

ESPECIALIDADES MÉDICAS

TOMO 4

MEDICINA Y BIENESTAR INTEGRAL

Vocación, Ciencia y Práctica



- + Pediatría
- + Ginecología y Obstetricia
- + Medicina Familiar y Comunitaria
- + Dermatología
- + Medicina Estética
- + Oftalmología
- + Psiquiatría
- + Psicología
- + Nutrición Clínica
- + Odontología

FECIM - ECUADOR



COAUTORES



- Diana Mishell Acosta Yánez
- María José Aguirre Molina
- Ivanna Alejandra Andrade Sangurima
- Josue Sebastián Avendaño Vargas
- María Paula Ávila Córdova
- Sophia Beatriz Cárdenas Verdezoto
- Yiria Rosario Collantes Santos
- María Elisa Córdova Córdova
- Lorena Yadira Daga Peralbo
- Daniela Tairis Escobar Herrera
- Rosario Maristhanny García Ferrín
- Leslie Anahí Granizo Villacís
- Juliana Guerrero Sarzosa
- Geovanna Nicole Holguín Montenegro
- Chiara María Iannuzzelli Loor
- María Augusta Idrovo Espinoza
- Segundo Mesías Jiménez Albán

- Diana Carolina Llanos Cortez
- Abigail Estefanía Martínez Salazar
- Francisco Isaac Mena Acosta
- Joselyne Nicole Moreira Miranda
- Carlos Enrique Muñoz Cofre
- Eduardo David Murillo Yépez
- Carla Mishell Ortega Riofrío
- Chris Joseline Pérez Garcés
- Steeven Alexander Pinzón Narváez
- Óscar David Quilachamín Espinoza
- Zamira Elena Sánchez Azar
- George Antonio Soledispa Chancay
- Adolfo Alejandro Soria Córdova
- Erika Gabriela Vaca Ocaña
- Joselyn María Valle Carrión
- Alisson Doménica Valverde Verdezoto
- Rudy Stefani Vargas López
- Alex Sebastián Villarreal Ojeda



www.revistafecim.org

ISBN: 978-9942-7224-9-2



9 789942 722492



TOMO 4

**MEDICINA Y
BIENESTAR
INTEGRAL**

Vocación, Ciencia y Práctica

**FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN,
CALIDAD E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Coordinación y Producción

FACMED ECUADOR
Soluciones de Capacitación
en Salud Cía. Ltda.
www.hts.com.ec



Dirección Editorial

Diana Guevara Aguilera.

Comunicación

Lilibeth Castro Ramones.



Editorial

FECIM ECUADOR

ISBN

[978-9942-7224-9-2](https://doi.org/10.46721/tejom-vol4issbookmed18-2026)

DOI

<https://doi.org/10.46721/tejom-vol4issbookmed18-2026>

Quito- Ecuador

Septiembre 2026

Se prohíbe la reproducción total o parcial de la obra sin autorización de la editorial.

COAUTORES



Diana Mishell Acosta Yánez
María José Aguirre Molina
Ivanna Alejandra Andrade Sangurima
Josué Sebastián Avendaño Vargas
María Paula Ávila Córdova
Sophia Beatriz Cárdenas Verdezoto
Yiria Rosario Collantes Santos
María Elisa Córdova Córdova
Lorena Yadira Daga Peralbo
Daniela Tairis Escobar Herrera
Rosario Maristhanny García Ferrín
Leslie Anahí Granizo Villacís
Juliana Guerrero Sarzosa
Geovanna Nicole Holguín Montenegro
Chiara María Iannuzzelli Loor
María Augusta Idrovo Espinoza
Segundo Mesías Jiménez Albán
Diana Carolina Llanos Cortez
Abigail Estefanía Martínez Salazar
Francisco Isaac Mena Acosta
Joselyne Nicole Moreira Miranda

Carlos Enrique Muñoz Cofre
Eduardo David Murillo Yépez
Carla Mishell Ortega Riofrío
Chris Joseline Pérez Garcés
Steeven Alexander Pinzón Narváez
Óscar David Quilachamín Espinoza
Zamira Elena Sánchez Azar
George Antonio Soledispa Chancay
Adolfo Alejandro Soria Córdova
Erika Gabriela Vaca Ocaña
Joselyn María Valle Carrión
Alisson Doménica Valverde Verdezoto
Rudy Stefani Vargas López
Alex Sebastián Villarreal Ojeda



ÍNDICE

Prólogo

PEDIATRÍA

UNA NIÑA SANA

Med. Joselyne Nicole Moreira Miranda 18

EL LATIDO DE LA VOCACIÓN

Med. Carla Mishell Ortega Riofrío 23

EL ÚLTIMO PARTIDO

Med. Steeven Alexander Pinzón Narváez..... 28

PEQUEÑO PACIENTE, GRAN MAESTRO

Med. María Augusta Idrovo Espinoza 33

RESCATANDO INFANCIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Med. Zamira Elena Sánchez Azar..... 37

EL ABRAZO DESPUÉS DEL MIEDO

Med. Ivanna Andrade Sangurima 43

ALIMENTOS: ¿AMIGOS O ENEMIGOS?

Med. Diana Carolina Llanos Cortez 48

MÁS ALLÁ DEL APGAR

Med. María Elisa Córdova Córdova 52

EL APGAR DE UN PADRE

Med. George Antonio Soledispa Chancay..... 56

**EL PRIMER ALIENTO: CIENCIA, ENTORNO E INTEGRIDAD EN
EL ARTE DE CURAR**

Med. Rudy Stefani Vargas López 60

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DOS MESES DE SILENCIO

Med. Francisco Isaac Mena Acosta 68

CUANDO EL TIEMPO DESAPARECE

Med. Segundo Mesías Jiménez Albán 73

ARTERIAS UTERINAS PATOLÓGICAS

Med. Chris Joseline Pérez Garcés 77

MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO

Med. Abigail Estefanía Martínez Salazar 82

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

UN CAMINO INESPERADO

Med. Joselyn María Valle Carrión 87

DERMATOLOGÍA

OFICIOS QUE MARCAN LA PIEL

Med. Juliana Guerrero Sarzosa 92

VOCACIÓN AL SERVICIO

Med. Sophia Beatriz Cárdenas Verdezoto 97

LA PIEL TAMBIÉN HABLA

Med. Erika Gabriela Vaca Ocaña 101

LA PIEL QUE NADIE MIRÓ

Med. Daniela Tairis Escobar Herrera 106

VOLVIÓ OTRA VEZ

Med. Yiria Rosario Collantes Santos 111

PIEL DE MONTAÑA

Med. Alisson Doménica Valverde Verdezoto 116

DE LA PIEL AL BISTURÍ

Med. Geovanna Nicole Holguín Montenegro..... 121

CUANDO LA PIEL HABLA

Med. Leslie Anahí Granizo Villacís 127

MEDICINA ESTÉTICA

LA ÉTICA DETRÁS DE LA ESTÉTICA

Med. Chiara María Iannuzzelli Looor..... 133

OFTALMOLOGÍA

LA CASA AMARILLA

Med. María Paula Ávila Córdova 139

ECOS EN LA CONSULTA

Med. Josué Sebastián Avendaño Vargas 144

OJOS QUE NO VEN

Med. Rosario Maristhanny García Ferrín 151

MÁS ALLÁ DE LA VISIÓN

Med. Eduardo David Murillo Yépez..... 155

CUANDO CAMBIA LA MIRADA

Med. María José Aguirre Molina..... 160

EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

Med. Alex Sebastián Villarreal Ojeda 164

PSIQUIATRÍA

DETRÁS DEL SILENCIO

Med. Carlos Enrique Muñoz Cofre..... 176

PSICOLOGÍA

FRICCIÓN MENTAL

Psic. Diana Mishell Acosta Yáñez..... 186

SENTIR SIN QUEDAR ATRAPADO

Psic. Óscar David Quilachamín Espinoza..... 194

NUTRICIÓN CLÍNICA

LA ESENCIA DE LA MONTAÑA

Med. Lorena Yadira Daga Peralbo201

ODONTOLOGÍA

UN VUELO A LA REALIDAD

Od. Adolfo Alejandro Soria Córdova208



PRÓLOGO

La medicina adquiere su verdadero sentido cuando el conocimiento científico se encuentra con la capacidad de escuchar, comprender y acompañar. Detrás de cada diagnóstico existe una persona con temores, expectativas, vínculos y experiencias que no siempre pueden reflejarse por completo en una historia clínica.

Medicina y Bienestar Integral reúne relatos nacidos de la práctica, la formación y la reflexión de profesionales de la salud. Sus páginas muestran que el aprendizaje no ocurre únicamente en las aulas, los libros o los espacios hospitalarios, sino también frente al paciente, durante una decisión difícil, en una conversación necesaria o en aquellos momentos en los que una palabra puede brindar tanta tranquilidad como una intervención oportuna.

Cada historia permite acercarse a la medicina desde una perspectiva humana. Algunas hablan de incertidumbre, recuperación y esperanza; otras muestran cómo un encuentro clínico puede transformar la manera de comprender una enfermedad, una profesión e incluso la propia vocación. En todas ellas permanece una misma certeza: atender no significa únicamente reconocer síntomas o indicar tratamientos, sino comprender la forma en que una condición afecta la vida cotidiana, la autonomía, la familia y el bienestar emocional de quien la atraviesa.

La atención integral exige preparación científica, sensibilidad y respeto por la singularidad de cada paciente. También requiere reconocer que la salud está formada por dimensiones que se relacionan constantemente y que ninguna puede comprenderse de manera completamente aislada.

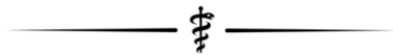
Al compartir sus experiencias, los autores convierten sus aprendizajes en una oportunidad de reflexión colectiva. Sus voces nos recuerdan que cada paciente puede dejar una enseñanza y que la formación profesional se construye también a partir de los vínculos humanos que nacen durante el ejercicio de la medicina.

Como parte de la serie *Especialidades Médicas: Vocación, Ciencia y Práctica*, el **Tomo 4: Medicina y Bienestar Integral** reafirma que el conocimiento alcanza su mayor valor cuando se ejerce con sensibilidad, responsabilidad y una comprensión amplia del ser humano.

Que estas páginas nos inviten a mirar más allá de la enfermedad y a recordar que el bienestar comienza cuando dejamos de observar únicamente diagnósticos y aprendemos a cuidar personas.

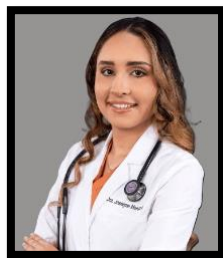


PEDIATRÍA



UNA NIÑA SANA

Med. Joselyne Nicole Moreira Miranda



Un último día de diciembre, hace ya varios años, una mujer embarazada iniciaba una travesía que transformaría su vida para siempre. Mientras compartía una cena familiar rodeada de sus seres queridos, comprendió que su etapa como gestante estaba llegando a su fin para dar paso a una nueva responsabilidad: la de convertirse en madre. Sin saberlo, también comenzaba la historia de quien, años más tarde, encontraría en la medicina su propia vocación.

—¡Ayuda!— fue la primera palabra pronunciada por su esposo al llegar al hospital más cercano.

El tiempo parecía avanzar lentamente entre los pasillos cargados de emociones. A un lado se escuchaban relatos de familiares que deseaban unos minutos más junto a quienes ya no estaban; al otro, lágrimas de alegría de padres que recibían noticias esperanzadoras después de largas horas de incertidumbre. Era un lugar donde el dolor, la esperanza y el alivio convivían al mismo tiempo.

Finalmente, el llanto de un recién nacido interrumpió la espera.

—¡Es una niña!— anunció el médico que sostuvo por primera vez la pequeña mano de aquel ser tan frágil que, años después, seguiría sus pasos dentro de la misma profesión.

La recién nacida fue entregada a su madre, quien la observó con sorpresa. Durante todo el embarazo le habían asegurado que esperaba un varón. Sin embargo, aquella no sería la única noticia inesperada que enfrentaría.

Con el paso de los años, esa niña conocería numerosos consultorios y hospitales pediátricos debido a distintos problemas de salud que marcarían profundamente su infancia. A pesar de ello, nunca se rindió. Encontró fortaleza en el acompañamiento de médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud que hicieron más llevadero cada tratamiento y cada momento difícil.

Esa niña era yo.

Con el paso de los años aprendí no solo sobre las enfermedades que impactaron mi infancia, sino también sobre la forma en que un profesional de la salud puede influir positivamente en la vida de un paciente. Hoy, convertida en médica, reconozco que gran parte de mi vocación nació de aquellas experiencias y de las personas que se transformaron en apoyo, ejemplo e inspiración durante algunos de los momentos más difíciles de mi vida.

Ellos eligieron una de las profesiones más nobles e insignes. Sin saberlo, sembraron en mí el deseo de continuar ese mismo legado.

Si bien mi estado de salud durante aquellos años no fue el que toda madre desea para su hijo, la atención brindada a mí, a mis padres y a mis familiares despertó en mí el interés por comprender mucho más que la ciencia detrás de cada enfermedad. Aprendí a admirar la actitud característica del personal médico frente a situaciones adversas: la calma ante una emergencia, la seguridad durante la toma de decisiones críticas, la capacidad de adaptación frente a escenarios imprevistos y la resiliencia necesaria para recuperarse del caos y comenzar un nuevo turno con la misma entrega.

Estas y muchas otras virtudes demuestran el impacto positivo que podemos generar en quienes depositan su confianza en nosotros. El trato que recibe un paciente durante uno de los momentos más difíciles de su vida permanece en su memoria durante años, independientemente de su edad o condición.

La relación médico-paciente constituye además un elemento fundamental en el proceso de recuperación. El estado emocional

influye de manera significativa en la evolución clínica, especialmente en la población pediátrica, donde la hospitalización suele representar una experiencia desconocida capaz de generar temor, incertidumbre y desconfianza.

Muchos niños provienen de un entorno lleno de juegos y diversión, donde el mayor dolor puede ser una caída o una pequeña herida. De pronto, deben enfrentarse a procedimientos, hospitalizaciones y tratamientos que no siempre logran comprender.

La hospitalización en edad pediátrica representa un acontecimiento que puede generar elevados niveles de estrés y ansiedad, especialmente cuando la patología requiere ingresos prolongados o tratamientos complejos. Estas circunstancias aumentan el riesgo de alteraciones emocionales y conductuales que pueden influir en el desarrollo integral del paciente.

Durante mi práctica profesional, he observado que muchos niños enfrentan limitaciones físicas y condiciones médicas que restringen su independencia, generando sentimientos de frustración y afectando su bienestar emocional.

Asimismo, he podido evidenciar cómo la disminución de la interacción social y el estrés asociados a la hospitalización influyen en numerosos pacientes pediátricos. Estas circunstancias suelen favorecer conductas poco adaptativas, repercutiendo tanto en su estado físico como psicológico.

A tan corta edad, muchos niños no alcanzan a comprender que los procedimientos que realizamos, algunos de ellos dolorosos o incómodos, tienen como finalidad contribuir a su recuperación y acortar su estancia hospitalaria. Es precisamente en ese punto donde nuestra labor adquiere un valor especial. Allí pongo en práctica no solo mis conocimientos científicos, sino también los principios humanos que aprendí años atrás cuando fui paciente.

La población pediátrica presenta características fisiológicas, psicológicas y sociales particulares que la convierten en

especialmente vulnerable frente a diversas condiciones de salud y al entorno hospitalario. Por ello, procuro brindar una atención integral, considerando no solo los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también los factores emocionales y sociales que influyen en su recuperación.

Si bien mi responsabilidad principal consiste en coordinar y supervisar el tratamiento, asegurando que este sea adecuado a las necesidades específicas de cada paciente según su edad, condición clínica y etapa de desarrollo, también mantengo presente la importancia del buen trato y de brindar la seguridad necesaria durante su proceso de atención. He comprobado que estos aspectos permiten obtener mejores resultados y generar cambios positivos en los niños, tal como ocurrió conmigo durante mi infancia.

Otro aspecto fundamental es la influencia del entorno familiar y la relación que he aprendido a construir con los familiares de mis pacientes.

A lo largo de mi experiencia profesional, las familias me han demostrado que desempeñan un papel esencial en la recuperación de los niños. Su participación activa, apoyo constante y confianza permiten fortalecer el proceso terapéutico y reflejan un verdadero trabajo en equipo orientado al bienestar del paciente.

Su acompañamiento me ha permitido observar, en múltiples ocasiones, cambios significativos en la evolución clínica de mis pacientes. La presencia de una red familiar comprometida puede marcar una diferencia importante entre el inicio de una enfermedad y el proceso de recuperación.

Verme reflejada en cada atención brindada a niños con distintas patologías, acompañarlos durante momentos de angustia y posteriormente encontrar una sonrisa en rostros que antes reflejaban preocupación constituye una de las mayores satisfacciones de mi profesión. Estos momentos me recuerdan que puedo influir positivamente en la vida de mis pacientes, no solo como médica, sino también como persona.

Por ello, espero algún día convertirme en una fuente de inspiración para esos niños y niñas, almas nobles, genuinas y llenas de esperanza, que buscan compañía, sinceridad y apoyo en medio de la incertidumbre. También deseo transmitir fortaleza a sus familias, como alguna vez la recibieron los míos, quienes nunca dejaron de creer en el esfuerzo de aquellos profesionales de la salud que contribuyeron a mi recuperación con dedicación, conocimiento y vocación de servicio.

He aprendido que un buen trato puede transformar la salud y la vida de una persona, generando un impacto positivo que perdura a lo largo de los años. Es importante recordar que nuestra labor no solo puede cambiar el día de alguien, sino también su vida para siempre. Así ocurrió conmigo: gracias al apoyo de mis colegas actuales, pasé de ser una niña que enfrentaba dificultades de salud a convertirme en médica, comprometida con continuar ese mismo legado de cuidado y humanidad.

EL LATIDO DE LA VOCACIÓN

Med. Carla Mishell Ortega Riofrío



La medicina siempre representó para mí mucho más que una profesión. Desde los primeros años de formación comprendí que no se trataba únicamente de memorizar conceptos, aprender diagnósticos o dominar tratamientos, sino de acercarse a las personas en sus momentos de mayor vulnerabilidad. Era una forma silenciosa de acompañar el sufrimiento humano y de brindar esperanza, incluso cuando el miedo parecía ocuparlo todo.

Con el paso de los años entendí que ejercer la medicina también significa aprender a convivir con emociones intensas. La alegría, la incertidumbre, el alivio, el cansancio y la gratitud forman parte del día a día y conviven, muchas veces al mismo tiempo, en los pasillos de un hospital.

Durante mi etapa de internado tuve la oportunidad de iniciar mis rotaciones en el área de Pediatría. Hasta ese momento admiraba muchas especialidades, pero aún no lograba identificar cuál despertaba en mí un verdadero sentido de pertenencia. Bastaron pocos días en el servicio para comprender que allí ocurría algo diferente.

El ambiente contrastaba con el de otras áreas hospitalarias. Aunque estaban presentes el dolor, la preocupación y la enfermedad, también se percibía una energía especial: dibujos pegados en las paredes, juguetes olvidados sobre algunas camas, pequeñas risas que interrumpían el sonido de los monitores y padres que permanecían despiertos durante horas sosteniendo la mano de sus hijos.

Recuerdo llegar cada mañana antes del pase de visita. Poco a poco, los pasillos comenzaban a llenarse de movimiento: enfermeras organizando la medicación, médicos revisando historias clínicas y familiares intentando descansar en posiciones incómodas después de noches enteras sin dormir.

Para mí todo era nuevo y desafiante. Observaba con atención cada procedimiento, cada indicación y cada conversación con los pacientes. Sin embargo, más allá del aprendizaje académico, hubo algo que me impactó profundamente: la fortaleza de los niños frente a la enfermedad.

Muchos de ellos atravesaban situaciones complejas y, aun así, encontraban motivos para sonreír. Algunos jugaban mientras recibían tratamiento; otros preguntaban cuándo podrían volver a casa o regresar a la escuela. Había una inocencia difícil de describir y una capacidad admirable para enfrentar el dolor sin resentimiento. Aquello despertó en mí una sensibilidad distinta y una profunda admiración por la Pediatría.

En cada habitación existía una historia diferente. Algunas familias llegaban llenas de temor tras recibir un diagnóstico inesperado; otras transmitían mayor tranquilidad después de semanas de evolución favorable. Poco a poco comprendí que la atención pediátrica no se limita únicamente al paciente, sino que también implica brindar apoyo emocional a quienes lo acompañan durante el proceso de enfermedad.

Entre todas las experiencias que viví durante esa rotación, hubo una que marcó profundamente mi formación y reafirmó mi deseo de dedicarme al cuidado de los niños.

Era una mañana particularmente agitada en el servicio cuando ingresó una paciente pediátrica acompañada de su madre. La niña presentaba varios días de fiebre persistente, dolor intenso en una de sus extremidades e incapacidad para movilizarla adecuadamente. Su rostro reflejaba agotamiento y malestar. Permanecía recostada, evitando cualquier movimiento que pudiera intensificar el dolor.

Desde el momento de su ingreso participé en la valoración inicial. Recuerdo observar cómo la pequeña se aferraba a su madre mientras intentábamos explorar cuidadosamente la extremidad afectada. A pesar del dolor, permanecía tranquila y colaboradora, una actitud que me impresionó profundamente para una paciente de tan corta edad.

Con el transcurso de las horas, la sospecha diagnóstica comenzó a orientarse hacia una infección ósea severa. Los exámenes de laboratorio evidenciaban un importante proceso inflamatorio y los estudios de imagen confirmaron posteriormente el compromiso óseo. La situación exigía actuar con rapidez para evitar complicaciones mayores.

Aquellos días fueron intensos para todo el equipo de salud. La paciente requería tratamiento antibiótico intravenoso y una intervención quirúrgica para controlar adecuadamente la infección. Recuerdo con claridad el ambiente previo a la cirugía. Aunque el servicio continuaba funcionando con normalidad, alrededor de aquella habitación se percibía un silencio distinto.

Antes del procedimiento, participé en parte de la preparación preoperatoria. Procurábamos transmitir tranquilidad a la familia, explicando de manera clara lo que ocurriría y respondiendo cada una de sus inquietudes. Fue entonces cuando comprendí que una conversación honesta y empática puede ser tan valiosa como un tratamiento médico. No siempre es posible eliminar el miedo, pero sí acompañar a quienes lo enfrentan.

Tuve la oportunidad de presenciar la cirugía y colaborar durante el proceso perioperatorio. Afortunadamente, el procedimiento fue exitoso; sin embargo, el proceso de recuperación apenas comenzaba. Durante los días posteriores permanecemos atentos a su evolución clínica, vigilando sus signos vitales, controlando el dolor y evaluando la respuesta al tratamiento antibiótico. Poco a poco, la fiebre cedió y su estado general mostró una evolución favorable. Más allá de los aspectos clínicos, lo que más recuerdo

de aquellos días son los pequeños momentos compartidos con la niña y su madre.

Recuerdo verla despertar más animada algunas mañanas e intentar incorporarse lentamente en la cama. También permanecen en mi memoria las conversaciones con su madre durante las noches tranquilas del servicio, cuando el cansancio finalmente le permitía expresar los temores que había intentado ocultar a lo largo del día.

Con el paso de los días, la recuperación se hizo cada vez más evidente. La niña comenzó a movilizar nuevamente la extremidad afectada y fue recuperando, poco a poco, la energía que la caracterizaba. Volvió a conversar, a sonreír y a mostrar curiosidad por todo lo que ocurría a su alrededor. Aquellos cambios, que para muchos podrían parecer pequeños, dentro del hospital representaban enormes victorias.

El día del alta médica permanece grabado en mi memoria con especial claridad. Recuerdo verla caminar nuevamente junto a su madre, cuyo rostro reflejaba una tranquilidad muy distinta a la del día de su ingreso. La preocupación y el miedo habían dado paso al alivio y la gratitud. Antes de abandonar la habitación, se acercó a agradecer al equipo médico. Sus palabras fueron sencillas, pero profundamente sinceras. En ese instante comprendí que la medicina deja huellas tanto en los pacientes como en quienes tenemos el privilegio de acompañarlos.

Aquella experiencia transformó mi manera de entender la profesión. Comprendí que el trabajo médico no consiste únicamente en indicar tratamientos o interpretar exámenes. También implica estar presente en los momentos difíciles, transmitir seguridad en medio de la incertidumbre y acompañar a los pacientes y sus familias durante el proceso de enfermedad.

La Pediatría, en particular, me enseñó que detrás de cada niño existe una familia que vive la enfermedad con la misma intensidad. También me mostró la admirable fortaleza de los pacientes pediátricos y su extraordinaria capacidad para recuperarse, incluso después de enfrentar situaciones complejas.

Con el paso del tiempo he vivido muchas otras experiencias dentro de los hospitales, algunas felices y otras especialmente difíciles. Sin embargo, aquella niña continúa ocupando un lugar especial en mi memoria porque representó una de las primeras ocasiones en las que comprendí, desde la experiencia, el verdadero significado humano de la medicina.

Hoy sigo convencida de que elegí el camino correcto. Cada paciente, cada historia y cada familia han dejado enseñanzas que han fortalecido mi formación personal y profesional. El latido de la vocación continúa guiando mis pasos y recordándome que ejercer la medicina es un privilegio que exige no solo conocimiento científico, sino también sensibilidad, empatía y un profundo respeto por la vida humana.

Porque, al final, muchas veces los pacientes no recuerdan únicamente un diagnóstico o un tratamiento. También recuerdan la manera en que fueron escuchados, acompañados y comprendidos en uno de los momentos más difíciles de sus vidas.

EL ÚLTIMO PARTIDO

Med. Steeven Alexander Pinzón Narváez



Hay enfermedades que llegan de manera silenciosa, disfrazadas de algo aparentemente insignificante: un dolor leve, una molestia pasajera o una inflamación que las familias suelen atribuir al crecimiento, a los juegos o a un golpe sin importancia. Nadie imagina que detrás de un síntoma aparentemente simple pueda esconderse una noticia capaz de cambiar la vida de toda una familia.

Recuerdo a un niño de aproximadamente once años que llegó una tarde al área de emergencia acompañado de su madre. Era delgado, alto y transmitía una tranquilidad poco habitual en pacientes pediátricos. Mientras esperaba su turno para ser atendido, permanecía sentado en silencio, observando a las personas que entraban y salían del hospital. Vestía una pantaloneta negra, medias deportivas largas y una camiseta deportiva ligeramente sucia, como si hubiera regresado directamente de un entrenamiento. Tras el triaje, fue clasificado como una emergencia de baja prioridad, por lo que permaneció varias horas junto a su madre antes de ingresar a valoración médica.

El motivo de consulta parecía sencillo: dolor en una pierna.

Mientras iniciábamos la atención, su madre comentó que el niño jugaba fútbol desde muy pequeño y asistía a entrenamientos todas las tardes después de clases. Aproximadamente dos semanas antes había comenzado con dolor en la pantorrilla derecha luego de recibir un golpe durante un partido. En aquel momento no le

dieron mayor importancia, pues era común que regresara a casa con moretones o molestias después de entrenar. Pensaron que, con reposo y antiinflamatorios, el dolor desaparecería.

Sin embargo, los síntomas comenzaron a empeorar.

El dolor dejó de aparecer únicamente después de la actividad física y comenzó a presentarse también en reposo. Algunas noches incluso lo despertaba mientras dormía. Su madre refirió que había empezado a cojear y que actividades tan cotidianas como subir gradas le resultaban cada vez más difíciles. Poco después apareció un aumento importante del volumen de la pierna afectada y comenzó a dejar de apoyar completamente el pie al caminar.

Fue examinado cuidadosamente. Presentaba edema importante en la extremidad y dolor a la palpación. Aunque intentaba mantenerse sereno, era evidente que cualquier movimiento le provocaba molestias intensas. Se solicitaron estudios complementarios y fue trasladado al área de radiología. Mientras esperábamos el procedimiento, me preguntó cuándo podría volver a jugar fútbol, pues se encontraba entrenando con mucho entusiasmo para un campeonato que se aproximaba. Con cautela, le respondimos que probablemente en poco tiempo regresaría a las canchas.

La radiografía mostró hallazgos preocupantes.

Inicialmente se decidió su hospitalización para continuar con estudios complementarios y mantenerlo en observación. Los días posteriores transcurrieron entre exámenes, interconsultas y nuevas valoraciones. Poco a poco, la hipótesis de un traumatismo deportivo fue perdiendo fuerza. El niño permanecía hospitalizado junto a su madre, recibiendo frecuentes visitas de sus familiares. En ocasiones observaba cómo otros pacientes jugaban en los pasillos mientras él permanecía en silencio. Era evidente que, poco a poco, comenzaba a percibir que su condición era más grave de lo que podía comprender.

Finalmente, mediante una biopsia, se confirmó el diagnóstico: osteosarcoma.

Recuerdo con claridad el silencio que invadió la habitación cuando la familia escuchó aquellas palabras. Era el silencio de quien no comprende lo que está ocurriendo, de quien busca respuestas donde aún no las hay. La madre permaneció inmóvil durante algunos segundos, mientras el niño, sentado a su lado, mantenía una expresión de desconcierto, como si todavía creyera que todo se resolvería con medicamentos y algunos días más de reposo.

