-Al. También se puede usar sobre un corticoide tópico.
4	<b>CORTICOIDES TÓPICOS</b>	Son super útiles. Hay que usarlos con cuidado como indique el médico.
3	<b>INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA</b>	Son anti-inflamatorios que no tienen cortisona y se pueden usar por más tiempo.
2	<b>ALQUILITRÁN, PASTA DE ZINC</b>	Las cremas para escaladaduras de niños son un remedio natural y efectivo.
1	<b>CONTROL DE LA PICAZÓN</b>	Los antihistamínicos pueden ayudar. Compresas frías y remedios naturales.

**MEDIDAS DE AUTO-CUIDADO**

1. Humectar la piel con mucha frecuencia con la crema que se sienta mejor.
2. Usar jabones suaves, neutros o ácidos.
3. Baños cortos y con agua fría.
4. Usar ropa adecuada, evitar la ropa de lana y de fibras sintéticas.
5. No utilizar antitérmicos, alcohol y ninguna sustancia química en la piel enferma.
6. Comer bien, comer sano, comer todo. Las dietas y restricciones generalmente no son necesarias.
7. Compartir con amigos y procurar hacer la vida normal, esta enfermedad no es contagiosa.
8. Evitar las tensiones.
9. Estar alegre hace bien.
10. Hacer un diario, anotar lo que siente que le hace bien o mal. Llevar un registro de los medicamentos.

Fuente: Palacios S., (s.f) Medidas de autocuidado para dermatitis atópica, Quito: CEPI.

## HISTORIA 10

**EUREKA CLÍNICA**

DR. SANTIAGO PALACIOS ÁLVAREZ, DOCENTE DE LA PUCE

Juan Sola, de 55 años, acude al médico por manchas de color ceniza en la frente, espalda y los brazos. Las presenta desde hace un año. En algunas ocasiones, las manchas se han intensificado teniendo el aspecto de una quemadura. Ha tenido varias consultas médicas con distintos profesionales, sin que se resuelva su problema.

El paciente es atendido en una consulta docente por un estudiante de último año de Medicina, quien realiza la historia clínica.

El médico tratante ingresa a la consulta, recibe la exposición del caso y realiza el análisis con el estudiante.

Se repregunta al paciente algunos datos en relación a la ingestión de otros medicamentos por otras causas. Se realiza la revisión de sistemas y enfermedades concomitantes, en la que el paciente refiere haber tomado algunos antiinflamatorios y antibióticos.

El médico tratante le dice al estudiante, frente al paciente, de forma entusiasmada, porque el diagnóstico está muy claro y sabe que está en lo cierto en un 100%: ¡Se trata de un “exantema pigmentado fijo medicamentoso”! y continúa:

- Mira la semiología. Hay pocas enfermedades que hacen círculos tan perfectos. También ten en cuenta que existen pocas enfermedades que se repiten siempre en el mismo lugar. Además, fíjate el color

ceniza que deja la lesión, se rompe la membrana basal y el pigmento cae a la dermis. Es como un autotatuaje. El problema es que se demorará meses en curar, pero se sana solo si se retira el medicamento que lo produce. Es, sin ninguna duda, un “exantema pigmentado fijo medicamentoso”.

El médico luego de estas explicaciones, escribe lo dicho al estudiante y le insiste al paciente que no tome ni sulfas, ni antiinflamatorios, como lo ha venido haciendo y le indica que no le va a prescribir nada.

**Paciente:** (Reacciona con insatisfacción) Usted no me está diciendo nada. Además, estos medicamentos los he tomado siempre. No creo que lo que me dice sea mi problema.

**Médico:** Tome una segunda opinión.

**Paciente:** Eso haré.

## Discusión:

La experticia clínica no es suficiente. En los primeros minutos, debe asegurarse una conexión con el paciente que cree un vínculo de confianza. De lo contrario, los resultados pueden ser negativos, pese a tener una certeza clínica.

El *énfasis desmedido* en explicar la enfermedad en jerga médica al estudiante, desconsideró al protagonista del acto clínico: el paciente.

El paciente, posiblemente, venía con una expectativa que no se conoció porque nunca se lo escuchó. Mientras tanto, el *médico insistía en no prescribirle nada*. Un efecto placebo, quizás, podría haberle ayudado.

La euforia autoelogiosa ante un acierto diagnóstico, es decir, un “*eureka clínico*”, conectó *más al médico con* el estudiante de Medicina que con el paciente.

Aún con un diagnóstico clínico claro, preguntar qué sabe y qué le preocupa de su enfermedad al paciente es una norma en toda consulta. Esto posibilita una conexión con los intereses del paciente y atiende sus preferencias y temores.

Las razones clínicas del médico no pueden excluir el diálogo, es decir, explicar la enfermedad pero también escuchar la experiencia del paciente.

## HISTORIA 11

### EL ROSTRO, MAPA DE LAS EMOCIONES

DR. XAVIER SÁNCHEZ CHOEZ, DOCENTE PUCE

A un centro de salud rural de la costa, acude Anita, de 60 años de edad. De apariencia muy frágil y con lentitud al caminar, con una mirada vaga y temerosa le pregunta a la única persona que se encuentra en el lugar, en voz baja, casi como susurrando un secreto: “¿Me puede atender?”

El médico del centro de salud, el doctor Sánchez, que cumple funciones de secretario, enfermero, auxiliar, camillero..., le responde muy amable: “Claro que sí. Pase no más...”

**Anita:** Muchas gracias, doctorcito.

**Doctor Sánchez:** Cuénteme, ¿qué le preocupa?

El interrogatorio y el examen físico cursó sin problemas. Se realizó un diagnóstico y un tratamiento adecuado. Al final de la consulta, sucedió lo siguiente:

**Anita:** Muchas gracias, doctorcito. Le traje un regalito.

**Doctor Sánchez:** No es necesario, tranquila. Vaya no más.

Anita sacó de su funda de plástico desgastada y agujereada, una mazorca con hojas amarillas pálidas y secas, llenas de tierra y polvo.

**Anita:** Tenga, doctorcito.

El doctor Sánchez dio una mirada extraña al regalo, frunció las cejas y levantó levemente los hombros, sorprendido y creyendo que era



una broma. Sintió que era un momento ridículo y pensó: “¿Qué rayos voy a hacer con una mazorca seca?”. Intentó disimular su primera impresión y, demostrando agradecimiento, dijo: “Muchas gracias. No se hubiera molestado”.

**Anita:** Para que se coma, doctorcito.

Anita se retiró del consultorio, algo avergonzada, casi apenada. El médico cerró la puerta y, mientras reía a solas, pensaba en lo cómico de la situación. Tomó la mazorca y la guardó en una mesita vieja del centro de salud, en un cajón donde solía colocar cosas triviales que revisaba al final del día.

Antes de retirarse, el doctor Sánchez vio nuevamente la mazorca. Volvió a reírse, esta vez más jocoso, recordando los detalles de la situación que había vivido ese día. Al tomar la mazorca sintió que era diferente a aquellas que le habían regalado a granel por sacos en el pueblo.

Esta mazorca era más pesada. Al abrirla, su sentimiento de alegría cambió por uno de aflicción, de vergüenza: toda la consulta de la señora Anita pasó nuevamente por su cabeza. Cada gesto que él había hecho le formaba un nudo en la garganta, hasta casi llorar.

La mazorca tenía en su interior un valioso regalo. Entre las hojas secas y terrosas, se encontraban tres huevos. En su humildad, Anita había traído algo muy importante para ella y él lo había aceptado como si no tuviera valor.

## Discusión:

El lenguaje corporal pone en evidencia quiénes somos, cómo nos sentimos o cuáles son nuestros gustos. En la interacción comunicacional, la conducta no verbal informa nuestro grado de comprensión y nivel

de acuerdo. Incluso, puede desmentir lo que estamos diciendo en ese momento.

Constantemente, los pacientes ponen a prueba el potencial no verbal del médico por su capacidad de reacción con casi todo lo que traen a la consulta. Su particular problema, su modo de relatarlo, sus explicaciones e interpretaciones, sus preguntas, su apariencia física y sus sentimientos. También los hallazgos del examen físico, los resultados de los estudios y los familiares del paciente son fuente de reacciones.

Este enorme caudal de emociones ejerce una presión fisiológica y psicológica que se exterioriza corporalmente en gestos, posturas, modos de hablar, ademanes, que el médico expresa sin parar. La mayoría de veces, estas se dan inconscientemente y el médico, sin llegar siquiera a darse cuenta, no las puede controlar o evitar.

La relación médico-paciente es una relación cara a cara, directa y de alto contenido emocional. Como tal, los pacientes buscan (muchas veces encuentran y otras creen encontrar) en el rostro, en la mirada, en los gestos y movimientos del médico, la información que no comprenden o que sospechan se les está ocultando, a través del lenguaje verbal técnico o encriptado que, habitualmente, utilizan los profesionales de la salud.

## HISTORIA 12

### EL PAPANICOLAOU

DR. RAMIRO RAMADÁN MALDONADO, DOCENTE PUCE

Carmen, de aproximadamente 40 años de edad, acude acompañada de su esposo para un chequeo ginecológico.

**Carmen:** Buenos días. Deseo realizarme un papanicolaou para prevenir cáncer de útero.

**Médico:** Sí, claro, por supuesto. Voy a abrir una ficha clínica.

Luego de una breve anamnesis, el médico le pide a la paciente pasar a la mesa de exámenes ginecológicos y procede a tomar la muestra.

A los dos días la pareja regresa y el marido, muy contrariado, expresa: “Doctor, el examen dice que los resultados no son válidos porque hubo presencia de espermatozoides en la muestra enviada”.

### Discusión:

Asegurar las condiciones previas para que un examen sea efectivo es parte de una comunicación adecuada.

Según el caso, se deben formular preguntas oportunas para determinar si es procedente realizar o no un examen. De esta forma, se ahorran tiempo, molestias, dinero y, lo más importante, demoras en el diagnóstico.

Al atender de manera rutinaria a los pacientes, sin seguir una estructura de entrevista clínica (Boissy, 2016) que permita: conectar (crear

un vínculo y generar confianza), desarrollar (anamnesis física y sicosocial, examen físico y posible diagnóstico) y cerrar (tratamiento consensuado y seguimiento), las habilidades de comunicación se ven disminuidas porque las preguntas necesarias dejarán de realizarse.

El encuentro entre el médico y el paciente debe respetar una estructura para recordar los mensajes que no pueden dejar de comunicarse en cada fase de la entrevista.

## HISTORIA 13

**NECESITA TODOS LOS EXÁMENES**

DR. RAMIRO RAMADÁN MALDONADO, DOCENTE PUCE

Pedro Farinango nació en Colta, Chimborazo. Tiene 55 años y ha ido a Quito para una consulta médica, acompañado de su hijo.

**Hijo:** Buenas tardes, doctorcito. Le traigo a mi papá para que lo examine.

**Médico:** Buenas tardes, (dirigiéndose al paciente). ¿Cómo se siente?

**Hijo:** Queremos que le pida todos los exámenes para ver qué tiene.

**Médico:** Por favor, es necesario que sea el paciente quien conteste mis preguntas. En qué le puedo ayudar, Pedro. ¿Cómo se siente?

**Pedro:** Me duele el brazo, el hombro, la pierna derecha y la barriga también. El dolor me rodea la cabeza.

**Médico:** Está bien. Vamos por partes. De todo lo que me cuenta, ¿qué es lo que más le preocupa o le molesta?

**Pedro:** Lo que digo doctor...

**Hijo:** Mi papá no sabe bien, por eso quiero que le pida los exámenes, doctorcito.

**Médico:** Sí, pero para eso necesito saber cuáles son sus síntomas...

**Hijo:** Papá, diga, ¿qué le duele? ¿qué tiene?

**Pedro:** El brazo se me hace como “agua de Güitig”

**Médico:** El brazo le duele como si sintiera una corriente eléctrica ¿o, más bien, es como calambre?

**Pedro:** Sí

**Médico:** Sí, ¿cómo qué?

**Pedro:** Como una molestia, doctorcito...

## Discusión:

En casos en los cuales los pacientes no pueden definir su sintomatología y sus familiares demandan “todos los exámenes”, la paciencia del médico es esencial para una mejor comunicación.

Lo más fácil en esta historia es decir que “el paciente no colabora” o que “el paciente es difícil”. Bien se dice que, según el porcentaje de pacientes que el médico califica como “difíciles”, se puede evaluar la tolerancia y la paciencia en la actitud del médico.

La primera recomendación para escuchar casos en los que el paciente tiene una sintomatología completa es no etiquetarlo: “difícil, anciano, quejoso, molesto, mal genio”.

Muchos de los dolores están asociados con situaciones de cambios sociales o crisis que los mismos pacientes no identifican en primera instancia. Por ejemplo: “Me duele la cabeza y el cuello desde que cambié de trabajo”.

El médico debe estar entrenado para desarrollar la habilidad de comunicación que le permita apoyar a su paciente en aclarar preocupaciones, causas o procesos que le han vuelto vulnerable y le han llevado a buscar ayuda en una consulta médica.

## HISTORIA 14

**FATIGA**

DR. RAMIRO RAMADÁN MALDONADO, DOCENTE PUCE

En la consulta externa, Rosario de 50 años busca ayuda.

**Médico:** Buenos días, señora. Tenga la bondad de pasar y tomar asiento.

**Rosario:** Muchas gracias.

**Médico:** ¿En qué le puedo ayudar?

**Rosario:** Vengo porque tengo fatiga.

**Médico:** ¿Y eso desde cuándo le ocurre?

**Rosario:** Ya es tiempito.

**Médico:** Y eso ¿cuánto tiempo es?

**Rosario:** Será hace unos 3 días...

**Médico:** ¿Y desde cuándo le ocurre ese cansancio?

**Rosario:** (No responde y denota incompreensión)

**Médico:** Señora, ¿cuándo se le presenta la fatiga?... ¿Cuándo camina?... ¿Cuándo sube alguna pequeña cuesta?... ¿Al vestirse?

**Rosario:** (Sigue sin responder y muestra mayor incertidumbre)

## Discusión:

El médico cumplió bastante bien con lo establecido en la técnica de anamnesis. Cuando la paciente le comentó que ya es “tiempito” para referirse al tiempo de evolución de su dolencia, el profesional no se dio por satisfecho con la respuesta (común pero inexacta). Por lo mismo, hizo una pregunta adicional sobre el tiempo de evolución del síntoma para fijar una posible fecha de inicio.

Sin embargo, el médico da por hecho que la palabra “fatiga” significa cansancio, o disnea. Para la paciente, originaria de la provincia de Loja, “fatiga” es un modismo que significa náusea. Por lo que la pregunta le resulta difícil de comprender.

Frente al silencio de los pacientes o gestos de sorpresa, los médicos deben replantear lo que están preguntando. De esta forma, aseguran que se ha logrado una comunicación o que existe una barrera sea por temas culturales o lingüísticos, o por la forma en cómo expresaron algo.



## HISTORIA 15

### NO LE DEBE DOLER MUCHO

DR. CARLOS ACURIO VELASCO, DOCENTE DE LA PUCE.

Pedro, de 30 años, acude a un nuevo médico para tratar de encontrar un diagnóstico a su problema de salud. Lleva varios meses con dolor de estómago.

**Médico:** Buenos días, ¿en qué le puedo ayudar?

**Paciente:** Vengo a verle porque tengo dolor de estómago desde hace seis meses.

**Médico:** ¿Seis meses? No le debe doler mucho para que haya dejado pasar tanto tiempo sin venir a una consulta.

**Paciente:** Sí, me duele y he consultado a varios médicos. Pero los medicamentos que me han dado no me alivian el dolor.

**Médico:** ¿Se los ha tomado bien? ¿Se ha hecho los exámenes que le han mandado para conocer la causa del dolor?

**Paciente:** (A la defensiva y algo molesto) ¡Sí, me he realizado todos los exámenes que me han mandado, pero no me encuentran nada!

### Discusión

Una regla de oro de una escucha activa es “no juzgar al paciente”. Los valores y preferencias del médico no deben ser priorizadas ni expuestas como una sentencia de “autoridad moral”. Este comportamiento

encarna en el profesional de salud como un modelo de atención paternalista. Es así que el médico ordena qué se debe hacer y llama la atención al paciente, por su “bienestar”, pero olvidan sus intereses y valores.

Decirle al paciente: “¿Seis meses? no le debe dolor mucho para que haya dejado pasar tanto tiempo sin venir a una consulta” y añadir: “¿Se los ha tomado bien? ¿Se ha hecho los exámenes que le han mandado para conocer la causa del dolor?” no es correcto. Cada pregunta va minando la relación médico – paciente, porque el médico se convierte en juez y el paciente en una persona culpable, incapaz de cuidarse.

Es importante recordar que la única persona que debe señalar cuánto le duele es el mismo paciente. El dolor es el quinto signo vital y el médico está obligado a manejar escalas de medición del dolor, acordes a la situación del paciente y no debe ser el profesional quien valore la intensidad del dolor. Es imprescindible considerar que los pacientes tienen umbrales de dolor diferenciados y que el manejo y control del dolor es un indicador de calidad asistencial fundamental.

En toda consulta, la comunicación es la herramienta fundamental para algo indispensable: explorar qué está detrás de los síntomas que aquejan a su paciente. Por lo tanto, hay que pasar de la anamnesis focal y clínica a la sicosocial (Borrell, 2011). Para esto, es fundamental conocer qué le preocupa al paciente, cómo afecta la experiencia de su enfermedad a su vida, iniciando con preguntas sencillas en los casos en los que el paciente le cuesta expresarse: “¿Qué tal ha descansado en las últimas noches?”.

En la historia analizada, un diálogo que podría haber cambiado el inicio de la relación entre este médico y el paciente podría haber sido:

**Médico:** Buenos días, Pedro. Antes de dialogar sobre su problema de salud, me gustaría saber cuál es su actividad principal. ¿Cómo es un día

normal para usted? (Primero asegure conexión con el paciente, a través de conocer su biografía). Dígame, ¿qué le preocupa acerca de su dolencia?

El paciente le resume su día y le indica que vive solo, que su familia está radicada en otra provincia y que una prima, hace seis meses, falleció con cáncer gástrico y le preocupa que también tenga la misma enfermedad.

**Médico:** Gracias, Pedro, por compartirme esta información muy importante para comprenderlo mejor. Ahora, sí, cuénteme acerca del dolor del estómago.

## HISTORIA 16

### GENERAR CONFIANZA, LA PRIMERA META EN LA CONSULTA

DR. RAMIRO RAMADÁN MALDONADO, DOCENTE DE LA PUCE

Susana, de 42 años, había obtenido el turno número uno para la consulta vespertina y era la primera vez que acudía al Centro Médico de Solanda en el sur de Quito. Cuando oyó su nombre ingresó rápidamente, y sin saludar, tomó asiento y expresó súbitamente:

**Paciente:** Doctor, vengo a que me cure igual que al señor del trole.

**Médico:** Buenos días, señora Susana. ¿Cómo me dice?

**Paciente:** Es que tengo un problema muy molesto y sé que usted es la persona que me puede ayudar.

**Médico:** Con mucho gusto, señora Susana. Permítame primero tener algunos datos suyos y cuénteme qué le preocupa.

Luego de registrar información de biografía básica, la paciente inicia su relato.

**Paciente:** Verá, doctor. Yo vivo en Solanda y la tarde de ayer regresaba a mi casa en el trole. Al sentarme junto a un pasajero, este empezó a contarle a su acompañante lo bien que se sentía luego de haber sido atendido por un médico que le trató su gastritis, que le venía atormentando por largo tiempo.

Al oír eso, puse más atención, porque él se refería a la misma molestia que tengo. Me animé a preguntarle quién le curó. El señor me dijo:

“Vea, señora, a ojo cerrado vaya usted al Centro Médico de Solanda y pida un turno con el doctor tal”.

Por la referencia de ese señor, que habló tan bien de usted en el trole, es que vengo a pedirle que haga lo mismo por mi caso, doctorcito.

## **Discusión:**

La herramienta básica para ganar la confianza en el paciente es la capacidad de comunicación: es decir, entender y ser entendido por el paciente para lograr conectar con sus preocupaciones y vivencias de la enfermedad, de manera que se genere confianza y empatía.

En el caso real descrito, el médico ha logrado este efecto con sus pacientes, quienes son la mejor vía para consolidar el trabajo de un profesional.

Un paciente que sale satisfecho de su consulta médica (diagnóstico y tratamiento), lo manifiesta en todo momento y en cualquier oportunidad (en este caso, en un servicio de transporte público). Al manifestarlo con tal convicción, su conversación fue captada por una persona con el mismo problema de salud que decidió confiar en el profesional referido.

La buena relación médico-paciente genera confianza y, a su vez, nuevas consultas.

## HISTORIA 17

### CAMBIOS TRÓFICOS EN LA PIEL

DR. MARCO GARCÍA CANTOS, PRESIDENTE  
DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE BIOÉTICA.

En la consulta de traumatología, la señora Elena Corral, de 42 años, ingresa con dolor de su pierna.

**Dr. Ortega:** Buenos días, Sra. Corral. ¿En qué puedo ayudarle?

**Sra. Corral:** Vengo a su consulta porque tiene que solucionarme un problema.

**Dr. Ortega:** Por favor, relátame. ¿Cuál es su situación actual?

**Sra. Corral:** Soy de Venezuela y dejé mi país por la situación económica. Estoy en Ecuador con mis dos hijos menores, a quienes debo mantener. Así que requiero una solución inmediata al problema de mi pierna.

**Dr. Ortega:** Entiendo que la situación de su país es lamentable. Ahora, vamos a conocer su situación de salud.

**Sra. Corral:** Hace 7 años, en mi país, sufrí un trauma en mi pierna derecha. Inicialmente, no acudí a recibir atención médica. Únicamente fui a un masajista, quien me realizó varias sesiones de masajes, con aplicación de pomadas. Posteriormente, se me inflamó más mi pierna y acudí a un centro de salud, desde donde me refirieron a un hospital. Ahí me abrieron una herida y salió gran cantidad de pus. Me realizaron varias curaciones y la herida cicatrizó.

Permanecí aparentemente bien hasta hace dos años, cuando mi pierna se puso hinchada, caliente y tenía mucho dolor. Regresé al hospital y, nuevamente, me drenaron pus. Luego de varias curaciones y de antibióticos, parecía que mejoró la herida.

Hace 9 meses vine a vivir en Ecuador y estoy trabajando en una casa de familia. Hace un mes, se hinchó mi pierna otra vez. Se puso caliente y reapareció el dolor. Acudí a un centro de salud y me recetaron antibióticos, pero la situación siguió agravándose, hasta que hace 15 días empezó a drenar pus. Volví al centro de salud, en donde me dieron la transferencia a un hospital de especialidades, en donde me dieron turno para luego de tres meses. Por eso, una vecina me recomendó que acuda a su consulta porque aquí sí me pueden solucionar el problema.

Luego de escuchar atentamente, el médico realiza el examen físico.

**Dr. Ortega:** Sra. Corral, usted presenta un absceso de tejidos blandos. Tiene, además, cambios tróficos importantes en la piel y un edema duro. Requiere ser atendida en un hospital de especialidades.

**Sra. Corral:** Solo requiero que usted me recete unos buenos antibióticos porque tengo que seguir trabajando. Si no, ¿cómo mantengo a mis hijos? Además, ¿con quién los voy a dejar?

**Dr. Ortega:** El problema que usted presenta es crónico: la necrosis y el absceso en los tejidos blandos, el cambio trófico en su piel y el edema duro son evoluciones clínicas que levantan sospecha de daño en el tejido óseo también. Hay que hospitalizarla.

**Sra. Corral:** Yo lo que entiendo es que antes los antibióticos me han sacado del problema. Recéteme un antibiótico, ¿por qué no me quiere ayudar?

## Discusión:

Cuando hay un desacuerdo entre el tratamiento o el proceso que el médico recomienda y lo que el paciente desea, es importante preguntar qué alternativa o plan sería aceptable para el paciente, porque es probablemente que eso es lo que hará.

En esta historia, si el paciente está convencido de que un antibiótico lo ayudará a salir de la situación actual, solicitará con mayor insistencia a otro médico que se lo recete o lo comprará de alguna manera, haciendo su situación más crítica.

El desacuerdo, en este caso, aparece porque la señora Corral no dimensiona la situación crítica de su salud. En su explicación, el médico utiliza términos técnicos que la paciente no comprende y, en su angustia, los pasa por alto.

Un médico no debe recitar términos técnicos a su paciente sin explicarle de qué se tratan, como si fuera una lección de Medicina en las aulas. Todo vocablo técnico debe ser traducido a un lenguaje coloquial. Posiblemente, la situación hubiese cambiado si el diálogo se desarrollaba con esta consideración:

**Dr. Ortega:** Señora Corral, usted presenta un absceso de tejidos blandos: o sea, una infección que está dañando seriamente sus músculos, tendones y sus vasos sanguíneos. Posiblemente, también las venas de su pierna estén afectadas. Por eso, se ve un color diferente e importante en la piel. Eso se llama “cambios tróficos”. En su caso, son muy preocupantes. Vemos, también, una inflamación que ha producido “esto” que se puede tocar “aquí”. El pasar de los años ha dañado los tejidos de su pierna. Ahora, requiere ser atendida con urgencia en un hospital de especialidades.



**Sra. Corral:** Parece grave... Pero, antes ya me curaron los antibióticos. Solo recéteme porque tengo que seguir trabajando. Si no, ¿cómo mantengo a mis hijos? Además, con quién los voy a dejar.

**Dr. Ortega:** El problema que usted presenta es crónico. Requiere de varios estudios adicionales para descartar una afectación que puede dañar seriamente sus huesos. Esto es frecuente cuando hemos dejado pasar mucho tiempo sin sanar, como es su caso. Es muy importante hospitalizarla y realizar estudios adicionales para, entonces, proceder al tratamiento. Es fundamental tener más información para saber cómo actuar.

**Sra. Corral:** No sabía que era tan grave... No sé qué hacer. No me dan un turno en un hospital.

**Dr. Ortega:** Le voy a elaborar un certificado para que acuda al servicio social del hospital y consiga la atención urgente que requiere.

**Sra. Corral:** Gracias, doctor. Es el único que me ha explicado qué me está pasando y por qué no logro curarme. ¿Cree que hasta tanto me pueda recetar algún antibiótico? Tengo que seguir trabajando y no puedo dejar a mis hijos.

**Dr. Ortega:** Sería muy peligroso para su salud recetar un antibiótico sin identificar el germen que le está afectando y sin tener otros estudios adicionales para saber cómo están sus huesos. Voy a realizar una curación local, a cubrir su lesión y aliviar su dolor, hasta que pueda recibir atención en el hospital con urgencia. Es muy posible que necesite una limpieza quirúrgica y, posteriormente, una consulta con un cirujano plástico.

Si el médico alerta lo que puede pasar si se toma nuevamente un antibiótico, sin saber la causa de la dolencia, la señora Corral conocerá las consecuencias de recurrir a lo que cree que puede dar solución a su problema de salud.

La persuasión del médico, y la información con claridad sobre la gravedad del caso a la paciente, pueden conseguir una conducta diferente que detenga el ciclo de tomas de antibiótico que no resuelven el problema y más bien enmascaran una situación que se va haciendo cada vez más compleja.

## HISTORIA 18

**SU EMBARAZO ES IMPOSIBLE**

DRA. KARINA CASTRO MENDOZA, DOCENTE PUCE

Elena y Sebastián, ambos de 30 años, han estado intentando tener un bebé por alrededor de un año. Luego de un tratamiento con un ginecólogo, para controlar las hormonas y sin una respuesta positiva, hicieron una histerosalpingografía y se dieron cuenta de que ella tenía las trompas de Falopio dañadas. Elena se preguntó por qué no hicieron esto al inicio. Decidieron cambiar de médico, porque ella sentía que conocía mejor su cuerpo y su caso, que el seguimiento que el médico le realizaba.

El segundo médico le diagnosticó Síndrome de Turner, enfermedad que imposibilita tener un bebé, en el cual la persona evidencia físicamente su mal ya que casi no desarrolla sus órganos sexuales y es muy pequeña. Este no era el caso de Elena. Dudó y se realizó nuevos exámenes, detectando que el diagnóstico era totalmente errado.

Luego de transitar más de año y medio con estos dos médicos, la pareja decidió ir a un muy experimentado y reconocido endocrinólogo en la ciudad de Quito, en donde sucedió el siguiente breve encuentro:

**Médico:** Buen día. Dígame el motivo de su visita.

**Elena:** Hemos tratado de tener un bebé y hemos tenido problemas con mis hormonas. Mi esposo está bien en todos los análisis que han hecho. Me han dado dostinex por muchos meses y mis hormonas se han controlado. Luego, me hicieron una histerosalpingografía y se des-taparon mis trompas, que estaban cerradas. Posteriormente, tuve un mal

diagnóstico de Síndrome de Turner y ahora no sabemos qué más hacer. Seguimos sin poder tener un bebé.

**Médico:** (Mira los exámenes y relee cada análisis e informe. Suspira. Deja los papeles en la mesa y sentado, desparramado en su silla, mira fijamente a la mujer). Señora, sus hormonas son un desastre. Esto, sumado a la condición de sus trompas de Falopio... Realmente, veo imposible que usted algún día tenga un hijo. Yo de usted adoptaría.

Elena recibe en shock el mensaje del médico. Se levanta. Recoge sus documentos. Agradece al médico y sale llorando de la consulta. Su esposo la sigue.

## Discusión:

Ningún informe o examen constituye un resultado definitivo y una sentencia para un paciente. En todo caso, siempre hay algo que se puede hacer. Tampoco pueden reemplazar el contacto directo con el paciente, ni el levantamiento de una buena anamnesis focal y sicológica, además de realizar una exploración física.

En esta historia, el médico actuó basado en su “experiencia” de forma apresurada. Fue maleficiente con la paciente al emitir un criterio despectivo respecto a su salud, sumando además un diagnóstico categórico y rígido. Tampoco fue de ayuda la forma imperativa de qué opción debería tomar la paciente, respecto a una decisión tan profunda e íntima como es la de la adopción.

Los errores de comunicación verbales, más la kinésica del médico (sus silencios, suspiros, postura, mirada) determinaron que la consulta acabe apenas iniciada. La falta de empatía al recibir a una paciente que estaba más de un año intentando tener un bebé, luego de varios problemas

con otros médicos, hicieron que la consulta se cierre de manera abrupta, devolviendo al médico la misma actitud que la paciente percibió.

En la consulta médica, es un error grave de comunicación el apresurar diagnósticos. Mucho peor, expresar certezas en un 100% porque cada persona es diferente. En este caso, Elena acudió posteriormente a otro ginecólogo, realizó una fecundación in vitro que no tuvo éxito. Tuvo un tratamiento adicional para tratar una inflamación pélvica y quedó embarazada por tres ocasiones con éxito, sin ningún apoyo médico.

## HISTORIA 19

### MADRECITA

DR. CARLOS ACURIO VELASCO, DOCENTE DE LA PUCE

En un centro de salud, Francisco Suárez, de 75 años, acompaña a su esposa Fanny Espinoza, de 72 años, para que le realicen un Papanicolaou y ocurre lo siguiente:

**Dr. Jaramillo:** Buenas tardes, madrecita, abuelito. Pasen, siéntense. Usted viene por un examen de Papanicolaou, ¿verdad, madrecita?

**Fanny:** Sí, doctor.

**Dr. Jaramillo:** A ver, mi abuelita. Vamos a pasar a la camilla. Póngase esta bata.

Durante la exploración ginecológica, el Dr. Jaramillo muestra un rostro de preocupación al observar el cuello uterino de Fanny.

**Francisco:** Encontró algo malo, doctor.

**Dr. Jaramillo:** Esperemos a los resultados del examen. Ya está, madrecita. Puede vestirse.

La pareja dejó la consulta con preocupación por el rostro del médico durante el examen. Además, con gran malestar porque el médico trató a la pareja con apelativos y nunca usó sus nombres verdaderos.

## Discusión:

Los estudiantes de Medicina tienen una vocación de servicio. Por lo tanto, pueden cultivar y desarrollar una actitud empática: hay que empezar por el fundamental saludo con un estrechón de manos, que es la primera exploración y acercamiento al paciente, más el contacto visual y el nombre del paciente.

Es importante presentarse y referirse al paciente por su nombre, evitando el uso de apelativos. Del mismo modo, se debe activar una escucha que se muestre en el lenguaje verbal y no verbal. Pues, un gesto inadecuado puede provocar preocupación e inquietud en los pacientes.

En este caso, el lenguaje verbal y no verbal del médico incomodó y preocupó a la paciente, y a su esposo, al etiquetar a la pareja con apelativos. Además, se generó inquietud sobre el estado de salud sin tener una certeza.