Los días siguientes estuvieron marcados por la realización de nuevos estudios. El tumor comprometía estructuras importantes y las opciones terapéuticas eran limitadas. A medida que avanzaban las valoraciones por los especialistas, comenzó a plantearse la posibilidad de una intervención radical que, probablemente, representaba la única alternativa para intentar controlar la enfermedad: la amputación del miembro inferior.

Nunca olvidaré el silencio que siguió a la explicación de aquella posibilidad.

La madre intentaba mantenerse fuerte frente a su hijo. Procuraba hablar con serenidad y evitar llorar en su presencia. Sin embargo, cuando creía que él no la observaba, secaba discretamente las lágrimas que recorrían su rostro. Con el paso de los días, el niño comenzó a comprender la magnitud del diagnóstico y cómo su vida estaba a punto de cambiar.

Finalmente, fue derivado a un centro especializado para continuar su tratamiento.

Recuerdo el momento en que abandonó la sala de hospitalización. Le ofrecieron salir en silla de ruedas, pero decidió no aceptarla. Se levantó lentamente de la cama y comenzó a caminar por el pasillo acompañado de su madre.

Cojeaba de manera evidente y cada paso parecía producirle incomodidad. Aun así, continuó avanzando lentamente por el

pasillo, dando pasos cortos mientras sostenía una pequeña mochila deportiva entre las manos. Antes de salir, giró brevemente la mirada hacia la estación de enfermería y luego siguió caminando hasta desaparecer de mi vista. Nunca volví a conocer el desenlace de su historia.

Aquel día mi percepción de la pediatría cambió profundamente. Con el paso del tiempo comprendí que muchas enfermedades no aparecen de forma brusca; algunas avanzan en silencio y se esconden detrás de situaciones cotidianas: un golpe, una inflamación pasajera o molestias atribuidas al crecimiento. En pediatría, los padres suelen aferrarse a las explicaciones más sencillas y, con frecuencia, intentan aliviar los síntomas con reposo, antiinflamatorios o cuidados en casa, esperando que todo vuelva a la normalidad.

Una de las etapas más difíciles frente a un diagnóstico complejo es la aceptación. Comprender que la vida puede cambiar radicalmente a partir de algo que parecía insignificante no ocurre de manera inmediata. No comienza el día en que se confirma el diagnóstico ni termina con una conversación médica. Empieza mucho antes: cuando una madre percibe que algo no está bien, aunque aún no pueda explicarlo; cuando los tratamientos habituales dejan de funcionar; cuando la espera de los resultados parece interminable y aceptar la realidad se convierte en un proceso lento y doloroso.

Recuerdo especialmente la manera en que aquella madre intentaba mantenerse fuerte frente a su hijo. Comprendí que el mayor sufrimiento de los padres no es el cansancio físico ni las largas horas dentro de un hospital, sino la necesidad de aparentar tranquilidad para no transmitir miedo a sus hijos. Mientras el niño hablaba con ilusión de volver a jugar fútbol, ella guardaba silencio, conteniendo una angustia que crecía en su interior. Hay lágrimas que muchos padres aprenden a esconder detrás de una sonrisa, porque entienden que, en medio de la enfermedad, se convierten en el principal refugio emocional de sus hijos.

Uno de los pilares fundamentales de la atención pediátrica son los padres. Son ellos quienes acompañan cada procedimiento, permanecen despiertos durante las largas noches de hospitalización y, muchas veces, dejan de lado sus propias necesidades para concentrarse por completo en el bienestar de sus hijos. Aprenden términos médicos, memorizan horarios y tratamientos, mientras intentan transformar una habitación hospitalaria en un lugar un poco más cálido, más humano y más cercano para sus hijos.

También comprendí que los niños enfrentan la enfermedad de una manera diferente. Mientras los adultos piensan constantemente en el futuro y en las consecuencias del diagnóstico, muchos de ellos encuentran fortaleza en las cosas más sencillas. Un balón de fútbol, un entrenamiento o el deseo de volver a jugar pueden convertirse en motivos suficientes para seguir adelante.

Esta experiencia me enseñó la importancia de no minimizar ciertos síntomas y de comprender que aceptar no significa rendirse. Significa aprender a seguir adelante incluso cuando la realidad ya no se parece a la vida que se había imaginado, encontrar fortaleza en medio de la incertidumbre y sostener emocionalmente a quienes más lo necesitan. Esa también es una de las mayores fortalezas de una familia.

PEQUEÑO PACIENTE, GRAN MAESTRO

Med. María Augusta Idrovo Espinoza



A lo largo de mi formación médica he conocido pacientes que me han dejado valiosas enseñanzas, pero hay una experiencia en particular que permanece muy viva en mi memoria. No fue un caso raro ni una emergencia extraordinaria; fue el encuentro con un niño que me recordó por qué elegí estudiar Medicina y por qué deseo dedicar mi vida a la Pediatría. Ocurrió durante una de mis rotaciones hospitalarias.

Era una mañana de mucho movimiento en el servicio y el equipo de salud realizaba las valoraciones habituales. Entre los nuevos ingresos se encontraba un niño de seis años acompañado por su abuela. Había sido referido por presentar varios días de fiebre, tos y dificultad para respirar. Desde el primer momento era evidente que se sentía incómodo y cansado. Permanecía muy cerca de su abuela, en silencio, observando con desconfianza todo lo que ocurría a su alrededor.

Siempre he procurado acercarme a mis pacientes para saludarlos y presentarme antes de iniciar cualquier valoración. Cuando me aproximé, noté que sostenía con fuerza un pequeño muñeco de juguete. Más que un simple objeto, parecía ser su única fuente de seguridad en un ambiente completamente desconocido para él. Mientras el residente de Pediatría conversaba con su abuela y obtenía la información clínica, decidí dirigirme al niño. Me presenté con una sonrisa y le pregunté cómo se llamaba su muñeco. Después de unos segundos de silencio, levantó la mirada y respondió con una tímida sonrisa. Aquel breve intercambio fue

suficiente para que la valoración médica transcurriera con mucha más tranquilidad.

Mientras el especialista realizaba el examen físico y solicitaba los estudios complementarios, continué conversando con mi pequeño paciente y con su abuela. Ella me contó que era un niño muy activo, que disfrutaba jugar fútbol con sus amigos del barrio y que nunca antes había necesitado ser hospitalizado. Poco después, el médico tratante indicó una radiografía de tórax para evaluar sus pulmones. En ese momento percibí el temor tanto del niño como de su abuela. Me acerqué para explicarles en qué consistía el examen, cómo se realizaría y por qué era importante. A medida que conversábamos, ambos fueron tranquilizándose y aceptaron el procedimiento con mayor confianza.

Horas más tarde se confirmó el diagnóstico: neumonía, por lo que requería tratamiento hospitalario. Aunque la noticia generó preocupación, el pronóstico era favorable si respondía adecuadamente a los antibióticos. Durante los días siguientes tuve la oportunidad de participar en su seguimiento. Cada mañana, antes de iniciar la valoración, esperaba que alguien le preguntara cómo estaba su muñeco. Poco a poco entendí que esos pequeños gestos disminuían su ansiedad y le ayudaban a afrontar con mayor serenidad los procedimientos médicos.

Durante su hospitalización ocurrió una experiencia que jamás olvidaré. Un día, el personal de enfermería informó que era necesario canalizar nuevamente una vena porque el acceso venoso previo había dejado de funcionar. Como sucede con muchos niños, comenzó a llorar apenas vio el material que utilizaría la enfermera. Me acerqué y le dije que su muñeco también debía ser valiente para poder acompañarlo. Le pedí que lo abrazara con fuerza y que respiráramos juntos mientras contábamos hasta diez. El miedo no desapareció, pero logró tranquilizarse lo suficiente para colaborar, y el procedimiento terminó mucho más rápido de lo esperado.

Al finalizar, todavía con algunas lágrimas en el rostro, me dijo:

—"Ya pasó, doctora. Ahora también póngale un curita a mi muñeco, porque fue igual de valiente que yo."

Todos los que estábamos en la sala sonreímos. Busqué una pequeña gasa y la coloqué en uno de los brazos del juguete. Su expresión cambió de inmediato: volvió a sonreír y lo abrazó con fuerza, como si ambos hubieran superado juntos aquella prueba. Durante los días siguientes continuó evolucionando favorablemente. La fiebre desapareció, la dificultad respiratoria disminuyó y, poco a poco, recuperó la energía y el entusiasmo que lo caracterizaban.

Aquella misma tarde regresé a su habitación para saber cómo se sentía. Lo encontré solo; su abuela había salido unos minutos. Mientras conversábamos, me hizo una pregunta que jamás olvidaré:

—"Doctora, ¿alguna vez ha tenido miedo?"

Le respondí que sí, que muchas veces había sentido miedo, pero que nunca había permitido que ese miedo me impidiera hacer lo que debía hacer. Me miró con una admiración que todavía recuerdo y respondió:

—"Yo creo que usted nunca ha tenido miedo, porque mientras me pinchaban la miré y supe que debía ser valiente como usted."

Sus palabras me emocionaron profundamente. Sentí que los ojos se me llenaban de lágrimas. Lo abracé, le agradecí lo que acababa de decir y él correspondió al abrazo con una sonrisa que difícilmente podré olvidar.

Con el paso de los días, cada vez que entrábamos a la habitación nos recibía con entusiasmo y siempre tenía una nueva aventura que contarnos sobre su inseparable muñeco. Poco a poco fue depositando su confianza en todo el equipo de salud. A pesar de la enfermedad, conservaba una capacidad admirable para jugar, sonreír y contagiar de alegría a quienes lo rodeaban.

Observar a su abuela también me dejó una profunda enseñanza. Nunca se apartó de su lado. Permanecía atenta a cada

medicamento, a cada indicación médica y a cualquier cambio en el estado de su nieto. Su fortaleza me recordó que, en Pediatría, no solo cuidamos al paciente; también acompañamos a quienes viven la enfermedad con la misma intensidad. Comprendí que brindar información, tranquilidad y apoyo a la familia forma parte del tratamiento.

Finalmente llegó el día del alta médica. Antes de abandonar la habitación, el pequeño se acercó para despedirse y me entregó un dibujo. En él aparecían una doctora, su muñeco y un gran sol iluminando la escena. En la parte inferior, con ayuda de su abuela, había escrito: "Gracias por cuidarme tan bonito."

Guardé aquel dibujo con mucho cariño, porque representaba mucho más que un gesto de agradecimiento. Me recordó que la Medicina no se construye únicamente con diagnósticos precisos o tratamientos acertados. También se construye con empatía, cercanía y la capacidad de ofrecer seguridad en uno de los momentos más difíciles de la vida de un niño.

Desde aquella experiencia entendí que la empatía es tan importante como el conocimiento científico. Los niños perciben el trato, el tono de voz y la forma en que nos acercamos a ellos. Un gesto amable, una conversación sobre su juguete favorito o una simple sonrisa pueden disminuir el miedo y fortalecer la confianza entre el paciente, su familia y el equipo de salud.

Hoy, cada vez que recuerdo ese caso, tengo la certeza de que fui yo quien recibió la enseñanza más valiosa. Aquel pequeño paciente me mostró que la valentía no consiste en no sentir miedo, sino en encontrar la fuerza para enfrentarlo. También me recordó que detrás de cada historia clínica existe un niño con emociones, sueños y una familia que deposita en nosotros su mayor tesoro. Esa experiencia consolidó mi decisión de dedicar mi futuro profesional a la Pediatría y reafirmó mi convicción de que la mejor medicina nace cuando el conocimiento científico se une con la empatía, la humanidad y la compasión.

RESCATANDO INFANCIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Med. Zamira Elena Sánchez Azar



Existen pacientes que llegan a nuestra consulta y, sin proponérselo, dejan una huella en nuestra vida profesional. No siempre son los casos más complejos desde el punto de vista médico ni aquellos marcados por enfermedades catastróficas. En muchas ocasiones, son pacientes que, a través de su historia, nos recuerdan por qué decidimos dedicar nuestra vida al servicio de la comunidad. La historia de dos hermanas con desnutrición me tocó profundamente y reafirmó mi convicción de que una atención primaria integral puede cambiar el destino no solo de dos niñas, sino de familias enteras, cuando existe compromiso, un abordaje adecuado y el respaldo de un equipo interdisciplinario.

Recuerdo como si fuera ayer el día en que ambas llegaron a mi consultorio, en el centro de salud donde me encontraba laborando, acompañadas por su madre. Bastó una primera observación, incluso antes de iniciar formalmente la consulta, para percibir que algo no iba bien. Eran dos niñas de ocho y diez años, con baja talla para su edad y un peso inferior a los percentiles correspondientes. Pero había algo más que llamaba mi atención: su manera de expresarse reflejaba una timidez que parecía ir más allá del problema nutricional. Durante la valoración clínica evitaban el contacto visual, respondían con frases cortas o apenas unas palabras y permanecían constantemente junto a su madre, como si todo aquello que las rodeaba les generara inseguridad y ansiedad.

Antes de continuar con el examen físico, decidí darle a la madre un espacio para hablar. Era evidente que estaba desesperada y que necesitaba algo más que un médico capaz de atender el problema de sus hijas; necesitaba sentirse escuchada, encontrar empatía y recuperar la confianza. Fue durante esos minutos cuando me relató la historia que habían atravesado en los últimos años. Había recorrido diferentes centros de salud, consultado a varios profesionales y seguido numerosas recomendaciones con la esperanza de encontrar una solución. Sin embargo, los resultados nunca habían sido satisfactorios. Con cada nueva consulta aumentaba su frustración, hasta que llegó un día en que se dio por vencida y comenzó a pensar que nada podría cambiar la realidad que estaban viviendo.

Como madre se sentía culpable, aunque nunca había dejado de luchar por sus hijas. Escucharla me hizo ver que frente a mí no había únicamente dos pacientes con desnutrición, sino una familia agotada física y emocionalmente que necesitaba ser escuchada antes de recibir un nuevo tratamiento. Aquella conversación cambió nuestra manera de abordar el caso. Sabíamos que no bastaba con entregar una lista de alimentos o indicar suplementos nutricionales; si realmente queríamos conseguir una mejoría, debíamos identificar todo aquello que había dificultado su recuperación durante tantos años.

Iniciamos entonces una evaluación integral. Valoramos cuidadosamente el estado nutricional de ambas niñas mediante mediciones antropométricas, revisamos sus antecedentes médicos, analizamos sus hábitos alimentarios y exploramos las condiciones familiares y sociales que podían estar influyendo en su crecimiento. La valoración nos permitió reconocer que la desnutrición era la manifestación visible de una situación mucho más compleja y que sus consecuencias se extendían a diferentes aspectos de la vida de las niñas.

El problema iba mucho más allá de un peso insuficiente. La desnutrición había afectado significativamente su desarrollo y su

calidad de vida. Ambas presentaban poca energía para realizar actividades propias de su edad: jugar, correr, participar en clase o mantener la concentración durante las actividades escolares representaba para ellas un esfuerzo considerable. Incluso algunas actividades de la vida diaria estaban condicionadas por un cansancio que se había vuelto parte de su cotidianidad.

El impacto también era evidente en el ámbito social. Durante las consultas observábamos que interactuaban poco con otras personas y tenían dificultades para relacionarse con niños de su misma edad. La madre nos contó que, en la escuela, ambas tenían problemas para integrarse a las actividades grupales, participaban poco en clase y con frecuencia preferían permanecer aisladas. La desnutrición no solo había comprometido su crecimiento físico; sus efectos alcanzaban también su autoestima, su seguridad y la manera en que se desenvolvían en los distintos espacios de su vida.

Otro aspecto que llamó nuestra atención fue la frecuencia con la que acudían al área de emergencias por episodios de infecciones respiratorias y gastrointestinales, muchos de ellos acompañados de recuperaciones prolongadas. La desnutrición había comprometido también su respuesta inmunológica, haciéndolas más vulnerables a nuevas enfermedades. Se había establecido así un círculo difícil de romper: enfermaban con mayor frecuencia, disminuía su apetito, perdían peso y cada nuevo episodio terminaba agravando aún más su estado nutricional.

Frente a esta realidad, decidí abordar el caso desde una perspectiva verdaderamente interdisciplinaria. Reuní a mis compañeras de otras áreas con el propósito de construir un equipo comprometido con la recuperación de las niñas. Cada profesional, desde sus conocimientos y fortalezas, podía convertirse en una pieza fundamental dentro del proceso, porque la complejidad que enfrentábamos difícilmente podía resolverse desde una sola área de atención.

Desde el área médica establecí un plan de tratamiento individualizado, orientado a corregir las deficiencias nutricionales identificadas y acompañado de controles periódicos para vigilar su crecimiento y evolución. Paralelamente, brindamos educación alimentaria a la madre y le explicamos cómo aprovechar los alimentos disponibles en el hogar para ofrecer una alimentación equilibrada y adecuada para la edad de sus hijas. Cada recomendación debía ajustarse a la realidad económica y social de la familia, porque entendíamos que ningún tratamiento puede ser verdaderamente efectivo si resulta imposible incorporarlo a la vida cotidiana.

La recuperación, sin embargo, no dependía únicamente de la alimentación. Por ello solicitamos el apoyo del área de Psicología. La madre necesitaba recuperar la confianza que había perdido después de tantos años de incertidumbre, mientras que las niñas requerían fortalecer su autoestima y desarrollar herramientas que favorecieran su interacción social y les permitieran afrontar las dificultades que habían experimentado durante su crecimiento. De esta manera, el tratamiento dejó de centrarse exclusivamente en los indicadores nutricionales y comenzó a responder a las distintas necesidades que habíamos identificado en la familia.

Las primeras señales de mejoría aparecieron durante las semanas siguientes. Aunque desde el punto de vista clínico algunos avances podían parecer discretos, para nosotros tenían un enorme significado. Las niñas comenzaron a llegar a las consultas con una actitud diferente: sonreían con mayor frecuencia, respondían con más seguridad y mostraban interés por participar durante la evaluación médica. Aquella timidez inicial, que había marcado nuestro primer encuentro, empezaba lentamente a ceder.

En cada control registrábamos avances en su crecimiento. El incremento progresivo de peso y la mejoría de los indicadores nutricionales confirmaban que el tratamiento estaba dando resultados, pero la transformación iba mucho más allá de las cifras registradas en la historia clínica. La madre nos contaba que sus

hijas tenían más energía para jugar, se cansaban menos y los episodios de enfermedad habían disminuido notablemente. La recuperación de su estado nutricional comenzaba a reflejarse también en una menor frecuencia de aquellas infecciones que antes formaban parte constante de su vida.

Uno de los momentos que mayor satisfacción me produjo ocurrió cuando la madre nos comentó que las docentes también habían percibido cambios importantes en la escuela. Las niñas participaban más en clase, se relacionaban mejor con sus compañeros y mostraban mayor confianza durante las actividades grupales. Aquellas pequeñas que inicialmente preferían permanecer aisladas comenzaban a integrarse y a disfrutar de su infancia de una manera diferente.

Cada consulta de seguimiento fortalecía el vínculo entre la familia y nuestro equipo de salud. Lo que había comenzado como una consulta médica se transformó en un acompañamiento continuo. La madre dejó de acudir con la desesperanza de los primeros encuentros y comenzó a llegar con preguntas, expectativas y, sobre todo, con la tranquilidad de saber que no estaba sola durante el proceso. Esta experiencia reafirmó una enseñanza que hoy guía mi práctica profesional: la medicina va mucho más allá de tratar enfermedades. Nuestro compromiso también consiste en comprender la historia de cada paciente, identificar las barreras que dificultan su recuperación y trabajar junto con la familia para construir soluciones que puedan mantenerse en el tiempo.

La atención primaria ofrece el privilegio de acompañar a las personas durante diferentes etapas de su vida. Esa cercanía permite conocer su realidad, generar confianza y ofrecer un seguimiento que, en muchas ocasiones, resulta determinante para alcanzar resultados favorables. En este caso, el éxito no consistió únicamente en lograr que dos niñas mejoraran su estado nutricional. El verdadero logro fue devolverles la oportunidad de crecer con mayor bienestar, asistir a la escuela con entusiasmo, relacionarse con otros niños y disfrutar plenamente de su infancia.

Ellas me recordaron que detrás de cada diagnóstico existe una historia humana que merece ser escuchada. También me enseñaron que una consulta puede convertirse en el inicio de una transformación cuando el profesional decide mirar más allá de la enfermedad y comprender al paciente dentro de su realidad.

Historias como esta fortalecen mi convicción de que la medicina no consiste únicamente en tratar enfermedades. También significa devolver esperanza cuando una familia siente que la ha perdido, construir confianza a través del acompañamiento y demostrar que una atención ejercida con empatía puede modificar el rumbo de una vida. Ese es, sin duda, uno de los mayores privilegios de ejercer esta profesión.

EL ABRAZO DESPUÉS DEL MIEDO

Med. Ivanna Andrade Sangurima



Considero que no existe un solo médico que no haya sentido algo de temor antes de iniciar una guardia. Es una sensación difícil de comparar con la práctica en consulta externa, pues, en emergencias, el tiempo adquiere otro valor: la actuación del personal de salud debe ser inmediata y las decisiones que se toman pueden resultar determinantes para el desenlace del paciente.

Entre las múltiples emergencias que hemos atendido en el centro de salud —fracturas derivadas de accidentes automovilísticos, celulitis, ingesta de cuerpos extraños como monedas o baterías, casos de dengue severo, entre otras—, existe una que permanece especialmente presente en mi memoria. A diferencia de muchos de estos casos, que suelen ser referidos a un hospital de tercer nivel para su resolución definitiva, este pude manejarlo íntegramente dentro del centro de salud. Para mí tuvo, además, un significado particular: era la primera vez que me enfrentaba directamente a una situación de esa naturaleza.

Hay una diferencia sustancial entre estudiar un caso clínico en un libro, observarlo en un video y tener al paciente frente a nosotros. En la práctica, ya no existen páginas que podamos retroceder ni explicaciones que podamos detener para analizarlas con calma; es necesario recuperar, en cuestión de segundos, los conocimientos adquiridos durante años de formación y transformarlos en decisiones concretas. Son, sin duda, dos escenarios completamente distintos.

Era un día tranquilo. Attendía a mis pacientes con normalidad cuando, en medio de una consulta, escuché una tos particular proveniente de la sala de espera. No era una tos seca ni productiva; tenía un timbre tan peculiar que, por un instante y considerando que me encontraba en Santa Elena, llegué a preguntarme si una foca se habría introducido en el centro de salud. La comparación podía parecer exagerada, pero el sonido era inconfundible: una tos grave, repetitiva, semejante al ladrido de un perro, que se escuchaba aproximadamente cada cinco segundos.

En el centro de salud donde laboro, los pacientes deben aguardar su turno para ser atendidos. Sin embargo, aquella tos llamó inmediatamente mi atención, por lo que solicité a la enfermera de turno que permitiera el ingreso del niño sin prolongar más la espera. Había algo en ese sonido que me indicaba que debía valorarlo cuanto antes.

Se trataba de un niño de aproximadamente tres años, de tez blanca, ojos verdes y cabello rizado. Ingresó acompañado de su padre, quien me explicó que el pequeño solía mostrarse más consentido cuando estaba con su madre y que, por esa razón, había decidido acudir solo con él. A pesar del temor que podía percibirse en sus ojos, el niño entró al consultorio con una sonrisa y, para mi sorpresa, se mantuvo tranquilo y colaborador durante toda la valoración.

Su padre era un hombre alto, también de tez blanca, con el cabello rubio y largo, visiblemente quemado después de varias horas de exposición al sol. Durante la conversación me explicó que no eran originarios de Santa Elena, sino de la Sierra, específicamente de Cuenca. Se encontraban de vacaciones en Salinas, aprovechando unos días de permiso que había solicitado en su trabajo para disfrutar de la playa junto a su familia.

El padre mencionó que la tos había iniciado el día anterior. Al principio era seca, sin expectoración y poco frecuente, apareciendo aproximadamente una vez cada hora. Sus principales

inquietudes giraban en torno a una posible alergia alimentaria o incluso a algún contacto con un animal marino, considerando, además, que el niño ya presentaba un cuadro gripal previo.

Al notar que la tos aumentaba progresivamente en frecuencia y al no conocer bien la zona, decidió acudir al centro de salud, al que inicialmente había confundido con un hospital. Le explicamos que se encontraba en una unidad de salud tipo C, con características similares a las de un hospital pequeño, aunque sin disponer de todos sus recursos, pero con la capacidad necesaria para atender oportunamente determinadas emergencias.

Al profundizar en la historia clínica, descubrimos que no era la primera vez que el niño presentaba un episodio de estas características. El padre, sin embargo, no recordaba con exactitud qué medicación había recibido en ocasiones anteriores; esa información la conocía mejor la madre, quien permanecía en la sala de espera. Durante la exploración física se identificó estridor, una saturación de oxígeno del 96 %, tiraje intercostal y leve dificultad respiratoria. A estos hallazgos se sumaban quemaduras solares de primer grado, con enrojecimiento generalizado —principalmente facial— y fiebre leve.

Antes de administrar la medicación, decidí pedir a la madre que ingresara al consultorio para explicarle el tratamiento indicado y asegurarme de que estuviera de acuerdo. Para aliviar la sintomatología se administró un corticoide por vía intramuscular en la región glútea. Como era de esperarse, la inyección provocó inicialmente un llanto inconsolable; sin embargo, pocos minutos después el niño recuperó la calma y volvió a mostrarse tranquilo.

Decidimos mantenerlo en observación durante algunas horas para vigilar de cerca su evolución. El área destinada para ello en el centro de salud cuenta con tres camillas ubicadas en una habitación cercana al consultorio, lo que nos permite mantener a los pacientes bajo vigilancia y actuar rápidamente ante cualquier cambio. Como mencioné anteriormente, aquel había sido un día

particularmente tranquilo, por lo que el niño era nuestro único paciente en observación.

Apenas quince minutos después de recostarse en la camilla, concilió el sueño. Tras un descanso apacible, despertó con una mejoría evidente: el tiraje intercostal había desaparecido, la saturación de oxígeno había ascendido al 99 % y aquella tos tan característica había disminuido considerablemente, persistiendo solo de forma ocasional. Ante la evolución favorable, se decidió otorgar el alta médica con tratamiento sintomático, incluido un antipirético.

Los padres se mostraron profundamente agradecidos por la atención recibida. Para mí, fue especialmente gratificante observar cómo la angustia con la que habían llegado fue cediendo conforme mejoraba el niño, hasta transformarse en tranquilidad e incluso en risas durante las últimas horas de su estancia.

Sentí una profunda satisfacción al saber que había podido actuar con prontitud, sin dejar transcurrir un tiempo que podía resultar innecesario, y también al haber logrado tranquilizar al padre, quien había ingresado visiblemente nervioso, algo completamente comprensible ante la situación de su hijo. El niño pudo descansar y, al momento de despedirse, me regaló un abrazo entrañable. Padre e hijo se marcharon tranquilos, felices y agradecidos.

En ocasiones no sabemos con absoluta certeza cómo proceder; sin embargo, en cuestión de segundos debemos tomar decisiones determinantes para responder ante un paciente en emergencia.

Pocas recompensas se comparan con contemplar la felicidad y el alivio de unos padres al ver a su hijo recuperado, recibir su agradecimiento sincero y observar cómo la angustia se desvanece de sus rostros. Son experiencias como esta las que reafirman, una y otra vez, el amor por esta profesión.

Después de aquel episodio, continué con mi jornada y atendí al resto de los pacientes con normalidad, aunque con una serenidad distinta y una sonrisa que me acompañó durante el resto del día.

Con frecuencia, la rutina y la carga asistencial pueden hacer que algunos médicos releguen la humanidad que debería acompañar siempre el ejercicio de nuestra profesión, olvidando por momentos ponerse en el lugar de quienes llegan buscando ayuda en medio del dolor, la incertidumbre y la angustia.

Esta realidad se vuelve particularmente evidente en los servicios de emergencia, donde numerosos pacientes deben esperar desde algunos minutos hasta varias horas para recibir una atención digna. Una situación que, comprensiblemente, genera inconformidad en quienes sienten que no han sido atendidos como esperaban.

Recuerdo una frase que un profesor me dijo durante la carrera: debemos mirar a nuestros pacientes como si fueran nuestros propios familiares. Después de todo, ninguno de nosotros querría que un ser querido fuera tratado con indiferencia o desdén, ya sea en el ámbito público o privado de la salud.

Aquel día aprendí que la verdadera vocación no se mide únicamente por los diagnósticos acertados ni por los procedimientos dominados, sino también por la capacidad de reconocer al ser humano detrás de cada síntoma. Desde entonces, procuro mantener presente aquella lección: tratar a cada paciente con el mismo cuidado y consideración que desearía para uno de mis propios familiares.

ALIMENTOS: ¿AMIGOS O ENEMIGOS?

Med. Diana Carolina Llanos Cortez



Hay momentos en la vida de una madre que parecen pequeños, pero que en realidad marcan el comienzo de una nueva etapa. El inicio de la alimentación complementaria es uno de ellos. Muchas madres llegan a consulta con una mezcla de ilusión, temor y curiosidad. Algunas sienten que su bebé crece demasiado rápido; otras tienen miedo de equivocarse y hacerle daño. Para ellas, ofrecer los primeros alimentos no significa simplemente acercar una cucharada a la boca de su hijo, sino enfrentarse a un territorio desconocido, lleno de preguntas, consejos familiares y opiniones que a menudo parecen contradictorias.

En la consulta pediátrica he aprendido que hablar de alimentación infantil no consiste únicamente en mencionar frutas, verduras, proteínas o cantidades. También significa escuchar historias familiares y comprender por qué una madre siente miedo, por qué una abuela insiste en una preparación que conoce desde hace décadas o por qué una familia decide adelantar o retrasar esta etapa. La alimentación de un bebé está rodeada de afecto, pero también de creencias. Cuando el temor o la desinformación toman las decisiones, un alimento que debería ser un aliado puede convertirse, sin intención, en un obstáculo.

Recuerdo especialmente a una niña de siete meses, a quien llamaré Alondra. Llegó a consulta acompañada de su madre, quien me explicó que todavía no había iniciado la alimentación complementaria por miedo a que se atragantara. Su temor había crecido hasta el punto de que prefería mantenerla únicamente con

leche materna antes que ofrecerle algún alimento que pudiera representar un riesgo.

Retrasar la alimentación era, para ella, una forma de proteger a su hija. No existía falta de interés; al contrario, había demasiado amor mezclado con miedo. Durante aquella consulta conversamos con calma. Le expliqué que, por la edad de la niña, era necesario incorporar progresivamente otros alimentos, respetar su desarrollo y ofrecer variedad. Hablamos de la importancia de incluir fuentes de hierro, avanzar gradualmente en las texturas, reconocer las arcadas que pueden aparecer durante el aprendizaje y presentar los alimentos de manera segura.

Pensé que aquella explicación sería suficiente, pero un mes después descubrí que el temor seguía siendo más fuerte. Alondra había probado algunos alimentos, aunque predominaban las preparaciones líquidas y las proteínas estaban prácticamente ausentes. Cada vez que la bebé hacía una arcada, su madre retiraba de inmediato ese alimento porque pensaba que aún no estaba preparada.

Volví a explicarle la importancia de una dieta variada y de un aporte adecuado de hierro. Sin embargo, comprendí que repetir una recomendación no bastaba; también era necesario trabajar con la emoción que sostenía aquella decisión. Buscamos apoyo en Nutrición Infantil para establecer un plan de alimentación y reforzar la educación, pero la familia no logró sentirse cómoda con el profesional y regresó al mismo problema.

Entonces solicitamos exámenes de laboratorio. La niña mantenía un peso y una talla apropiados para su edad, pero sus reservas de hierro estaban disminuidas. Aquel resultado ayudó a su madre a comprender que evitar ciertos alimentos también podía tener consecuencias. No se trataba de obligar a su hija a comer, sino de encontrar una manera segura de acompañarla durante el aprendizaje.

Comenzamos otra vez, esta vez mediante pasos pequeños: un alimento, una textura y una experiencia nueva a la vez. No todo

fue sencillo. Hubo días de rechazo y momentos en los que su madre volvió a sentir miedo, pero poco a poco comenzó a confiar. La niña aceptó una mayor variedad de alimentos y diferentes consistencias, mientras continuábamos con el seguimiento y la suplementación.

Cerca del primer año, el cambio era evidente. Todavía teníamos aspectos por trabajar, pero ya no nos encontrábamos en el mismo punto de partida. Alondra comía alimentos más variados y su madre se mostraba mucho más tranquila. Había comprendido que cuidar no significaba evitar toda dificultad, sino acompañar de manera segura el crecimiento de su hija. Su historia me enseñó que, en ocasiones, el enemigo no es el alimento, sino el miedo que lo rodea.

Sin embargo, no fue el único caso que me llevó a reflexionar sobre este tema. También recuerdo a un bebé a quien llamaré Dariel. Había comenzado la alimentación complementaria aproximadamente un mes antes de llegar a consulta. Cuando pregunté qué alimentos recibía, su madre describió coladas, jugos y sopas muy líquidas. Las preparaciones incluían pocas fuentes de proteína y se utilizaban cereales procesados acompañados de frutas.

Mientras la escuchaba intentaba comprender qué había llevado a la familia a elegir esa forma de alimentación. Entonces me explicó que trabajaba y que, durante ese tiempo, el bebé permanecía al cuidado de la abuela. Ella había criado a sus hijos de esa manera y estaba convencida de que actuaba correctamente. «Así crié a mis hijos y nunca les pasó nada», me dijo.

Aquella frase me hizo pensar en el peso que puede alcanzar la experiencia de las generaciones anteriores. La madre también contó que había adelantado algunas preparaciones porque en casa no disponían de recursos suficientes para comprar fórmula y consideraba que su leche no bastaba. Comprendí que aquella alimentación no surgía únicamente de una creencia, sino también de las circunstancias familiares y económicas.

Por esa razón no podía limitarme a decirle que estaba equivocada. Necesitaba escucharla y explicarle qué cambios eran posibles y por qué resultaban importantes. Conversamos sobre el momento apropiado para iniciar la alimentación complementaria y la necesidad de no adelantar esta etapa solo por decisión familiar. También le expliqué que las coladas, los jugos y las preparaciones excesivamente líquidas no debían convertirse en la base de la alimentación del bebé.

El objetivo de esta etapa no es únicamente llenar el estómago, sino aportar nutrientes y permitir que el niño descubra progresivamente sabores y consistencias. Hablamos, además, sobre la importancia de incorporar alimentos variados y no relegar las proteínas ni otros nutrientes necesarios para el crecimiento.

Mientras conversábamos pensé en lo complejo que puede ser el mundo de la alimentación infantil. Una madre había retrasado el proceso por miedo; otra lo había adelantado por necesidad y costumbre. Eran dos familias distintas y dos decisiones aparentemente opuestas, pero detrás de ambas existía la misma intención: hacer lo mejor por sus bebés.

Estas experiencias me enseñaron que acompañar la alimentación complementaria requiere algo más que entregar una lista de alimentos. Es necesario escuchar las dudas, reconocer las condiciones de cada familia y explicar con claridad el sentido de las recomendaciones. Solo así el miedo, la costumbre o la necesidad dejan de decidir por sí solos y pueden convertirse en puntos de partida para un cuidado más consciente.

Los alimentos no son, por naturaleza, amigos ni enemigos. Su lugar en la vida del niño depende de cómo, cuándo y por qué se incorporan. Nuestra tarea en Pediatría es acompañar a las familias para que ese encuentro ocurra con seguridad, confianza y respeto por el proceso de crecimiento de cada bebé.

MÁS ALLÁ DEL APGAR

Med. María Elisa Córdova Córdova



Cuando terminé la carrera de Medicina y comencé mi año de medicatura rural, pensaba que gran parte de lo que me esperaba estaría relacionado con la práctica clínica. Sin embargo, mis primeros meses transcurrieron en un pequeño puesto de salud donde la realidad fue bastante diferente. Caminábamos durante horas para acercarnos a comunidades asentadas en terrenos de difícil acceso. Buena parte de mi trabajo estaba dedicada a actividades de prevención y promoción de la salud, elaboración de informes y matrices, reuniones, capacitaciones y salidas extramurales. La práctica clínica, especialmente los procedimientos, era limitada.

Después de aproximadamente cinco meses fui trasladada a un centro de salud con mayor capacidad resolutive, ubicado en un cantón con una población considerablemente más grande. El cambio fue inmediato. Pasé de un escenario en el que predominaban las actividades administrativas y comunitarias a trabajar en el área de emergencia, con guardias de doce y veinticuatro horas. De pronto, la jornada estaba llena de pacientes, decisiones que debían tomarse con rapidez y procedimientos que hasta entonces había realizado pocas veces, entre ellos la atención de partos y la recepción de recién nacidos.

Fue también allí donde comprendí algo que no siempre se aprecia desde los libros: la limitación de turnos de consulta externa podía hacer que personas con cuadros leves acudieran al servicio de

urgencias en busca de atención. En medio de esa realidad aprendí el valor de un buen triaje y la importancia de identificar rápidamente quién podía esperar y quién no.

Recuerdo de manera especial un día en que la emergencia estaba llena. Éramos únicamente la obstetra y yo, como médica general, para atender a todos los pacientes que llegaban. Mientras realizaba una consulta, ingresó una mujer en trabajo de parto. Cuando por fin me llamaron, dejé momentáneamente a algunos pacientes esperando y me dirigí a la sala de partos.

El nacimiento evolucionó aparentemente con normalidad. Era un embarazo a término y el recién nacido tenía buen peso y talla. Al nacer respondió adecuadamente a la estimulación y presentó un Apgar de 9 al primer minuto y 10 a los cinco minutos. Se realizó el manejo habitual del recién nacido: se administraron las profilaxis correspondientes, se cortó el cordón y se favorecieron el contacto precoz con su madre y el inicio de la lactancia materna. Todo parecía estar como se espera después de un parto normal. Una vez concluidas las primeras medidas, lo dejamos con su madre; aparentemente, se encontraba bien.

Yo tenía pacientes esperando en la emergencia y en observación, así que regresé para continuar con la atención. Aproximadamente media hora después volví a revisar al recién nacido. Seguía aparentemente estable. Le di a la madre indicaciones sobre lactancia materna, lo observé, comprobé que no hubiera cambios evidentes y regresé nuevamente a la emergencia.

La sala continuaba llena y los pacientes seguían esperando. Había que trabajar. Entonces, una de las enfermeras se acercó y me dijo que el bebé se veía un poco mal. Fui de inmediato. Cuando llegué, el recién nacido estaba completamente cianótico y presentaba disminución del tono en las extremidades. En ese instante todo lo demás dejó de importar. Los pacientes continuaban esperando y yo tenía múltiples asuntos pendientes, pero, en ese momento, ese recién nacido era el único paciente que existía.

Iniciamos inmediatamente las medidas de soporte. Proporcionamos oxígeno, procuramos mantener una temperatura adecuada y monitorizamos sus signos vitales. Al mismo tiempo, inicié el proceso de referencia hacia un hospital con capacidad para brindar atención pediátrica.

Poco a poco, la saturación comenzó a mejorar con el oxígeno. Conforme recuperaba temperatura, también observamos una mejoría en su estado clínico. Era tranquilizador verlo responder, pero necesitaba una evaluación más completa y vigilancia continua. Había nacido aparentemente bien y, en menos de dos horas, había presentado un deterioro clínico. Acompañé al paciente y a su madre durante el traslado en ambulancia hacia el hospital.

Durante mis años de formación había aprendido a calcular el Apgar casi como una rutina. Después del nacimiento, uno observa al recién nacido, lo evalúa, asigna una puntuación y obtiene un resultado que permite describir su condición inmediata. En aquella ocasión, un Apgar de 9 al minuto y 10 a los cinco minutos me había resultado tranquilizador, como probablemente le habría ocurrido a cualquiera.

Pero aquella experiencia cambió mi manera de entenderlo. La escala de Apgar fue desarrollada por la médica Virginia Apgar y se utiliza para realizar una valoración rápida de la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento. Evalúa cinco componentes para obtener un resultado total de 0 a 10. Habitualmente se aplica al minuto y a los cinco minutos de vida, y puede repetirse después cuando la puntuación a los cinco minutos es baja o cuando la condición del recién nacido requiere una valoración adicional.¹

Su utilidad consiste en ofrecer una descripción objetiva y rápida de cómo se encuentra el recién nacido en un momento

¹ Apgar V. «A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant». *Current Researches in Anesthesia & Analgesia*, 1953;32(4):260-267.

determinado, así como en ayudar a valorar su adaptación a la vida extrauterina y la necesidad de continuar determinadas medidas de soporte. Sin embargo, aquella tarde aprendí de una manera que ningún libro habría podido enseñarme que el Apgar no es una escala de pronóstico individual.

Un Apgar elevado no garantiza que un recién nacido permanecerá estable después de la evaluación. Del mismo modo, una puntuación baja no debe utilizarse por sí sola para predecir el estado neurológico futuro de un niño. Las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos señalan que el Apgar no fue diseñado para establecer el pronóstico individual ni para diagnosticar asfixia neonatal, y que debe interpretarse dentro del contexto clínico completo.²

Esto puede parecer sencillo cuando se lee en un libro, pero para mí adquirió otro significado aquella tarde. Ese bebé había nacido bien y, aun así, poco tiempo después necesitó ser trasladado a un centro con capacidad de atención pediátrica. Comprendí que recibir a un recién nacido no termina con el nacimiento: la valoración debe continuar. Su estado puede cambiar, y reconocer esos cambios oportunamente puede ser determinante. Un recién nacido que parece encontrarse bien necesita seguir siendo observado, especialmente durante las primeras horas de vida.

Durante aquella guardia descubrí que otro de los grandes desafíos consiste en reconocer qué problema necesita nuestra atención primero. En una emergencia rural puede haber numerosos pacientes esperando y pocas personas para atenderlos. La medicatura rural me enseñó a mirar de nuevo, a no conformarme con que un paciente haya estado bien unos minutos antes y a comprender que la vigilancia también es una forma de atención. Muchas veces, la diferencia está en reconocer a tiempo que algo ha cambiado.

² American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. The Apgar Score. Pediatrics, 2015;136(4):819-822.

EL APGAR DE UN PADRE

Med. George Antonio Soledispa Chancay



Cinco años de residencia en Neonatología te enseñan a caminar por los pasillos del hospital con una calma que no es indiferencia, sino oficio. Aprendes a reconocer el llanto de un recién nacido como música y su silencio como alarma. Aprendes el peso exacto de un cuerpo de dos kilos, la fuerza justa para no lastimar y la urgencia precisa para no perder tiempo.

Sin darte cuenta, ese aprendizaje se convierte en un ritual silencioso. Antes de cada recepción, tu mente recorre una lista que ya no necesitas leer: oxígeno, estetoscopio, equipo de reanimación, termocuna a la temperatura ideal. Todo en su lugar. Todo listo. El miedo de los primeros meses de residencia se va disolviendo guardia tras guardia, caso tras caso, hasta que un día descubres que ya no tiembles. Y ahí, sin saberlo, comienza a crecer algo peligroso: la certeza de que puedes con todo.

Pero la vida —y, para quienes creemos en Dios, Dios mismo— tiene una forma particular de recordarnos que no somos dueños del control, sino instrumentos de un momento. Nunca olvidaré la fecha que debía ser la más feliz de mi vida. Era abril y nacería mi primogénito, mi varón, aquel a quien cada noche, con la mano sobre el vientre de su madre, le decía en silencio: ya quiero conocerte.

Nada —ni cinco años de guardias, ni cientos de reanimaciones, ni todo el conocimiento acumulado en una vida dedicada a salvar hijos ajenos— te prepara para el instante en que la vida que

sostienes en tus manos es la de tu propio hijo. Todo parecía ir bien. El monitoreo marcaba un ritmo constante, la rutina de siempre, hasta que ese sonido cambió.

La frecuencia cardiaca empezó a descender y los movimientos, antes activos, se volvieron casi imperceptibles. Entonces reapareció algo que no sentía desde hacía mucho tiempo: la duda. Esa que creía haber dejado atrás años antes volvió a instalarse en mi pecho. Pero mi esposa, la madre de mi hijo, no me dejó caer. Con esa fuerza que solo una madre puede tener incluso en la incertidumbre, me repetía que todo saldría bien. Con esa fe compartida, optamos por la cesárea de emergencia.

Llegó la hora. Entré al quirófano y, por un instante, mi mente se ordenó sola: lo había hecho tantas veces; era un paciente más, un protocolo, una secuencia de pasos que mis manos conocían de memoria. No. No era uno más. Era mi niño. Mi bebé. El frío del quirófano, el equipo listo, la incisión. Y entonces, por primera vez, vi tu cabello.

Pero algo no ayudaba. La postura complicaba la extracción y los segundos se volvieron pesados, espesos. Mi corazón se aceleró mientras yo, el médico de tantas reanimaciones, solo podía permanecer de pie, esperando. Esperando que logaras salir. La tensión me vencía, hasta que finalmente lograron sacarte.

Mi mente se calmó al verte intentar tu primer llanto. Vi ese movimiento en tu pecho, esa inspiración que buscaba convertirse en vida. Después llegó el silencio, y ese silencio inquietó mi mente y mi corazón como nunca antes. Un corte rápido, oportuno, como tantas veces nos lo recuerdan en cada capacitación, simulacro y guardia. Tomé a mi hijo en mis brazos y lo llevé a la termocuna; con los dedos sobre su pecho todavía podía sentir su corazón latir.

Entonces recordé ese refrán que tantas veces repetimos frente a los pacientes más críticos, casi en susurros, cuando ya no sabemos qué más hacer, cuando el protocolo se agota y solo queda sostener la esperanza con las manos: «Mientras late el corazón, hay vida».

La había dicho muchas veces a otros padres y colegas, en tantas madrugadas ajenas; ahora la repetía para mí mismo, para mi hijo. Por primera vez comprendí su verdadero peso.

Mis manos temblaban. Intentaba no quebrarme. Tomé los implementos y dije, con una voz que quería sonar firme: «Vamos a iniciar reanimación». Mientras el protocolo que conocía de memoria se convertía en nudos dentro de mi mente, comenzaron los minutos más largos de mi vida. ¿Qué más hacer? ¿Qué más aplicar? Sentía su corazón latir bajo mis dedos y veía cómo mejoraba el color de su piel. El tiempo se volvió eterno, pero la respiración no llegaba.

El protocolo, inflexible, me indicaba lo que debía hacer: había que intubar. En ese instante solo pensé: Dios, si existes, ayúdame. No sé si pueda hacerlo. Mi rostro, que debía mantenerse tranquilo, sereno y profesional, empezó a traicionarme. Las lágrimas rodaron sin permiso y, con la voz quebrada, tuve que decir: «Prepárenme el tubo endotraqueal y el laringoscopio». Adopté la postura, tomé los implementos y, justo en ese momento, el silencio terminó.

Como si la vida misma me dijera que todo estaría bien, lo escuché llorar. No pude más. Allí, junto a él, solo pude recostar la cabeza sobre la termocuna y llorar con mi hijo. Esa tarde aprendí lo que ningún manual, ninguna guía clínica ni ningún año de residencia me habían enseñado: que la medicina se ejerce con las manos, pero se sostiene con el corazón. Todo el conocimiento acumulado, las reanimaciones exitosas y los protocolos memorizados pierden sentido si no reconocemos, al final, nuestra propia fragilidad.

Había pasado cinco años creyendo que el miedo se vence con experiencia. Esa noche entendí que no se vence: se transforma. Se convierte en la fuerza que te hace pedir ayuda cuando ya no sabes qué más hacer; en fe, cuando la ciencia llega a su límite; y en amor, cuando el paciente que sostienes ya no es un caso más, sino tu propia sangre.

Hoy, cuando lo veo correr por la casa y escucho su risa —esa misma que un día tardó unos segundos eternos en llegar—, comprendo que aquella tarde no solo te reanimé a ti. Tú me reanimaste a mí: a mi fe, a mi humildad y al médico que había olvidado que, antes de portar una bata blanca, es simplemente humano. Gracias, hijo mío, por enseñarme que mientras late el corazón, hay vida; y que, mientras haya vida, existe una razón para seguir creyendo.

EL PRIMER ALIENTO: CIENCIA, ENTORNO E INTEGRIDAD EN EL ARTE DE CURAR

Med. Rudy Stefani Vargas López



Mi percepción del mundo siempre estuvo tamizada por un profundo deseo de comprender su estructura visible e invisible. Mucho antes de vestir una bata blanca, mi mente encontraba refugio e inspiración en la naturaleza, en las leyes sutiles de la biología y en la precisión matemática de la química escolar. Memorizar la tabla periódica no era para mí un mero ejercicio de repetición, sino el descubrimiento del alfabeto fundamental con el que está escrito el universo. Intuir que cada elemento tiene una función, un peso y una forma de interactuar con su entorno fue la primera chispa de una fascinación que pronto se trasladaría a la maquinaria más compleja conocida: la anatomía humana y la genética que nos define.

Cuando llegó el momento de elegir una carrera, las dudas de mi entorno sugerían hacer una pausa y tomar un año sabático para contemplar el horizonte. Sin embargo, en mi interior existía una certeza inamovible: mi vocación no residía en el reposo, sino en la continuidad del aprendizaje. No quería detener el impulso de descubrir; el conocimiento era un fuego constante que exigía ser alimentado.

Elegir la medicina significó también elegir la distancia. Dejar el hogar paterno e instalarme en una nueva ciudad marcó la transición de la teoría abstracta a la madurez personal. El reto no se limitaba a acumular conocimientos en la memoria; implicaba reconfigurar por completo mi entorno social y vital. Aprendí que

el bienestar personal está íntimamente ligado a las personas que nos rodean. En esa nueva etapa busqué integrar en mi vida a quienes compartían la misma pasión por la ciencia, el servicio y la trascendencia. Expandir mis límites geográficos e intelectuales me permitió entender el mundo más allá de mi entorno original.

El camino exigió un alto tributo. Hubo incontables noches en vela, días de intensa exigencia académica y el sacrificio constante de permanecer lejos de la familia y de los seres queridos. Sin embargo, en esa aparente soledad del estudio riguroso y la disciplina orientada a la excelencia, descubrí mi verdadera red de apoyo. Aprendí a identificar con claridad a quienes permanecían a mi lado de manera incondicional y respaldaban mi meta de convertirme no solo en una gran médica, sino también en un ser humano íntegro.

El paso de las aulas a la práctica clínica transformó la teoría en una vivencia profunda. Al enfrentarme a la realidad de los hospitales y al contacto directo con adultos y niños, la ciencia médica adquirió su dimensión más humana. Descubrí que la anatomía y la fisiología no son conceptos aislados, sino parte de la historia vital de cada paciente. En el terreno de la práctica, la integridad se convirtió en mi brújula.

Trabajar con personas de todos los estratos socioeconómicos, desde quienes disponían de recursos hasta quienes carecían de lo más básico, me enfrentó a las brechas de la sociedad. Comprendí que el ejercicio de la medicina exige adaptar el conocimiento riguroso a la realidad de cada individuo. El derecho a la salud y a una atención digna no debería depender del origen ni de la condición económica del paciente, sino estar sostenido por el compromiso ético de quien lo atiende.

La formación médica suele prepararnos con teoría rigurosa para momentos que imaginamos solemnes, pero la realidad en el campo también enseña a valorar la sabiduría de la comunidad y la capacidad de adaptación del entorno. Durante mi etapa en la salud rural esperaba con ilusión recibir a mi primer recién nacido en un

entorno asistencial. El parto, sin embargo, no ocurrió bajo mi atención directa: la madre dio a luz acompañada por una partera comunitaria reconocida por el área de salud.

Al día siguiente acudí a evaluar al recién nacido y encontré a un bebé fuerte y sano. Aquel primer encuentro me dejó una lección de humildad e integridad: la medicina no consiste en imponer la presencia propia, sino en respetar los procesos, comprender el entorno y garantizar el bienestar con discernimiento y ética. Esa misma visión preventiva y comunitaria me llevó a trabajar de cerca con la población adolescente de la zona. Mediante charlas de educación sexual y concientización contribuimos a disminuir los embarazos tempranos en la comunidad. Salvar vidas no siempre ocurre en una mesa de operaciones; a veces, la ciencia y la vocación se traducen en educación, orientación y herramientas para que los jóvenes construyan su futuro.

Llegar a la maternidad fue un hito que no imaginé al inicio de mi formación, un punto de inflexión en el que mi carrera adquirió un significado más profundo. En ese entorno de alta exigencia, la recepción neonatal y la capacitación continua en reanimación neonatal se convirtieron en mi lenguaje cotidiano. El intercambio constante de saberes con colegas especialistas y pares me permitió perfeccionar cada detalle del cuidado inicial, con el propósito de ofrecer una atención adecuada a seres en su estado de máxima vulnerabilidad.

En la unidad neonatal aprendí que cada recién nacido es un universo único e irrepetible. Atender vidas tan diversas, desde prematuros extremos de apenas 550 gramos hasta bebés a término de más de 4200 gramos, redefine la noción de la existencia. Vi la fuerza contenida en manos diminutas y presencié el esfuerzo de adaptar los pulmones, llorar y conquistar la respiración, ya fuera de forma autónoma o con el apoyo de la asistencia ventilatoria.

Las estancias neonatales, que podían extenderse durante días, semanas o meses, se convirtieron en lecciones de paciencia y adaptación. Vi a pequeños luchar contra un tubo endotraqueal e

incluso, en su afán de autonomía, retirárselo por sí mismos para progresar hacia una cánula nasal. También fui testigo de la nutrición gradual: la calostroterapia como primera medicina, el avance pausado hacia el aporte enteral completo y la persistencia necesaria cuando el organismo no tolera la vía oral y requiere sostén parenteral durante periodos prolongados.

En la atención neonatal, la técnica científica encuentra su límite en la capacidad adaptativa de cada vida. La coordinación de la succión y la deglución es un requisito decisivo para que un bebé pueda irse a casa en brazos de su familia. Sin embargo, algunos niños no logran coordinar este reflejo, incluso después de alcanzar la edad corregida a término. En esos casos, la medicina exige educar y acompañar a las madres en el manejo de alternativas como el botón gástrico, para que puedan cuidar de sus hijos en medio de la incertidumbre.

En ese contexto de rigor técnico y evaluación constante ocurren hechos que escapan a cualquier cálculo. Recuerdo con especial conmoción a un bebé que, tras semanas de terapia intensiva de alimentación, succión y deglución, no lograba avanzar. Había alcanzado la edad corregida sin éxito, por lo que la decisión médica y ética indicaba colocar un botón gástrico. El día anterior a la intervención programada, sin una señal previa que permitiera anticiparlo, el pequeño comenzó a succionar de manera fluida y coordinada.

Instantes como ese nos recuerdan que, por más que dominemos la ciencia, la biología conserva una dimensión que no siempre podemos prever. La medicina proporciona herramientas para sostener la vida, pero la respuesta de cada organismo mantiene un margen de incertidumbre. La práctica en el área neonatal reconfiguró mi arquitectura profesional e intelectual. Al inicio de mi carrera no sentía un apego particular por la pediatría ni la consideraba entre mis principales áreas de interés; sin embargo, terminé fascinada por la complejidad de sus desafíos.

La vida neonatal despertó en mí una necesidad renovada de conocimiento y el deseo de comprender los hilos invisibles que conectan la salud de un ser humano con su origen más temprano. Entendí que la salud de un recién nacido no empieza en el parto, ni siquiera en el primer ultrasonido. Está íntimamente ligada al entorno en el que la madre fue nutrida, cuidada y sostenida emocionalmente. El ambiente socioafectivo y físico en el que un bebé es concebido puede dejar una huella profunda en su desarrollo.

El ejercicio de la medicina en este nivel tan íntimo también me enseñó una lección de humildad científica. A pesar de los cuidados maternos y de los factores ambientales conocidos, existen situaciones extremas cuyas causas nos sobrepasan. Algunas respuestas no se encuentran en la superficie, sino en la genética molecular y en el código del ADN, donde pequeñas variaciones pueden influir en el curso de una vida antes de su primer aliento.

Aceptar esa dualidad entre lo que podemos cuidar a través del entorno y lo que pertenece a la variabilidad genética transformó mi visión del bienestar y de la integridad médica. Comprendí que cuidar al paciente requiere también preservar la ecología interna del propio médico. Para no sucumbir al desgaste profesional que puede producir una unidad de cuidados intensivos, es indispensable cultivar un espacio de paz personal y reconocer nuestros límites sin perder la sensibilidad.

Esa transformación me enseñó que la práctica médica no consiste en dominar por completo el misterio de la vida, sino en estar presente con rigor, conocimiento y compasión ante cada posibilidad. Mi perspectiva cambió: la pediatría y la neonatología dejaron de ser áreas ajenas para convertirse en el espacio donde reafirmé mi vocación de servicio, la importancia del bienestar integral y el respeto por la capacidad humana de adaptación desde sus instantes más frágiles.

Ningún camino médico se recorre en soledad, menos aún en el entorno exigente de una unidad neonatal. A lo largo de este trayecto en la maternidad, una de las experiencias más significativas ha sido la red de personas que me ha rodeado: colegas, amigos, especialistas, neonatólogos y pediatras de amplia experiencia. Son profesionales que comparten su conocimiento científico, su vocación y su humanidad en favor del bienestar de cada recién nacido. De ellos he aprendido herramientas, perspectivas y un rigor que han moldeado mi práctica.

En este recorrido, la vida me presentó un reto imprevisto y transformador: asumir el liderazgo de mis compañeros residentes. Guiarlos, compartir los conocimientos adquiridos y acompañarlos en sus momentos de duda supuso un punto de inflexión. El liderazgo no ha sido una cuestión de jerarquía, sino de servicio y empatía. Me ha enseñado a escuchar, respaldar al equipo ante la presión diaria y cultivar una mejora personal continua. La enseñanza se convirtió así en uno de los espejos más exigentes de mi propia integridad.

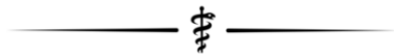
Aunque la pediatría general no fue inicialmente mi fortaleza ni mi principal interés, en la neonatología encontré mi lugar. En la atención del recién nacido descubrí que mi desempeño fluía con precisión, pasión y entrega. No se trata solo de favorecer la supervivencia en una unidad intensiva, sino de construir un puente hacia la vida en todas sus dimensiones.