Para Tates (2001) una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido. Por tanto, un médico requiere de la empatía para comprender a sus pacientes, es decir, ser auténtico, sin caer en un trato irrespetuoso en la búsqueda de ser “afectivo”.

Llegar a un diagnóstico y tratamiento acertado no solamente requiere de un conocimiento clínico, se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente. Solo un ambiente de confianza y respeto genera satisfacción en la atención recibida. Además, promueve una mejor adherencia a las indicaciones médicas.

## HISTORIA 20

### TACTÉSICA

DRA. KARINA CASTRO MENDOZA, DOCENTE PUCE

Manuel Ortega, de 40 años, se acerca a la consulta de un médico de salud ocupacional porque presenta molestias que asocia con cuadro de sinusitis, problema de salud que ha vivido con frecuencia.

**Dr. Azanza:** Buenos días, Manuel. ¿En qué te puedo ayudar?

**Manuel:** Doctor, tengo un dolor en la frente y mucha congestión nasal. Siento que los ojos me van a explotar. Siempre he tenido sinusitis, así que creo que ese es el motivo.

**Dr. Azanza:** Pase a la camilla y póngase boca abajo.

Manuel no comprendió muy bien porque debía recostarse boca abajo. Sin embargo, obedeció. Segundos después, sintió que el médico subió tras su espalda. Colocó las rodillas a su costado y le pidió relajarse. En medio de su angustia y confusión, las manos del médico tomaron su cabeza. La giraron violentamente hacia los lados, varias veces, mientras el paciente escuchaba al médico insistir en que no pusiera resistencia. Luego, apretó, masajeó los hombros y la espalda y bajó de la camilla.

**Dr. Azanza:** A veces, lo que usted tiene se provoca por estrés. Venga en tres días para ver cómo está y seguimos el tratamiento.

El paciente salió de la consulta con dolor de espalda, asustado y no regresó nunca más.



## Discusión:

Esta historia evidencia un manejo en la parte clínica con muchos déficits. Sin embargo, nos concentremos en los errores sustantivos de comunicación que se observan en uno de los actos esenciales de la entrevista clínica: la exploración.

La invasión del espacio personal es permitida por los pacientes a sus médicos porque se entiende que es parte de su gestión profesional. No obstante, esto no excluye la tensión emocional que vive la persona que siente su espacio íntimo invadido por alguien extraño. Por ello, una exploración física requiere:

1. Pedir permiso de forma respetuosa para realizar la exploración
2. Explicar qué se va a realizar
3. Informar cuál es el fin de la exploración
4. Facilitar información durante la revisión sin generar mayor tensión en el paciente
5. Anticipar que se realizará alguna maniobra incómoda o molesta, de ser el caso
6. Asegurarse de minimizar el dolor dentro de un proceso exploratorio
7. Escuchar y atender los pedidos o quejas del paciente durante la exploración
8. No realizar comentarios lesivos o gestos que preocupen al paciente
9. Informar qué sigue luego de la exploración realizada al paciente
10. Agradecer al paciente por el apoyo y colaboración durante la exploración

La tactésica estudia la frecuencia, la intensidad, el contexto y la finalidad del contacto corporal (Lupón, Torrents y Quevedo, s/f). El tacto evoca uno de los sentidos humanos más primitivos. Establecer contacto corporal es una forma de comunicación, una vía para demostrar afectividad y respeto hacia el paciente que graba memorias en el cuerpo y la mente, que pueden ser muy lesivas o ampliamente valoradas. Los pacientes olvidan lo que se les dice, pero siempre recuerdan cómo se los trató.

Es importante tener presente que el contacto corporal tiene patrones culturales y la exploración debe tomar en cuenta qué está permitido o qué no para diferentes grupos, según su cultura.

PARTE II

## **MEDICINA NARRATIVA**



## NARRATIVA MÉDICA: LA EXPRESIÓN DEL CORAZÓN

### JORNADAS DE INICIACIÓN EN INVESTIGACIÓN Y MEDICINA NARRATIVA

DRA. JANNETH RANGLES IZA  
DOCENTE DE MEDICINA - PUCE

Sin temor a equivocarme, confieso que no pude distinguir entre emociones tan disímiles –alegría, expectativa, aprehensión–, cuando asumí el importante reto de ingresar como docente a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Recordé, vívidamente, varias escenas de mi vida estudiantil que sumaban aprendizaje de habilidades y conocimientos. Todos cargados de profundas satisfacciones y numerosos retos que aparecieron en el camino: relaciones humanas excepcionales, extenuantes días y noches de estudio, procesos de enseñanza-aprendizaje dirigidos y enaltecidos por docentes comprometidos con los estudiantes y su profesión, además de múltiples sonrisas y palabras de gratitud de pacientes.

Al mismo tiempo, rememoré los casos de incumplimiento o retraso de algunos docentes en sus horarios de clase, sin previo aviso; los inmensos contenidos aprendidos de memoria; la dificultad para revisar las evaluaciones aplicadas; las largas esperas para conocer algunas calificaciones; las crisis de miedo frente al mal humor de un profesor; o el pánico cuando esto le sucedía a un residente o jefe de servicio, quien no dudaba en emitir palabras en tonos altos. Muchas veces, con absoluta descortesía e irrespeto frente a estudiantes y pacientes.

Ser docente de Medicina. Yo, por mi parte, solamente pedí, en un acto de profunda introspección, guía y sabiduría divina. Como ser humano errático sé que podía olvidar con facilidad lo vivido. Entonces, supe que el objetivo primordial de mi quehacer estaría centrado en compartir y acompañar con respeto y amor.

Se me asignó dictar, en primer semestre de Medicina, la asignatura de Morfofunción. En esta materia, se busca conocer y describir la topografía de las estructuras anatómicas del cuerpo y relacionarlas con su fisiología. Por eso, me propuse establecer en cada clase actividades que promuevan su aprendizaje a través de la lectura comprensiva y crítica de los contenidos, construcción de organizadores gráficos, tallado en plastilina de la morfología de distintos órganos, dibujos, elaboración de maquetas con material reciclado, edición de videos académicos, creación de poesías, canciones y obras de títeres, intercalados con actividades de movimiento corporal y socio dramas. Todos ellos planteados como mecanismos que intentaban transformar los fríos y largos contenidos de la anatomía en escenarios vívidos, de creatividad, emociones y trabajo compartido.

Fue alentador mirar cómo nuestros jóvenes se motivaban e inspiraban en estas actividades. Ellos mencionaban que les ayudaba a consolidar un aprendizaje significativo con autonomía, desarrollar habilidades de comunicación oral y corporal, mejorar sus relaciones humanas, descubrir destrezas artísticas, musicales, narrativas, personales y de grupo, que podían integrarlas al entorno académico.

Comprendí que estas actividades desarrolladas en nuestro pequeño taller debían ser socializadas fuera del aula, para exponer los esfuerzos adicionales realizados con compromiso y alegría. No tardaron las autoridades en acoger la propuesta con satisfacción. Reconocieron y felicitaron a los chicos por sus empeños. Lo que fue, en un inicio, una exposición de trabajos, maduró hasta convertirse en un proyecto sustentado.

En un trabajo conjunto con el doctor Alejandro Rodas, docente de Farmacología e Investigación Farmacológica, quien estimulaba el desarrollo de trabajos de investigación en estudiantes de cuarto semestre, propusimos un encuentro de saberes que en un inicio por sus enunciados parecían inconexos. Sin embargo, articularon los distintos lenguajes de la Medicina y la realidad del ser humano en su entorno.

Al compartir nuestras inquietudes y propuestas con algunos compañeros de la Facultad, unimos esfuerzos con el espíritu innovador de Daniel Maldonado, docente de Comunicación. Es así que planteamos abrir un espacio formal para que estudiantes y docentes de los distintos niveles de Medicina expongan sus trabajos de investigación y de narrativa médica.

Con apertura y generosidad, las autoridades acogieron esta iniciativa y, en agosto de 2017, las “Primeras Jornadas de Iniciación en Investigación y Medicina Narrativa” fueron una realidad. Desde entonces, han transcurrido dos años y cuatro ediciones de esta iniciativa. Todos ellos, llenos de profundo aprendizaje, experiencias, aciertos, correcciones, encuentros y desencuentros que nos ha permitido enmendar y crecer.

Sin dudas, la esencia de las Jornadas ha sido la invalorable participación de nuestros estudiantes. Y todo el esfuerzo que significa participar de ellas: dedicación, responsabilidad, profunda alegría, ímpetu, cariño y, sobre todo, su ética. En este tiempo, han compartido sus trabajos de investigación, narrativa, ensayo, poesía y dramaturgia. Estas actividades los han empoderado y convertido en colaboradores imprescindibles del proceso.

Justamente, por la gran acogida a la propuesta y el número de trabajos presentados, se invitó a la selección de trabajos a Ramiro Ramadán, José Sola, Ana María Troya y Patricia Ortiz, docentes que, con

generosidad, entusiasmo, compromiso, seriedad y espíritu crítico-constructivo colaboraron, como parte del jurado durante las Jornadas.

Cada vez, tenemos mayor certeza de que visualizar estas dos formas de entender la Medicina, a través de la investigación y de la narrativa médica, es imprescindible. A través del tiempo, el enfoque médico se ha sentado particularmente en constructos científico-biomédicos, posicionándose, erradamente, como la única manera de entender la salud y la enfermedad.

La salud-enfermedad fue definiéndose como un proceso individual, basado en un concepto mecanicista del cuerpo y sus partes. Esta disociación del ser con su entorno, tanto interno como externo, puede estimular al médico a focalizarse en la estructura, a mirar las partes y desatender el todo. Por lo tanto, a desligarse de lo sensible, de su interiorización y de la de sus semejantes.

Le Breton (2010) menciona al respecto que el cuerpo es separado de la persona para pasar a convertirse en un “objeto anatómico” y ser investigado en su estructura interna (citado en Petracca, 2012, p. 34).

Este vínculo entre cuerpo y saber anatómico, generado en el proceso de aprendizaje de las ciencias médicas, constituyó lo que Michael Foucault llamó “microfísica del poder” (Petracca, 2012, p. 34).

Se crea una “tensión estructurante” en los estudiantes de Medicina, a quienes se los coloca en una posición dividida entre lo que deben hacer para saber y lo que deben sentir al hacer en su práctica biomédica (Bonet, 1999, citado en Petracca, 2012, p. 61).

Por fortuna, la formación médica tradicional se ha limitado, cada vez menos, a generar en los estudiantes conocimientos y habilidades técnicas. Estas, aunque son muy importantes no son las únicas requeridas por un buen médico, ya que se relega la presencia de otros saberes como



los antropológicos, las humanidades, las artes médicas y otras ciencias sociales.

Si logramos comprender que la persona es producto de su historia, afectos, emociones, percepciones, modos y estilo de vida, de su entorno socio-cultural, nuestra visión del proceso salud-enfermedad se ampliará. Así nos miraremos como seres holísticos, interconectados y entenderemos que somos instrumentos de apoyo para el otro. Como docentes, tendremos la oportunidad de replantear la visión y misión formativa, y ofrecer a los jóvenes estudiantes opciones de reflexión y análisis de otros saberes.

Al colocar al humanismo en nuestro currículo, como lo planteó San Ignacio de Loyola a través de la Pedagogía Ignaciana, se propuso una metodología innovadora. Este paradigma busca la experimentación, conjugada con el discernimiento, la reflexión, los recuerdos y los sentimientos que permitan interiorizar las competencias académicas adquiridas y fortalecer las cualidades humanas, condición imprescindible para lograr el autoconocimiento e integración activa y comprometida con la comunidad.

A través de crónicas, relatos, poemas, bitácoras, dramatizaciones, música, videos, movimiento corporal, la narrativa médica nos invita a compartir sentimientos, vivencias de la salud y de la enfermedad, del diario vivir personal, comunitario y académico. Es una manera de construir espacios de reflexión que suscitan el desarrollo de un pensamiento crítico y significados, pero también el despertar de actitudes significativas como la tolerancia, flexibilidad, gratitud, resiliencia, habilidades de interrelación personal afectivas y solidarias con compañeros y docentes. Esta comunicación respetuosa y abierta podrá extenderse más tarde hacia los pacientes y familiares, y los ayudará a comprender el proceso de salud-enfermedad como una realidad personal, social y cultural.

Evidenciar el trabajo realizado por la Facultad de Medicina de la PUCE nos permite seguir incentivando la reinserción de procesos pedagógicos creativos, lúdicos y artísticos en la cotidianidad académica, integrando saberes y fortaleciendo escenarios de acercamiento humano a través de la narrativa médica.

A continuación, se exponen algunos de los trabajos de medicina narrativa que obtuvieron reconocimientos durante las diferentes ediciones de las Jornadas realizadas.

## CUANDO LA VIDA SE VA ENTRE LOS GUANTES Y EL BISTURÍ

DANIELA CASTILLO BARRETO

Impotencia, melancolía, desesperación o frustración. Han pasado más de 20 años y aún no he podido encontrar la palabra adecuada para resumir aquel día que me marcó en lo profesional y en lo humano.

El día en que la muerte me quitó la capacidad de salvar la vida de aquella persona, definitivamente no ha dejado de perseguirme. Recuerdo con claridad cada maniobra que realicé para que su mirada no se apagara. Sin embargo, todo el esfuerzo no fue suficiente. Solo quedaba respirar un segundo para luego decirle a un esposo y a un hijo que perdieron al ser que tanto amaron en vida.

Como médica tratante, una está consciente de que se expone a estas situaciones. Sin embargo, jamás se piensa que duele tanto. No era mi familiar, pero dolía como si lo fuese.

Aún no logro describir el instante en el cual confirmé la muerte de la primera persona que estaba a mi cargo. Cuando lo hice, vi desfilar todos mis años de estudio, todos los mejores doctores que dedicaron innumerables horas a impartirme sus conocimientos sobre anatomía, patología, farmacología, entre otras materias. Sin embargo, ante aquella circunstancia, supe que se olvidaron de enseñarme a manejar el dolor de perder a mi primer paciente.

Me enseñaron y me convirtieron en un ser objetivo, eficiente, que va de habitación en habitación sin percatarse a conciencia del ser humano que se tiene a cargo. Como profesional, la mayoría de ocasiones no se

tiene tiempo ni para comer, ¿cómo esperar a tener espacio para recordar la mirada afligida y el nombre del paciente que se vio hace un segundo? ¿En qué momento el médico cierra su conexión emocional y se olvida que está atendiendo a un padre, una hermana, a toda una familia? ¿Desde qué semestre uno se encierra en los libros y se olvida el verdadero motivo que nos impulsó a escuchar a nuestra vocación?

¿Cómo se aprende a llevar sobre los hombros aquel instante entre ínfimo en el que tenemos una vida en nuestras manos y pasar a sostener un cuerpo inerte? Quizás después de vernos como médicos vulnerables, con la tristeza de perder una vida, con un dolor emocional que desborda el cuerpo, nos envolvamos para protegernos en una coraza que nos arrebatara la humanidad y convierte este trabajo en cualquier otro.

Pero puedo decir que después de la pérdida irreparable de un ser humano, de la muerte de la primera persona que se nos escapa de las manos, nada es igual. Un hecho biológico, tan natural como la muerte, me marcó más de lo esperado.

¡Qué tristeza tan grande tenía! Veía mis lágrimas caer en el acta que confirmaba la muerte de aquella persona. ¡Qué dolor aceptar que mi paciente murió! ¡Qué dolor confirmar lo poco que pude hacer! Romper en llanto no era suficiente, comparado con el gran vacío y el dolor emocional de no poder remediar la realidad: sentir la impotencia y ver los límites de la Medicina, y el temor profundo de no haber estado lo suficientemente preparada.

No obstante, el mismo dolor también crea fortaleza. Durante estos años de práctica médica no he podido evitar reencontrarme con la muerte, pero sí he podido manejar mejor mis emociones y después de una pérdida.

La muerte del primer paciente jamás se olvida. Cada médico tiene un cementerio propio. Hay nombres, personas, historias clínicas, números de habitación, que te acompañarán toda la vida.

## ENTRE AGUJAS Y OTRAS CIENCIAS

FERNANDO LARA FREIRE

Si hablamos de experiencias con agujas, les contaré la única que he vivido gustosamente.

“Inscríbete en la clase de la doctora Rangles, de nuevo”, me decían mis compañeros. Otros, me aconsejaban lo contrario: “¡Sería un suicidio junto con el proceso de ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) que comienzas!”.

La verdad es que Medicina Tradicional China era la materia optativa que más me llamaba la atención, entre todas las demás. Recordaba las palabras de la doctora Rangles en primer nivel, cuando nos decía que aprenderíamos muchas cosas interesantes si escogíamos esa materia cuando estemos en semestres más avanzados. Simplemente, me dejé llevar y di el paso.

Me dio mucho gusto sentarme, nuevamente, frente a la antigua profesora. El primer día de clases, cuando nos hablaba de Pangu y cómo había creado el universo para la cultura china, sentí que aprendía algo diferente a lo que, de manera monótona, se veía en las aulas de la universidad. Y esto, a pesar de tener esta clase en un pesado horario de lunes por la noche.

Quién iba a decir que la organización del cosmos, la materia y el organismo, dependían de una fuerza grandiosa llamada “Qi”. Esta fuerza era el fundamento de los famosos cinco elementos (metal, fuego, tierra, madera y agua) de los cuales estamos constituidos. “¿Cómo hicieron los

chinos para descubrir todo esto en una época en la que nuestros antepasados todavía rayaban las paredes?”, pensé.

La cultura china sustentó las bases del conocimiento de la medicina occidental. Hay que recordar esto cuando la gente cree que se juega con magia o algo parecido al referirse a Medicina Tradicional China.

Es enigmático pensar que la Medicina Tradicional China es uno de los sistemas médicos más antiguos y complejos hasta la fecha. Su teoría contempla una serie de sistemas y mecanismos que explican el funcionamiento físico, mental, emocional y espiritual del ser humano, estudiándolo de manera holística (Alvarez, 2014).

A lo largo de la historia, el hombre ha guardado un profundo interés por la salud-enfermedad. Las grandes civilizaciones nos enseñaron, con sus respectivas cosmogonías y culturas, esta dualidad en sus diversos aspectos y desarrollaron, a través de la observación y experimentación, sistemas médicos eficaces y complejos. Incluso hoy, hay aspectos que la medicina convencional no ha comprendido, probablemente, debido a que aún no se logra integrar el cuerpo y la mente en un mismo sistema (Alvarez, 2014).

Tal vez, mis compañeros pensaban que estaba loco cuando les contaba que sentí que se me adormecía la mano, cuando me pusieron una aguja en “Yu Ji”. Sé que no comprenden lo que digo. Tampoco lo harán cuando escuchen que parecía un “De Chi” lo que me estaba pasando en ese momento. Ni yo lo podía creer, mientras la doctora me sonreía y me decía “su energía de calor lo desborda”. Cuesta creerlo y solo se entiende cuando se experimenta.

Como dice Zubieta (2003), la aplicación de una aguja de manera superficial (en la piel) o profunda (en los tejidos musculares, nerviosos, ligamentos o huesos) es un estímulo sensorial. El propósito de la terapia

acupuntural es activar, de forma selectiva, puntos superficiales o áreas del cuerpo. Así, cada combinación estimula circuitos diferentes (llamados meridianos) con resultados terapéuticos.

A partir de estas ideas, entre risas, meditaciones y muchas tareas, aprendimos en cada clase, registrando experiencias y consejos útiles para nuestras vidas, sin dejar de lado nuestra medicina occidental.

Esta visión oriental de la Medicina ha sido un gran apoyo para la práctica de los conocimientos adquiridos, diariamente, en las otras clases. Nada es absoluto. Basta con querer hacer o aprender nuevas cosas para abrirnos a un mundo lleno de posibilidades, en donde podemos descubrir temas de los que no conocíamos nada.

Mientras me encontraba en clase con la doctora Rangles, tratando de comprender el mundo, ni me acordaba de todas las tareas pendientes para la noche, ni de lo mal que me había ido en el ABP ese día. Me atrevo a decir que la propia clase era nuestra terapia, donde se nos acogía plenamente para abrir los ojos, para despojarnos de las cargas y buscar “el gran camino”, como se nos repetía.

No olvidaré lo aprendido en esta materia optativa. No por lo que significa, ni por su utilidad, sino por la manera en la que lo aprendí y lo experimenté.

## EL OLVIDO

MARÍA EMILIA VILLALVA HERRERA

### La paciente

Como si despertara de un sueño del que no recuerdo nada, veo a mis costados y los semblantes que observo no me traen ninguna pista para saber dónde y con quién estoy.

Creo que había ido sola a aquel lugar que me parecía tan ajeno, pero a la vez tan familiar.

Escuché varios sonidos. Eran campanas, sin lugar a duda. Por una puerta colosal, comenzó a salir una muchedumbre, como si se tratara de una peregrinación. Cargaban velas y salían con la tez en son de arrepentimiento.

Una señora me vio. Aparentemente, desorientada. Se acercó a ver qué sucedía. ¿Se encuentra bien?, me preguntó. Le dije que sí, pero que no sabía dónde estaba. En la Iglesia del Divino Niño, respondió. Ahora, todo empezaba a tener sentido. Me preguntó por la funda que traía conmigo. De repente, como si me hubieran desvendado los ojos, ¡recordé!: llevaba un pollo asado para mi hija que vivía en Colinas del Norte.

Rápidamente, pregunté cómo podía llegar allá. Con el tiempo que había pasado, de seguro, ya iba tarde. Amablemente, la señora me llevó hasta el bus que iba hacia Colinas del Norte y me dio 25 centavos, por si no traía el pasaje conmigo.

Subí al bus y me senté junto a una niña. Pasó el tiempo y la niña se bajó. De pronto, me di cuenta que no recordaba dónde tenía que bajarme.



Empecé a desesperarme hasta que vi un rostro conocido. Mi hija Cristina me hizo señas para que me bajara del bus. Con lágrimas, me recibió con un fuerte abrazo y la escuché decir: “No puede ser. Es la quinta vez que pasa esto en lo que va del mes”.

Caminamos hasta su casa. Al llegar, una señora llamada Carmen, a quien conocía por primera vez en la vida, vino a conversar conmigo y pasamos un momento muy agradable en la cocina. Mientras calentaba el arroz en la hornilla, oí a mi hija llamar a alguien por teléfono y llorar desesperadamente.

## La hija

Hace unos días creí que había perdido a mi madre. No sabía dónde estaba. La esperé en casa por tres horas. Pensé en salir a buscarla luego de la primera hora de espera, pero estaba sola y no tenía con quien dejar a mis hijos. Trataba de tranquilizarme, aunque por dentro sentía que mi corazón era embestido por una manada de búfalos furiosos que corrían sin parar. Afortunadamente, Carmita, mi amiga de toda la vida, llegó a la casa. Le expliqué la situación y le pedí que cuidara a los niños mientras salía a buscar a mi madre.

Corrí desesperadamente a la parada de bus, cuando de repente vi a mamá mirando por la ventana de un bus y le hice gestos para que se bajara. La abracé con lágrimas en los ojos. No podía creer lo que estaba pasando. Mi mamá cada vez estaba más desorientada y olvidaba todo más seguido. Caminamos a casa, la dejé conversando con Carmita y llamé a mi hermano Javier. Apenas contestó, no pude contenerme y empecé a llorar.

- Es la quinta vez que se pierde mamá este mes, le dije. Ñaño, necesitamos encontrar alguien que la cuide de mejor manera. Las cosas se están saliendo de control.

Mi hermano sugirió que nos reuniéramos los tres hermanos y decidiéramos que era lo mejor para mamá. Cenamos entre risas y cotilleos. Luego, mamá y los niños fueron a las camas a dormir. Me sentía más tranquila si mamá pasaba la noche en casa. Mientras lavábamos los platos, Carmita me contó que mi mamá no la reconoció ni recordaba quien era ella. No pude creerlo. La situación era peor de lo que yo creía. Abracé a mi amiga de toda la vida y me puse a llorar sin decir palabra alguna.

## La paciente

Hoy he ido con mi hija a ver a un señor con bata blanca. No sé quién es, pero me trata muy bien. Es más, se puso a hacer adivinanzas y jugamos otros juegos. Dijo que eran juegos para la memoria. Al salir, le entregó a mi hija unas pastillas para mí. ¡Pero es que no me siento enferma! De todos modos, se veía agradable el sujeto. Mi hija me dejó en un lugar donde abundaban señoritas con bata blanca, igual que el señor de las pastillas, entré y fui con una de ellas a una habitación.

## La hija

Hoy he dejado a mi madre en manos de alguien más para que la cuidara: un asilo para ancianos enfermos. Jamás creí que llegaría a hacer esto. Saber que un ser querido tiene una enfermedad incurable es devastador. Más aún, si es tu propia madre. Aquel ser que te dio la vida y que, de pronto, ya no te reconoce. Ella era quien te cuidaba, ahora los roles se han invertido. Mis hermanos y yo nos dimos cuenta de que no podíamos darle la mejor atención posible. Tomamos la dura decisión de dejarla en otras manos. Aunque, por más calificados que puedan ser, no estamos del todo convencidos. Creemos que fue lo mejor que hemos podido hacer.

## La nieta

Han pasado años desde que mi abuela fue diagnosticada con Alzheimer. Recuerdo que primero vivía en nuestra casa. Constantemente, se perdía cuando salía y optamos por limitar sus salidas. Sin embargo, las cosas fueron empeorando y llegó el día en el que ella la llevaron a un asilo. Al menos, puedo ir a visitarla. Cuando vamos a verla, ella confunde a mi papá con mi abuelo. Le dice Samuel y solo, a veces, recuerda a mi tía. A pesar de esto, hay algo que me reconforta el alma: ella siempre recuerda mi nombre. No puedo esperar a estudiar medicina para un día poder encontrar la cura a su enfermedad.

En memoria de Rosario Guerrero

## MI NIÑA DE BATA BLANCA

RICARDO URIBE VARGAS

Ha pasado mucho tiempo desde que te vi por primera vez.

Aún lo recuerdo.

Intentabas acomodarte el cabello después de una larga guardia.

Tenías la mirada cansada, lo sé.

Pero para mí, te veías tan bella.

Quizá esa misma noche me enamoré de ti,

al verte consolar a aquel niño que lloraba en la madrugada.

Sentirte mía era más difícil que interpretar electrocardiogramas.

Mas al grabar el recuerdo de tu sonrisa,

tenía mi inspiración para la terminar la guardia.

Al verte de nuevo, una hermosa bata blanca adornaba tu figura,

una trenza en el hombro izquierdo, tus lentes.

Esa tarde supe que eras para mí.

Tal vez estoy loco, pero me cansé de soñar.

Prefiero dejarlo todo e ir a por ti.

Me pones tan nervioso. Yo, tan buen orador,  
y contigo ni una conversación puedo mantener.

Te ríes y no sabes que me robas el aliento.  
Me miras y clavabas en mi pecho rosas, al verte caminar.  
Y tu fragancia, mi niña, me lleva a las estrellas,  
entre historias clínicas que pasar.

Mi niña de bata blanca, no sabes cuánto he callado.  
Mi pecho casi ha explotado y hoy te quiero decir:  
¿Quieres ser feliz a mi lado?  
Quiero que seas mi mundo entero por descubrir.



## MEDICINA NARRATIVA - EJERCICIOS PRÁCTICOS

¿Cómo acercarse a cada estudiante y lograr transmitir mejor cada clase? Cinco paralelos, ochenta estudiantes en total. ¿Qué hacer para conocer mejor a cada persona que asiste a tu clase? Todos motivados por aprender más de su pasión: la Medicina. Pero, al mismo tiempo, cansados de tantos nombres complejos, agobiados por los trabajos pendientes, las materias que no comprenden, los problemas en su casa, cargando noches sin dormir y muchos, además, con el corazón enrevesado en amores.

La medicina narrativa trajo la respuesta. “Para la siguiente clase vamos a compartir historias de salud. Cómo han vivido o han visto una experiencia de salud”. Luego de dar las instrucciones particulares, y conocer algunos maestros del arte de narrar, los jóvenes comprometieron sus experiencias y trajeron relatos que, en este documento, permiten observar las realidades de quienes se están formando en Medicina.

El ejercicio de introducción a la Medicina Narrativa tiene como objetivo primario utilizar la escritura como un instrumento terapéutico y catártico. Es una herramienta básica para registrar y conocer la biografía de la persona que se acerca a la consulta solicitando apoyo. Además, posibilita la reflexión del médico sobre su práctica profesional, sus vivencias con los pacientes y familiares, y su experiencia cuándo se convierte en paciente.

La escritura permite encontrarse con fantasmas, pero también con experiencias atesoradas que nutren el espíritu. De ahí, su fuente terapéutica.

Compartir las historias con quienes tienen las mismas metas, similares presiones académicas, crea también un ambiente más

consolidado, tanto dentro del grupo de estudiantes como en la relación estudiantes-docente.

Cada historia me sorprendió al punto de sumergirme en la tristeza, el miedo, la risa y la fortaleza. Me conmovió conocer que, dentro de cada grupo de estudiantes, existían experiencias tan estremecedoras. Incluso, en los estudiantes de segundo semestre de Medicina. Cada historia aportó algo importante para conocer mejor a la persona que esperaba aprender algo esencial para su futura profesión.

En las siguientes páginas, constan algunas de estas historias. La primera experiencia de escritura de jóvenes estudiantes de Medicina que utilizan esta herramienta para conocerse y no olvidar que cada persona trae una biografía que compartir que no puede dejarse fuera de la atención de salud, si se busca prevenir, curar o cuidar.

Karina Castro

Docente de Desarrollo Humano - Medicina



## TRIAJE

ALEJANDRO VILLAMARÍN AGUIRRE

Como es costumbre los lunes, junto con mis compañeros, íbamos felices al Centro de Salud de Guamaní para realizar nuestras labores como estudiantes de Medicina. Al llegar, nos asignaron el sitio de trabajo. Para mi pesar, me colocaron en el área de triaje.

¡Triage! Un área que no es de mis favoritas, por lo monótono y cansado de ese lugar. Junto a mi amigo Víctor empezamos, guiados por el médico responsable, a catalogar a los pacientes según el nivel de emergencia.

Al pasar las horas, nuestra esperanza de descanso era casi nula. La fila, en vez de acortarse crecía y crecía, hasta que la situación fue tan intensa que empezamos a clasificar a los pacientes solos.

El hombre de uniforme blanco, serio, de pocas palabras, no demostraba sentimientos ni expresiones en su cara. Era como un robot lleno de conocimientos, pues cumplía su trabajo mecánicamente y con una habilidad asombrosa. Este personaje, el médico internista, era el que estaba liderando la zona de triaje del centro de salud y yo creía que era un robot hasta que vi sus ojos.

En medio de nuestro afán de atender a los pacientes para que pasen rápido del área de triaje, llegó un guardia con un señor a quien nadie lo tomó realmente en serio. Yo no podía hacerle caso, debido a que estaba atendiendo a una señora. Sin embargo, el médico internista, con una mirada, me dio la orden de ver qué le pasaba.

Me alejé, de mala gana, de la señora a la que estaba atendiendo: una viejita con un ángel en su interior que me hacía sentir vivo en ese lugar. Una mirada tan tierna y una vibra que me daba serenidad. Me hacía sentir vivo. La señora tenía completa confianza en lo que yo hacía por ella.

Solo distinguí una gran sombra. Era el guardia que acompañaba a una señora, que no tenía más de 30 años. Su rostro era muy pálido y sin expresión. Su mano se agarraba del brazo del guardia y sus ojos estaban casi cerrados. Pensé que tenía un mareo.

Pedí al guardia que me cuente lo sucedido con la señora. Parecía que ella estaba tan débil que no podía hablar. Él no supo responder y solo increpó:

—Atiéndele rápido chico— y se marchó.

Tomé a la señora de la mano y me percaté de que estaba muy fría. Sus dedos doblados hacia arriba, las uñas realmente largas y bien cuidadas, tanto que hacían parecer a la mano más tenebrosa de lo que realmente era.

Por más intento que hice para que hable, la señora no dijo nada. Permanecía muda, con la mirada perdida y los ojos entrecerrados. Estaba pálida y muy fría.

Procedí a tomarle los signos vitales. La máquina no marcaba signo alguno: de ningún tipo, ni saturación, ni respiración, ni pulso ni nada. En un principio pensé que lo estaba haciendo mal. Repetí el procedimiento tres veces sin resultado satisfactorio y, con una mirada, clamé por ayuda al doctor.

El médico se acercó a la señora y comprobó que la máquina marcaba lo mismo que mi medición. Entonces, por primera vez, observé una expresión en el rostro del doctor. A medida que su arruga de la frente se

marcaba, poco a poco, la señora se deslizaba por la silla. De repente, se produjo un salto de la mujer.