Mi visión de la neonatología es integral y humana. Se consolida día a día mediante el rigor técnico y la capacitación constante para brindar un acompañamiento completo, desde la asesoría en la técnica de lactancia materna hasta la neuroestimulación oportuna para favorecer el desarrollo del bebé. Comprendo que la atención no se limita a monitorizar constantes vitales. También incluye la calidez, la empatía y la contención que se ofrecen a la madre y a su hijo durante momentos de máxima vulnerabilidad.

Al mirar hacia el futuro, mi camino está trazado con claridad. Aspiro a continuar mi formación en neonatología, honrar el

aprendizaje de mis maestros, guiar a quienes vienen detrás y ejercer cada día una medicina que combine la precisión científica con el respeto por la vida y el bienestar humano.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DOS MESES DE SILENCIO

Med. Francisco Isaac Mena Acosta



Desde el primer instante comprendí que aquella no sería una valoración médica habitual. Había algo en el ambiente que reflejaba una preocupación acumulada durante demasiado tiempo. La paciente tomó asiento con dificultad y permaneció en silencio algunos segundos antes de comenzar a hablar. Era evidente que no solo estaba físicamente agotada; también cargaba un desgaste emocional profundo después de semanas enteras viviendo en incertidumbre.

Había pasado por múltiples consultas en distintos centros de atención durante las semanas previas. Cada evaluación parecía dejar nuevas dudas, expectativas inconclusas y una creciente sensación de frustración. Relataba episodios de sangrado intermitente, dolor pélvico leve y una persistente percepción de que algo dentro de su cuerpo no evolucionaba de manera normal. Sin embargo, el tiempo seguía transcurriendo sin respuestas claras ni una solución definitiva.

Mientras escuchaba atentamente su historia clínica, comprendí que no estaba únicamente frente a un cuadro ginecológico complejo, sino también ante una experiencia emocional profundamente desgastante. Habían transcurrido cerca de dos meses desde el inicio del problema. Dos meses marcados por la espera, la ansiedad y el silencio.

La paciente explicó que, al principio, todo parecía avanzar con normalidad. Había recibido la noticia de su embarazo con una

mezcla de ilusión y miedo, como ocurre con muchas mujeres jóvenes que atraviesan cambios importantes en sus vidas. Sin embargo, poco tiempo después comenzaron las molestias y el sangrado leve. Al inicio pensó que podía tratarse de algo pasajero, pero las semanas transcurrían y la situación continuaba sin resolverse.

La ecografía previa mostraba hallazgos poco concluyentes. Existían imágenes compatibles con un aborto retenido, aunque persistían dudas diagnósticas debido a la evolución prolongada y a ciertas características clínicas que no terminaban de encajar completamente. Para entonces, la paciente ya había comenzado a desconfiar de todo lo que escuchaba. Más de una vez había salido de una consulta con la sensación de regresar exactamente al mismo punto de partida.

Mientras revisaba nuevamente los estudios y realizaba una valoración clínica completa, intentaba mantener serenidad en cada palabra. En ginecología y obstetricia uno aprende rápidamente que una frase puede convertirse en alivio o en temor para quien la escucha. Por eso, antes de emitir cualquier conclusión, preferí observar con detenimiento, analizar cada hallazgo y escuchar atentamente.

La joven hablaba poco. Era su madre quien llenaba los silencios con preguntas simples, pero profundamente cargadas de angustia:

¿Qué está pasando?

¿Va a estar bien?

¿Todavía existe riesgo?

En momentos así, uno comprende que la medicina no consiste únicamente en interpretar imágenes o resultados de laboratorio. También implica sostener emocionalmente a quienes llegan buscando respuestas en medio del miedo y la incertidumbre.

Durante la evaluación intenté explicar cada hallazgo de la forma más clara posible. Siempre he creído que una parte esencial de la atención médica consiste en permitir que el paciente comprenda lo

que sucede en su propio cuerpo. Muchas veces el temor crece cuando la información resulta confusa, incompleta o distante. Por eso dediqué tiempo a responder preguntas, aclarar las posibilidades diagnósticas y explicar cuidadosamente cuáles serían los siguientes pasos.

Después de una evaluación integral, concluí que el cuadro correspondía a un aborto retenido de evolución prolongada y que la conducta más adecuada era realizar un manejo quirúrgico mediante legrado uterino. La decisión no fue tomada apresuradamente. Cada procedimiento implica responsabilidad, análisis clínico y sensibilidad frente a la experiencia emocional del paciente. Por ello, expliqué cuidadosamente el diagnóstico probable, los riesgos esperados y el propósito del tratamiento.

La paciente permaneció en silencio durante algunos segundos antes de aceptar. En su mirada ya no había únicamente miedo; comenzaba también a percibirse cierto alivio. A veces, incluso las noticias difíciles pueden traer tranquilidad cuando finalmente ofrecen una respuesta clara después de semanas enteras de incertidumbre.

El día del procedimiento el ambiente era distinto. La tensión inicial había cedido lugar a una calma prudente, aunque la incertidumbre seguía presente. Como médico, entendía que incluso los procedimientos considerados rutinarios merecen absoluto respeto. La medicina enseña que no existen casos pequeños cuando una vida humana atraviesa sufrimiento.

Antes de iniciar, volví a conversar con la paciente y con su madre. Consideré fundamental transmitirles seguridad y serenidad. Muchas veces, el acompañamiento emocional tiene un impacto tan importante como el propio tratamiento médico. Ambas escuchaban atentamente cada explicación, intentando aferrarse a la confianza que el equipo de salud podía ofrecerles en medio de aquel momento difícil.

El procedimiento se desarrolló favorablemente. Cada etapa fue realizada con cautela, priorizando la seguridad de la paciente y

minimizando cualquier riesgo posible. Durante el acto quirúrgico, el ambiente permaneció sereno y concentrado. En ginecología y obstetricia, incluso las intervenciones más breves exigen precisión, criterio clínico y una responsabilidad constante.

Al finalizar, el alivio fue evidente. No se presentaron complicaciones y la evolución posterior transcurrió de manera estable. Las horas siguientes avanzaron con tranquilidad mientras la paciente recuperaba, poco a poco, su bienestar físico y emocional. Recuerdo que, al verla más calmada, comprendí una vez más que detrás de cada procedimiento existe una historia humana que merece cuidado, sensibilidad y respeto.

Días después regresó para el control médico. Su expresión había cambiado por completo. Ya no estaba aquella mirada agotada y cargada de incertidumbre del primer encuentro. Ahora hablaba con serenidad y transmitía una sensación de descanso emocional imposible de ignorar. Para muchos, un legrado puede representar únicamente un procedimiento clínico. Para ella, significó el cierre de una etapa de incertidumbre que parecía interminable.

Conversamos algunos minutos antes de despedirse. Agradeció con sencillez, pero con una honestidad que permanece en la memoria de cualquier médico. En esta profesión, pocas cosas resultan tan gratificantes como presenciar la recuperación de alguien que llegó envuelto en miedo, cansancio y sufrimiento.

Con el paso del tiempo he comprendido que la ginecología y obstetricia no se limitan únicamente a diagnósticos o procedimientos. También significan acompañar silencios, temores y pérdidas que muchas veces las pacientes no consiguen expresar por completo. Detrás de cada ecografía, cada valoración y cada intervención existe una historia humana que merece ser escuchada con sensibilidad y respeto.

Aquella joven de veintitrés años me recordó la importancia de escuchar con verdadera atención y de nunca minimizar el desgaste emocional que puede provocar un diagnóstico incierto. En muchas ocasiones, el impacto más profundo de una intervención médica

no radica solamente en resolver un cuadro clínico, sino en la tranquilidad que logra devolver a una persona y a su familia después de semanas de angustia.

Los médicos aprendemos a convivir con jornadas extensas, decisiones difíciles y responsabilidades constantes. Sin embargo, existen pacientes que permanecen en nuestra memoria porque nos recuerdan la verdadera razón por la que elegimos esta profesión. No se trata del reconocimiento ni del prestigio, sino de la posibilidad de aliviar el sufrimiento humano incluso en medio de la incertidumbre.

Hoy, cuando recuerdo aquella historia, pienso en el silencio que acompañó a esa paciente durante dos largos meses. Un silencio lleno de miedo, preguntas y espera. Pero también recuerdo el instante en que finalmente pudo recuperar la calma. Y entonces comprendo que, en ocasiones, la medicina no solo ayuda a sanar el cuerpo: también es capaz de devolver esperanza.

CUANDO EL TIEMPO DESAPARECE

Med. Segundo Mesías Jiménez Albán



Aquella madrugada ingresó una paciente joven en trabajo de parto avanzado. El ambiente en la sala era el habitual: personal movilizándose con rapidez, indicaciones breves entre el equipo de salud y familiares aguardando noticias detrás de las puertas. El nacimiento ocurrió pocos minutos después y, por un instante, todo parecía evolucionar favorablemente.

La paciente había llegado acompañada de sus familiares con evidente ansiedad, pero también con ilusión. Como ocurre en muchos partos, la expectativa por la llegada del bebé llenaba el ambiente. Mientras el trabajo de parto progresaba rápidamente, el equipo de salud seguía los protocolos habituales, atento a cada detalle de la evolución materna.

Sin embargo, la tranquilidad duró muy poco.

Apenas finalizado el parto comenzaron a aparecer signos que anunciaban una emergencia obstétrica grave. El sangrado aumentó de manera súbita y la paciente empezó a deteriorarse rápidamente. La escena cambió en cuestión de segundos. Donde antes existía alivio, apareció una tensión que se extendió por toda la sala.

Durante la valoración inmediata se identificó una inversión uterina posparto. Aunque se trata de una complicación poco frecuente, todo especialista sabe que representa una situación crítica capaz de comprometer la vida de la paciente en muy poco tiempo. La hemorragia era abundante y el estado hemodinámico comenzaba a deteriorarse con rapidez.

En momentos como ese, la medicina deja de sentirse teórica. No existen pausas para analizar cada posibilidad ni espacio para la duda prolongada. El entrenamiento, la experiencia y la serenidad se convierten en las herramientas más importantes del médico. Cada integrante del equipo comprendía la gravedad de la situación y, aun así, era indispensable mantener el orden y actuar con precisión.

Recuerdo claramente la preocupación reflejada en el rostro de quienes acompañaban a la paciente. Sus preguntas permanecían suspendidas en el aire mientras el personal intentaba estabilizarla. En obstetricia, una emergencia no afecta únicamente a quien se encuentra en la camilla; también impacta profundamente a toda una familia.

La sala de atención se transformó rápidamente en un espacio de máxima tensión. Enfermería preparaba medicación y material de apoyo, mientras los monitores registraban signos vitales inestables. A pesar de la presión, el equipo trabajaba con rapidez y precisión, consciente de que cada segundo era importante.

Se realizaron maniobras iniciales con el objetivo de corregir la inversión uterina y controlar la hemorragia. Sin embargo, la evolución clínica obligaba a tomar decisiones inmediatas. La prioridad absoluta era preservar la vida de la paciente. Cada minuto transcurrido aumentaba el riesgo.

Ante la gravedad del cuadro y la falta de respuesta adecuada a las medidas iniciales, se decidió realizar una histerectomía obstétrica de urgencia. Ninguna decisión de este tipo resulta sencilla. Para un ginecólogo obstetra, preservar la vida siempre será el objetivo principal, incluso cuando el procedimiento implique consecuencias definitivas para la paciente.

Antes de ingresar al quirófano, el ambiente emocional era intenso. Todos comprendíamos que enfrentábamos una situación crítica y que debíamos actuar sin demora. La rapidez en la toma de decisiones era fundamental.

El quirófano adquirió entonces un silencio particular, ese que surge cuando todos entienden la magnitud de lo que está ocurriendo. A pesar de la presión del momento, el equipo trabajó con precisión y coordinación. Mientras avanzaba la cirugía, se realizaban simultáneamente las maniobras necesarias para estabilizar a la paciente.

Fueron minutos intensos.

Cada paso debía ejecutarse con rapidez, pero también con extrema cautela. Finalmente, el sangrado pudo ser controlado y la paciente comenzó a responder favorablemente. Poco a poco, la tensión disminuyó y el ambiente recuperó parte de la calma.

Durante el procedimiento, cada integrante del equipo desempeñó un papel fundamental. La coordinación entre anestesiología, enfermería y cirugía permitió actuar de manera eficiente frente a una situación potencialmente fatal. En escenarios críticos como este, el trabajo en equipo puede marcar una diferencia decisiva.

Horas después, al verla estable, comprendí nuevamente lo frágil que puede ser la línea que separa una evolución favorable de una tragedia. Muchas veces la población observa únicamente el resultado final, sin imaginar todo lo que ocurre detrás de una emergencia obstétrica. Sin embargo, quienes trabajamos en estas áreas sabemos que existen situaciones en las que actuar con decisión marca la diferencia.

Días más tarde, durante su recuperación, la paciente conversó con serenidad y agradecimiento. Aunque había atravesado uno de los momentos más difíciles de su vida, conservaba la tranquilidad de haber superado una emergencia que pudo tener un desenlace devastador. En sus palabras no había resentimiento, sino alivio.

Conversamos varios minutos sobre lo ocurrido. Ella reconocía lo inesperado de la situación y comprendía la gravedad del cuadro. Para el equipo médico, escucharla estable y tranquila representó también un alivio después de horas de enorme presión.

Como médico, aquella experiencia dejó una huella profunda. Las emergencias obstétricas recuerdan constantemente la responsabilidad que implica esta profesión. No basta únicamente con el conocimiento técnico; también se requiere fortaleza emocional para actuar en medio del caos y transmitir seguridad incluso en los momentos más críticos.

Con el paso de los años, uno comprende que ciertos casos permanecen en la memoria porque representan mucho más que una intervención médica. Son historias que reflejan vulnerabilidad, compromiso y la importancia del trabajo en equipo frente a situaciones límite.

La obstetricia ofrece momentos de enorme felicidad, pero también instantes de profunda tensión. Un nacimiento puede transformarse inesperadamente en una emergencia crítica. Por ello, quienes ejercemos esta especialidad aprendemos a permanecer preparados para responder con rapidez incluso en circunstancias extremas.

Aquella madrugada entendí nuevamente que en obstetricia existen momentos en los que el tiempo parece desaparecer. Y, aun así, el médico debe continuar avanzando, tomando decisiones y luchando por preservar la vida.

Hoy, al recordar aquel caso, pienso en la enorme responsabilidad que acompaña cada guardia hospitalaria. Detrás de cada decisión médica existe una persona, una familia y una historia que merece respeto. Y aunque muchas experiencias quedan solamente en la memoria del personal de salud, algunas permanecen intactas porque recuerdan el verdadero sentido de ejercer la medicina.

ARTERIAS UTERINAS PATOLÓGICAS

Med. Chris Joseline Pérez Garcés



Soy médica general y trabajo junto a un ginecólogo obstetra especializado en medicina materno-fetal y en el control de embarazos de alto riesgo. Durante una jornada habitual valoramos aproximadamente a ocho gestantes procedentes de distintos lugares de la provincia. Mediante ecografías de alta complejidad —tamizaje del primer y segundo trimestre, Doppler fetal, ecocardiografía fetal avanzada y neurosonografía— buscamos identificar malformaciones, variantes de la normalidad y riesgos que puedan presentarse durante el embarazo.

Una de las pruebas realizadas durante la ecografía genética del primer trimestre es la valoración del flujo de las arterias uterinas. Este resultado, asociado con factores como los antecedentes familiares y personales, la raza, la paridad y el consumo de tabaco, permite estimar el riesgo de desarrollar preeclampsia e iniciar medidas preventivas. Es importante señalar que la prevención no elimina la posibilidad de esta complicación, sino que puede retrasar su aparición; además, solo resulta efectiva cuando se inicia antes de las dieciséis semanas y se mantiene de manera ininterrumpida hasta las últimas semanas del embarazo.

Esta historia comenzó a mediados del año pasado, cuando atendimos por primera vez a una gestante de doce semanas. No presentaba antecedentes patológicos familiares relevantes, aunque

tenía sobrepeso y resistencia a la insulina; además, era profesional del área de la salud. El estudio del primer trimestre no mostró características ecográficas relacionadas con un mayor riesgo de síndromes fetales ni de parto prematuro. El único hallazgo fue un índice de pulsatilidad elevado en las arterias uterinas, asociado con un riesgo mayor de preeclampsia antes de las treinta y cuatro semanas. Por esta razón, además de la medicación habitual indicada durante el embarazo, se inició la prevención de la preeclampsia.

La paciente acudió regularmente a sus controles prenatales y cumplió con los exámenes de laboratorio solicitados. A las veintidós semanas se realizó el estudio anatómico del segundo trimestre, también denominado tamizaje morfológico. No se evidenciaron malformaciones ni variantes anatómicas fetales. En esa misma consulta se repitió la valoración del flujo de las arterias uterinas, que persistía patológico. Hasta entonces, sus signos vitales permanecían dentro de los parámetros normales y no existían alteraciones bioquímicas detectables en los análisis.

Dos semanas después acudió por un cuadro de inicio súbito caracterizado por dolor lumbar derecho de intensidad 10 en la escala visual analógica, alza térmica no cuantificada, náuseas y vómitos. Durante el examen físico se encontró puñopercusión derecha positiva. La presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación se mantenían dentro de los valores esperados.

La ultrasonografía obstétrica pélvica permitió verificar la vitalidad fetal, el índice de líquido amniótico, la inserción placentaria y el crecimiento del feto. Debido al cuadro clínico también se efectuó un rastreo pélvico, en el que se identificó un cálculo en la pelvis renal derecha. Este ocasionaba una obstrucción parcial del drenaje y dilatación del riñón, por lo que se diagnosticó hidronefrosis derecha de grado II.

La intensidad del dolor, el riesgo de desarrollar contracciones uterinas inducidas por el estrés del cuadro agudo y la necesidad de

valoración por Urología motivaron su ingreso en un hospital de tercer nivel. Durante las primeras horas recibió varios fármacos para controlar el dolor y tratamiento antibiótico. Al mismo tiempo se intentaba contactar a un urólogo que pudiera valorarla, pues gran parte de los especialistas no se encontraba de servicio por tratarse de un día no laborable.

Después de la interconsulta y una vez controlado el dolor, la gestante recibió el alta con medicación analgésica, manejo conservador y seguimiento por consulta externa. Sin embargo, tres días después reingresó debido a un nuevo episodio de dolor agudo que no respondió al tratamiento oral.

Por indicación de la especialidad se realizó una tomografía computarizada renal, previa valoración de los riesgos y beneficios. El estudio permitió definir las dimensiones y la localización del cálculo, el grado de obstrucción y el abordaje terapéutico requerido. Se evidenció un aumento de la dilatación renal y, con ello, la necesidad de resolver quirúrgicamente la obstrucción.

A la mañana siguiente se colocó un dispositivo de drenaje desde el riñón hasta la vejiga. Debía permanecer allí hasta después del parto, cuando sería posible tratar el cálculo mediante una técnica láser no recomendada durante el embarazo. Tras el procedimiento, el dolor disminuyó y la distensión renal mejoró. No obstante, el siguiente control de laboratorio mostró una infección de las vías urinarias y la colonización del drenaje por una bacteria multirresistente, lo que obligó a iniciar un nuevo esquema antibiótico.

El embarazo continuó hasta alcanzar las treinta semanas. Para entonces llamaba la atención que la ganancia de peso fetal era cada vez menor. Los controles domiciliarios aleatorios de la presión arterial permanecían dentro de los rangos indicados, pero al llegar a la semana treinta y uno todo cambió.

Durante una teleconsulta, la paciente informó cifras tensionales superiores al límite normal, con valores de hasta 150 mmHg de presión sistólica y 90 mmHg de diastólica. Se solicitaron nuevos

exámenes de laboratorio, se explicaron los signos de alarma y los riesgos maternos y fetales, y se le indicó acudir al servicio de Emergencia.

Horas después, una llamada interrumpió nuestras actividades. El esposo de la paciente nos comunicó que ella presentaba cefalea intensa y dolor epigástrico de gran intensidad, acompañado de náuseas y vómitos. Indicamos su ingreso hospitalario inmediato para valoración y explicamos la posibilidad de que fuera necesario interrumpir el embarazo.

Mientras nos dirigíamos al hospital, la paciente ingresó por Emergencia, donde se tomaron muestras para laboratorio y fue evaluada por el médico residente. Él nos informó oportunamente que la presión arterial alcanzaba 170/100 mmHg. En el rastreo ecográfico se observó actividad cardíaca fetal y no se identificó desprendimiento placentario; sin embargo, la ecografía FAST reveló un hematoma hepático y el monitoreo fetal mostró desaceleraciones.

Los análisis evidenciaron alteraciones en las plaquetas, las enzimas hepáticas, la deshidrogenasa láctica y la función renal. En conjunto con las cifras tensionales y el hallazgo ecográfico, estos resultados confirmaron el diagnóstico de síndrome HELLP con ruptura hepática, una complicación poco frecuente, pero asociada con una elevada mortalidad materna y fetal.

El equipo quirúrgico, integrado por dos ginecólogos, un cirujano general, el anestesiólogo y la neonatóloga, acudió de inmediato. Bajo anestesia general se practicó una laparotomía media xifopubiana para disponer de un campo quirúrgico amplio, mientras se transfundían unidades de sangre.

Dos minutos después de la incisión se extrajo al neonato mediante cesárea segmentaria. Nació con un puntaje de Apgar de 0 y un peso de 1100 gramos. El equipo de Neonatología realizó reanimación cardiopulmonar avanzada y, después de detectar actividad cardíaca y un aumento de la saturación de oxígeno en los monitores, lo trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos

Neonatales con pronóstico reservado. Mientras transcurría la intervención, brindé apoyo al equipo dentro del quirófano y acompañamiento emocional al familiar de la paciente.

Después de la histerotomía, el equipo de Cirugía General realizó un empaquetamiento hepático para controlar el sangrado y posponer el cierre hasta que la condición clínica se estabilizara. La paciente salió del quirófano y fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos. Allí se repitieron los análisis, cuyos resultados mostraron un deterioro mayor, por lo que se iniciaron múltiples transfusiones de glóbulos rojos, plasma y plaquetas, además de corticoides.

Las constantes vitales se alteraron y la hemoglobina descendió. El equipo de Terapia Intensiva administró vasopresores y solicitó una nueva intervención quirúrgica ante la sospecha de hemorragia; sin embargo, no se encontraron nuevas pérdidas sanguíneas. Transcurrieron cuarenta y ocho horas críticas. Después de ese tiempo, los signos vitales y los resultados de laboratorio comenzaron a mejorar y no existía evidencia de sangrado abdominal activo. A las setenta y dos horas de evolución se realizó el cierre abdominal. Todo ocurrió durante los últimos tres días del año.

La paciente despertó con amnesia retrógrada, sin embarazo y en un nuevo año calendario. Pude asistirle en la extracción de leche materna y en sus cuidados posoperatorios. Doce días después de su ingreso recibió el alta hospitalaria. El neonato permaneció cincuenta días en cuidados intensivos y recibió lactancia mixta para favorecer la ganancia de peso hasta alcanzar un crecimiento acorde con sus necesidades. Finalmente, también pudo regresar a casa con su familia.

MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO

Med. Abigail Estefanía Martínez Salazar



Existen diagnósticos capaces de modificar por completo la manera en que una persona percibe su salud, su bienestar y su futuro. En Ginecología, esta realidad adquiere particular importancia, pues muchas condiciones están relacionadas con dimensiones íntimas de la vida de las pacientes, como la sexualidad, la fertilidad y la posibilidad de desarrollar enfermedades infecciosas.

Frente a estas situaciones, la atención médica no debe limitarse a comunicar un resultado o prescribir un tratamiento. El profesional de la salud también tiene la responsabilidad de informar con claridad, contener, apoyar y ofrecer un plan de seguimiento personalizado que considere las necesidades y la realidad de cada paciente. Sin embargo, la habilidad para transmitir noticias difíciles no siempre ocupa un lugar suficiente en la formación académica; con frecuencia se desarrolla y fortalece mediante la práctica clínica y el contacto humano.

El médico desempeña un papel indispensable, especialmente durante la primera consulta en la que se comunica un diagnóstico capaz de generar miedo, ansiedad o incertidumbre. Se trata de un momento crítico que exige una atención personalizada y un abordaje que trascienda la condición clínica para integrar el contexto cultural, social, emocional y educativo de la paciente.

Comunicar adecuadamente implica explicar, mediante un lenguaje comprensible, qué significa la enfermedad, cuáles son sus posibles

consecuencias, qué alternativas existen para el seguimiento y qué medidas pueden adoptarse para disminuir los riesgos. La manera en que la paciente comprenda su condición desde ese primer encuentro puede influir considerablemente en la forma en que afrontará el diagnóstico y continuará sus controles. Por ello, la educación y la empatía constituyen herramientas terapéuticas tan valiosas como cualquier intervención farmacológica o procedimiento médico.

Esta responsabilidad no corresponde únicamente al profesional. La paciente también necesita participar activamente en las decisiones sobre su bienestar, expresar sus dudas y temores, comprender las recomendaciones y mantener un seguimiento adecuado. En las infecciones de transmisión sexual que requieren vigilancia periódica, como las relacionadas con el virus del papiloma humano (VPH), la adherencia a los controles es especialmente importante para identificar oportunamente cambios cervicales y prevenir complicaciones.

Para lograrlo es fundamental construir una relación médico-paciente basada en la confianza, en la que la persona pueda sentirse escuchada, respetada y acompañada, sin temor a ser juzgada por el diagnóstico ni por las circunstancias asociadas con él.

Esta reflexión adquirió un sentido concreto durante la atención de una paciente de treinta y un años que acudió para revisar los resultados de una prueba de genotipificación del VPH. El estudio evidenciaba varios genotipos considerados de alto riesgo oncogénico, relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar lesiones intraepiteliales cervicales.

La paciente había conocido recientemente la presencia de la infección y aún no lograba asimilar el diagnóstico. Cuando le expliqué los nuevos resultados y la necesidad de mantener controles ginecológicos periódicos, su reacción fue inmediata: comenzó a llorar, se alteró y expresó temor ante la posibilidad de desarrollar cáncer. En ese instante, la consulta dejó de ser una

revisión objetiva de resultados y se convirtió en un espacio donde, antes que cualquier otra intervención, necesitaba sentirse escuchada y contenida.

Frente a su angustia, mi prioridad fue conservar la calma para poder acompañarla adecuadamente. Le permití expresar sus emociones sin interrumpirla y dejé a un lado el tiempo habitual de la consulta. Durante aproximadamente una hora escuché sus dudas, temores y preocupaciones.

Después le expliqué con palabras sencillas el significado de los resultados. Aclaré que presentar genotipos de VPH de alto riesgo no equivalía a tener cáncer ni implicaba que inevitablemente desarrollaría una enfermedad maligna. También conversamos sobre la importancia de los controles preventivos, el tamizaje cervical y el seguimiento ginecológico como herramientas para identificar lesiones tempranas y permitir una intervención oportuna.

Más que repetir información médica, fue necesario adaptar cada explicación a aquello que verdaderamente le preocupaba y responder de manera progresiva las preguntas que surgían. Al finalizar la consulta, aunque habíamos utilizado más tiempo del previsto, su actitud había cambiado. Se mostraba más tranquila y manifestó sentirse segura después de comprender mejor el diagnóstico y conocer las estrategias de vigilancia y prevención disponibles.

El objetivo no era restar importancia a los resultados ni transmitir una falsa sensación de seguridad. Se trataba de ayudarla a comprender su situación de forma clara, realista y menos angustiante. Aquella experiencia demostró que una noticia médica puede ser interpretada de maneras muy distintas según los recursos emocionales de cada persona. Por eso, comunicar un diagnóstico debe ser una intervención profundamente personalizada.

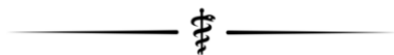
La comunicación no debería limitarse a exponer información científica. También necesita identificar las dudas, necesidades y

preocupaciones de la paciente para ofrecer apoyo durante el proceso. Este caso me llevó a reflexionar sobre una dimensión de la Medicina que no puede aprenderse por completo mediante protocolos ni guías clínicas: cada persona enfrenta la enfermedad desde una realidad emocional, social y personal diferente.

Frente al profesional existe alguien que puede experimentar miedo, incertidumbre, tristeza o incluso desesperación ante una noticia sobre su salud. En Ginecología, donde muchos diagnósticos involucran aspectos profundamente personales, esta sensibilidad resulta todavía más necesaria. El médico debe ser capaz de explicar, escuchar y acompañar con respeto, brindando seguridad y confianza sin crear falsas expectativas.

Sin humanidad, difícilmente puede construirse el vínculo que una paciente necesita para sentirse verdaderamente acompañada. La unión entre conocimiento científico y calidez humana sostiene la relación médico-paciente y permite que la persona confíe en el proceso, comprenda su situación y participe de manera activa y consciente en el cuidado de su propia salud.

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



UN CAMINO INESPERADO

Med. Joselyn María Valle Carrión



Quienes hemos tenido la oportunidad de ejercer la medicina en áreas rurales comprendemos que nuestra labor trasciende la atención brindada dentro del consultorio. También implica visitar a los pacientes en sus hogares, conocer las condiciones en las que viven y entender que, en ciertos casos, la enfermedad está vinculada con distintos aspectos de la vida de quien la padece.

En estos lugares aprendemos que atender también significa acompañar, escuchar y acercarnos a la comunidad; llegar hasta un paciente forma parte del cuidado. Recuerdo la primera vez que visité aquella comunidad, al iniciar mi año de servicio. Parecía un pequeño poblado alrededor del centro de salud y mi impresión inicial fue que recorrerlo no resultaría complicado. Pronto descubrí que el territorio era mucho más amplio y estaba conformado por numerosos barrios.

Los caminos de tierra, estrechos y sin señalización, estaban rodeados de vegetación seca y conducían a lugares a los que solo era posible llegar caminando o en un vehículo de dos ruedas. Los recorridos podían durar desde algunos minutos hasta varias horas, siempre bajo el sol que nos acompañaba durante el trayecto.

A los médicos nos enseñan a manejar nuestras emociones, pero la realidad puede ser distinta. Al encontrarme en un territorio desconocido, sin saber cómo desenvolverme, sentí miedo. Con los días, la calidez del entorno comenzó a transformar ese temor. Comprendí que aquello que necesitaba aprender no estaba en

mapas ni papeles, sino en la comunidad y en los equipos que trabajaban con grupos vulnerables. Ellos se convirtieron en aliados valiosos: conocían los senderos y a las familias que requerían atención.

Lo que al principio asumí como una obligación se convirtió, poco a poco, en la actividad que más disfrutaba de mi trabajo. Las visitas eran acogedoras y las personas me recibían con una gran sonrisa. Al final del día, aquellos encuentros conseguían que una jornada agotadora terminara con una sensación sencilla y profunda: había valido la pena.

Sin embargo, no todo era sencillo. Hubo días difíciles y muchas historias de pacientes me acompañaron de regreso a casa. Presencié situaciones que me hicieron sentir impotencia y circunstancias en las que fue difícil contener las lágrimas. Descubrí que en esta profesión no solo se celebra una mejoría; también se acompaña el dolor, la incertidumbre y aquellas realidades que, por mucho que deseemos ayudar, no podemos cambiar.

Las salidas extramurales adquirieron para mí un significado diferente. No quería dejar de intentarlo. Observé que detrás de cada consulta había dificultades que impedían a la comunidad llegar hasta nosotros y comencé a preguntarme qué podía hacer para acercar un poco más la atención.

Durante el último mes de mi año de servicio salí con mis compañeros hacia uno de los barrios incluidos en el cronograma. La crecida de los riachuelos había vuelto intransitable el camino, pero buscamos otra alternativa. Consulté a varios agricultores sobre la existencia de una ruta distinta y, siguiendo sus indicaciones, nos dirigimos hacia nuestro destino. El paisaje se mantenía constante: un cielo despejado, un sol brillante que iluminaba el entorno, una brisa que mecía suavemente la vegetación y extensiones abiertas en las que no se distinguía ninguna vivienda.

A medio camino, algo llamó mi atención. A lo lejos se veía una pequeña casa de adobe que parecía desocupada. Pedí a mi acompañante que nos desviáramos y la incertidumbre nos impulsó a detenernos para averiguar si alguien vivía allí. Me acerqué, llamé a la puerta y, tras una breve espera, abrió un hombre mayor. Era de complexión delgada y baja estatura; tenía el cabello largo y una barba espesa y canosa que caía sobre su torso descubierto. Llevaba un pantalón sujeto con una cuerda.

Su espalda se curvaba levemente por la edad, pero irradiaba energía y mostraba un trato afectuoso. Nos recibió con un saludo cálido y, después de presentarme, acepté su invitación a entrar. Conversamos durante varias horas, casi sin advertir que la charla se había convertido en un encuentro profundo. Supe entonces que vivía solo y que años atrás le habían diagnosticado diabetes e hipertensión arterial.

La distancia y la escasa circulación de medios de transporte cerca de su domicilio le impedían acudir con regularidad al centro de salud. Esa misma dificultad había evitado que buscara atención por el cuadro de resfriado común que presentaba en ese momento. Durante la temporada de lluvias, además, el agua inundaba su vivienda y lo obligaba a refugiarse temporalmente en la propiedad de un tío. En medio de la conversación descubrí otra realidad: ese familiar también era un adulto mayor, tenía discapacidad visual y vivía en condiciones similares.

Cuando llegó el momento de visitarlo, los tuve a ambos frente a mí y el panorama se convirtió en un desafío de salud familiar y comunitaria. Eran dos adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad. No podía dejar de preguntarme cuál era su red de apoyo ante una crisis de salud, si tomaban sus medicamentos a diario y cómo obtenían su sustento. En ese instante no tenía respuestas, pero sí una certeza: no podía marcharme y actuar como si ellos no existieran.

De regreso al centro de salud, aquel encuentro continuaba resonando en mi mente. Faltaban pocas semanas para concluir mi

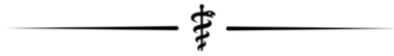
periodo en la comunidad y sabía que no era posible resolver en tan poco tiempo una situación de aislamiento sostenida durante años. Aquello escapaba de mis manos, pero podía procurar que su historia no quedara en el olvido. Junto con el equipo de salud planificamos el abastecimiento de medicamentos, las evaluaciones clínicas correspondientes y los controles posteriores.

Poco antes de irme visité su hogar por última vez para entregarle algunas cosas que podían ayudarlo. No lo encontré y emprendí el regreso con la inquietud de no saber si llegarían a sus manos. Meses después me comuniqué con el nuevo equipo de salud. Me contaron que la ayuda recibida lo tenía contento y que mantenía de manera regular sus controles y medicamentos.

A veces pensamos que se necesitan grandes acciones para cambiar la vida de una persona, pero esta experiencia me enseñó que cuidar también significa hacer una pausa, mirar con atención y preguntarse qué necesita quien está frente a nosotros. La medicina requiere comprender al paciente más allá de su patología, conocer su contexto y reconocer que la barrera que dificulta su recuperación no siempre se encuentra dentro de la consulta. Aunque no podamos solucionar todas sus dificultades, sí podemos procurar que sus necesidades sean atendidas y que el cuidado continúe incluso cuando ya no estemos.

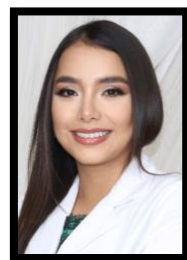
Hoy pienso que aquel desvío fuera de los planes permitió descubrir una historia que no aparecía en ningún mapa. Una historia que recuerda que detrás de cada diagnóstico hay una persona con una vida, una familia, obstáculos y una realidad que necesita ser comprendida con sensibilidad. Ejercer la medicina no consiste únicamente en tratar la enfermedad, sino también en conectar con quienes requieren nuestro apoyo, trabajar con empatía y ofrecerles el mismo cuidado y respeto que quisiéramos para nuestra propia familia.

DERMATOLOGÍA



OFICIOS QUE MARCAN LA PIEL

Med. Juliana Guerrero Sarzosa



Al iniciar mi año de servicio rural, me enfrenté de manera abrupta a realidades y escenarios epidemiológicos que hasta entonces solo conocía desde la teoría y para los cuales la formación universitaria rara vez prepara. Fui asignada a una parroquia de la Sierra ecuatoriana cuya historia estaba estrechamente vinculada a la alfarería, un oficio cuyos saberes y técnicas se transmitían de generación en generación y constituían un elemento fundamental de la identidad cultural de la comunidad. Sin embargo, los cambios económicos y sociales fueron debilitando progresivamente esta tradición ancestral.

La alfarería permitió a numerosas familias sostenerse económicamente y brindar mejores oportunidades a sus hijos. No obstante, también dejó una profunda huella en la salud de quienes dedicaron su vida a este trabajo. Años antes de mi llegada, el equipo sanitario de la localidad había detectado una preocupante frecuencia de alteraciones cognitivas y trastornos del neurodesarrollo en recién nacidos. Estudios posteriores confirmaron que la causa era el saturnismo, una intoxicación crónica por plomo originada por la exposición prolongada a los esmaltes y pigmentos utilizados en la elaboración de las piezas de barro.

Aunque con el tiempo se implementaron modificaciones en los procesos de producción que permitieron reducir significativamente la exposición al metal y mejorar los

indicadores de salud de la población, las consecuencias de aquellas prácticas continuaban presentes en la consulta diaria.

Durante mi permanencia en la comunidad, atendí no solo a personas con discapacidades permanentes derivadas de esta intoxicación, sino también a un gran número de adultos afectados por enfermedades relacionadas con años de esfuerzo físico repetitivo. Entre las afecciones más frecuentes se encontraban lumbalgias y cervicalgias mecánicas, tendinopatías de la mano, síndrome del túnel carpiano y diversas dermatosis de origen ocupacional.

Mucho antes de iniciar la carrera de Medicina, me enamoré de la Dermatología. Siempre me fascinó la idea de que la piel es el espejo de nuestra salud interna, de nuestros hábitos y del entorno que nos rodea. No obstante, durante la formación universitaria tuve escasas oportunidades para profundizar en esta especialidad o familiarizarme con una amplia diversidad de patologías cutáneas. Fue durante el servicio rural cuando ese interés resurgió con fuerza gracias a los numerosos desafíos clínicos que encontré en la consulta.

Con el transcurso de los meses comenzaron a llegar pacientes de manera recurrente, principalmente niños, que presentaban la aparición súbita de pequeñas vesículas en las manos, acompañadas de un prurito intenso y persistente. En muchos casos, los familiares ya habían intentado diversos tratamientos por cuenta propia, incluidos antibióticos y antimicóticos tópicos, sin observar mejoría alguna.

La evaluación clínica minuciosa orientó el diagnóstico hacia el eccema dishidrótico, también denominado dishidrosis o pónfolix. Se trata de una dermatosis inflamatoria crónica y recidivante caracterizada por la formación repentina de vesículas profundas, tensas y de contenido transparente, localizadas principalmente en las palmas, los bordes laterales de los dedos y, con menor frecuencia, en las plantas de los pies. Aunque su origen no ha sido completamente esclarecido, la evidencia científica sugiere una

etiología multifactorial en la que intervienen la susceptibilidad genética, los fenómenos alérgicos, la exposición a agentes ambientales, el estrés emocional, los trastornos de ansiedad, determinadas enfermedades autoinmunes y alteraciones en los mecanismos de sudoración.

Al analizar estas teorías a la luz de la realidad de la comunidad, fue posible identificar varios factores potencialmente desencadenantes. Algunos pacientes participaban directamente en la elaboración de piezas de barro, mientras que otros, especialmente los más pequeños, colaboraban con sus familias en distintas etapas del proceso artesanal. En ciertas ocasiones también resultaban evidentes situaciones de tensión emocional relacionadas con dificultades familiares, preocupaciones económicas o circunstancias generadoras de ansiedad. Sin embargo, existía un denominador común en la mayoría de los casos: la exposición prolongada a ambientes húmedos y el contacto repetido con sustancias potencialmente irritantes, elementos que probablemente contribuían al desarrollo y la persistencia de las lesiones cutáneas.

Desde una perspectiva académica, la solución parecía sencilla: evitar la exposición a los factores desencadenantes. Sin embargo, la realidad distaba mucho de esa aparente simplicidad. Para muchas de estas familias, el trabajo con el barro representa su única fuente de sustento y su identidad misma. Fue entonces cuando comprendí que la medicina trasciende la aplicación de protocolos y recomendaciones estandarizadas. Implica adaptar el manejo de cada enfermedad a la realidad social, económica y cultural del paciente.

A esta complejidad se sumaban las limitaciones propias del sistema de salud. Debido a que la dishidrosis no figuraba entre las prioridades epidemiológicas nacionales, el establecimiento donde laboraba no disponía de corticoides tópicos de alta potencia ni de inmunomoduladores, considerados herramientas importantes para su manejo. Frente a esta realidad, las estrategias terapéuticas se

orientaron principalmente hacia la educación sanitaria y las medidas de cuidado cotidiano.

Gran parte del trabajo consistió en promover hábitos que ayudaran a proteger la barrera cutánea. Se recomendó el uso de limpiadores suaves en lugar de jabones agresivos, un secado cuidadoso de las manos evitando la fricción excesiva, la utilización de guantes u otras barreras de protección durante las actividades artesanales siempre que fuera posible, y la aplicación frecuente de emolientes libres de fragancias para mantener una adecuada hidratación de la piel.

Asimismo, resultaba indispensable considerar la influencia de los factores emocionales en la evolución de la enfermedad. No obstante, era inevitable sentir frustración ante las dificultades para acceder a servicios de salud mental especializados. A ello se añadían los prejuicios que aún persisten en numerosas comunidades, donde la atención psicológica continúa asociándose erróneamente con trastornos psiquiátricos graves. Esta percepción generaba resistencia y limitaba la búsqueda oportuna de apoyo profesional, incluso en personas que podían beneficiarse significativamente de este acompañamiento.

Aunque una proporción importante de los pacientes presentó una evolución favorable, la naturaleza crónica y recurrente de la dishidrosis hacía que la resolución completa de los síntomas no siempre fuera posible. Por esta razón, además del abordaje terapéutico, la educación sanitaria se convirtió en un componente fundamental de la atención. Con frecuencia observaba cómo las lesiones repercutían en la autoestima de quienes las padecían. Muchos sentían vergüenza por el aspecto de sus manos o temían ser rechazados debido a la falsa creencia de que se trataba de una enfermedad contagiosa. Ante esta realidad, una parte esencial de la consulta consistía en aclarar dudas, derribar mitos y explicar tanto al paciente como a su familia que el eccema dishidrótico no tiene un origen infeccioso ni representa un riesgo de transmisión.

Sin embargo, esta patología fue solo una de las muchas experiencias que marcaron mi año de servicio rural. Aunque hubo jornadas agotadoras y momentos de profunda frustración, son los pacientes quienes hacen que todo esfuerzo valga la pena. Su confianza, las palabras de gratitud y las muestras espontáneas de afecto se convirtieron en recordatorios permanentes del privilegio y la responsabilidad que implica ejercer la medicina. Gracias a ellos comprendí que nuestro trabajo trasciende la prescripción de un tratamiento; también consiste en acompañar, escuchar, orientar y brindar esperanza.

El servicio rural también me permitió conocer de cerca las consecuencias de la pobreza, las desigualdades sociales y las barreras que aún limitan el acceso a una atención adecuada. En más de una ocasión sentí que mis conocimientos y habilidades resultaban insuficientes frente a las múltiples necesidades de quienes acudían en busca de ayuda. Existe una profunda sensación de impotencia cuando el deseo de hacer más choca contra las limitaciones impuestas por las circunstancias.

Aun así, cada desafío vivido fortaleció mi compromiso con la profesión y reafirmó la necesidad de continuar trabajando por un sistema sanitario más humano, equitativo y accesible. Un sistema en el que la calidad de la atención no dependa del lugar donde una persona nace, vive o trabaja, sino que constituya un derecho garantizado para todos. Porque detrás de cada diagnóstico existe una historia, una familia y una realidad que merecen ser atendidas con la misma dignidad, respeto y dedicación.

VOCACIÓN AL SERVICIO

Med. Sophia Beatriz Cárdenas Verdezoto



Elegir una especialidad médica es una de las decisiones más importantes en la vida profesional. En mi caso, el interés por la Dermatología no nació de un momento específico, sino que fue construyéndose a lo largo de mi formación académica, el internado rotativo y el año de servicio rural. Sin embargo, hubo una experiencia que transformó mi manera de entender la medicina y confirmó que esta era la especialidad a la que quería dedicar mi vida.

Durante mi año de servicio rural trabajé en una comunidad donde el acceso a la atención médica especializada era limitado. Como médico general, atendía diariamente pacientes con enfermedades respiratorias, gastrointestinales y patologías crónicas como hipertensión y diabetes. No obstante, hubo una realidad que comenzó a repetirse con frecuencia y llamó especialmente mi atención: el gran número de consultas relacionadas con enfermedades de la piel.

Muchos pacientes acudían con lesiones que llevaban meses, e incluso años, de evolución. Algunos presentaban infecciones cutáneas recurrentes; otros, dermatitis crónicas, micosis extensas o enfermedades inflamatorias que afectaban de forma importante su calidad de vida. Con el tiempo comprendí que la mayoría de ellos no buscaba atención únicamente por el malestar físico. Detrás de cada lesión había preocupación, inseguridad y, en

muchos casos, un profundo impacto en su autoestima y en la forma en que se relacionaban con los demás.

Recuerdo especialmente a una paciente de mediana edad que acudió sola a la consulta. Presentaba una enfermedad dermatológica que comprometía gran parte de su cuerpo y que llevaba varios meses de evolución. Desde que ingresó al consultorio se mostró tímida; evitaba levantar la mirada y respondía a mis preguntas con pocas palabras. Mientras conversábamos, comprendí que el problema no era solo la enfermedad que afectaba su piel. También estaba profundamente afectando su autoestima.

Mientras realizaba la anamnesis, la paciente me confesó que sentía vergüenza de su apariencia física. Me contó que evitaba acudir al médico, que prefería mantenerse alejada de sus compañeros y que incluso había dejado de asistir a reuniones y eventos familiares. Aunque su enfermedad no comprometía su vida, sí estaba afectando profundamente su bienestar emocional, su autoestima y la manera en que se relacionaba con los demás.

Aquel encuentro me hizo comprender algo que hasta entonces no había dimensionado por completo: la piel es mucho más que un órgano. Es nuestra carta de presentación, la parte del cuerpo que mostramos al mundo y un componente importante de nuestra identidad. Cuando una enfermedad afecta la piel, con frecuencia también hiere la confianza, la seguridad y la forma en que una persona se percibe a sí misma.

Después de realizar la evaluación clínica, explicarle la naturaleza de su enfermedad y establecer un plan terapéutico, acordamos controles periódicos para seguir su evolución. En las semanas siguientes observé una mejoría progresiva de las lesiones, pero lo que más me alegró fue ver cómo también cambiaba su actitud. Poco a poco comenzó a levantar la mirada, hablaba con mayor seguridad durante las consultas y expresaba optimismo respecto a su recuperación.

Esa experiencia me permitió comprender el verdadero alcance de la Dermatología. Descubrí que detrás de cada lesión existe una persona con preocupaciones, expectativas y emociones que también necesitan ser atendidas. Entendí que el dermatólogo no solo trata enfermedades de la piel; también puede contribuir a devolver la confianza, mejorar la autoestima y, con ello, transformar la calidad de vida de sus pacientes.

Durante mi formación médica ya había despertado en mí un especial interés por la Dermatología. Siempre me fascinó la posibilidad de llegar a un diagnóstico a partir de la observación detallada de las lesiones y de integrar conocimientos clínicos, inmunológicos, infecciosos y patológicos para comprender cada caso. Sin embargo, fue durante mi práctica asistencial cuando entendí el verdadero impacto que esta especialidad puede tener en la vida de las personas.

Otro aspecto que fortaleció mi interés por la Dermatología fue la diversidad de patologías que aborda. Es una especialidad que exige combinar el razonamiento clínico con una observación minuciosa, integrar conocimientos de diferentes áreas de la medicina y mantenerse en constante actualización. Ese equilibrio entre el análisis, la precisión diagnóstica y el contacto cercano con el paciente representa para mí uno de sus mayores atractivos.

Además, la Dermatología es una disciplina en permanente evolución. Los avances científicos, el desarrollo de nuevas terapias biológicas, las técnicas diagnósticas y los procedimientos dermatológicos han ampliado las posibilidades de tratamiento y mejorado significativamente la calidad de vida de muchos pacientes. Formar parte de una especialidad en constante innovación es, sin duda, una motivación adicional para continuar preparándome.

A lo largo de mi formación académica y profesional he comprendido que ejercer la medicina implica mucho más que aplicar conocimientos científicos. También significa escuchar,

comprender y acompañar a las personas en momentos de vulnerabilidad, brindándoles un trato digno, empático y humano.

La experiencia vivida durante mi servicio rural reafirmó mi convicción de dedicar mi vida profesional a la Dermatología. Comprendí que esta especialidad reúne todo aquello que buscaba en la medicina: el desafío del diagnóstico clínico, el aprendizaje permanente y, sobre todo, la oportunidad de generar un impacto positivo en la vida de las personas. Más allá del tratamiento de una enfermedad, descubrí una disciplina capaz de devolver la confianza, fortalecer la autoestima y mejorar el bienestar de quienes depositan en nosotros su esperanza.

Hoy tengo la certeza de que la Dermatología es el camino en el que deseo crecer como médica y como ser humano. Mi compromiso es continuar preparándome con responsabilidad y dedicación para brindar una atención basada en la evidencia científica, la ética y el respeto por cada paciente. Aspiro a convertirme en una especialista que no solo trate enfermedades de la piel, sino que también comprenda la historia, las emociones y las necesidades de cada persona que llega en busca de ayuda.

Finalmente, agradezco a Dios por guiar mi vocación y acompañarme en cada etapa de este camino. Confío en que cada experiencia vivida durante mi formación ha tenido un propósito y ha contribuido a convertirme, poco a poco, en la médica que aspiro ser.

LA PIEL TAMBIÉN HABLA

Med. Erika Gabriela Vaca Ocaña



Hay historias que permanecen en la memoria no por su complejidad, sino porque transforman la manera en que entendemos la medicina. Durante mi año de servicio rural viví numerosas experiencias que me enseñaron a adaptarme, a improvisar y a confiar en el juicio clínico. Sin embargo, hubo una visita domiciliaria que marcó un antes y un después en mi vida profesional. Sin imaginarlo, aquella pequeña paciente despertó la pasión que hoy orienta el camino hacia la especialidad con la que sueño.

Fue entonces cuando comprendí que ejercer la medicina va mucho más allá de atender pacientes dentro de un consultorio. Mi labor transcurría entre caminos de tierra, largas caminatas y viviendas dispersas en medio de paisajes montañosos. Muchas familias vivían de la agricultura y la ganadería, con recursos limitados y grandes dificultades para acceder a los servicios de salud. La migración había dejado una profunda huella en aquellas comunidades: padres y madres partían en busca de mejores oportunidades, mientras los hijos crecían al cuidado de sus abuelos, quienes, con inmenso amor, asumían nuevamente el papel de padres cuando ya deberían disfrutar de la tranquilidad de la vejez.

Aún recuerdo aquella mañana de lunes como si hubiera sido ayer. Mientras organizaba las actividades de la jornada, recibí la notificación de un posible caso de enfermedad exantemática en

una de las comunidades más alejadas bajo mi responsabilidad. La alerta requería una valoración inmediata. Mi preocupación no se centraba únicamente en la paciente, sino también en las implicaciones que un caso confirmado podía representar para toda la comunidad.

La comunidad a la que debía dirigirme era, además de una de las más grandes, una de las más distantes. Mientras avanzaba por el camino, observando los sembríos, el ganado y las pequeñas casas dispersas entre los campos, reflexionaba sobre la enorme responsabilidad que implicaba aquella visita. Confirmar o descartar el diagnóstico exigía la mayor precisión posible, pues un caso positivo desencadenaría de inmediato una serie de acciones fundamentales: vigilancia epidemiológica, seguimiento estrecho de los contactos e intervenciones destinadas a proteger a la población. En comunidades rurales tan estrechamente vinculadas, donde todos se conocen y los niños comparten diariamente los mismos espacios, el riesgo de transmisión es elevado: una enfermedad contagiosa puede propagarse con la rapidez de una chispa en la pólvora.

Al llegar a la vivienda fui recibida por un hombre mayor, de mirada amable y manos curtidas por el trabajo de toda una vida. Era el abuelo de la niña. Su preocupación era evidente, aunque hacía un esfuerzo por mantenerse sereno. Tras saludarlo, inicié el interrogatorio clínico. Necesitaba conocer cuándo habían aparecido las lesiones, si la niña había presentado fiebre, si existían otros síntomas o si había tenido contacto con personas enfermas. El abuelo intentó responder cada una de mis preguntas, pero era evidente que desconocía muchos detalles. Solo pudo contarme que, desde hacía aproximadamente tres días, la niña tenía unos "granitos" alrededor de la boca que le provocaban una intensa picazón. Preocupado porque las lesiones continuaban aumentando, la noche del sábado decidió llevarla a recibir atención médica.

Allí le indicaron tratamiento para aliviar las molestias y, ante la sospecha de una enfermedad exantemática, se activó el protocolo de seguimiento correspondiente. Esa información justificaba plenamente mi visita domiciliaria. Aun así, sabía que ningún reporte podía reemplazar la valoración clínica directa.

El abuelo me condujo hasta una pequeña habitación donde la niña descansaba sobre su cama. Esperaba encontrar a una paciente decaída o con fiebre; sin embargo, ocurrió todo lo contrario. Me recibió despierta, tranquila y colaboradora. Su expresión reflejaba más curiosidad que malestar. Después de presentarme, inicié el examen físico con calma, observando cuidadosamente cada detalle.

Las primeras lesiones llamaron de inmediato mi atención. Alrededor de la boca se observaban costras gruesas de color amarillo intenso, semejantes a la miel, mientras que en las extremidades superiores encontré pequeñas vesículas. Fue entonces cuando el abuelo me explicó, con evidente inquietud, que las lesiones no tenían ese aspecto el día anterior. Según relató, inicialmente parecían pequeños granitos, pero durante ese mismo día habían evolucionado hasta dar la impresión de romperse. Continué la exploración en busca de otros hallazgos que respaldaran la sospecha inicial. Sin embargo, la niña permanecía afebril, activa y en buen estado general. Nada en su condición clínica correspondía al cuadro que había motivado la alerta epidemiológica.

Fue en ese momento cuando comprendí la importancia de detenerse a observar antes de llegar a una conclusión. Cada lesión presentaba una distribución, una morfología y una evolución características. La piel parecía ofrecer todas las respuestas; solo había que aprender a interpretar su lenguaje. Las costras melicéricas, el aspecto de las lesiones y el buen estado general de la paciente orientaban con claridad hacia un diagnóstico diferente: se trataba de un impétigo.

Explicué con calma al abuelo en qué consistía la enfermedad, el tratamiento que iniciaríamos y las medidas necesarias para favorecer la recuperación y prevenir nuevas infecciones. También conversamos sobre la importancia del seguimiento para evaluar la evolución clínica. Poco a poco, la preocupación con la que me había recibido fue dando paso a la tranquilidad. No solo porque la niña evolucionaría favorablemente con el tratamiento indicado, sino porque habíamos descartado una enfermedad que habría desencadenado una investigación epidemiológica de mayor magnitud y una comprensible preocupación en toda la comunidad.

Antes de despedirme, la niña me regaló una sonrisa. Fue un gesto sencillo, probablemente ajeno a todo lo que había ocurrido alrededor de su enfermedad. Para ella solo había sido la visita de una médica a su casa; para mí, aquella sonrisa representó mucho más. Me recordó que detrás de cada diagnóstico acertado hay una persona que recupera la tranquilidad y una familia que vuelve a respirar con alivio.

Mientras regresaba por el mismo camino de tierra, repasaba una y otra vez lo ocurrido. Entendí que un diagnóstico no depende únicamente de la tecnología o de los exámenes complementarios. Comienza con una observación cuidadosa, continúa con una anamnesis detallada y se fortalece mediante un examen físico minucioso. Aquel día descubrí que la piel posee un lenguaje propio. Cada lesión, cada costra, cada vesícula y cada cambio de color cuentan una historia que el médico debe aprender a interpretar.

Aquella experiencia despertó en mí una profunda admiración por la Dermatología. Descubrí que muchas enfermedades sistémicas encuentran en la piel una de sus primeras formas de manifestarse y que, en otras ocasiones, una lesión aparentemente sencilla puede marcar la diferencia entre una alarma epidemiológica y una enfermedad completamente tratable. Aprendí que observar con atención puede evitar tratamientos innecesarios, disminuir la

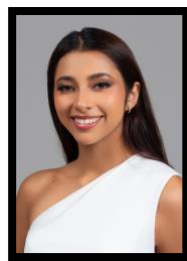
ansiedad de una familia e incluso impedir la movilización de recursos destinados al control de un brote inexistente.

Con el paso del tiempo he vivido muchas otras experiencias clínicas; sin embargo, aquella visita continúa ocupando un lugar especial en mi memoria. No fue un caso extraordinario ni una intervención especialmente compleja. Fue una consulta aparentemente sencilla que me enseñó una de las lecciones más valiosas de mi formación: antes de emitir un diagnóstico, debemos aprender a mirar con verdadera atención.

Hoy, cuando pienso en la especialidad a la que deseo dedicar mi vida, regreso inevitablemente a aquella habitación donde una niña descansaba mientras su abuelo intentaba describir unos simples "granitos". Fue allí donde comprendí que la piel no solo protege el cuerpo; también comunica, orienta y revela. Desde entonces supe que quería dedicar mi carrera a comprender ese lenguaje silencioso. Porque, tal como aquella pequeña paciente me enseñó sin proponérselo, la piel también habla. Quienes aprendemos a escucharla tenemos la oportunidad de transformar la vida de las personas con algo tan poderoso como un diagnóstico oportuno y una mirada verdaderamente atenta.