Las piernas y manos de la señora estaban en el aire, sus extremidades temblaban, al igual que todo su cuerpo. ¿Había entrado en shock, tenía un ataque epiléptico o convulsiones? Mi mundo se detuvo por un momento. Mi cerebro no podía procesar lo que estaba pasando. Me perdí durante unos segundos hasta que vi esa mirada: unos ojos casi blancos me regresaron a la tierra y me dijeron: “¡Haz algo!”. El médico le agarró las piernas y yo la cargué desde el torso, pero la paciente no paraba de temblar. Toda la sala se silenció: ni un ruido, ni un parpadeo. Era como una parálisis del tiempo en todo el lugar, con excepción del internista, la paciente y yo.

La adrenalina del momento me ayudó a cargar a la paciente, que no me pareció nada pesada. Entramos, directamente, en un cuarto de emergencia y la acostamos. Nuevamente, se levantó de un salto hasta quedar sentada y, en ese momento, empezó a vomitar. Rápidamente, busqué un balde y se lo acerqué. El médico internista me miró y dijo:

—Cuidala. Buscaré que alguien venga. No esperes que regrese y ayuda en lo que puedas

¿Me iba a dejar solo con ella? ¿Y si me vomitaba? ¿Y si tenía otro ataque? ¿Qué podía hacer yo con tan poco conocimiento?

¡La mujer habló! Tomó mi mano y dijo:

—Doctor, confío en usted. Estoy helada y mis manos se sienten raras.

Inicié suaves masajes, intentando dar calor a sus manos. Llevamos una pequeña conversación, mientras que con otra máquina tomé signos vitales de nuevo y su presión era realmente baja. Me contó su historia y nada salía de lo normal. No podía entender lo que pasaba. Según su

testimonio, lo único que sucedió fue que se sintió mareada y terminó en el centro de salud.

Luego, llegó otro médico. Dijo que podía retirarme y me sacó de la habitación. Nunca supe que tenía realmente la señora.

## ¡YA LLEGUÉ!

RODRIGO ALQUINGA TIBÁN

Miércoles, 26 de marzo de 2014. Una mañana común y corriente: mi hermano y yo nos preparábamos para ir al colegio. Mi madre preparaba el desayuno y mi padre se alistaba para ir a trabajar. A las 6:30, se despidió de cada uno de nosotros:

–Cúdense, enanos. Nos vemos en la noche.

7:00 am. Durante mi paso por el colegio, todo estaba tranquilo. Nada fuera de lo común. Al terminar, fui camino a casa, sin saber cómo cambiaría mi vida.

Al llegar a casa, las puertas estaban cerradas. Algo extraño, ya que mi madre siempre solía estar con mis dos hermanas de dos años. No me preocupé mucho. Usé mis llaves y encontré a mi hermano llorando, desconsoladamente. Vi su rostro con miedo y angustia, lo que me provocó lo mismo.

Le pedí sentarse, calmarse e intentar contarme qué había pasado. Bryan, mi hermano, entre lágrimas, dijo que un carro llegó a la casa alrededor de las 2 pm y comenzó a pitar. Mi madre bajó y, 10 minutos después, subió llorando desesperada. Brevemente, le contó que mi padre había sido herido por un arma de fuego y que fue llevado, inmediatamente, al Hospital de la Policía. Era lo único que sabían. Bryan se había quedado con mis hermanas, mientras mi madre iba al hospital para ver cuán grave era el estado de salud de mi padre.

Al oír a Bryan, rompí a llorar. Sin embargo, lo animé diciendo que lo más probable era que la herida de bala no fuese grave y que todo iba a

estar bien, que nos tranquilicemos porque mi padre estaba ya en un hospital, junto a mi madre, que no debíamos preocuparnos. La ansiedad se vio menguada porque, en ese momento, mis hermanas pequeñas se despertaron. Empezaron a llorar y, entre los dos, nos encargamos de calmarlas, darles de comer y hacerles dormir nuevamente.

4 pm. Todavía no recibíamos noticias sobre el estado de salud de mi padre. Mi mamá no contestaba su teléfono. El ambiente se volvió más tenso y, cada vez, aumentaba la preocupación. Mi hermano y yo no sabíamos qué hacer, qué decirnos, ni a quién preguntar qué estaba pasando.

4:30. Parecía que habían transcurrido muchas horas. El tiempo se hacía eterno y aún seguíamos sin noticias. Entonces, escuchamos golpear la puerta. Bryan y yo nos miramos las caras y, en un acto desesperado, corrimos a la puerta esperando ver a mi padre y a mi madre. Era mi tía. Entró. Nos abrazó y, entre llantos, nos contó que mi madre le pidió cuidarnos porque ella seguía sin recibir ni una sola palabra de los doctores que estaban con mi padre. Solo supimos que había entrado a cirugía a las 2:30. Una hora después de haber recibido el disparo y que aún seguía en la “operación”.

6 pm. Estábamos un poco más relajados con la llegada de mi tía, pero entonces ella recibió una llamada de mi madre e, inmediatamente, se quebró. Temí lo peor.

Sí, mi padre había muerto. Lo recuerdo como si hubiera sido ayer. La noticia fue tan impactante que me desmoroné. El mundo se me vino encima. Me tumbé encima del sillón y grité. Grité y lloré, desesperadamente. Mi hermano me abrazó y lloramos hasta desahogarnos.

Veinte minutos después, llegó mi madre. Apenas la vimos, nuevamente, el llanto era nuestra voz. Todo el barrio se había enterado de lo que

había sucedido. Vinieron a la casa a darnos apoyo y decirnos que seamos valientes y fuertes en esta tragedia.

7:20 pm. Entre la pena y el dolor, mi madre nos contó que nuestro padre había muerto una hora después de haber recibido el disparo. Los doctores y la ambulancia habían actuado ineficazmente. La ambulancia tardó casi 40 minutos en llegar y, luego, el viaje al hospital demoró otros 40 minutos. Debido a esto, hasta ser atendido, mi padre se desangró y falleció en la ambulancia.

Los doctores no hicieron nada y mi madre esperaba, con falsas esperanzas. No le dijeron nada respecto a qué pasaba sino hasta las 7:20 pm. Vivimos en angustia por varias horas. Todo fue muy mal manejado por parte de los doctores que no dieron la noticia cuando ya la sabían. La actuación de los servicios de emergencia fue pésima porque a mi padre NO lo llevaron al hospital más cercano (y había varios en el sector donde ocurrió todo). Lo trasladaron al Hospital de la Policía porque ahí “tenía cobertura”. Por esa razón, él falleció en la ambulancia y solo recibió primeros auxilios.

Al contarnos lo sucedido, mi madre lloraba. Sentía ira e impotencia porque mi padre falleció por negligencia. Si hubiese sido atendido de inmediato por gente capaz, él seguiría con nosotros.

Esta experiencia marcó un antes y un después en la vida de mi familia. Son cinco años de su partida y todavía no sé asimilar su ausencia. Hay noches en las que espero oír la puerta abrirse y escuchar su voz diciendo: “Ya llegué”.

## CUANDO NO SE PUEDE CURAR, PODEMOS CUIDAR

DOMÉNICA CORONADO JARAMILLO

Me habían autorizado acompañar el trabajo de un equipo médico. Estaba en el departamento de cardiotorácica. Mi día comenzó a las 07h00. Revisamos los casos y pasamos visita a los pacientes internos: a algunos debían darles el alta, con otros se requería planificar su operación y a otras personas se debía emitirles una petición de interconsulta.

A las 09h00, antes de operar o atender a pacientes, los doctores tienen la costumbre de desayunar juntos y compartir entre colegas. Al finalizar, acompañé a dos prestigiosos médicos a una simpatectomía por hiperhidrosis palmar. Llevé mi uniforme para ingresar al quirófano. Contenía la emoción que sentía porque ingresaría, por primera vez, a una cirugía realizada por las leyendas del departamento de cardiotorácica. Fue inigualable.

Una simpatectomía es un procedimiento quirúrgico para pacientes que padecen hiperhidrosis (sudoración excesiva). Se necesitan dos cirujanos porque es indispensable eliminar los ganglios simpáticos.

Ingresamos a la cirugía las 10h30 am. Todo ya estaba listo. Me lavé las manos y me senté a un metro de donde iban a realizar el procedimiento. El doctor cirujano principal me entregó un artículo que había escrito sobre la cirugía que estaba a punto de realizar. Mientras se anestesiaba a la paciente, terminé de leerlo y comprendí de qué se trataba el procedimiento. Al iniciar la operación, mientras el doctor Novoa se preparaba, me tomó una pequeña lección del artículo. Le respondí, acertadamente, la mayoría de preguntas.



Pude apreciar lo aprendido, anteriormente, en clases porque asocié de inmediato con la anatomía de Moore lo que son las arterias, el mediastino, la caja torácica en sí. Con un previo conocimiento fue más fácil distinguirlo en vivo, porque no es lo mismo que el Netter o algún otro atlas de anatomía.

Al finalizar la operación, solo tenía una sonrisa de oreja a oreja. Fue uno de los mejores momentos de mi vida. Me cambié de ropa para no contaminar el uniforme. Regresamos a las oficinas del departamento de cardiotorácica, donde me senté junto a uno de los doctores para que me explicara algunas cosas que me daban recelo preguntar en el quirófano.

Terminaron las consultas y fuimos a almorzar. Fue agradable porque, en la hora de almuerzo, no hablaban de pacientes y contaban anécdotas graciosas. A las 13h00 regresamos a la oficina. La residente estaba esperándonos para terminar el papeleo y arreglar todo para ir a nuestros hogares.

De repente, llegó una llamada para uno de los jefes de servicio. Al colgar dijo: “Vamos, tenemos un caso. Les explico en el camino”. Nos levantamos y nos dirigimos, rápidamente, al departamento de imagen del hospital. No entendía muchas cosas de lo que hablaban. Sin embargo, me di cuenta de que, al llegar, se encontraban doctores de diferentes servicios: imagen, cardiología, cardiovascular aparte de cardiotorácica.

Los médicos discutían mientras le realizaban una topografía al paciente. Al salir de los resultados de la TAC, cada médico en la sala estaba triste, enojado o decepcionado. Le pregunté a Sabrina que ocurría y me contestó: “El señor Vásquez es un paciente de 87 años, con taponamiento en la aorta, aneurisma en el mediastino medio y obstrucción de líquido en el mediastino posterior. Además, tiene antecedentes de dos infartos”.

Estaba impactada porque eran tantos males en un paciente. Me aproximé a la ventana para observar al señor Vásquez y algo dentro de mí

se destrozó. Pude escuchar a los doctores que no podían hacer nada porque era muy riesgoso realizar una cirugía, una toracocentesis o cualquier otro procedimiento. No se podía hacer nada más que darle fármacos para el dolor.

Nos retiramos. El médico tratante me dijo que no se podía realizar nada y que debía estar tranquila. Le agradecí y me despedí de todos. Pasé por emergencia donde una familia estaba llorando. Quería acercarme para preguntarles por el familiar hospitalizado y ofrecer mi ayuda. Pero no pude. Tenía un miedo de que me digan que se trataba del señor Vásquez, así que continué con mi trayecto a la parada del bus.

De retorno a casa solo pensaba en el señor Vásquez y en posibles ayudas para él. No dormí ese día. Tenía un conflicto interno: por una parte, debes intentar todo lo que puedes para salvar vidas. Y, por otra, hay que entender que la Medicina tiene límites. Muchas veces, lo único que puedes hacer es no abandonar al paciente. Lo único que puedes hacer es cuidarlo –sino puedes sanarlo– y apoyar a su familia.

## SECUELAS DE UNA PESADILLA COLECTIVA

CÉSAR ÁVILA LÓPEZ

Era un hecho inevitable. Habían transcurrido aproximadamente 17 semanas desde el inicio y, simplemente, ya no había vuelta a atrás. Había llegado la hora del tan temido examen “integral”. Una evaluación por la cual los alumnos de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Quito han sentido un temor profundo a lo largo de los años, desde que fue implementada como requisito de aprobación de cada semestre.

Sentía su peso en mis huesos. Al igual que todos los que iban a rendirlo, por primera vez. Un solo error podría costarnos todo, pensábamos. Nuestra preocupación no se enfocaba ni en la cantidad de preguntas ni el pila enorme de materia acumulada durante todo este tiempo, sino en un puntaje mínimo a sacar. De no ser superado, significaría la pérdida automática del semestre, aunque el resto de las notas fuesen ejemplares.

La tensión era enorme. El miedo que recorría por nuestras venas se elevaba a tales niveles frenéticos que nuestros latidos simulaban un bucle de martillazos en el pecho, a la velocidad de la luz y con una fuerza tremenda. Pronto despertó esa voz dentro de mí que me prohibía a cabalidad tener tal actitud mediocre, que me alentaba a luchar. “Puedo con esto”, dije, al mismo tiempo que sostenía en mi mano derecha una bebida con niveles grotescos de azúcar y cafeína.

Entonces, preparé un cronograma en el que constaban únicamente las materias que consideraba prioritarias, pues no estaba dispuesto a jugarle la suerte con ese día que estaba a la vuelta de la esquina. Una semana para estudiar, cinco componentes, doscientos estudiantes, un examen que

rendir, un semestre que aprobar. Sin duda, todos jugarían con las mismas probabilidades de acierto o error. O, al menos, eso era lo que yo creía.

De nada sirvió idear un “equipo de estudio infalible” con Dalia, Mauricio, Andrés, María José o Sheyla. Cada quien prefirió luchar esta batalla por su cuenta. O, quizá, con mejor compañía. Estaba solo. A pesar de ello, mi norte estaba definido y debía emprender mi rumbo cuanto antes. Tomé mis libros, algunos apuntes hechos al apuro e inicié.

Los siete días se agotaban en el reloj de una manera increíble. Tratados sobre corazones, cerebros, pulmones, ojos y vísceras. Todo digno de una película de terror. Sumados a esto, hitos históricos, filósofos, teorías y leyes físicas fundamentales para nuestra formación médica. Como postre, algunas ecuaciones químicas, revueltos de sacáridos, lípidos y hormonas, de cuyos nombres no quiero acordarme. Sudor, lágrimas, sangre tal vez. Todo estaba listo para gritar victoria o morir en el intento.

Finalmente, el día esperado llegó. Es impresionante que tantos sentimientos puedan encontrarse en un solo momento. Ya no había espacio para pensar en algo más que no fuese la posible muerte. Todos estábamos alimentándonos de bocados de nervios, emborrachados con el cóctel de la perdición. Nadie se sentía en condiciones para firmar ese pacto de 60 preguntas con el diablo virtual.

Era el momento. Después de horas de espera, nuestros nombres se escuchaban a lo lejos como las campanas del apocalipsis. Desfilábamos hacia las aulas designadas con pasos temblosos. Traté de buscar algo de tranquilidad en mis pensamientos. No la hallé. Acudí, rápidamente, a mis bolsillos y saqué mi celular. Programé algo de Metallica y mi semblante casi regresó. Pero, era tarde. Debíamos empezar con aquel examen infernal.

Mis ojos recorrían, detenidamente, por el lapso de algunos minutos, el caso clínico que, después de todo, deduje no me serviría para resolver

el cuestionario que parecía infinito. Pasadas las primeras diez preguntas, el letargo se apoderó de mí. El razonar me hizo una mala jugada: “Debí dedicarle más tiempo a esto. Condenada anatomía, malditos lentes convergentes. ¿Quién demonios era Eugenio Espejo?”, pensaba desesperadamente. Solo quería salir de ahí y que la pesadilla terminase ya. Al llegar a la pregunta 60, sentí alivio. Di mi último click al mouse. Me levanté y abandoné la sala.

Afuera, el escenario mostraba caras que reflejaban un poco de calma. Otras, un poco de incertidumbre y dolor. Todos sabíamos las calificaciones obtenidas y el puntaje que cada quien necesitaba para aprobar. No obtuve un puntaje perfecto, pero me sentí relajado en los brazos de unas vacaciones bien merecidas. Sin embargo, la felicidad fue tan efímera que no me dio tiempo de asimilarla.

Eran las tres de la tarde cuando mi celular recibió un mensaje que cambiaría por completo la expresión alegre de mi rostro por amargura y furia total. El examen para el que había puesto tanto empeño había sido cancelado por fraude. Los brillantes autores de dicho cometido tuvieron una misión exitosa al propio estilo del “Equipo Rocket”. Gracias a ellos, la pesadilla hubo de repetirse el lunes de la siguiente semana. De nuevo, agarrar los libros, luchar contra el sueño y maquillar las ojeras con carga de ilusión.