LA PIEL QUE NADIE MIRÓ

Med. Daniela Tairis Escobar Herrera



Hay pacientes que uno no elige. Llegan, se sientan, extienden las manos sobre el escritorio y esperan. Él llegó así, un mediodía de calor pegajoso, cuando el ventilador del consultorio giraba sin convencimiento y el aire olía a alcohol y a polvo. Venía por cuenta propia, sin acompañante, sin cita, con esa paciencia mansa de quien ya se ha acostumbrado a esperar. Era un hombre mayor, de manos grandes y trabajadas, y traía consigo un sobre arrugado con papeles de otras consultas. Ya había venido antes. Varias veces. Por otras cosas, siempre por otras cosas.

Al principio no lo miré. Es decir, sí lo miré: revisé el motivo de consulta de ese día, escuché, anoté, cumplí. Pero no lo miré de verdad. En la rural uno aprende rápido a avanzar por la lista, a resolver lo urgente y a no detenerse demasiado. Detenerse cuesta tiempo, y el tiempo es precisamente lo que más escasea cuando eres una sola persona frente a una sala llena. Fue al final, casi por descuido, cuando le pedí que se levantara la manga.

Lo que vi no encajaba.

Había placas gruesas, infiltradas, de bordes mal definidos, distribuidas sin la simetría prolija que uno esperaría. La piel de los brazos estaba engrosada, como si una capa de cera se hubiera extendido por debajo de ella. Las cejas se veían raleadas hacia los extremos, un detalle tan sutil que era necesario buscarlo para notarlo. Y en los papeles, escrito con letra segura, aparecía un diagnóstico previo: psoriasis. Tratamiento tópico, controles,

indicaciones. Todo razonable. Todo, sin embargo, me hacía sospechar que podía estar equivocado.

Le pregunté si le picaba. Dijo que no. Le pregunté desde cuándo. Se encogió de hombros: años, tal vez.

Pasé el cabo de un algodón por una de las placas y le pedí que cerrara los ojos y me dijera cuándo lo sentía. No lo sintió. Volví a pasarlo, esta vez con más firmeza. Nada.

Entonces me quedé quieta, con el algodón todavía en la mano y el corazón golpeándome en algún lugar detrás de la garganta. Supe lo que estaba mirando, pero también supe que no podía estar completamente segura.

Esa diferencia —saber y no estar segura— es uno de los territorios más incómodos de la medicina general. En la universidad, la lepra es apenas un capítulo breve, casi folclórico; una enfermedad que uno asocia con imágenes antiguas, historias lejanas y lugares que parecen muy distantes de nuestra realidad cotidiana. Nadie te dice que puede llegar caminando por su propio pie a un consultorio pequeño, en un pueblo donde el laboratorio más cercano queda a horas de distancia. Nadie te prepara para que se siente frente a ti un paciente que lleva años esperando que alguien mire más allá del diagnóstico que ya le dieron.

Lo primero que sentí fue miedo. No el miedo dramático de las películas, sino uno mucho más pequeño y humano: miedo a equivocarme.

Miedo a solicitar exámenes innecesarios. Miedo a movilizar recursos por una sospecha que quizá fuera solo mi ansiedad de médica joven, buscando un diagnóstico difícil donde tal vez no lo había. Miedo a que alguien con más años y más canas me mirara con esa media sonrisa que dice, sin necesidad de palabras, que uno todavía no aprende a distinguir lo probable de lo posible.

En la rural, además, el miedo tiene un costo concreto. Los recursos son escasos y cada prueba que se solicita representa

tiempo, dinero y posibilidades que también pueden necesitar otros pacientes.

Pero también sentí otra cosa, más pequeña y, al mismo tiempo, más terca. Si me equivocaba, el precio lo pagaba yo: un rato de vergüenza y una lección aprendida. Si no me equivocaba y decidía callar, en cambio, el precio lo pagaba él. Lo pagaba en nervios que no vuelven, en manos que dejan de cerrarse, en una vida que se estrecha lentamente mientras alguien continúa prescribiéndole cremas para una enfermedad que no tiene.

No fui valiente. Fui prudente, que a veces es la versión útil de la valentía.

Busqué a un médico de mayor rango, alguien con más años recorriendo aquellos pasillos, y le expliqué lo que había visto y lo que temía. Recuerdo que hablé rápido, atropellándome, enumerando primero todas las razones por las que probablemente estaba exagerando. Él me escuchó sin interrumpir.

Después fue a ver al paciente. Le pasó el mismo algodón por la misma placa y permaneció en silencio durante un largo momento.

Ese silencio fue lo más parecido a una respuesta que recibí ese día. Enviamos las pruebas. Se confirmó.

Lo que vino después fue procedimiento: la notificación, la derivación, el esquema de tratamiento, las visitas de control y la búsqueda de contactos. La maquinaria funciona cuando alguien la pone en marcha. Pero ninguna maquinaria se activa por sí sola: primero alguien tiene que mirar, detenerse ante aquello que no encaja, permitirse dudar y, finalmente, atreverse a pronunciar en voz alta un nombre que parece pertenecer a otro siglo.

Él recibió el diagnóstico con una calma que todavía me desarma. No lloró. No preguntó por qué. Solo dijo que llevaba mucho tiempo con aquello y que ya se había hecho a la idea de que era su piel y punto, de que así iba a ser.

Creo que fue eso, más que el diagnóstico, lo que se me quedó clavado: la resignación. La forma en que una persona aprende a

habitar su propia enfermedad cuando nadie le ha ofrecido otra posibilidad.

He pensado mucho en las manos que lo revisaron antes que las mías. No eran manos negligentes. Eran manos apuradas, como las mías, mirando una lista que nunca se acaba dentro de un sistema que premia la velocidad.

La psoriasis es común y la lepra no lo es. Estadísticamente, quien escribió aquel diagnóstico estaba apostando bien. El problema es que la medicina no es una apuesta: es una persona sentada al otro lado del escritorio.

Y ahí está, para mí, la verdadera lección del año rural.

No es la de resistir. No es la de sobrevivir a las guardias. Tampoco es la del heroísmo solitario que tanto nos gusta contarnos.

Es una lección más sencilla y, quizá por eso, más difícil: hay que saber. Hay que llegar sabiendo.

Porque en la ciudad, la duda puede resolverse con una interconsulta. En la rural, muchas veces la duda se resuelve contigo o no se resuelve. El especialista no está en el pasillo de al lado. La única barrera entre ese paciente y una década más de piel engrosada, de sensibilidad perdida y de estigma silencioso eres tú, junto con aquello que recuerdes de un capítulo que leíste en tercer año pensando que jamás ibas a utilizarlo.

Las enfermedades que llamamos raras dejan de serlo cuando alguien tiene que vivir con ellas. Para quien las padece, no son una rareza médica ni una estadística: son su vida entera.

Y tienen la costumbre insolente de aparecer precisamente donde nadie las está buscando: en el consultorio pequeño, en el pueblo caluroso, frente a la médica recién graduada que todavía no confía del todo en su propio criterio.

Hoy, cuando pienso en dedicarme a la dermatología, no lo hago desde la estética ni desde la fascinación por los patrones. Lo

pienso desde aquel algodón que pasé sobre un brazo y que no despertó ninguna sensación. Desde la certeza de que la piel es el único órgano que se ve y que, aun así, puede pasar años sin que nadie la mire de verdad.

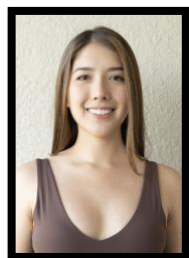
A él lo volví a ver algunas veces más, ya en tratamiento. Nunca me agradeció; supongo que no tenía por qué. Pero un día, mientras le revisaba las manos, me dijo que le habían dicho que aquello tenía cura.

Lo dijo como una pregunta, aunque en realidad no lo era. Le respondí que sí. Asintió despacio y se quedó mirando sus propias manos, como si las estuviera viendo por primera vez.

Yo también las estaba viendo por primera vez. Y me prometí, en silencio, no volver a mirar tan rápido.

VOLVIÓ OTRA VEZ

Med. Yiria Rosario Collantes Santos



Dicen que la piel habla antes que las palabras, pero durante mi adolescencia yo todavía no comprendía su lenguaje. Una mañana descubrí unas manchas rosadas en mis brazos: eran ovaladas, ligeramente descamativas y distintas a cualquier lesión que hubiera visto antes. No dolían y apenas producían picazón, pero cada día aparecían nuevas. Poco a poco comenzaron a extenderse por el tronco y las extremidades, respetando el rostro, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Mientras las observaba frente al espejo, la incertidumbre crecía mucho más rápido que aquellas manchas cuya causa desconocía.

En casa tampoco sabían qué podían significar, así que, después de varios días, decidieron llevarme a consultar con un especialista en otra ciudad. Durante el viaje imaginé todo tipo de escenarios. Pensaba que quizá se trataba de una enfermedad difícil de identificar o que aquellas lesiones representarían un verdadero desafío diagnóstico; incluso llegué a imaginar que necesitaría exámenes complejos para descubrir su causa. Sin embargo, ocurrió exactamente lo contrario. Apenas entré al consultorio, el especialista examinó mi piel durante unos segundos y afirmó con absoluta seguridad: «Es pitiriasis rosada». Nunca había escuchado aquel nombre. Me explicó que era una enfermedad frecuente en personas jóvenes, cuya causa exacta aún no estaba completamente establecida; que no era contagiosa y que, por lo general, desaparecía espontáneamente después de varias semanas. También me preguntó si antes de la aparición de las lesiones había

presentado fiebre, malestar general o dolor de cabeza. Respondí que no. Finalmente, indicó un tratamiento tópico para aliviar la inflamación y me dio la noticia que más tranquilidad me produjo en ese momento: era muy poco probable que volviera a presentarse.

Salí del consultorio mucho más tranquila de lo que había llegado. Saber que no podía contagiar a nadie representó un enorme alivio, aunque no consiguió eliminar la vergüenza que sentía al mostrar mi piel. Vivía en una región de clima cálido y, aun así, durante aquellas semanas preferí usar ropa de manga larga. Las lesiones no me causaban grandes molestias físicas; lo que realmente me incomodaba era la posibilidad de atraer las miradas de los demás. Temía que alguien pudiera interpretarlas como señal de una enfermedad contagiosa o desagradable. Con el transcurso de las semanas, las manchas fueron desapareciendo lentamente hasta no dejar cicatrices ni marcas permanentes. Todo terminó convirtiéndose en un recuerdo incómodo que, según creía entonces, no tendría que volver a experimentar.

Pasaron tres años hasta que una mañana advertí nuevamente la presencia de pequeñas lesiones descamativas. Al principio no les presté demasiada atención porque ya no recordaba con exactitud el aspecto de las anteriores y tampoco conservaba fotografías de aquel primer episodio. Sin embargo, conforme transcurrían los días, aparecieron más y comenzaron a distribuirse de una manera inquietantemente familiar: estaban presentes en el tronco y los brazos, aunque todavía no habían alcanzado las piernas. Decidí acudir nuevamente a un dermatólogo y, una vez más, bastaron pocos segundos de observación para confirmar el diagnóstico que había recibido años atrás: pitiriasis rosada.

La noticia me sorprendió profundamente. Estaba convencida de que aquella enfermedad no volvería a aparecer porque así lo había entendido durante mi primera consulta. Esta vez, el tratamiento fue diferente e incluyó corticoides por vía oral y antihistamínicos. Las lesiones mejoraron, pero la tranquilidad duró poco: apenas

unos meses después aparecieron por tercera vez. Esa nueva recurrencia me llevó a buscar otra opinión médica. Más que recibir nuevamente el mismo diagnóstico, quería entender por qué continuaba ocurriendo algo que, según me habían explicado, era excepcional.

El siguiente especialista también identificó la pitiriasis rosada apenas examinó las lesiones, aunque su propuesta terapéutica fue distinta a las anteriores. Decidió aplicar inyecciones directamente sobre cada una de las placas visibles. Recuerdo aquel procedimiento como largo e incómodo. Antes de comenzar le pregunté si el medicamento que utilizaría era un corticoide; respondió que no debía preocuparme, pero nunca me explicó con claridad qué contenía exactamente la solución que estaba administrando. En ese momento acepté el tratamiento porque confiaba plenamente en su criterio médico y porque todavía desconocía casi todo acerca de la enfermedad que, por tercera vez, había aparecido en mi piel.

Con los años, mientras estudiaba medicina, aprendí que la pitiriasis rosada suele ser un proceso autolimitado. En la mayoría de los casos requiere únicamente medidas sintomáticas, como antihistamínicos cuando existe prurito importante o corticoides tópicos de baja o mediana potencia para aliviar la inflamación. Comprender mejor la enfermedad también me permitió mirar de otra manera aquellas experiencias que durante mi adolescencia habían estado rodeadas de tantas dudas.

Transcurrieron varios años sin nuevos episodios. En realidad, ni siquiera pensaba demasiado en la posibilidad de que volviera a aparecer; continuaba convencida de que las recurrencias eran poco frecuentes y que, después de haberla presentado en varias ocasiones, probablemente no tendría que enfrentarla nuevamente. Sin embargo, cuatro años después apareció una lesión aislada en la parte distal del antebrazo. Al principio parecía una simple picadura de mosquito: pequeña, de color salmón y completamente inofensiva. Con el transcurso de los días comenzó a crecer

lentamente hasta alcanzar aproximadamente dos centímetros; en el centro apareció una fina descamación y el borde adquirió un aspecto cada vez más definido. Aun así, no le di demasiada importancia.

Dos semanas después comenzaron a aparecer múltiples lesiones pequeñas distribuidas por el tronco. Esta vez decidí consultar sin esperar demasiado. La primera doctora que me examinó no pudo determinar con certeza de qué se trataba y se mostró desconcertada ante las lesiones. Por un momento pensé que quizá esta vez enfrentaba algo diferente. Me solicitó algunos exámenes de laboratorio, pero decidí esperar unos días para observar cómo evolucionaba el cuadro antes de realizarlos. Cuatro días más tarde acudí a otra dermatóloga. Observó mi espalda durante unos segundos y señaló algo que hasta entonces yo no había advertido: «Tiene un patrón en árbol de Navidad; es pitiriasis rosada».

Entonces pude relacionar aquella primera lesión del antebrazo con la placa heráldica, aunque había aparecido en una localización poco habitual. Lo más frecuente era encontrarla en el tórax, la espalda, el abdomen o el cuello y, de hecho, en mis episodios anteriores la había presentado en la espalda. Esta vez había comenzado en el antebrazo. A esas alturas, que mi caso se apartara nuevamente de lo habitual ya no me sorprendía demasiado: las recurrencias tampoco eran frecuentes y, sin embargo, yo ya había atravesado varias. Una vez más, las lesiones siguieron su curso y desaparecieron espontáneamente después de algunas semanas.

Han transcurrido varios años desde aquel último episodio y, hasta ahora, la enfermedad no ha regresado. Nunca me produjo un prurito importante, no dejó cicatrices y tampoco representó un riesgo para mi salud. Aun así, esta experiencia me permitió reconocer que no todas las enfermedades afectan únicamente al cuerpo; algunas también modifican, aunque sea temporalmente, la manera en que una persona percibe su propia imagen. Lo más difícil para mí nunca fueron las molestias físicas, sino despertar

cada mañana y descubrir nuevas manchas sobre la piel. Era sentir la necesidad de esconderlas bajo la ropa, evitar preguntas y preocuparme por las miradas de quienes podían creer que se trataba de algo contagioso o sentir rechazo al acercarse.

Más adelante descubrí también que la recurrencia de la pitiriasis rosada es poco frecuente y se presenta solamente en un pequeño porcentaje de pacientes. Sin proponérmelo, terminé formando parte de ese grupo. Hoy conozco mucho mejor la enfermedad y sé que, si volviera a aparecer, probablemente tendría un curso benigno y desaparecería nuevamente. Sin embargo, todavía surge cierta inquietud cuando descubro alguna lesión nueva en mi piel. Es una sensación difícil de explicar para quien nunca ha pasado por una experiencia semejante.

Todo este recorrido también me permitió valorar de una manera especial la observación clínica. Cuando era adolescente, las enfermedades de la piel me parecían un rompecabezas difícil de descifrar. Con el tiempo fui descubriendo que aquello que para mí era un conjunto de manchas sin explicación podía revelar, ante un ojo entrenado, características y patrones capaces de orientar rápidamente un diagnóstico. Lo había experimentado desde mi primera consulta y volvió a ocurrir años después, cuando aquella dermatóloga reconoció en mi espalda la distribución en «árbol de Navidad». Aprendí así que la medicina muchas veces comienza antes de solicitar un examen complementario: empieza al mirar con atención.

Esa capacidad de reconocer lo que la piel expresa despertó en mí un profundo respeto por la dermatología. Espero que algún día, después de años de estudio y experiencia, pueda desarrollar también esa mirada clínica: observar con atención, identificar detalles que pueden pasar inadvertidos y, sobre todo, transmitir a mis pacientes la tranquilidad que yo buscaba cada vez que yo sentía miedo e incertidumbre cuando aquellas manchas volvían a aparecer.

PIEL DE MONTAÑA

Med. Alisson Doménica Valverde Verdezoto



Estudié medicina desde una burbuja cómoda y ordenada. Conocía, en teoría y en datos estadísticos, los problemas del sistema de salud, pero nunca los había enfrentado yo sola, ni tampoco esos otros problemas que no vienen en los libros y llegan directamente a la puerta del consultorio. Mi llegada al año rural sería el pinchazo que rompería esa burbuja, y con ella, toda una montaña rusa de emociones.

Tras vivir, estudiar y practicar la medicina durante seis años en la capital, mi rumbo, como el de muchos otros profesionales recién graduados, cambió al elegir mi plaza para el año de servicio rural. Llegué, llena de incertidumbre y una mezcla de temor y emoción a partes iguales, a una pequeña parroquia famosa por sus valles frutales y su magnífica vista al volcán Tungurahua.

Durante el proceso de selección escuché un sinfín de anécdotas sobre cómo sería la rural y sobre los problemas a los que me enfrentaría: para algunos había sido el mejor año de su carrera; para otros, un episodio caótico que preferían no recordar. Tantas anécdotas ajenas y, sin embargo, nadie hablaba de los problemas de piel; nadie me preparó para atender a toda una comunidad, sobre todo de niños y adultos mayores muy longevos, con distintas afecciones cutáneas que contaban la historia real de esas montañas.

La bienvenida me la dio de frente el volcán Tungurahua, majestuoso, con su manto de hielo y un frío que quemaba las

mejillas y dejaba su huella en el rostro de los habitantes. No tuve tiempo de transición ni de acomodarme. De un momento a otro pasé a ser la única médica del puesto de salud y a encargarme de su administración; no conocía todavía a la comunidad, y menos sabía que tenía frente a mí a decenas de familias con niños pequeños que dependían enteramente de que yo encontrara la manera de romper un ciclo que, para entonces, ya llevaba meses repitiéndose casa por casa.

No tardé en reconocer un patrón que se repetía consulta tras consulta, sobre todo los lunes, después del fin de semana en el campo: niños que llegaban rascándose los espacios entre los dedos, las muñecas y la cintura, sin poder dormir por las noches; niños que llevaban semanas rascándose hasta sangrar y que, en alguna ocasión, incluso faltaban a la escuela porque las lesiones ya se habían sobreinfectado; madres que cargaban a todos sus hermanos a la consulta con los mismos síntomas.

No era solo la escabiosis. Aprendí a leer, en cada consulta, un catálogo distinto de dermatosis que la altura, el frío y el campo tallaban sobre la piel de mis pacientes: la piel agrietada y las fisuras dolorosas en manos y talones de quienes trabajaban la tierra sin guantes ni botas adecuadas; la dermatitis del pañal, extendida y con placas satélite, en bebés que pasaban horas sin cambio porque sus madres repartían el día entre la cosecha y la casa; y el fotodaño precoz en las mejillas rojas de los agricultores y sus niños, que llevaban toda una vida expuestos al sol de altura sin protector solar, algo que ellos jamás relacionarían con las manchas que empezaban a aparecerles.

También recuerdo los casos más sencillos, esos que con el tiempo aprendí a resolver casi de memoria y que, sin embargo, no dejaban de darme satisfacción. Una tarde llegó una niña de unos siete años, de la mano de su madre, rascándose la cintura y los dedos desde hacía casi dos semanas. El examen fue simple: los surcos entre los dedos, unas pocas pápulas en las muñecas y

alrededor del ombligo, el prurito que empeoraba en la noche, ningún signo de sobreinfección.

Le expliqué a la madre cómo aplicar la permetrina de cuello a pies, dejarla actuar toda la noche, lavar la ropa de cama al día siguiente y tratar al mismo tiempo a los dos hermanos que dormían con ella, aunque todavía no tuvieran lesiones visibles. A las tres semanas volvieron a control, y la niña ya dormía tranquila. No hubo drama ni complicaciones, solo el alivio ordinario de un tratamiento que funcionó como debía.

Recuerdo especialmente a una familia de seis hermanos, el mayor de doce años y la menor de apenas ocho meses, que compartían un único cuarto, una cama y dos cobijas en una vivienda sin agua potable, a treinta minutos a pie del puesto de salud. No había manera de tratar a uno solo: bastaba con que un hermano se curara para que, un par de semanas después, volviera a rascarse porque el resto de la familia seguía infestada, porque la ropa de cama nunca se lavó o porque no alcanzaba la permetrina para los seis a la vez. Ahí comprendí, más allá de cualquier definición de libro de dermatología, que la escabiosis en esa comunidad no era una enfermedad de un niño, sino el síntoma visible de una casa entera.

Empecé a reconocer el hacinamiento y la falta de agua como parte del cuadro clínico, una realidad tan concreta como la lesión que veía en cada pliegue interdigital. Muchas familias vivían amontonadas en una sola habitación, y para ellas la piel de sus hijos terminaba siendo, sin proponérselo, el mapa más honesto de cuánta agua tenían, cuántos colchones, cuánta ropa de cama y cuánto tiempo libre para lavar. El picor que no dejaba dormir a un niño por las noches era, muchas veces, la única señal visible de una pobreza que de otro modo permanecía en silencio.

Esa misma escasez se convertía, con frecuencia, en una barrera invisible para el tratamiento. ¿Qué alternativa le ofrece uno a una madre que debe tratar a sus seis hijos el mismo día para cortar el contagio, cuando en el puesto de salud no hay permetrina, cuando lavar la ropa de cama con agua caliente no es posible, y cuando no

hay con quién dejar a los más pequeños mientras ella misma se aplica el tratamiento? No había nadie en quien apoyarse para coordinar que los seis se trataran a la vez.

Entendí, entonces, algo que ningún algoritmo terapéutico contempla del todo: que la escabiosis no se resolvía solo con fármacos, porque estaba entrelazada con la pobreza, el hacinamiento y la falta de agua en las zonas rurales. Yo podía indicar el tratamiento correcto, explicar con paciencia cómo aplicarlo, pero si esa madre no tenía cómo tratar a los seis hermanos el mismo día, ni agua ni electricidad suficiente para hervir sábanas y ropa, ni tiempo para hacerlo entre la cosecha, el tratamiento ideal terminaba por desvanecerse en el camino, y el niño volvía dos semanas después, otra vez rascándose.

Vi entonces que la medicina no era exactamente como la había aprendido en la universidad, en los libros y artículos donde cada patología tiene su algoritmo, cada algoritmo su tratamiento, y cada tratamiento se prescribe asumiendo que el paciente tiene acceso a todo lo necesario. En realidad, eso ya lo sabía: uno empieza a aprenderlo desde las primeras prácticas del primer año de medicina, que faltan medicamentos, que los tiempos de espera pueden ser largos, que muchas familias no cuentan con los recursos para costear un tratamiento completo. Lo que jamás había aprendido era a mirar el hacinamiento y la falta de agua como barreras de acceso, ni a leer en la piel de un niño la historia completa de su casa.

Aprendí a diagnosticar una infestación, sí, pero también a evaluar la capacidad real de esa familia para cortar el ciclo. Y no me refiero únicamente a si la permetrina estaría disponible en el puesto de salud o si alcanzaba para todos; me refiero a si había alguien que pudiera bañar y aplicar el tratamiento a los seis hermanos el mismo día, a si tenían agua suficiente, a si la madre podía ausentarse un momento del trabajo en el campo sin perder el jornal. El tratamiento de la escabiosis no depende solo de tener el medicamento en la mano.

Mi año rural me devolvió algo que la carrera entre exámenes, guardias interminables y la necesidad constante de acumular conocimiento había ido desgastando poco a poco: el sentido de ser médica más allá del conocimiento, y la capacidad de estar presente en el ahora. Fue, sobre todo, la piel de mis pacientes la que me lo mostró; no conozco otro órgano que hable tan pronto y tan claro, que revele el frío, el sol, el agua que falta, el hacinamiento y las horas de trabajo bajo el cielo abierto, mucho antes de que el paciente encuentre las palabras para contarlo.

Mi rural dejó de ser una lista de protocolos y de burocracia interminable, y se convirtió en algo más profundo y honesto: la posibilidad de sentarme junto a una madre agotada y ayudarla a encontrar, entre lo poco que tenía, la manera de tratar a sus seis hijos el mismo día, con los recursos disponibles, materiales y no materiales.

Romper la burbuja no fue solamente conocer la realidad más allá de nuestro sistema de salud. Fue aprender a mirar la piel como se mira el hermoso paisaje del Tungurahua: de cerca, con paciencia, sin apurar el diagnóstico. Fue recorrer, literalmente, los mismos caminos de tierra que esas familias recorren cada semana para llegar hasta el puesto de salud, y entender que el diagnóstico de un paciente no siempre está en un libro: muchas veces está escrito sobre su propia piel, curtida por el sol, agrietada por el frío o marcada por la escasez.

DE LA PIEL AL BISTURÍ

*Med. Geovanna Nicole Holguín
Montenegro*



Como médica general, he aprendido que una consulta puede cambiar de rumbo en cuestión de segundos. A veces ocurre por un resultado inesperado; otras, por una pregunta que el paciente formula cuando ya está por levantarse. Durante una jornada de atención ambulatoria recibí a una mujer de mediana edad que acudía por una molestia digestiva leve y por el cansancio que arrastraba desde hacía varios días. Conversamos, la examiné y revisamos las medidas que debía seguir. Todo parecía encaminado hacia un cierre sencillo.

Sin embargo, cuando se acomodaba el bolso para salir, se tocó la parte alta de la espalda y me dijo: «Doctora, antes de irme, ¿puede ver una mancha? Mi hija dice que está cambiando». Su tono no expresaba preocupación, sino casi una disculpa por añadir otro motivo a la consulta. Le pedí que se sentara nuevamente.

La lesión se encontraba en un lugar que ella no podía observar con facilidad. A simple vista no era grande ni especialmente llamativa, pero tenía bordes irregulares y una mezcla de tonalidades que no me parecía prudente pasar por alto. Como médica general, mi función no era transformar aquella observación en un diagnóstico dermatológico definitivo. Mi responsabilidad consistía en reconocer que existían características que merecían una valoración especializada.

Le pregunté desde cuándo la tenía y si había notado crecimiento, picazón, sangrado o algún cambio reciente. Respondió que la mancha existía desde hacía años, aunque su familia insistía en que

ahora se veía más oscura. Después recordó que, en una ocasión, había encontrado una pequeña mancha de sangre en la ropa y pensó que se había rascado mientras dormía. Ese detalle terminó de convencerme de que no era una consulta que pudiera dejarse pendiente.

Ella me miró en busca de una respuesta inmediata. «¿Es cáncer?», preguntó. Ese fue quizá el momento más delicado de la conversación. Podía percibir su miedo antes de que existiera alguna certeza. Le expliqué que observar una lesión sospechosa no significaba confirmar una enfermedad y que, precisamente por eso, necesitaba ser evaluada por Dermatología. Hablé con calma y evité términos innecesariamente alarmantes. Le indiqué que el especialista podría examinarla con mayor detalle y decidir si era necesario tomar una muestra. Mi papel consistía en identificar una señal de alerta, orientarla correctamente y evitar que la incertidumbre se transformara en abandono. Antes de salir, aceptó gestionar la valoración y prometió no postergarla.

Durante los días siguientes pensé varias veces en aquella consulta. En Medicina General atendemos problemas de todas las áreas y aprendemos a reconocer nuestros límites. Esa amplitud no significa saberlo todo, sino comprender cuándo un hallazgo necesita otra mirada. Por eso me tranquilizó saber, durante un control posterior, que la paciente había acudido a Dermatología. Allí examinaron cuidadosamente la lesión y recomendaron una biopsia.

La palabra «biopsia» la había asustado, pero esta vez regresó con preguntas y no con intención de huir. Quería saber si el procedimiento dolería, cuánto tardaría el resultado y qué podría suceder después. Le respondí solo aquello que correspondía a mi rol y reforcé la importancia de seguir las indicaciones del especialista.

La biopsia confirmó que no se trataba de una mancha común y que era necesario retirar la lesión con un margen de tejido sano. La paciente volvió con el informe en la mano. No recuerdo

primero el papel, sino su expresión: mezclaba la preocupación por un diagnóstico que necesitaba tratamiento con el alivio de saber qué debía hacer. «Doctora, ahora me mandan a cirugía. Yo pensé que Dermatología iba a resolver todo», comentó.

Aquella frase abrió una conversación que todavía recuerdo. Le expliqué que las especialidades no funcionan como habitaciones cerradas. En muchas enfermedades de la piel, Dermatología permite identificar y confirmar el problema, mientras Cirugía General puede intervenir cuando se requiere retirar una lesión, ampliar una resección o tratar una herida mediante un procedimiento quirúrgico.

Hasta ese momento, ella asociaba la palabra cirugía únicamente con operaciones abdominales extensas, emergencias o situaciones graves. El caso mostraba una conexión diferente: la piel había sido el primer escenario de la enfermedad; Dermatología aportó la valoración especializada y la confirmación, y Cirugía General debía convertir el diagnóstico en una decisión terapéutica concreta. Para mí, observar esa continuidad fue una lección valiosa. No ocupaba el lugar de ninguno de los especialistas; acompañaba a una paciente que transitaba desde la consulta general hacia un proceso interdisciplinario y la ayudaba a comprender el sentido de cada paso.

El día de la valoración quirúrgica llegó con mayor serenidad. Después me contó que el cirujano revisó el informe, examinó la zona y explicó que el objetivo era retirar el tejido necesario y enviar la pieza para un análisis definitivo. Comprender que la cirugía sería planificada de acuerdo con la localización y las características de la lesión cambió por completo la imagen que ella tenía del quirófano. «Yo ya me había imaginado lo peor», confesó con una risa nerviosa. A veces, el miedo crece en los espacios que deja la información incompleta.

Cuando se realizó el procedimiento, no participé como cirujana ni como dermatóloga. Mi lugar continuaba siendo el de la médica general que había iniciado la ruta al reconocer un hallazgo que

merecía atención y que seguía acompañando el proceso. Lejos de parecerme menor, esa posición adquirió un nuevo valor. Muchas historias clínicas no dependen de una única decisión extraordinaria, sino de una cadena de decisiones correctas: observar una lesión, preguntar por sus cambios, derivar a tiempo, confirmar el diagnóstico, planificar la resección y vigilar la recuperación. Aunque cada acción correspondía a un profesional diferente, todas formaban parte de la misma historia.

La paciente regresó después de la cirugía para un control general. La cicatriz permanecía cubierta y todavía le causaba cierta impresión. Antes de hablar de cualquier otro tema, dijo: «Al final, todo empezó porque mi hija me obligó a preguntar». Sonreímos. El estudio definitivo confirmó que la resección había sido adecuada y que debía continuar con los controles indicados. Su mayor preocupación ya no era el diagnóstico, sino aprender a observar su piel sin vivir con miedo. Le recordé que debía seguir las recomendaciones de Dermatología y que desde la consulta general también podíamos mantener la vigilancia clínica y reforzar los cuidados.

Esta experiencia me hizo pensar en la manera en que dividimos la Medicina durante la formación. Estudiamos Dermatología en un bloque, Cirugía General en otro y Medicina General como un espacio amplio donde todo parece encontrarse. En la vida real, esas fronteras son menos rígidas. El paciente no llega diciendo qué especialidad necesita; llega con una preocupación, un síntoma o una lesión que debe interpretarse. En ocasiones, el médico general resuelve el problema. En otras, su decisión más importante es reconocer que necesita la participación de otro profesional. Orientar también es una forma de cuidar.

La Dermatología me recuerda la importancia de observar aquello que se encuentra frente a nosotros. La piel es visible, pero puede ser engañosa: una lesión pequeña puede no doler ni incomodar y, aun así, requerir estudio. La Cirugía General, por su parte, demuestra que algunas decisiones clínicas deben traducirse en

acciones concretas. Entre ambas especialidades existe un puente que muchas veces comienza en la consulta general, cuando detectamos un cambio, escuchamos un dato que parecía secundario y facilitamos que el paciente llegue al lugar adecuado en el momento oportuno.

También aprendí a cuidar la manera de comunicar. Si aquella mañana hubiera utilizado una palabra alarmante sin tener certeza, quizá la paciente habría vivido días de angustia innecesaria. Si hubiera minimizado la lesión porque no dolía, tal vez habría retrasado una valoración importante. El equilibrio consistía en explicar que existían razones para estudiarla sin convertir una sospecha en una sentencia. Esa forma de hablar exige tanto cuidado como el examen físico.

Tiempo después regresó por una consulta completamente distinta. Al finalizar, ella misma me pidió que revisara otra vez la piel de su espalda. Ya no lo hizo con miedo, sino con responsabilidad. Me contó que prestaba atención a los cambios y que había pedido a su familia que le avisara si notaba algo diferente. La cicatriz permanecía allí, discreta, como un recordatorio de todo el recorrido: la sospecha desde Medicina General, la evaluación precisa desde Dermatología y la resolución terapéutica desde Cirugía General.

Desde entonces procuro no olvidar que el motivo escrito en la agenda rara vez contiene toda la historia. La consulta exige priorizar, pero también escuchar esas frases que aparecen al final: «ya que estoy aquí», «esto no me duele, pero...» o «mi familia dice que ha cambiado». No todas conducirán a un diagnóstico importante ni cada lesión necesitará una biopsia o una cirugía; sin embargo, merecen una respuesta responsable. Como médica general no necesito asumir una especialidad que no me corresponde para ser útil. Necesito observar, reconocer señales de alarma, orientar y acompañar.

Aquella paciente me permitió comprender mejor la relación entre Dermatología y Cirugía General sin que yo perteneciera a ninguna

de las dos especialidades. La primera transformó una sospecha en un diagnóstico; la segunda ofreció la intervención necesaria. Mi lugar estuvo antes, entre y después de esos momentos: detectar, derivar, explicar y continuar el seguimiento.

Fue una experiencia sencilla, pero cambió mi manera de entender el trabajo en equipo. La Medicina no siempre avanza en línea recta ni pertenece a una sola disciplina. A veces comienza con una mancha en la espalda y recorre un camino que va de la piel al bisturí, enseñándonos que cuidar también significa reconocer cuándo debe intervenir cada especialidad y cómo el médico general puede unir esos pasos.

CUANDO LA PIEL HABLA

Med. Leslie Anahí Granizo Villacís



Durante mi año de internado tuve la oportunidad de acercarme a distintas áreas de la medicina, pero hubo una especialidad que dejó una huella particular en mí: la Dermatología. Antes de vivir aquella experiencia, pensaba en la piel principalmente como el órgano que recubre y protege nuestro cuerpo. Con el paso de los meses comprendí que también puede convertirse en una de las primeras ventanas a través de las cuales una enfermedad pide ser escuchada. Aprendí que una lesión aparentemente pequeña puede esconder una historia mucho más grande y que, detrás de una consulta dermatológica, muchas veces existe una persona que ha esperado demasiado tiempo para pedir ayuda.

Lo que más me marcó no fue solamente la gravedad de algunas lesiones, sino las razones por las que muchas personas llegaban en etapas tan avanzadas. En numerosos casos existían dificultades económicas, pocas posibilidades de acceder a estudios complementarios o tratamientos especializados y, sobre todo, un escaso reconocimiento de la importancia de aquello que estaba ocurriendo en su propia piel. Algunas personas habían convivido durante meses con una lesión que cambiaba lentamente. Otras habían intentado aliviarla por sus propios medios o, simplemente, habían aprendido a vivir con ella. Mientras la consulta médica se postergaba, la enfermedad continuaba avanzando.

Recuerdo especialmente la sensación que me producía recibir a estos pacientes. Frente a mí no había solamente una lesión extensa

o una enfermedad complicada; había una historia de espera, limitaciones y, en ocasiones, resignación. Al conversar con ellos comprendía que no siempre se trataba de falta de interés por su salud. A veces era la consecuencia de no tener los recursos necesarios, vivir lejos de los servicios especializados, no contar con estudios accesibles o pensar que aquello que aparecía en la piel no podía ser realmente importante.

En una de esas jornadas llegó un paciente cuya lesión había alcanzado una extensión que llamaba la atención de inmediato. Durante la valoración podía advertirse que el problema no había comenzado de esa manera. Llevaba tiempo evolucionando y, cuando finalmente se buscó atención especializada, las posibilidades de intervenir ya eran mucho más limitadas. Como médica en formación, aquella situación me generó una mezcla de preocupación e impotencia. Una parte de mí pensaba en lo diferente que podría haber sido el escenario si esa persona hubiera recibido atención cuando la lesión apenas comenzaba.

Durante la consulta intenté mirar más allá de lo evidente. Escuché su historia, sus dudas y la forma en que había interpretado aquello que ocurría. Comprendí que muchas veces los pacientes no necesitan únicamente que les expliquemos qué tienen; también necesitan que alguien les enseñe a reconocer cuándo su cuerpo intenta advertirles que algo no está bien. Una mancha que cambia, una herida que no cicatriza o una lesión que aumenta de tamaño, sangra o se transforma puede parecer un problema menor para quien la observa todos los días, pero para el personal de salud puede representar una señal que merece atención.

Esa experiencia me hizo reflexionar sobre una realidad que se repitió durante el internado: la enfermedad no siempre llega a nosotros cuando comienza. Muchas veces llega después de haber avanzado. Entonces, el tratamiento puede volverse más complejo, las posibilidades de recuperación pueden disminuir y algunas lesiones pueden alcanzar un punto en el que los daños ya no sean

reversibles. En esos momentos resulta imposible no preguntarse cuánto habría cambiado la historia con una consulta oportuna.

También aprendí que la medicina no puede limitarse a diagnosticar y tratar. Parte de nuestro trabajo consiste en educar. En Dermatología, esa educación puede empezar con algo tan sencillo como enseñar a una persona a observar su propia piel y a no normalizar cambios persistentes. No se trata de generar miedo ante cada lesión, sino de fomentar la atención y la búsqueda oportuna de ayuda. La prevención y la detección temprana adquieren un significado especial cuando sabemos que no todas las personas tienen las mismas oportunidades de acceder a una valoración especializada.

La desigualdad en el acceso a la salud se hacía especialmente visible en las posibilidades de cada paciente. Para algunas personas, realizarse un estudio o acudir a una consulta especializada implicaba reorganizar su economía, conseguir transporte, ausentarse del trabajo o esperar durante mucho tiempo. Para otras, esas mismas acciones resultaban más sencillas. Esa diferencia terminaba influyendo en el momento en que una enfermedad era identificada y, en consecuencia, en las opciones de tratamiento.

Como interna, muchas veces me concentraba en aprender a reconocer diagnósticos, comprender tratamientos y mejorar mis habilidades clínicas. Sin embargo, aquellas experiencias me enseñaron algo que ningún libro podía transmitir de la misma manera: detrás de cada diagnóstico existe una persona con circunstancias particulares. Comprendí que preguntar por el contexto del paciente también forma parte de hacer medicina. Saber qué posibilidades tiene para acceder a un tratamiento, qué entiende de su enfermedad y qué obstáculos enfrenta puede cambiar por completo la manera en que debemos acompañarlo.

Hubo momentos en los que salir de una consulta me dejaba pensando durante horas. Me preguntaba cuántas personas podían estar, en ese mismo instante, observando en su cuerpo una señal

que no sabían interpretar. Pensaba también en quienes habían llegado tarde, no porque no les importara su salud, sino porque durante mucho tiempo no consideraron que aquella lesión pudiera representar un problema serio. Esa reflexión cambió mi manera de observar la piel de mis pacientes y, de cierta forma, mi manera de entender la medicina.

El internado me enseñó que una consulta puede comenzar con algo aparentemente sencillo y terminar dejando una enseñanza profunda. En Dermatología descubrí que la piel puede hablar mucho antes de que una enfermedad alcance su máxima expresión, pero para escucharla se necesita conocimiento, atención y, sobre todo, acceso a una valoración adecuada. También comprendí que la posibilidad de llegar a tiempo no depende exclusivamente del paciente: requiere servicios accesibles, educación sanitaria y profesionales capaces de reconocer esas señales.

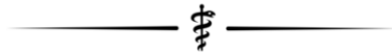
Hoy, cuando recuerdo aquellas experiencias, no pienso únicamente en las lesiones avanzadas que observé. Pienso en las personas que había detrás de ellas y en todo lo que sus historias me enseñaron. Algunas enfermedades pueden tratarse con mayor facilidad cuando se detectan temprano; otras, cuando han avanzado demasiado, dejan secuelas o posibilidades limitadas. Esa diferencia me hizo valorar aún más cada oportunidad de prevención y cada momento en el que un profesional puede orientar a una persona.

Si algo me dejó aquel año fue la certeza de que la medicina también consiste en aprender a escuchar lo que el paciente todavía no sabe expresar. La piel puede ser una de esas formas de comunicación silenciosa. Una señal que parece pequeña puede constituir la primera advertencia de un problema mayor. Por eso, más allá de los conocimientos técnicos que adquirí, aquella etapa me dejó una responsabilidad: recordar siempre que detrás de una lesión hay una historia y que, cuando tenemos la posibilidad de intervenir a tiempo, una consulta puede cambiar su rumbo.

Mi experiencia en Dermatología transformó mi manera de entender la atención médica. Aprendí que no basta con mirar una lesión: hay que mirar a la persona. No basta con indicar un tratamiento: hay que preguntarse si podrá acceder a él. No basta con reconocer una enfermedad avanzada: también debemos pensar qué pudo haberse hecho antes. Y, sobre todo, comprendí el valor de acercar la medicina a quienes encuentran mayores dificultades para acceder a ella.

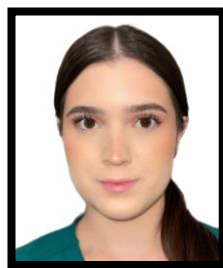
Aquel año terminó, pero algunas de esas historias permanecieron conmigo. Cada vez que observo una lesión que alguien ha decidido ignorar durante mucho tiempo, recuerdo que detrás de esa decisión pueden existir miedo, desconocimiento, falta de recursos o la simple idea de que no se trata de algo importante. Una de las lecciones más humanas que me dejó el internado fue aprender a no juzgar la demora, sino a comprenderla. Porque antes de tratar una enfermedad, muchas veces debemos ayudar al paciente a reconocer que merece ser atendido.

MEDICINA ESTÉTICA



LA ÉTICA DETRÁS DE LA ESTÉTICA

Med. Chiara María Iannuzzelli Loor



«¿No lo ve? Con esta luz se me marca una sombra en el puente», me dijo aquella paciente mientras observaba su reflejo en el espejo y recorría con los dedos el dorso de una nariz que, a mis ojos, lucía completamente armónica. Se había realizado una rinomodelación un año atrás en la clínica donde yo hacía mis prácticas y, desde entonces, acudía periódicamente para solicitar nuevos retoques. Aunque el resultado se había mantenido proporcionado con sus rasgos faciales, ella continuaba convencida de que todavía había algo que podía mejorarse.

Hasta ese momento, pensaba que el mayor aprendizaje que obtendría de la medicina estética estaría relacionado con la realización de procedimientos, el conocimiento de nuevas herramientas y la adquisición de destrezas técnicas. Como médico general que participaba en la valoración y el acompañamiento de los pacientes, esperaba aprender principalmente sobre anatomía facial, indicaciones y técnicas. Lo que no imaginaba era que algunas de las consultas que más marcarían mi formación serían, precisamente, aquellas en las que decidíamos no realizar ningún procedimiento. Aquella paciente no fue una excepción aislada, sino una de las primeras experiencias que comenzaron a redefinir mi manera de entender esta práctica.

Al analizar los distintos encuentros que viví durante ese período, descubrí no solo la diversidad de los tratamientos estéticos, sino también un proceso de crecimiento personal que enriqueció mi práctica médica. A diferencia de muchas otras áreas de la salud,

en medicina estética los pacientes suelen acudir clínicamente sanos, sin una urgencia que obligue a intervenir. Esta particularidad convierte al criterio médico en una herramienta fundamental: no basta con conocer el paso a paso de un tratamiento; es necesario determinar cuándo está realmente indicado, qué expectativas puede satisfacer y, sobre todo, cuándo la mejor decisión es no realizarlo.

El caso de la paciente con rinomodelación ilustra precisamente esta realidad. Le resultaba difícil aceptar que no necesitaba nuevas intervenciones. Desde el tercer mes posterior a la aplicación inicial había iniciado una búsqueda constante de revaloraciones: agendaba sus propias citas e incluso aprovechaba las visitas de sus amigas a la clínica para solicitar que volvieran a examinarla. En cada ocasión, el abordaje era similar. Le explicábamos que su nariz mantenía una forma armónica y proporcionada con el resto del rostro, que el dorso nasal se encontraba rectificado y que la punta conservaba una adecuada rotación. Clínicamente no existía indicación para aplicar más producto y mucho menos para derivarla a cirugía plástica; añadir volumen habría ensanchado el dorso nasal y alterado la armonía conseguida.

Al advertir que su percepción no cambiaba, decidimos programar una consulta destinada exclusivamente a la educación médica. Uno de los primeros aspectos que abordamos fue el conocido mito de que el relleno con ácido hialurónico debe reaplicarse automáticamente cada cierto tiempo, cuando su permanencia puede prolongarse, especialmente en zonas de poca movilidad como la nariz. También conversamos sobre un principio esencial: la armonía facial no depende de agregar volumen de manera indiscriminada, sino de conseguir un resultado equilibrado y natural. Aquella conversación marcó un cambio en su percepción. Finalmente logró sentirse satisfecha con el resultado obtenido y, aunque continúa acudiendo a la clínica como acompañante, dejó atrás la necesidad constante de solicitar un nuevo retoque.

En otras consultas encontré desafíos diferentes, pero relacionados con una misma necesidad: comprender qué busca realmente el paciente y comunicar con honestidad hasta dónde es posible alcanzar sus expectativas. Recuerdo particularmente a una mujer de 55 años con laxitud cutánea avanzada que llegó a la clínica mostrando fotografías de una figura pública de poco más de 30 años. Su petición fue directa: quería verse como ella. Estaba convencida de que la apariencia juvenil que observaba en redes sociales se debía exclusivamente a bioestimuladores de colágeno y tratamientos faciales hidratantes, pues eran los procedimientos que aquella figura promocionaba. Por esa razón, quería realizarse exactamente lo mismo.

Tras la valoración, le explicamos que el envejecimiento facial es un proceso complejo que involucra pérdida de volumen óseo y grasa, además de modificaciones en el soporte estructural de la piel. Si bien los bioestimuladores y los tratamientos faciales pueden ser herramientas útiles para mejorar la calidad cutánea, sus resultados tienen límites. Frente a una laxitud marcada, ningún tratamiento inyectable podía ofrecerle el cambio que esperaba.

También le explicamos que, si buscaba un rejuvenecimiento de mayor magnitud, era necesario valorar una derivación a cirugía plástica y conversar sobre los resultados realistas que podría ofrecer un lifting facial. La consulta se convirtió entonces en un diálogo abierto sobre expectativas. Hicimos especial énfasis en que el objetivo no debía ser reproducir la apariencia de otra persona ni intentar verse veinte años más joven, sino buscar un resultado armónico, natural y acorde con sus propias características.

Experiencias como esta me mostraron que la medicina basada en evidencia no solo orienta las indicaciones de un procedimiento; también permite reconocer cuándo una intervención no será suficiente para alcanzar el resultado esperado. Prometer cambios poco realistas puede perjudicar al paciente tanto emocional como

económicamente y, además, deteriorar la confianza depositada en el médico tratante.

Este caso también puso frente a mí el impacto que las redes sociales pueden ejercer sobre la percepción de la belleza. Existe una presión creciente por alcanzar estándares que, para muchas personas, resultan irreales o inalcanzables. Los pacientes se han acostumbrado a filtros que eliminan imperfecciones y construyen rostros perfectamente simétricos, así como a figuras públicas que, sin formación en el campo de la salud, recomiendan procedimientos estéticos como si todos pudieran beneficiarse de ellos de la misma manera. Ante esta realidad, ejercer la medicina estética también implica orientar con ética y educar al paciente para que sus decisiones partan de expectativas realistas.

Otra consulta, aparentemente sencilla, reforzó en mí la importancia del compromiso ético que exige esta especialidad. Una paciente joven acudió dos días antes de la boda de su hermana para solicitar un aumento de labios. Asumía que el resultado sería inmediato y que estaría en condiciones ideales para el evento. Aunque era candidata al procedimiento, el momento no era el adecuado. Después de un relleno con ácido hialurónico pueden presentarse efectos adversos tempranos, como dolor, equimosis y edema transitorio, entre otros, mientras que el resultado definitivo puede tardar días o incluso semanas en apreciarse.

Este caso evidenció que un tratamiento correctamente indicado puede convertirse en una decisión desacertada si se realiza en un momento inadecuado. Haber procedido con la intervención probablemente habría generado más angustia que satisfacción. Explicar los tiempos de recuperación, los posibles efectos adversos y las limitaciones temporales de un procedimiento también forma parte de la responsabilidad médica y permite que el paciente tome decisiones con información suficiente.

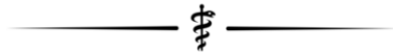
Al mirar estas vivencias en conjunto, encontré un hilo que no había logrado identificar mientras las experimentaba por separado.

Ninguna de estas consultas me marcó por involucrar un procedimiento innovador o una transformación impresionante, sino porque pusieron a prueba el criterio antes que la técnica. Cuando inicié mis prácticas pensaba que el mayor reto sería adquirir la destreza necesaria para dominar procedimientos cada vez más precisos. Aunque ese aprendizaje continúa siendo importante, descubrí que el verdadero desafío también está en tomar decisiones responsables. Decir «no», proponer una alternativa terapéutica o posponer un procedimiento no representa un fracaso en la consulta; en determinadas circunstancias, es precisamente la mejor manera de ejercer la profesión.

Siempre he admirado la medicina estética por el impacto positivo que puede generar en diferentes dimensiones de la vida de una persona, pero mis prácticas ampliaron esa admiración. La responsabilidad durante la valoración, la honestidad en las conversaciones con cada paciente y la ética como eje transversal de la atención dejaron una profunda huella en mi visión profesional. La técnica seguía siendo importante, pero ya no podía entenderla separada del criterio con el que debía aplicarse.

Hoy, al recordar estos encuentros, regreso a la lección más importante que dejaron en mi formación. A diferencia de lo que muchas personas creen, la medicina estética comienza mucho antes de ponerse los guantes y se extiende mucho más allá de la apariencia. Comienza en la escucha, continúa en el criterio con el que se toma cada decisión y encuentra su verdadero propósito en el bienestar integral del paciente que tenemos frente a nosotros.

OFTALMOLOGÍA



LA CASA AMARILLA

Med. María Paula Ávila Córdova



Durante mis primeros años de formación universitaria tuve la oportunidad de realizar una breve rotación en una fundación oftalmológica enfocada principalmente en ayuda social.

En aquel entonces cursaba uno de los primeros semestres clínicos de la carrera y todavía veía la medicina desde una perspectiva muy técnica. Mi atención estaba puesta en aprender, memorizar y comprender la medicina básica. Creía que el impacto de un médico se medía únicamente dentro de un consultorio, un hospital o un quirófano. Con el tiempo entendí que estaba equivocada.

Recuerdo con claridad una mañana en la que llegué esperando una jornada rutinaria. Sin embargo, el ambiente era distinto. Varias personas organizaban cajas, alimentos y algunos objetos pequeños que serían transportados ese mismo día. Había entusiasmo, conversaciones apresuradas y sonrisas sinceras. Poco después me explicaron que viajaríamos hasta una comunidad rural alejada para participar en la entrega de una vivienda destinada a un niño con ceguera congénita y a su familia.

La noticia me sorprendió profundamente, pero de una manera muy grata.

Hasta ese momento no imaginaba que una fundación médica también pudiera involucrarse en proyectos de vivienda y apoyo social. Para mí, la oftalmología se limitaba a consultas, exámenes visuales y cirugías. Aquella experiencia me mostró una realidad

distinta: la salud también depende del entorno, de la estabilidad familiar y de la dignidad con la que una persona puede vivir.

El trayecto fue largo. Durante varias horas avanzamos por caminos estrechos rodeados de montañas, vegetación y pequeñas casas dispersas. Mientras observaba el paisaje por la ventana, pensaba en aquel niño e intentaba imaginar cómo percibía el mundo alguien que jamás había visto un amanecer, el rostro de sus padres o los colores de la naturaleza que nos rodeaba. Había algo en esa idea que me resultaba difícil de comprender.

Cuando finalmente llegamos, vi una pequeña vivienda recién construida en medio de un terreno sencillo. No era una casa grande ni lujosa; sin embargo, transmitía calidez desde el primer momento. La fachada estaba pintada de un amarillo intenso que resaltaba inmediatamente entre los tonos opacos del paisaje. Recuerdo haber sonreído al verla.

Entonces, uno de los miembros de la fundación comentó entonces que el niño había escogido personalmente aquel color porque era el de su equipo de fútbol favorito.

Aquella frase me dejó inmóvil.

¿Cómo podía elegir un color alguien que nunca había visto uno?

La pregunta permaneció en mi mente durante toda la visita. Mientras escuchaba las conversaciones y observaba la emoción de la familia, comprendí que los colores no siempre pertenecen a la vista. A veces pertenecen a las emociones, a las historias que escuchamos desde pequeños y a la manera en la que imaginamos el mundo.

Tal vez aquel niño nunca había visto el amarillo, pero sí había aprendido a sentirlo.

La inauguración fue sencilla y profundamente humana. Gran parte de la familia estaba presente. Había comida preparada con cariño, niños corriendo alrededor de la casa y adultos agradeciendo constantemente a quienes habían hecho posible aquella

construcción. A pesar de las dificultades económicas evidentes, el ambiente estaba lleno de alegría genuina.

Lo más impactante ocurrió cuando el pequeño comenzó a mostrarnos su nueva casa. Con una seguridad admirable, empezó a caminar por cada rincón mientras explicaba dónde estaba todo. Nos enseñó el baño, el comedor, la cocina y, finalmente, su habitación.

La casa era muy humilde. Todavía se observaban las paredes sin pintar y el piso de cemento desnudo, sin baldosas ni acabados elegantes. Las ventanas tenían marcos sencillos de aluminio cubiertos con cortinas de tela delgada que apenas se movían con el viento. Las puertas metálicas, simples y resistentes, contrastaban con la calidez que la familia había logrado darle al lugar. Había pequeñas plantas acomodadas cuidadosamente en algunos rincones, cuadros sencillos colgados en las paredes y adornos modestos que transformaban completamente el ambiente. El único baño de la vivienda también era básico, construido de cemento, pero impecablemente limpio.

A pesar de las limitaciones materiales, el lugar transmitía una inmensa sensación de hogar. Recuerdo que en una de las paredes había dibujos y fotografías colocadas cuidadosamente por la familia, como si quisieran llenar cada espacio vacío de vida y significado. Nada dentro de aquella casa parecía escogido al azar; cada planta, cada cortina y cada pequeño adorno reflejaban el esfuerzo de convertir una construcción sencilla en un verdadero hogar.

Tal vez para muchas personas aquella vivienda habría parecido insuficiente. Para ellos, en cambio, representaba un nuevo comienzo. Había dignidad en cada rincón y una felicidad imposible de disimular. Incluso ahora, años después, sigo recordando la calidez que se sentía dentro de aquellas paredes de cemento.

Mientras muchos de nosotros necesitábamos mirar constantemente para orientarnos, él parecía haber desarrollado una

manera distinta de habitar el mundo. Caminaba con una naturalidad sorprendente, guiándose por distancias, sonidos, texturas y memorias espaciales que había aprendido a reconocer con una precisión admirable.

Recuerdo observarlo en silencio, intentando comprender cómo podía adaptarse con tanta facilidad a un lugar completamente nuevo. Nunca olvidaré la tranquilidad con la que caminaba. No había miedo en sus movimientos, tampoco resentimiento ni tristeza. Por el contrario, irradiaba felicidad. Sonreía constantemente, jugaba con sus familiares y disfrutaba cada detalle de aquel día como si estuviera celebrando mucho más que una simple casa. Y probablemente así era.

Para su familia, aquella vivienda representaba estabilidad, protección y esperanza. Para él, representaba independencia, seguridad y un espacio propio dentro de un mundo que muchas veces no está diseñado para personas con discapacidad.

Ese día sentí una mezcla extraña de admiración y reflexión personal. Admiración por la capacidad humana de adaptación; reflexión porque comprendí cuántas veces nosotros mismos construimos limitaciones imaginarias frente a dificultades mucho menores. Mientras aquel niño aprendía a recorrer el mundo sin haber visto jamás un color, muchas personas con todas sus capacidades intactas viven paralizadas por el miedo, la inseguridad o la idea constante de que no pueden avanzar.

Sin darse cuenta, aquel pequeño me dio una de las lecciones más importantes de mi vida.

Con los años he conocido innumerables pacientes e historias difíciles. He visto sufrimiento, incertidumbre y momentos profundamente humanos dentro de la práctica médica. Sin embargo, aquella casa amarilla continúa intacta en mi memoria; no por el tamaño de la construcción ni por la ceremonia de inauguración, sino porque simbolizaba algo mucho más grande: la capacidad de cambiar vidas mediante actos de solidaridad auténtica.

En una época en la que muchas veces parece predominar la indiferencia, aquella experiencia me permitió confirmar que todavía existen personas dispuestas a ayudar sin esperar reconocimiento alguno.

Meses después escuché que la historia de aquel niño había conmovido a muchas personas. La noticia llegó incluso a otros países y, tiempo más tarde, la fundación recibió una importante donación anónima destinada a la construcción de nuevas viviendas para otros niños con discapacidad visual y sus familias.

Nadie supo nunca quién realizó aquel gesto. De alguna manera, pienso que eso volvió la historia todavía más especial.