Lunes. Se rindió nuevamente el examen. El martes se supo las nuevas calificaciones. Desde el miércoles en adelante, el ambiente albergaba el doble de lágrimas que la semana anterior. Tantos caídos. Adiós a algunos guerreros. No había nada que hacer. La guerra acabó con muchos amigos, hermanos. Los que aún seguimos en pie, tememos que se repita.

## LA ESPERA

CAMILA FLORES CRUZ

Sin pensarlo dos veces, diría que mi madre es la persona más importante para mí en este mundo. Es el motor de mi vida y mis ganas de salir adelante día tras día.

Algunas semanas atrás, mi madre acudió al médico debido a ciertas molestias que estaba teniendo. Tras un chequeo general, se le pidió realizar más estudios.

Como estudiante de medicina, suelo pasar la mayor parte de mi tiempo en la universidad. Por eso, mi madre decidió no comentarme lo que estaba pasando. Pensó que no iba a darme cuenta y creo que tampoco quería asustarme. Lo que no tomó en cuenta es que a veces soy curiosa y ya había notado algo extraño.

Una mañana leí un mensaje de mi tía preguntando por los resultados de unos exámenes de los cuales yo no tenía ni idea. Le pedí a mi mami que me dijera la verdad sobre lo que estaba sucediendo. Me contó que el médico le había palpado un nódulo a nivel de la tiroides y, por tanto, le recomendó realizarse una PAAF (Punción aspirativa con aguja fina). Además, tenía dolores a nivel abdomino-pélvico, por lo cual, le habían realizado una ecografía.

En ese momento, intenté reaccionar lo más calmada posible y solo le reclamé por no haberme dicho la verdad. No obstante, una marea de pensamientos cruzaba por mi mente. No dejaba de pensar en lo poco que había aprendido a la fecha.

Mi cabeza estaba a punto de explotar. Me preguntaba por qué querían hacerle una punción. Era imposible que mi mamá tuviese cáncer. Pensaba en lo inaudita que era la idea de que mi madre tuviese dos tumores en su cuerpo cuando parecía tan sana y vital.

Al día siguiente, al ir a la universidad, mi humor cambió y parecía otra persona: una con muy mal humor y cambios de ánimo repentinos. Le conté lo que había pasado a tres amigos en quienes confío mucho y me dieron ánimos para ser el soporte de mi mamá, hasta que nos dijeran si sus tumores eran malignos o no.

El día de la PAAF llegó y fuimos al centro de procedimientos quirúrgicos para que tomen las muestras de tejido de mi madre. Al llegar, mi mamá tenía que firmar un consentimiento informado, el cual estaba desactualizado y, por tanto, era ilegal. Eso me molestó muchísimo.

Luego, cuando ingresó a la sala de procedimientos entendí que para un familiar de quien entra a un establecimiento de salud, la espera es eterna y los minutos no pasan. Al fin salió y estaba conmigo. Eso era lo único que me importaba en ese momento.

Creí, por un instante, que la espera había terminado, pero no. Las personas del laboratorio dijeron que debíamos esperar siete días hábiles para saber los resultados de la biopsia y que estemos tranquilos. Los enviarían al correo de mi papá. Fue entonces cuando la semana más larga y angustiosa de mi vida comenzó. Todos los días de aquella semana pasé con el celular en la mano, actualizando el correo electrónico de mi padre cada 10 minutos con la esperanza de recibir un mensaje diciendo que mi madre estaba sana y que no había razón para preocuparnos más. Mientras más tiempo pasaba, más triste me sentía.

Esa semana nada más importó para mí. Ni la universidad. Ni mis amigos. Absolutamente, nada más que la salud de quien más amo en mi vida.

Un lunes por la mañana mi celular sonó. Era un mensaje de WhatsApp de mi mami que decía: “Osita (así me llama ella), ya llegó el resultado y estoy sana. Te amo, yo te dije.” Seguido de otro de mi papá: “Familia, tenemos que alegrarnos pues el resultado de la biopsia de la Cata es benigno. Estamos felices”.

Yo estaba en la universidad y nunca me alcanzarán las palabras para describir la felicidad que sintió mi corazón en ese momento. Corrí al baño. No pude hacer otra cosa más que llorar porque mi mamá estaba bien y eso era lo único que podía pedirle a la vida.



## MI PUNTO MORADO

LIZBETH LÓPEZ GARCÍA

Como todas las mañanas, a mis 15 años, me levanté para salir a trotar con mi madre de madrugada. Luego, una ducha y al colegio. En clases, me invadía un sueño abrumador contra el cual no podía luchar. Después de poco tiempo, mi cansancio no fue solo en clases sino también en casa, a cualquier hora, sin respetar horarios, días ni fechas especiales. Creí que las madrugadas me estaban agotando.

Poco después noté que, al cepillarme, el cabello se me caía en gran cantidad y que, poco a poco, me debilitaba más. Sin embargo, no le puse mayor atención. No obstante, un día en clase me desperté de ese sueño abrumador y no podía mover las manos. Estaban entumecidas totalmente y bañadas en sudor. Con la ayuda de dos de mis amigas, logré salir al baño e intentar moverlas sin éxito.

Al llegar a casa, le comenté mi estado a mi madre quien de inmediato llamó a mi doctor de cabecera: “Necesita un ABC”. Eso significaba sacarme varios tubos de sangre para todos los exámenes posibles en el laboratorio.

Tenía los valores hormonales elevados en una cantidad considerable. Repetimos ese examen en otro laboratorio: salieron más elevados aún. Lo repetimos una vez más y, en ese, salieron los niveles bajos. Ante la incertidumbre, mis padres sin explicación alguna decidieron hacerme los exámenes en otra ciudad: en un reconocido hospital de Quito. Para esto, ya me habían sacado más de 4 veces sangre, y más de 15 tubos. Sin estar conformes con los resultados, mis padres me hicieron unos cuantos

exámenes en diferentes laboratorios, dando siempre el mismo resultado de TSH, FT3 y FT4 elevados y el sistema inmunológico por los suelos.

Sin defensas, ni energías, ni venas visibles sin moretones, me dirigí donde un endocrinólogo en Quito. En mi ciudad, mi madre no los llama médicos sino carpinteros. Fui sola a la consulta y me recibió aquel doctor de currículum intachable, encargado de un decanato en una prestigiosa universidad de la capital, que presumía su perfecta ortodoncia con una gran sonrisa.

En la cita médica, no hizo caso a los resultados de mis exámenes y únicamente me revisó el cuello. Pensaba que tenía mi tiroides alterada y me confirmó, sin darme nada de confianza, a sangre fría, sin borrar esa horrible sonrisa de su rostro, que yo tenía cáncer. Me mandaría medicación y, en un par de meses, programaría una cirugía para retirarme la tiroides. Si no fuera suficiente, empezaríamos con quimioterapias.

Una mezcla terrible de sentimientos y emociones me invadió. En la soledad de esa consulta, no me permitieron reaccionar después de la noticia. Únicamente, me acerqué al doctor, le agradecí y le pagué.

Al bajar de ese frío edificio, en ese inmenso ascensor de hospital, pensaba en todo lo que había hecho hasta ese día. Al poner un pie fuera de ese ascensor, me desmoroné.

Una vez que logré calmarme, llamé a mi primo y a mi madre para decirles mi diagnóstico. Previamente, ya había agendado una cita con un médico diferente para la semana siguiente. Al escuchar la noticia, mi familia insistió en la importancia de consultar con otro médico.

Mi salud seguía empeorando cada vez más.

Igual que una *zombie*, pasé una semana pensando en cómo iba a morir, en cómo me gustaría hacerlo, mientras llegaba mi nueva consulta.

Al llegar, encontré un montón de personas que esperaban su turno. El doctor se había retrasado atendiendo una paciente. Esperé y esperé sentada mientras en la televisión pasaban una novela mexicana con el siempre esperado trágico final. En cambio, en los parlantes de música se escuchaba la Quinta Sinfonía de Beethoven.

Llegó mi turno. Entré. Había libros y libros. Esto me dijo que, aparte de ser médico, era un investigador. Así fue: era autor de la mayoría de ellos. El doctor estaba muy serio. Me recibió. Me dio la mano y yo bajé mi mirada. Noté que decía “neuroendocrinólogo”. En ese instante, empezó a preguntarme lo mismo que todos preguntan. Pidió mis exámenes y se asombró al ver que había ocho diferentes exámenes, de ocho laboratorios. Dejó de lado las hojas. Me preguntó cómo estaba mi brazo, con una sonrisa. Le respondí que bien. Al terminar de examinarme y leer los resultados, llegó el momento más esperado: mi diagnóstico.

Con una voz muy suave, como si fuese su hija, me dijo: “No te asustes. En efecto, tienes hipotiroidismo: un posible principio de cáncer que es curable con tratamiento”. Esas palabras me aliviaron tanto. ¡Tenía cura! ¡Podría seguir viviendo! Me mandó un tratamiento y se suponía que, en un mes, desaparecería y regresaría para que me revise.

En ese mes, empeoré más y más. Seguí la recomendación de mi segundo médico. Visité doctor tras doctor. Primero, un otorrinolaringólogo, pues por una gripe estaba con los oídos tapados y perdiendo mi audición; luego, fue un ginecólogo ya que empecé con cólicos insoportables causados por poliquistes; después, un alergólogo, mis múltiples alergias se habían disparado. Descansé de las consultas un par de días y fui a una dermatóloga. Mi piel estaba, excesivamente, reseca y empecé a presentar eccemas que no cicatrizaban. Al parecer, era una paciente con dermatitis atópica. Para terminar, un cardiólogo me detectó un soplo en el corazón. Yo, únicamente, pensaba en curarme y hacía todo lo posible para conseguirlo.

Finalmente, regresé a mi control mensual. El doctor revisó mis exámenes. Me auscultó y, al terminar, la noticia fue fulminante. El riesgo de cáncer seguía presente. Me derrumbé. Me sentía la peor escoria que podía existir, que no servía para nada, que lo mejor era morirme. En ese instante de silencio, pensé todo eso y más. De pronto, el doctor dijo “Intentemos un mes más. No perdemos nada. Aparte, si te curas serías mi punto morado. La única paciente que se ha curado en mis estadísticas”. Lo dijo entusiasmado y yo acepté, obligada por mi madre.

Al segundo, mes regresé sin esperanza alguna. Ya ni las agujas a las que tanto miedo les tenía, me dolían. Llegué y el doctor me esperaba. Leyó mis exámenes. Me revisó y me dijo: “Ves, te dije que serías mi punto morado en las estadísticas. Lo hemos eliminado. Ahora, solo queda tratar el hipotiroidismo con el cual puedes vivir sin problema. ¡Lo logramos!”.

En ese instante, mi vida volvió a cobrar sentido y regresó una sonrisa mi rostro. Era yo, nuevamente. Con medicamentos, pero yo. En ese momento, me di cuenta de que todo dependía de mí y de nadie más, que las cosas dependen de la actitud con las que las veas y que la muerte no es, ni nunca será tu enemiga. Es, simplemente, muerte: una oportunidad de aliviar tu dolor.

Desde entonces, vivo con controles periódicos, pero con ganas de vivir. Más que un doctor, tengo un amigo. Es mi mentor y mi confidente. Mi ejemplo a seguir.

Tal vez, si viéramos siempre lo bueno en todas las situaciones y confiáramos en quien nos ayuda o intenta hacerlo, todos fuéramos el punto morado en las estadísticas de alguien.

## JULITO

ELIZABETH VILLACÍS ZAMORA

Hola, me llamo Julio. Aunque, de cariño, me dicen Julito. Hoy tengo 8 años. Les contaré cómo una experiencia, cuando tenía apenas 5 años, me cambió la vida.

Mi padre tenía un pequeño taller, donde arreglaba autos en el patio de la casa. Un miércoles, después de almorzar, con mi hermano mayor jugábamos a las escondidas. Él contaba y yo buscaba un buen lugar para que no me encontrara. Me metí debajo de un auto en mantenimiento, suspendido por una carrocería. Nadie miraba, ni mi hermano, ni mi papá. La carrocería cayó, impactó mi cabeza y comencé a sangrar.

Todos corrían. Oía a mi mamá, a lo lejos: “Julito, no te mueras”. A partir de ese momento, no recuerdo qué pasó.

Cuando recuperé mi consciencia, estaba en un cuarto frío. Sentía que tenía un tubo que traspasaba mi garganta. En mis brazos, había muchas mangueras, que tenían líquidos de todos los colores. En mi pecho había unos cables, pegados, que salían hacia una pantalla que sonaba: dum - da, dum - da, dum - da.

No podía abrir mis ojos, pero sentía todo lo que pasaba a mi alrededor. Todos vestían batas blancas. Personas de todas las edades: los más viejitos, con caras enojadas y serias; mientras que los más jóvenes estaban nerviosos, sudorosos, cansados y con grandes ojeras. Para mí que no dormían bien. Todos les decían “los internos”. Creo que no tenían nombre propio.

A los internos los veía todo el día. A algunos les llegué a tomar cariño. Me saludaban. Me pedían permiso para hacerme algún procedimiento, pese a que yo parecía estar dormido. Me hablaban. Lo que no me gustaba es que me pinchaban mis muñecas todos los días para exámenes de sangre.

Papá y mamá me visitaban una hora al día, vestidos de manera graciosa. Mamá lloraba sin consuelo. Tomaba mi mano y la besaba. Cada vez que lo hacía, me daba más fuerza para abrir mis ojos. Extrañaba a mi hermano, pero había escuchado que era prohibido el ingreso de niños a cuidados intensivos ¡Qué raro! Yo estaba ahí. Es más, ¡yo vivía ahí!

Mi parte favorita del día era cuando me llevaban en mi cama de cuatro ruedas a realizarme tomografías. Era como estar en un cohete y pasar por un teletransportador hacia el espacio. El efecto, los medicamentos de colores hacían que flote y que juegue con la gravedad, mientras se tomaban muchas fotografías de mi cabeza.

El doctor decía que mi condición estaba mejorando y que pronto abriría mis ojos. Así fue, luego de 8 semanas en coma inducido, desperté. Mi mamá ya no lloraba de tristeza sino de felicidad.

Quedé con secuelas en la mitad derecha de mi cuerpo y en la lengua que, ciertas veces, se me “traba” al hablar. Soy un niño especial. Lo que no lo hago con mi cuerpo, lo hago con mi mente que es más ágil.

Aunque no recuerdo bien todo lo que pasó a mis cinco años, ahora, que ya tengo 8 años, sé que la gente se vuelve más segura con el tiempo. Hace unas semanas, volví a ver a una interna que me acompañó en mi hospitalización, la de ojos grandes y hoyuelos en las mejillas. Ya no estaba nerviosa. Hablaba con mucha seguridad. Mi mamá dijo que es mi “nueva doctora de niños”. Creo que la que antes se llamaba “interna”, ahora se llama “doctora”. La quiero mucho. Me chequea, periódicamente, y lo

mejor es que ya no me pincha mis bracitos. Lo que más me gusta es que me dice “sobreviviente”. Pienso que se refiere que soy un súper héroe sin traje. Sobre de todo, el súper héroe de mi mamá.

Esta es mi historia.

Julito. Sobreviviente de trauma cráneo encefálico severo, en el Hospital Regional Docente de Ambato, en julio de 2013.

## EL TIEMPO MÁS FUGAZ

ANÓNIMO

Después de algunos días de dolor intenso, vi esos ojitos grandes y llenos de brillo, ansiedad y tristeza. Mi hermana de 9 añitos estaba sentada en la mesa para desayunar.

Al salir de mi cuarto, con cierto afán, vi que el dolor no la dejaba comer. Solo escuché: “Papi, es que me duele. No quiero comer”. Me despedí, rápidamente. Estaba entusiasmada porque iba a despedirme de mis amigas de mi antiguo colegio.

Todavía me parece increíble. Aquel día me reí tanto con mis compañeras, mis amigas. ¡Como disfruté aquella mañana!

En la tarde, de regreso a la casa, encontré a mi papá afanoso y preocupado. Recuerdo su voz y la expresión en su rostro cuando me dijo: “Tu hermana está hospitalizada”. Un escalofrío me recorrió y me despertó a la realidad. Reaccioné y angustiada dije que iba con él.

—Sí, cámbiate y nos vamos.

Pero al entrar a la casa, su mente estaba un poco más calmada y me pidió que almuerce y espere su llamada.

Ocho de la noche. Mi papá llamó preocupado, triste. Cada palabra se quebraba en un suspiro: “Mija, tu hermana acaba de entrar a cuidados intensivos. Está muy delicada. ¿Quieres venir?”.

No sentí escalofrío, pero algo se me estaba arrancando por dentro. El llanto me inundó. Contesté que no iría, que me quedaría en la casa a esperar.



Rápidamente, colgué el teléfono y fui a la habitación que compartía con mi hermana. Ahí estaba su oso rosado, que tenía el mismo largo de su dorso. Lo abracé muy fuerte. Tenía 16 años y solo podía abrazar, llorar y rezar. Le pedía a Dios volver abrazar de esa misma forma a mi hermana.

No sabía cómo regresar el tiempo de esa mañana para tomar unos minutos y sentarme a su lado y preocuparme más por su dolor. Darle un abrazo. Decirle cuanto la quería y lo importante que era para mí.

Hasta hoy, esa es la sensación de vacío más dura que he tenido en el alma. Sentí culpa por no haber demostrado mis sentimientos. Estaba totalmente enojada conmigo misma por haber salido de la casa y no haberme preocuparme por mi hermana. Cualquier otro día hubiera podido despedirme de mis compañeras.

A las 11 de la noche de ese 17 de abril, volvió a sonar mi celular. Escuchaba a mi papá tomar aire para poder hablar claramente. Me pidió que fuera al hospital. Los doctores habían notificado a mis papás que mi hermana estaba sumamente delicada y que debían esperar cualquier cosa.

Me dolía la cabeza de tanto llorar. Sentía la presión en el pecho como si alguien me abrazara mientras lloraba. Corrí nuevamente al cuarto, cogí una cobija, el oso preferido de mi ñaña, una chompa y me senté en la sala a esperar que vinieran por mí. No dejaba de pensar en cómo serían las salas de cuidados intensivos. Nunca había entrado a una. Era la primera vez que escuchaba ese nombre. Trataba de imaginarme a mi hermana en una cama, acostada y con muchos doctores a su alrededor. Obviamente, un panorama totalmente distinto a la realidad.

Media hora después, a las 11:30, mi primo llegó con lágrimas en los ojos, asustado. Solo me abrazó. Tenía mucho miedo. Una angustia me acompañó cada minuto durante esa noche.

Al llegar al Hospital Militar, en el cuarto piso, vi a mi mamá totalmente devastada. Tenía los ojos hinchados de haber llorado todo el día. Mi papá era su réplica. Me sorprendí al verlo tan asustado. Nunca antes lo había visto así.

Mi mamá me abrazó muy fuerte y me narró todo lo que había pasado ese día por la mañana. Después de que salí de casa, fueron al hospital porque el dolor de mi hermana en su brazo era muy fuerte. Esperaron en emergencia del hospital dos horas y media.

En modo de amenaza, así lo sintió mi mamá, la doctora le dijo: “Si su hija no hace deposición normalmente, la tendremos que hospitalizar”. Mientras mi mamá me contaba, lloraba recordando. Mi hermana estaba aterrada y le había prometido que iba a ir al baño, pero que por favor no dejen que la hospitalizaran.

Ella tenía apenas nueve años. Qué iba a saber mi pequeño ángel lo que era una sala de hospitalización en emergencias. Estaba muy asustada, triste y con dolor constante.

La llevaron al piso 11. Empezaron a hacerle muchos exámenes. Sus riñones empezaban a dejar de funcionar. Decayó tan rápido que no tuvieron otra alternativa que llevarla a cuidados intensivos.

Todo iba de prisa. Seguía sin poder asimilar lo que nos estaba pasando ¿Por qué todo pasó así de rápido? ¿Por qué no me había quedado en casa ese día? ¿Por qué no me despedí de mi hermana antes de salir de casa? ¿Por qué no le había dicho que es lo más importante que tenía? Habían tantos “por qué no...”, que me llené de horribles culpas.

A pesar de lo mal que se encontraban mis padres, mi papá me abrazó y me dijo: “Solo hay que pedir a Dios que todo salga bien y que tu ñaña salga de aquí”. La energía que me transmitía me calmó. Me senté en la sala de espera y recé para que mi ñaña tenga fuerzas.

Mi papá acomodó las bancas contra pared y me pidió que durma, porque ellos estarían atentos.

Me desperté a las 5:30 de la mañana. Apenas me senté en la silla, vi a mi mamá y le sonreí. En ese minuto, salieron corriendo del ascensor con un equipo para resucitación. Mi mamá se fue al piso: “Eso es para mi Kami”. Salí corriendo, la abracé y le dije que no puede ser para ella, que seguramente era otro paciente. Sin embargo, el sexto sentido de una madre nunca falla.

A las 6 de la mañana, el doctor anunció que mi hermana había sufrido un paro cardíaco, pero que lograron reanimarla. Mis papás estaban sumamente asustados y tristes.

Pasaron pocos minutos, a las 6:25 de la mañana, del 18 de abril de 2014, el doctor abrió la puerta. A su lado estaba una residente con una mirada que la delataba por completo. Mientras veía su cara, el doctor nos decía: “Su niña no pudo sobrevivir. Sufrió otro paro cardíaco y ya no la pudimos reanimar”. El doctor seguía explicando todo el cuadro clínico de mi hermana. Pero no importaba. Nosotros ya no estábamos ahí. El tiempo se detuvo y, absolutamente, todo alrededor se nubló. No oía nada más que el llanto de mi mamá. Estaba perdida. No sabía qué hacer.

El doctor terminó de hablar: “Pueden pasar a verla”. Tenía un miedo inexplicable mientras entrábamos por el pasillo. El doctor explicaba que es una unidad de riesgo de contaminación y otras indicaciones. En la primera cama, estaba un señor de la tercera edad conectado a unas máquinas. Tanque de oxígeno, mascarilla, sonda. Solo lo cubría una sábana. En la siguiente cama, todas las máquinas estaban apagadas. Mi hermana estaba ahí. Me acerqué llorando. No podía creer que ya no estaba conmigo. Parecía dormida.

Pregunté si podía tocarla. Sentí su pechito helado, su cuerpecito sin reacción. Su tez era amarillenta y la expresión de los doctores era tan fría.

Tal vez la muerte, con el pasar del tiempo, se vuelve algo normal para ellos.

El cuadro clínico de mi hermana se había desarrollado 15 días antes de que falleciera. No hubo un diagnóstico correcto. Las prácticas caseras empeoraron el panorama y el tiempo pasó demasiado rápido.

Kamila sufrió un golpe en el parte posterior de la espalda, cerca del omóplato. Al bajar de un tobogán a una piscina, un niño bajó casi al mismo tiempo que mi hermana y le cayó encima, propinándole una patada en la parte superior izquierda en la espalda.

Al día siguiente, empezó con dolor de brazo. Realizaron un eco donde no pudieron observar que se le estaban formando coágulos de sangre a nivel de las arterias del brazo. No se hizo ningún otro examen. En la casa le pusimos un parche león para calmar el dolor. No ayudó. Su cuadro se complicó con una infección en los pulmones, trombosis y, finalmente, mi pequeño angelito falleció por un paro cardíaco.

El doctor trataba de explicarnos que, incluso, si hubieran logrado reanimarla en el segundo paro cardíaco, no hubiera vivido en condiciones normales. Sus órganos estaban siendo atacados rápidamente.

Este día entendí lo fugaz que es el tiempo y la vida. La muerte llega de golpe. No avisa y deja un sabor amargo que dura una vida más.

En un par de horas, todo puede pasar. La muerte ronda por los hospitales y los médicos se han entrenado para verla pasar todos los días a su alrededor. El tiempo y los detalles son lo más importante.

Mi noción del tiempo cambió. Desde aquel día, siento que las horas corren más rápido cuando estoy feliz y se detienen por completo al recordar su sonrisa y su amor. Sus nueve años fueron los más fugaces para mí.

## EL MISTERIO DEL AULA 823

SANDY ARMIJOS CORONEL

La fría mañana del 12 marzo de 2018, inició una nueva aventura: mi primer día de clases en segundo semestre de Medicina. Camino hasta la parada del autobús, lugar donde comienza mi recorrido y termina en una puerta majestuosa de vidrios transparentes donde, a lo lejos, desde mi asiento en el autobús, se visualizan dos guardias a cada lado de la entrada.

Cada minuto es valioso cuando se espera en la fila para tomar el ascensor hasta el piso 8. Entre tanto, leo mis apuntes. Al cabo de unos segundos, estoy en el aula 823, justo a tiempo para la clase de anatomía.

Todo listo sobre la mesa para tomar apuntes. Ingresa el profesor. Nos saluda y la clase empieza con miradas esquivas y un silencio penetrante que recorre todo mi cuerpo. Mi corazón se acelera y mis manos y pies tiemblan. Me digo a misma: ¡Tranquila!, y respiro suavemente.

Nunca me imaginé pasar por una crisis así durante una clase. Mucho menos, nadie me había dicho que los primeros días son tan difíciles. Iniciamos la clase y el profesor continuaba hablando como un CD en una grabadora. De repente, me sentí completamente perdida entre conceptos, sin poder escribir una sola palabra.

El ambiente del aula aún se sentía tenso pero, desde el fondo, alguien rompió el silencio con una pregunta:

—¿Qué es síncope?

En segundos todas nuestras miradas estaban sobre ella y el profesor contestó:

—Es la pérdida temporal del conocimiento y del tono postural. Todos empezamos a murmurar y hacer preguntas. Algunas con respuesta del profesor; otras, enviándonos a revisar los libros:

—Lean para la próxima clase. Estudien para la lección. Hasta la próxima clase, jóvenes.

En ese preciso momento, sentí un alivio total al ver salir al profesor y escuchar cerrar la puerta. Sin embargo, si hoy alguien me pregunta: “¿Cuál fue el tema de la clase?”, mi respuesta sería “No lo sé”. Estaba llena de emociones, dudas, miedos de este primer día de clases. Desde ese pupitre, me sentía sola y con la necesidad iniciar nuevas amistades para intentar desalojar esa nostalgia que me invadía.

Al finalizar las primeras horas de clase, todo parece normal. Espero ansiosa llegar a casa para contar, absolutamente, todo a mis padres.

## ATEMPORALIDADES

ROSA GONZAGA GRANJA

El médico de mi padre había solicitado que algún familiar le acompañe en el momento de entrega de los resultados de varios exámenes que tuvo que realizarse.

Este pedido bastó para que los nervios de la familia se alteraran.

Tenía clases, así que no asistí a esa visita al médico. Con la misma excusa, lamento decir que así fue con la mayoría de citas médicas que tuvo mi padre.

La encargada de todo fue mi madre. Mi padre abandonó el rol de esposo y de compañero de vida. Se convirtió en otro hijo, al que era necesario proteger y cuidar.

El diagnóstico fue catastrófico: un cáncer de estómago que debía tratarse con quimioterapia, radioterapia y una gastrectomía parcial.

Veía como se deterioraba con el paso de los meses. Mi cabeza no lograba asimilar la realidad de la situación. Una realidad ajena a mí, en la que no existía la posibilidad de perder a mi papá: él se curaría y podía apostar por ello. Yo tenía 20 años. Nadie pierde a uno de sus padres a esa edad, ¿verdad?

Aunque mucho más delgado, y con un aspecto envejecido, mi padre logró superar todo. La única vez que le acompañé al hospital fue cuando le entregaron sus últimos exámenes, asegurándole que estaba bien, pero que debía cuidarse.

Confiamos, ciegamente, en que todo lo sucedido estaba en el pasado. Lo tomamos como otra oportunidad y olvidamos que la vida actúa de maneras extrañas.

Mi padre nació en una pequeña ciudad llamada Santa Rosa, en El Oro. Viajaba con frecuencia allá para encargarse de un terreno, en el que había sembrado limones. Sin embargo, la razón más importante era visitar a mi abuelita. Viajaba siempre para verla.

Era natural que, al recuperar su salud, decidiera viajar y estar con su madre. No obstante, mi papá no era un hombre devoto de los cuidados y cualquier persona que pierde una parte de su estómago necesita muchos. Mi papá los requería más que cualquiera.

Viajé por primera vez sola a Santa Rosa ese verano. No sé por qué tuve la necesidad de ir. Fueron días muy agradables. Recibí los últimos consejos de mi papá en ese tiempo.

Al regresar a casa, solo podía pensar en que todo estaría bien. Al mes siguiente de mi retorno a Quito, supe que no era así. En Solca no entendían qué pasaba. Nosotros tampoco. Ese fue el inicio del fin.

Encontraron metástasis muy avanzada. Mi padre vomitaba todo lo que ingería. No olvidaré la imagen de sus costillas notándose a través de su piel. Solca decidió que ya no había nada que hacer aparte de terapia del dolor y algún cuidado paliativo.

Mi padre se iría y sería pronto. Ni en mis peores pesadillas pude imaginar el dolor que pasaría mi padre las últimas 3 semanas de su vida.

Junto a mi madre y mi hermano decidimos poner pausa a nuestras vidas y abandonar todo sin tener una fecha exacta de regreso. Mi mamá dejó un reemplazo en su empleo. Yo anulé ese semestre en la universidad y mi hermano la tranquilidad de una vida predecible en su escuela.



Viajamos a Santa Rosa, donde mi padre decidió que quería morir, cerca de su familia y sobre todo cerca de su mamá.

El deterioro cognitivo de mi padre que fue irreversible. Describir todo lo que sucedió en esas tres semanas... Aunque lo he intentado, muchas veces, no he podido.

El mismo día que murió, hace tres años, le había pedido a Dios que se lo llevara. Yo ya no resistía verlo así, como un ser humano indefenso.

Varios días después de su entierro, regresamos a casa. Nuestras vidas estaban intactas. Parecía que nada había pasado. Todo lucía tan normal que tenía la impresión de vivir un sueño muy cruel, del que al final de esa larga noche despertaría. Han pasado 3 años y sigo sin poder despertar.

Si esto fuera un sueño, y algún día despertara, me gustaría saber ¿qué ocurriría? ¿Podría ser yo más consciente de que, aunque él no tuviera cáncer, igual un día se iría y lograría atesorar más el tiempo a su lado? Es mi sueño atemporal.

En memoria de Luis Ramón Gonzaga

## JEREMY, MI GUERRERO

YESSSENIA FLORES CAICEDO

Era agosto del año 2016. Mi hermano Jeremy amaneció con un dolor cerca del tobillo y fiebre de 39°. Lo llevé al centro de salud cercano a mi casa, ubicada en Carcelén Bajo. Lo atendieron y diagnosticaron que él no padecía nada, que solo era un capricho y debía caminar asentando bien el pie. Le recetaron paracetamol por tres días.

Ni la fiebre ni el malestar cedieron con paracetamol. Mis padres lo llevaron a un pediatra particular, quien realizó evaluaciones y radiografías e insistió en que mi hermano trataba de llamar la atención. Sugirió llevarlo a un psicólogo y le recetó varios medicamentos que aliviaron en algo su malestar.

Pero Jeremy continuaba mal a pesar de las atenciones médicas recibidas. Acudimos, por tercera ocasión, a un médico. Esta vez, al Hospital “Pablo Arturo Suárez”. Esperamos cerca de diez horas para la atención, pues el médico traumatólogo no estaba de turno. La respuesta fue que solo padecía un cuadro de trauma que cedería con medicamentos.

Jeremy seguía sin mejorar. Nos trasladamos al Hospital de Niños “Baca Ortiz”, en donde lograron determinar el diagnóstico: “celulitis de tobillo”. No obstante, le negaron la atención porque ya no era una emergencia. Luego de explicar nuestro recorrido buscando atención, lo recibieron y lo hospitalizaron por un mes.

Vivir un mes en un hospital fue muy duro para él. Y también para nosotros, quienes padecimos por la atención médica. Nos enfrentamos a

muchas trabas. Entre ellas, sentir que no creían que Jeremy estaba enfermo o que inventaba sus síntomas.

Fue sometido a una cirugía que sería la cura a su enfermedad. El médico le dio el alta diciendo: “El paciente está bien y puede seguir con su vida normal”. Jeremy no se recuperó en su totalidad. No pudo volver a asentar su pie como lo hacía antes.

Mi hermano deseaba volver a jugar, pero no fue así. Tenía dificultad para movilizarse, correr, saltar o realizar cualquier actividad que para todos eran habituales. Junto con mi familia teníamos el mayor cuidado posible con él.

Luego de dos meses desde que inició todo, en octubre, su pie derecho se puso rojo intenso. Nos preocupó mucho y acudimos, nuevamente, al Hospital Baca Ortiz. En emergencia, nos informaron que su enfermedad se había agravado, desencadenando una “osteomielitis de tibia derecha”.

El médico que operó a mi hermano le informó a mi mamá que debían amputarle la pierna derecha. Un llanto desconsolado de varias horas prosiguió. Sin entender por qué Jeremy había llegado a esa situación tan dolorosa.

No sabíamos qué hacer. Enfrentábamos una situación muy complicada como familia. En mi cabeza, empezaron los recuerdos de su nacimiento, sus primeros pasos. ¿Cómo habíamos llegado hasta aquí? ¿Cómo íbamos a continuar si la amputación se realizaba?

Pero sucedió algo que cambió todo. Otro médico, muy amable, abrió la esperanza. Aunque la enfermedad de mi hermano era muy grave, todavía era tratable y podría llegar a curarse. Sin embargo, no había garantía. Se debía realizar más estudios. El cuadro se complicaba más porque Jeremy también tenía pielonefritis.

Estuvimos tres largos meses en el hospital. Fui responsable del cuidado de Jeremy, pues unos meses antes mi abuelo materno había fallecido y mi madre vivía una situación dolorosa, que le impedía hacerse cargo de la atención de mi hermano menor.

Jeremy fue operado cuatro veces por otro médico traumatólogo. Los días de cirugía eran de ayuno total. Ni él ni yo comíamos porque nunca se sabía a qué hora lo ingresaban a quirófano. Luego, la sala de recuperación era otro mal momento. Mi hermano sufría delirios y cuadros de ansiedad.

Cada día el aseo diario era una odisea total. Debía traer una silla de ruedas desde la planta baja, cargar a mi hermano, llevarlo a la ducha, volver a cargarlo y proceder a su aseo personal. Previo a esto, debía colocar una protección en su pierna derecha para que el yeso no se mojara.

La enfermedad de mi hermano fue un duro momento en todos los sentidos. Incluso cuando sus operaciones eran exitosas, no lográbamos el alta que la familia tanto ansiaba. Siempre nos enfrentamos a otro problema. Esta vez, Jeremy había adquirido una bacteria hospitalaria: *staphylococcus aureus*.

Debían realizar más exámenes, administrarle más medicación para lograr contrarrestar el avance de esta infección en su pequeño cuerpo. Fueron varios sueros, medicamentos y un sinnúmero de vías intravenosas que tuvieron las enfermeras que canalizar para lograr una recuperación completa de su salud.

Durante su hospitalización, Jeremy demostró mucha fortaleza y responsabilidad. Mi madre se encargaba de llevar todas sus tareas, pedir cuadernos, libros para que se pudiera igualar y estuviera al día con todo lo que en clase se dictaba, para que no perdiera su año escolar.

En ocasiones, cuando mi hermano dormía, caminaba hacia el baño del tercer piso y lloraba mucho. Me cuestionaba dónde estaba Dios para

que cure a mi hermano, para que no permitiera sufrir a ese pequeño y frágil ser. Al mismo tiempo, le pedía fortaleza para salir pronto de esa pesadilla.

Mi hermano dormía muy poco por el ruido y la medicación que le administraban cada tres horas. Veía el tiempo pasar como las gotas del suero, lento y agobiante. Solo deseaba que todo terminara para poder ir a mi casa, agarrada de la mano de mi pequeño, y jugar como antes.

Antes de la última cirugía, el médico residente del área de traumatología fue muy amable. Me informó que mi hermano estaba evolucionando bien, tanto su hueso como el control de la bacteria que había contraído. Me preguntó si deseaba observar la cirugía que iban a realizar a Jeremy. Yo accedí inmediatamente.

En la cirugía, mi pasión por la Medicina creció más. Estuve más segura que nunca que ese era el camino que quería seguir y al cual deseaba dedicarme toda la vida. La operación no duró mucho, ya que Jeremy estaba recuperado casi por completo. Su hueso ya no presentaba la infección y el líquido purulento había desaparecido.

El tan ansiado día llegó. Le dieron el alta a mi pequeño. Estábamos felices de ir a nuestra casa. El médico alertó que debíamos tener mucho cuidado porque la osteomielitis solía tener muchas recaídas y que Jeremy debía utilizar muletas para su movilización por un período de tres meses.

Así fue. Las muletas ahora eran su apoyo para lograr caminar, darle lucha a la vida y continuar todos por su recuperación. Los seguimientos fueron mensuales y oportunos. Jeremy fue dado de alta en su totalidad, pero con el compromiso de cuidar su pierna al máximo y también con la triste noticia de que ya no podría realizar actividad física. Debía dejar a un lado su pasión por el fútbol.

Jeremy logró su recuperación completa. Hoy, con doce años y ya en 8vo de básica, continúa luchando, cuidando cada paso para que la osteomielitis no vuelva. Es un guerrero que logró salir airoso de esta batalla contra la muerte.

## NIÑEZ

ANÓNIMO

Siempre he pensado que las personas son el cúmulo de las vivencias y las circunstancias que les ha tocado pasar. Soy el vivo ejemplo de eso.

Estoy segura de que mi llegada al mundo alegró la existencia de mis papás. De todas formas, traer un nuevo ser humano al hogar de una pareja que ya tenía un hijo, siempre puede ser complicado.

Nací en una época muy conflictiva en la relación de mis padres. Mi papá estaba teniendo comportamientos muy extraños. Según mi mamá, él cambió de la noche a la mañana, sin previo aviso. Claro, nadie te avisa que va a cambiar y que te hará sufrir. Solo sucede.

A los pocos años de mi nacimiento, mi papá dejó de trabajar. Nunca entendí realmente porque lo hizo, pero hoy he logrado comprender muchas de sus decisiones y no lo juzgo. Mis padres estaban juntos durante mis primeros años de vida. No solían pelear mucho, pero se notaba en sus rostros que algo sucedía. Al menos, las fotos de esa época ayudan a establecer esa idea en mi cabeza.

Cuando cumplí tres años, decidieron que lo mejor era salir de la casa de mi tío, en la que vivíamos. Nos mudamos a la casa de la tía de mi papá. El lugar era enorme o, al menos, yo lo veía así.

Había un patio lleno de juegos porque a lado de mi casa estaba el kínder de mi tía abuela. Llegar ahí no estuvo tan mal. A los pocos días, nos mudamos a una casa vecina al kínder donde estudiaríamos. A mí me pareció bien. Bueno, al menos, tenía un lugar donde vivir.

La nueva casa era más pequeña: tenía dos cuartos, un baño, una cocina diminuta y el comedor muy junto a la sala, la cual prácticamente no entraba en esa categoría. Yo dormía en el mismo cuarto que mi hermano, en una litera. No me quejaba. Estaba junto a mi familia y era lo que contaba en aquellos días.

Entré a estudiar en el kínder. Era un buen ambiente porque mis profesoras eran mi tía y mi mamá. Entonces, no había muchos cambios. El único cambio que complicaba todo era que mi papá, poco a poco, empezó a aislarse de nosotros. Pasaba durmiendo todo el día y no iba a trabajar, ni a buscar trabajo. Por las noches, empezaban las peleas con mi mamá debido a que mi papá no estaba aportando nada para el hogar.

Noche tras noche había peleas muy intensas que duraban pocos minutos. Mi papá prácticamente ignoraba lo que mi mamá le decía. El tema central era el aislamiento de mi papá. Era extraño tener a una persona al frente pero no sentirlo y ver como se iba alejando, poco a poco. Fue doloroso. Para un pequeño, sus papás son sus héroes y el mío cada vez me dejaba más sola. No estaba cumpliendo su función de héroe: salvarme.

Había días buenos en los que salíamos como familia al cine o a comer, pero había otros en los que todo se tornaba gris. Esto ocurría cada vez que íbamos a visitar a mi abuelita paterna. En realidad, yo no la visitaba, sino solo papá. Éramos pequeños y como ella se encontraba en una clínica, lo mejor estar apartados de eso. Esperábamos a mi papá afuera de la clínica junto a mi mamá y mi hermano. Mi mamá nos contaba cómo era mi abuelita antes de su enfermedad, pero que ahora estaba empezando a olvidar las cosas. No sabía mayor detalle de la situación, pero sabía que era difícil. Incluso para ella. Mucho más, para mi papá.

Cuando terminaba la hora de visitas, mi papá bajaba y entraba al carro devastado y en silencio. Podía ver en sus ojos cristalizados el dolor y



su mirada se perdía. No nos veía. Creo que intentaba no hacerlo para no caer en llanto. Mi mamá intentaba poner un tema de conversación para cambiar el ambiente denso que había. Mi papá permanecía en silencio, haciendo evidente su sufrimiento.

Al bajarnos del auto, lo primero que él hacía era ir a fumar un cigarrillo. Mi mamá nos decía que todo iba a estar bien, que nuestro papá estaba un poco triste por haberle visto a mi abuelita. Esto pasaba todas las veces que íbamos a visitarla y el efecto del dolor permanecía durante mucho tiempo en mi papá.

Pasaron varios años así. Mi abuelita estaba empeorando y, por ende, mi papá también. Todo se convirtió en un efecto dominó. Esa situación afectó a mi mamá y a la relación que tenía con mi padre. También nos encontrábamos afectados mi hermano y yo, al ver las peleas que ellos tenían.

Un día, mi madre decidió que lo mejor para nosotros y para ella era simplemente salir de ahí. Si me preguntan qué hubiese hecho como hija al ver a mi papá tan enfermo a causa de la enfermedad de su madre, me hubiera quedado a apoyarlo. Pero tenía seis años y no tenía la capacidad de ayudarlo como se merecía.

En el 2006, nos mudamos con mi abuelita materna, dejando atrás a mi padre. Él nos había abandonado, aunque no físicamente, hacía mucho tiempo. Era un nuevo comienzo. No fácil ni bonito, pero estábamos con mi abuelita que era muy cariñosa.

A pesar de eso, siempre había preguntas sin responder. Sobre todo, con respecto al tema de mi abuela paterna y su enfermedad. ¿Qué tenía y por qué afectaba tanto a mi papá? Un día, cuando ya había crecido un poco, mi mamá me contó todo lo que necesitaba saber para responder a mis preguntas.

Mi abuelita tenía la enfermedad de Alzheimer, un mal que afecta al cerebro haciendo que la memoria se pierda progresivamente. Mi mamá decía que la abuelita ya no se acordaba ni de mi papá y que, poco a poco, iba perdiendo la capacidad de recordar hacer cosas básicas, como respirar. Me impactó mucho. Aunque no la conocía, sabía que debía ser muy difícil para ella y, mucho más, para mi papá.

Al saber esto todo cobraba sentido. Entendí porque mi papá siempre que regresaba de la clínica, tenía una cara de “deseo borrar la realidad”. Comprendí su ausencia. Él estaba sufriendo una gran depresión debido a la enfermedad de su madre. Por eso, había meses en los que yo no sabía nada de él. No recibía noticias ni llamadas.

Realmente, no puedo comprender lo que debe sentirse cuando tu propia madre no recuerda quién eres. Lo que sí he sentido es el dolor que de un hijo por su padre ausente. Más aún si, físicamente, lo tiene al frente.

Sin duda alguna, una enfermedad puede traer mucho sufrimiento a una persona. El dolor que se genera no se puede calmar con absolutamente nada. Mucho menos, si la persona querida que la padece, se está yendo poco a poco. Es un proceso que deja muchas secuelas y lastima a todos a su paso.

Hoy todos esos problemas han quedado en forma de una cicatriz curada, pero siempre serán un motivo para recordarlos como lecciones de vida.

## REFERENCIAS:

- Acuerdo Ministerial Nro. 5316, (2016, 22 de febrero). Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, Registro Oficial Nro. 510. Quito.
- Alvarez, M. (2014). “Medicina tradicional china: la clínica oriental y su relación con el paradigma psicológico occidental”, en *Psicología Iberoamericana*, vol. 22, núm. 1, enero-junio. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133944229009.pdf>
- Ayarra M., Lizarraga S. (2001). “Malas noticias y apoyo emocional”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 24 (supl.2): 55-63. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5897>.
- Barreiro, P. (1995). “El médico de Pasa”, en Barreiro P. *Tarqui 707...y otras miniaturas*. Quito: PPL Impresores.
- Barreiro, P. (2009). *El Tendón de Aquiles*. Quito: Editorial El Conejo.
- Bayly, J. (2001). *Morirás mañana 1. El escritor sale a matar*. Lima: Alfaguara
- Benedetti, M. (1960). *La tregua*. Montevideo: Alfa.
- Borrell, F. (2004). *Entrevista clínica. Manual de Estrategias Prácticas*. Recuperado de: [https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica\\_Borrell.pdf](https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf)
- Borrell, F. (2011). *Práctica Clínica Centrada en el Paciente*. Madrid: Tricastela, Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/317671358\\_Borrell\\_F-\\_Practica\\_clinica\\_centrada\\_en\\_el\\_paciente\\_Madrid\\_Triacastela\\_2011\\_ISBN-\\_978-84-95840-56-1\\_DL\\_M-\\_376852011](https://www.researchgate.net/publication/317671358_Borrell_F-_Practica_clinica_centrada_en_el_paciente_Madrid_Triacastela_2011_ISBN-_978-84-95840-56-1_DL_M-_376852011)
- Boissy, A., Gilligan, T. (2016). *Communication. The Cleveland Clinic Way*. New York: McGraw Hill Education.
- Lupón, M., Torrents, A., Quevedo, Luisa (s/f) “Apuntes de Psicología en atención visual T7. Comunicación y relaciones interpersonales”, Universidad Politécnica de Cataluña. Recuperado de: [https://ocw.upc.edu/sites/all/modules/ocw/estadistiques/download.php?file=370508/2012/1/54668/tema\\_7.\\_comunicacion\\_y\\_relaciones\\_interpersonales-5316.pdf](https://ocw.upc.edu/sites/all/modules/ocw/estadistiques/download.php?file=370508/2012/1/54668/tema_7._comunicacion_y_relaciones_interpersonales-5316.pdf)

- Palacios S. (s.f). *Medidas de autocuidado para dermatitis atópica*, Quito: CEPI.
- Petracca, Y. (2013). *Humanidades y Biomédica, las complejidades de su integración curricular en la carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/16/2013/02/Petracca.pdf>
- Platt, F. (1995). *Conversation Repair*. Boston: Little, Brown and Company.
- Tates K, Meeuwesen L. (2001). "Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature", en *Soc Sci Med* 2001; 52 (6): 839- 851. Recuperado de: [https://www.academia.edu/13690864/Doctor\\_parent\\_child\\_communication.\\_A\\_re\\_view\\_of\\_the\\_literature?auto=download](https://www.academia.edu/13690864/Doctor_parent_child_communication._A_re_view_of_the_literature?auto=download)
- Zubieta, Z. (2003). "La medicina tradicional china y su sustentación científica", en *Umbral Científico*, núm. 2, junio. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30400205.pdf>



Este libro se terminó de imprimir en el mes de agosto de 2020, bajo el sistema de evaluación de pares académicos (uno interno y otro externo a la PUCE) y mediante la modalidad de «doble ciego», que garantiza la confidencialidad de autores y de árbitros.





Que las palabras tienen poder es una aseveración que casi todo el mundo comparte. Y que las palabras en la boca de los médicos son doblemente poderosas, parece demostrarse con la lectura de los textos que integran esta hermosa publicación.

¿Cuántos pacientes hospitalizados nos han dicho que se sienten mejor después de pasarles visita, aunque no se les haya administrado ninguna medicina durante la misma? A muchos de ellos los mejora la palabra, aquella acertada palabra que logra armonizar el conocimiento científico con el entorno cultural y las creencias del paciente.

Estoy convencido de que el exitoso ejercicio de la medicina requiere, como parte del arsenal terapéutico, tanto del medicamento específico como de las palabras precisas. En ambos casos, administrados en el momento oportuno, en las dosis adecuadas, durante el tiempo que sea necesario. La palabra es y seguirá siendo el vínculo más trascendente entre el médico y su paciente, pues todavía no se ha inventado el medicamento que las reemplace, así como tampoco existe el dispositivo tecnológico que sustituya el cuidadoso contacto de nuestras manos sobre la piel, para calmar el miedo y la ansiedad de una persona enferma.

Gracias a la iniciativa de la doctora Karina Castro Mendoza, distinguida docente de la PUCE, maestros y discípulos se han unido para invitarnos a recorrer una parte del interminable proceso de formación científica y ética de un profesional de la medicina.

Pedro Isaac Barreiro  
Corporación Ecuatoriana de Escritores Médicos



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador



Centro de  
**publicaciones**  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