A veces creemos que la medicina se ejerce únicamente a través de procedimientos, diagnósticos o tratamientos complejos. Sin embargo, existen momentos en los que acompañar, escuchar o ayudar a mejorar la calidad de vida de una persona puede tener un impacto igual de profundo y transformador.

Aquella experiencia cambió mi manera de entender esta profesión. Me enseñó que la salud también implica dignidad, empatía y comunidad. Me recordó que las verdaderas limitaciones no siempre están en el cuerpo; muchas veces existen únicamente en nuestra mente.

Desde entonces, cada vez que pienso en la esperanza, inevitablemente regreso a la imagen de aquella pequeña casa amarilla construida para un niño que jamás había visto un color y que, aun así, supo elegir el suyo.

ECOS EN LA CONSULTA

Med. Josué Sebastián Avendaño Vargas



Como muchos estudiantes de medicina, atravesé mis años de formación entre aulas, libros y prácticas universitarias. A esa rutina se sumaban las guardias nocturnas y las jornadas en consulta externa, espacios que me permitieron acercarme de manera real al mundo de los pacientes. Muchas de aquellas experiencias dejaron en mí enseñanzas que jamás aparecieron en los textos académicos: me ayudaron a unir la teoría con la práctica y, sobre todo, a descubrir el lado más humano de la medicina.

Durante el último semestre de la carrera, todas esas vivencias parecieron condensarse. Pensaba constantemente en que muy pronto dejaría de ser únicamente quien observa para convertirme en quien tendría la responsabilidad de responder, decidir y actuar. Cada consulta se sentía como una evaluación silenciosa de humanidad. No solo importaba cuánto sabía, sino la manera en que utilizaría ese conocimiento frente a una persona que depositaba su historia y su confianza en mis manos.

Aprendí que la empatía suele manifestarse en gestos sencillos: transformar conceptos técnicos en acciones capaces de aliviar, medir el silencio antes de hablar y convertir explicaciones complejas en palabras que transmitan tranquilidad. Cada encuentro se convirtió en un recordatorio de que la medicina no se limita a diagnósticos ni tratamientos; también se ejerce en la escucha, en la presencia y en la capacidad de acompañar.

Son precisamente esos ecos de la consulta los que continúan acompañándome y los que, sin duda, marcarán mi futuro profesional.

Recuerdo especialmente aquella etapa de mi último semestre, después de meses alternando clases teóricas con prácticas que terminaron enseñándome mucho más a través de las experiencias que de los libros. En ese entonces todavía me presentaba ante los pacientes y tutores como estudiante: curioso, a veces inseguro, pero siempre atento y dispuesto a aprender.

En consulta externa mi función era observar primero y participar después. Caminaba junto al médico, tomaba notas, revisaba signos básicos y, sobre todo, aprendía a escuchar. Aún no era la responsable final de las decisiones, pero sí quien recibía las historias, las preguntas y las inquietudes de quienes acudían buscando ayuda.

Tuve la oportunidad de realizar prácticas en un servicio que hasta entonces conocía muy poco: oftalmología. Allí, tanto el médico tutor como el resto del personal despertaron aún más mi pasión por la medicina al mostrarme el profundo enfoque humanista que distingue a un buen médico. Descubrí que, más allá de la técnica y los conocimientos científicos, cada consulta podía transformarse en un espacio de confianza, contención y aprendizaje.

Conservo especialmente el recuerdo de una experiencia que me marcó profundamente.

Todo comenzó con el sonido repentino de la puerta al abrirse, seguido de pasos acelerados y voces que interrumpieron la tranquilidad de la sala. Entró un hombre cubriéndose el ojo izquierdo con un paño improvisado, acompañado por su hijo. La urgencia era evidente incluso antes de que dijeran una palabra. No hicieron falta demasiadas explicaciones; la tensión en sus rostros bastaba para comprender que acababan de atravesar una situación grave.

Yo permanecí a un lado, con el cuaderno apoyado sobre las piernas, dispuesto a observar aquella consulta oftalmológica.

Mi tutor se acercó con una serenidad que no parecía improvisada, sino construida a partir de los años de experiencia. Antes de realizar preguntas o examinar la lesión, respiró profundamente y miró al hijo a los ojos, permitiéndole hablar sin interrupciones. Fue un gesto sencillo, pero suficiente para cambiar por completo el ambiente de la sala.

En ese instante comprendí algo importante: la atención médica no siempre comienza con un diagnóstico; muchas veces inicia con la capacidad de escuchar y transmitir calma en medio del miedo.

Luego habló despacio, utilizando palabras claras y evitando tecnicismos innecesarios. El paciente había sufrido un accidente con una amoladora que había provocado un daño irreversible en el ojo izquierdo; se trataba de un estallido ocular. Mi tutor examinó cuidadosamente la lesión, explicó la gravedad de la situación con honestidad y dejó espacio para que tanto el paciente como su hijo pudieran expresar sus dudas.

No ofreció falsas promesas. Ofreció algo mucho más valioso: claridad, acompañamiento y la posibilidad de un manejo oportuno en medio de un momento devastador.

Mientras observaba aquella escena, sentí con fuerza el peso de la responsabilidad médica y la fragilidad humana que muchas veces acompaña a una emergencia. Yo casi no hablé, porque entendí que en ese momento mis respuestas no eran lo importante. Lo esencial era la presencia compartida, la manera en que el médico sostenía emocionalmente a aquella familia mientras enfrentaban una noticia difícil.

Fue entonces cuando comprendí que acompañar también puede convertirse en una forma de tratamiento. A veces, la medicina no solo se ejerce mediante procedimientos o intervenciones complejas, sino también a través de la empatía, la escucha y la

capacidad de permanecer al lado de alguien en uno de los momentos más vulnerables de su vida.

Fue necesario derivarlo para hospitalización. Cuando la consulta terminó y el hijo salió de la sala empujando lentamente la silla de ruedas, mi tutor me miró y pronunció una frase que jamás olvidaría:

No siempre curamos; a veces, acompañamos en el proceso para que los pacientes sientan que estamos con ellos.

Aquellas palabras quedaron grabadas en mí con una fuerza inesperada. Sentí que acababa de aprender una lección imposible de encontrar en los libros. Comprendí que la medicina también se ejerce en los silencios que respetamos, en la manera sencilla de explicar lo complejo y en la capacidad de permanecer al lado de alguien incluso cuando no podemos cambiar el desenlace.

Ese eco de la consulta, esa pequeña enseñanza, se quedó conmigo, dispuesto a reaparecer en cada encuentro futuro.

Tiempo después, viví otra experiencia que reforzó aún más esa enseñanza.

Ingresó un adulto mayor acompañado por su esposa. Ambos tenían una expresión donde se mezclaban el cansancio y la esperanza. Me correspondió recibirlos, tomar los datos iniciales y realizar la anamnesis, una de las responsabilidades que poco a poco comenzaba a asumir como estudiante en formación. Mientras intentaba mantener la consulta ordenada, mi tutor observaba en silencio y, con un gesto discreto, me animó a continuar. En ese momento sentí que ya no solo estaba aprendiendo: empezaba también a participar activamente en el cuidado de los pacientes.

El hombre contó que estaba perdiendo la visión y que, en una consulta previa, otro médico le había comunicado de manera brusca que estaba quedando ciego y que no existía nada más por hacer. Aquellas palabras lo habían dejado profundamente afectado. Desde entonces había buscado nuevas opiniones,

recorrido distintos consultorios y seguido cada indicación médica con la esperanza de encontrar alguna alternativa.

Mi tutor continuó con la valoración física y, con una voz tranquila, le aseguró que haría todo lo posible por ayudarlo. En ese instante observé cómo el rostro del paciente cambiaba ligeramente; sus ojos reflejaron un alivio silencioso que difícilmente olvidaré.

Comprendí entonces que la medicina también se mide en la forma de transmitir una noticia. Una frase puede ser tan determinante como un tratamiento, y la manera de comunicar puede devolverle a alguien algo tan valioso como la esperanza.

Durante la evaluación noté que algo preocupaba a mi tutor, aunque en ningún momento perdió la serenidad ni la actitud esperanzadora. Luego me mostró los hallazgos y entendí la complejidad del caso: se trataba de un trastorno degenerativo de la retina.

Aun así, explicó cuidadosamente la condición del paciente, describió los pasos a seguir y le aseguró que no debía angustiarse, porque todavía existían alternativas terapéuticas y opciones para intentar preservar su calidad de vida.

Después de prescribir el tratamiento y explicar cuidadosamente las indicaciones, la sala quedó envuelta en un silencio cargado de gratitud. La esposa del paciente se levantó lentamente, nos miró y dijo con emoción contenida:

Gracias por mantener la esperanza.

Aquellas palabras me conmovieron profundamente. Comprendí que la consulta médica no es únicamente un espacio destinado a diagnósticos y tratamientos; también es un lugar donde las personas depositan sus miedos, sus expectativas y, muchas veces, la necesidad de sentirse acompañadas en medio de la incertidumbre.

Cuando el paciente y su esposa abandonaron la sala, mi tutor volvió a mirarme y me dejó otra enseñanza que permanece intacta en mi memoria.

Recuerda que cada paciente es un mundo distinto. Una mala noticia puede derrumbarlo por completo. Lo importante no es solo lo que decimos, sino cómo lo decimos. Debemos sostenerlos sin mentirles.

Aquella frase transcendía cualquier conocimiento técnico. Entendí que comunicar también forma parte del tratamiento y que, en ocasiones, la manera en que un médico transmite la información puede aliviar tanto como una intervención terapéutica.

Desde entonces, esas enseñanzas me acompañan constantemente y sé que seguirán presentes a lo largo de mi vida profesional. Me recuerdan que la medicina no solo se ejerce mediante diagnósticos precisos o tratamientos complejos, sino también a través de la capacidad de escuchar, explicar y sostener emocionalmente a quienes atraviesan momentos de vulnerabilidad.

Al finalizar aquella jornada permanecí largo rato en silencio, repasando ambas experiencias. La primera me enseñó que la medicina no siempre puede curar, pero sí puede ofrecer compañía, empatía y contención. La segunda me mostró la perseverancia con la que un paciente es capaz de aferrarse a la esperanza incluso después de recibir un diagnóstico devastador. También comprendí la enorme responsabilidad que implica comunicar una noticia difícil y cómo una explicación adecuada puede transformar el miedo en tranquilidad.

Cada consulta deja una huella distinta. Algunas permanecen por la intensidad del momento; otras, por la humanidad que contienen. Todas terminan convirtiéndose en ecos que acompañan mucho más allá de la sala médica, recordándome que la práctica clínica es, ante todo, un encuentro humano.

Hoy entiendo que los años de formación universitaria me entregaron herramientas científicas y conocimientos técnicos,

pero son estas experiencias las que realmente me enseñaron aquello que ningún libro logra expresar por completo. Cada paciente se ha convertido en un maestro silencioso, y en cada historia he encontrado razones más profundas para reafirmar esta vocación.

Sé que aún vendrán nuevas experiencias y nuevas enseñanzas que seguirán resonando en cada consulta del futuro. Esos ecos permanecerán como guía, memoria y responsabilidad, recordándome que ejercer la medicina también significa ejercer la empatía, la escucha y la humanidad.

Porque, al final, en cada paciente atendido encuentro la razón de esta vocación.

OJOS QUE NO VEN

Med. Rosario Maristhanny García Ferrín



A menudo me preguntan por qué elegí la Oftalmología. La respuesta no surgió de un razonamiento elaborado ni de un plan cuidadosamente diseñado; nació en un instante. Hay momentos en la formación médica que, sin previo aviso, redefinen el rumbo de una vida profesional. Para mí, ese momento ocurrió durante la rotación por las especialidades quirúrgicas, en el penúltimo año de la carrera.

Recuerdo a un paciente con diabetes mellitus que acudía a consulta visiblemente angustiado. Insistía una y otra vez en que había dejado de ver de manera repentina. Repetía con desesperación que no exageraba, que simplemente sus ojos habían dejado de permitirle contemplar el mundo.

Hasta entonces conocía la teoría. Sabía que la diabetes podía desencadenar múltiples complicaciones oculares, desde la retinopatía diabética hasta hemorragias vítreas capaces de comprometer gravemente la visión. Sin embargo, frente a aquel paciente, todo parecía normal a simple vista. Ahí comprendí que la Oftalmología exige aprender a mirar más allá de lo evidente.

La doctora docente tomó el oftalmoscopio binocular indirecto (OBI), colocó la lente de exploración y, tras unos segundos de

examen, pronunció algo que despertó toda mi curiosidad: hemorragia intraocular.

Le pedí que me permitiera observar el fondo de ojo. Quería entender qué había visto para reaccionar con tanta precisión y seguridad cuando afirmó aquello.

Cuando me coloqué el OBI y logré enfocar la retina, sentí que estaba contemplando un universo completamente nuevo. La complejidad de la vascularización retiniana, la delicadeza de sus estructuras y los extraordinarios detalles anatómicos me dejaron completamente fascinada; podría haber permanecido allí toda la mañana observándolos. Supe entonces que no era simple curiosidad académica: era admiración, era pasión, era la certeza de haber encontrado la especialidad que dibujaría una sonrisa en mi rostro cada día de mi vida profesional.

Más adelante llegaron los quirófanos. Presencié procedimientos realizados con una exactitud casi milimétrica, cirugías mínimamente invasivas con instrumental que reflejaba delicadeza, donde movimientos de apenas fracciones de milímetro podían cambiar por completo el pronóstico visual de una persona. Entendí que en esta especialidad la excelencia técnica no es un lujo, sino una necesidad.

Pero lo que verdaderamente terminó enamorándome no fue la sofisticación de sus equipos ni la belleza de su anatomía: fue entender que devolver la visión significa mucho más que restaurar una función sensorial. Es devolver independencia. Es permitir que alguien vuelva a ver el rostro de sus hijos, a contemplar la sonrisa de sus padres, a leer un libro, a caminar sin miedo, a conducir, a trabajar, a reencontrarse con el mundo que poco a poco había comenzado a desaparecer.

Existe una frase que dice que los ojos son el espejo del alma. Hoy sé que esa expresión trasciende lo poético: los ojos reflejan emociones, temores, esperanza y sufrimiento, pero también representan autonomía, dignidad y calidad de vida. Aunque todos los órganos de los sentidos poseen un valor incalculable, la visión

ocupa un lugar privilegiado por el profundo impacto que tiene sobre la funcionalidad y la independencia de las personas.

Quizá sea la razón por la que la Oftalmología cada día evoluciona de manera tan vertiginosa. Detrás de cada avance científico, de cada nueva técnica quirúrgica, de cada equipo de alta tecnología y de cada investigación, existe un mismo propósito: preservar o devolver la capacidad de ver.

Sin embargo, hubo un instante que terminó de confirmar que aquella decisión había trascendido la admiración para convertirse en vocación. Siendo ya médica y desempeñándome como residente asistencial en un hospital de alta complejidad, tuve la oportunidad de situarme por primera vez detrás de un microscopio quirúrgico como cirujana principal. Aunque se trataba de un procedimiento relativamente sencillo —la resección de un pterigión—, para mí representaba mucho más que una intervención quirúrgica: era la materialización de un sueño que había comenzado el día en que observé por primera vez una retina a través de un OBI.

Es difícil describir con palabras lo que sentí en ese momento. El tiempo adquirió una dimensión extraña. Cada maniobra parecía prolongarse una eternidad, mientras mi concentración se centraba en cada paso quirúrgico y en cada movimiento milimétrico. Paradójicamente, cuando la cirugía concluyó, tuve la sensación de que todo había transcurrido en apenas unos instantes. Invertí casi el doble del tiempo habitual para completar el procedimiento, no por inseguridad, sino por el profundo respeto que inspira intervenir un órgano así. Cada gesto fue deliberado, cuidadoso y consciente. Al finalizar, tuve claro que la perfección no nace de la rapidez, sino del compromiso absoluto con el paciente.

Aquel primer procedimiento quedó grabado en video, pero, sobre todo, quedó grabado en mi memoria. No recuerdo únicamente la técnica quirúrgica; recuerdo las emociones, la responsabilidad que sentía sobre mis hombros y la inmensa gratitud de saber que estaba exactamente donde siempre había querido estar.

Nada de ello habría sido posible sin la guía de la doctora que complementó mi curiosidad. Fue ella quien me enseñó la teoría, quien dedicó su tiempo a organizar talleres prácticos y quien, con paciencia, confianza y generosidad, me acompañó durante mis primeros pasos en el quirófano. A ella le debo mucho más que conocimientos técnicos. Le debo la seguridad para creer en mis propias manos y la convicción de que enseñar con dedicación puede cambiar el destino profesional de un estudiante.

He llegado a entender que los grandes maestros no se limitan a transmitir conocimientos: también despiertan vocaciones. Y la mía, gracias a ella, se hizo aún más profunda.

Hoy sé que no me basta con aprender Oftalmología: quiero vivirla. Quiero ejercerla con el mismo asombro que sentí la primera vez que observé una retina a través de una lente, o una cirugía de catarata con un microscopio. Y, algún día, deseo transmitir esa misma pasión a quienes inicien su formación médica, del mismo modo en que una profesora despertó la mía sin siquiera imaginarlo.

Porque detrás de cada paciente existe una historia, una familia y una vida que espera recuperar aquello que parecía perdido. Y porque, después de todo lo vivido, descubrí que en medicina el verdadero significado del refrán no es «ojos que no ven, corazón que no siente».

Es, más bien:

Ojos que no ven... corazón que sí siente.

MÁS ALLÁ DE LA VISIÓN

Med. Eduardo David Murillo Yépez



Existen pacientes que recordamos por la complejidad de su enfermedad, otros por la dificultad del diagnóstico y algunos, simplemente, porque nos dejan una enseñanza que permanece mucho después de terminada la consulta. Durante mi práctica profesional tuve la oportunidad de atender a un adulto mayor con disminución progresiva de la visión debido a cataratas. Aunque al principio parecía un caso frecuente, terminó convirtiéndose en una de las experiencias que más influyó en mi manera de comprender la relación entre el médico y el paciente.

El paciente, a quien llamaré Manuel para preservar su privacidad, era un hombre de aproximadamente setenta años. Llegó acompañado de su hija, quien expresó desde el inicio su preocupación: había observado que su padre tenía cada vez más dificultades para realizar actividades que antes cumplía con facilidad.

Cuando conversé directamente con Manuel descubrí que él no consideraba que el problema fuera importante. Decía que simplemente estaba «viendo un poco menos» y que aquello era propio de la edad. Su respuesta me hizo pensar en la facilidad con la que una persona puede acostumbrarse progresivamente a una limitación hasta terminar considerándola normal.

Me contó que había dejado de leer el periódico por las mañanas, una costumbre que mantuvo durante muchos años. También evitaba salir solo porque le resultaba difícil distinguir ciertos

obstáculos, sobre todo en lugares poco iluminados. Incluso había comenzado a depender de su hija para movilizarse en determinadas circunstancias. La pérdida visual no afectaba únicamente su capacidad para ver; estaba transformando su independencia, sus rutinas y la relación con quienes lo rodeaban.

La valoración clínica evidenció una disminución importante de la agudeza visual. Los hallazgos orientaron hacia la presencia de cataratas, por lo que se consideró necesaria una evaluación oftalmológica especializada. Sin embargo, lo que más recuerdo de aquella consulta no fue el resultado del examen, sino una frase que Manuel pronunció mientras conversábamos: «Lo que más me preocupa es convertirme en una carga para mi hija».

Aquellas palabras cambiaron por completo mi perspectiva. Hasta entonces pensaba principalmente en el problema visual y en las alternativas disponibles para tratarlo. Manuel, en cambio, me mostraba que su verdadera preocupación era perder la autonomía. Comprendí que una enfermedad nunca debe analizarse únicamente desde el órgano afectado. Para el médico podía tratarse de una catarata; para el paciente significaba dejar de leer, no reconocer con claridad a las personas, tener miedo de caminar solo y sentir que su independencia desaparecía poco a poco.

A partir de ese momento procuré que la consulta no se limitara a explicar el diagnóstico. Conversé con Manuel y su hija sobre la evolución de la enfermedad y la importancia de la valoración oftalmológica. También les expliqué que la disminución visual no debía asumirse como una consecuencia inevitable del envejecimiento y que existían alternativas terapéuticas cuando la catarata interfería con las actividades cotidianas.

Manuel escuchó con atención, aunque mantenía varias dudas. Le preocupaba la posibilidad de una cirugía y, sobre todo, temía que algo saliera mal. En lugar de minimizar esos temores, comprendí que debía permitirle expresarlos. Le expliqué que sus inquietudes eran válidas y que el especialista podría aclararlas durante la valoración correspondiente. Esta experiencia me enseñó que no

debemos apresurarnos a ofrecer respuestas sin comprender primero cuál es la verdadera preocupación del paciente.

Durante la formación médica solemos concentrarnos en reconocer síntomas, signos, diagnósticos y tratamientos. La práctica profesional, sin embargo, nos enfrenta a otra dimensión: el paciente no llega únicamente con una enfermedad, sino también con sus miedos, su familia, sus experiencias y sus expectativas.

Después de la evaluación oftalmológica, Manuel fue considerado candidato para el tratamiento quirúrgico de la catarata. Su hija lo acompañó durante todo el proceso y finalmente se realizó el procedimiento. En el seguimiento pude conocer su evolución. La mejoría visual fue progresiva y significativa, y actividades que parecían pequeñas comenzaron a recuperar un valor especial. Volvió a leer, retomó sus caminatas por lugares que antes evitaba y pudo reconocer con mayor facilidad a las personas que encontraba.

Hubo un momento especialmente significativo. Durante una consulta posterior comentó que había vuelto a leer el periódico por las mañanas. Podía parecer un detalle sencillo, pero para Manuel representaba mucho más: era una costumbre que había formado parte de su vida durante años y que el deterioro visual lo había obligado a abandonar.

Entonces comprendí que el resultado de una intervención médica no siempre se mide únicamente mediante cifras o parámetros clínicos. También puede reconocerse en aquello que el paciente vuelve a hacer, en lo que recupera y en lo que deja de temer.

La experiencia transformó mi manera de valorar las enfermedades aparentemente comunes. Las cataratas son frecuentes, en especial entre las personas adultas mayores, pero pueden producir un impacto considerable cuando no se identifican y atienden a tiempo. También reforzó en mí la importancia de la prevención y la educación sanitaria. Muchas personas aceptan la disminución progresiva de la visión como algo inevitable y retrasan la

consulta. Como profesionales de la salud, debemos reconocer estas situaciones, orientar y promover una valoración adecuada.

Sin embargo, la enseñanza más importante fue comprender el verdadero significado de la autonomía. Antes podía considerarla un aspecto complementario de la salud; después de conocer a Manuel comencé a entenderla como una parte esencial del bienestar. Un paciente que puede caminar con seguridad, leer, reconocer a sus familiares y desenvolverse en su entorno conserva algo más que una buena agudeza visual: preserva una parte importante de su libertad.

El caso también modificó mi forma de comunicarme. Aprendí que la información médica debe adaptarse a la persona que tenemos delante, porque no todos los pacientes necesitan la misma explicación ni albergan los mismos temores. Escuchar permite descubrir aquello que realmente necesita ser atendido. Manuel me recordó que el ejercicio de la Medicina exige conocimientos científicos, pero también sensibilidad. Podemos conocer una enfermedad a la perfección y, aun así, fallar si no comprendemos lo que significa para quien la padece.

Al recordar esta experiencia, reconozco que mi principal aprendizaje consistió en dejar de mirar únicamente la enfermedad y observar con mayor atención al ser humano que existía detrás de ella. Las cataratas afectaban los ojos de Manuel, pero sus consecuencias habían alcanzado casi todos los aspectos de su vida. El tratamiento mejoró su visión; para él, además, significó recuperar confianza, autonomía y algunas de las actividades que daban sentido a sus días.

Esta experiencia marcó mi crecimiento profesional porque me enseñó que la Medicina produce resultados que no siempre quedan registrados en una historia clínica. A veces, el resultado más importante consiste en ver a un paciente recuperar una actividad que creía perdida. Detrás de cada diagnóstico existe una persona con una historia distinta, y nuestro trabajo no termina al identificar la enfermedad: también requiere comprender cómo

afecta su vida y buscar, dentro de nuestras posibilidades, la mejor manera de ayudarla.

Manuel me enseñó que volver a ver con claridad puede significar mucho más que recuperar la visión. Puede significar recuperar independencia, confianza y calidad de vida. Su historia me recordó que la Medicina no consiste solamente en tratar enfermedades, sino en ayudar a las personas a reencontrarse con aquello que les permite vivir con mayor plenitud y dignidad.

CUANDO CAMBIA LA MIRADA

Med. María José Aguirre Molina



La visión puede deteriorarse de forma silenciosa. En el caso de las cataratas, la pérdida gradual de transparencia del cristalino dificulta actividades cotidianas como leer, caminar en condiciones de poca iluminación o reconocer detalles. El cambio suele ser tan sutil que el paciente solo lo advierte cuando aquello que antes veía con claridad parece cubierto por una ligera neblina. Algunos describen su visión como borrosa; otros comparan la sensación con mirar a través de un cristal empañado.

Recuerdo una consulta en la que comprendí cuánto puede cambiar la vida de una persona cuando algo tan cotidiano como ver deja de ser sencillo. Se trataba de una mujer mayor que acudió porque había notado un deterioro progresivo de la visión. No había sido un cambio repentino; tampoco refería dolor intenso, enrojecimiento ni pérdida súbita de la capacidad visual. Lo que describía era un proceso lento y silencioso: cada mes necesitaba más luz y percibía los objetos con menor nitidez.

—Doctora, es como si mirara a través de un vidrio sucio —me comentó. Aquella frase describía con sorprendente sencillez lo que estaba viviendo. A medida que continuamos la conversación, mencionó que salir con poca luz se había vuelto bastante difícil. Por las noches, los faros de los vehículos le parecían excesivamente brillantes y producían un resplandor que le impedía distinguir con claridad lo que la rodeaba. También había comenzado a abandonar algunas actividades porque necesitaba acercarse demasiado para reconocer ciertos objetos.

Su relato reunía varios síntomas asociados con una posible catarata: visión borrosa progresiva, disminución gradual de la agudeza visual, mayor dificultad para desenvolverse en entornos oscuros y deslumbramiento ante luces intensas, sobre todo por la noche. A ello se sumaban la necesidad de utilizar más iluminación para leer o realizar tareas cotidianas, una percepción menos definida de los colores, la dificultad para conducir de noche y aquella sensación persistente de mirar a través de una neblina o un cristal empañado.

La combinación de estos síntomas no representaba únicamente un problema visual. Con el tiempo, la dificultad había comenzado a afectar su independencia, sus actividades diarias y la seguridad con la que se desplazaba sola. Durante la formación médica aprendemos que el cristalino es una estructura transparente que permite el paso y el enfoque adecuado de la luz. Sin embargo, para quien vive con cataratas, no se trata solo de una cuestión anatómica. Cuando el cristalino pierde progresivamente su transparencia, las repercusiones pueden incluir dejar de leer con comodidad, no reconocer rostros a cierta distancia o sentir inseguridad al transitar por lugares desconocidos.

Mientras hablábamos, comprendí que el problema de esta paciente iba mucho más allá de cuántas letras podía leer en una cartilla óptica. Su preocupación estaba vinculada con la independencia que sentía que comenzaba a perder. Me contó que algunas tareas domésticas se habían vuelto complicadas: necesitaba más luz para distinguir pequeños detalles y los colores ya no se veían tan vivos como antes. Poco a poco había empezado a depender de otras personas para realizar actividades que durante años había llevado a cabo sin ayuda.

En ese momento reflexioné sobre algo que suele pasar inadvertido mientras disfrutamos plenamente de la visión: mirar también representa autonomía. Las cataratas producen una pérdida progresiva de la transparencia del cristalino. A medida que aumenta la opacidad, cambia la forma en que la luz entra al ojo y

disminuye la calidad visual. Con frecuencia, este proceso avanza con lentitud y permite que el paciente se adapte sin advertir cuánto se ha modificado su capacidad para ver.

Ese carácter gradual fue uno de los aspectos que más me hizo pensar. Existen enfermedades que aparecen de manera abrupta y obligan al paciente a buscar atención inmediata; las cataratas, en cambio, avanzan lentamente. Primero se aumenta la iluminación del entorno; después es necesario acercarse más a los objetos y, con el tiempo, se empieza a evitar salir por las noches. Así, casi sin notarlo, una persona reorganiza sus actividades alrededor de limitaciones cada vez mayores.

Por eso resulta crucial escuchar al paciente tanto como evaluar sus ojos. Esta consulta también me ayudó a comprender la importancia de diferenciar las pérdidas visuales progresivas de las situaciones urgentes que requieren atención inmediata. La aparición repentina de una pérdida visual significativa, el dolor ocular intenso o los destellos luminosos frecuentes son signos de alarma que demandan una valoración oftalmológica oportuna.

Con el tiempo he aprendido a apreciar una particularidad del campo oftalmológico: estructuras diminutas pueden influir de manera profunda en nuestra relación con el mundo exterior. Un cristalino opaco podría parecer simplemente un cambio anatómico, pero sus consecuencias alcanzan la movilidad, la lectura, el trabajo, la interacción social y la independencia.

La valoración no debería limitarse a observar una opacidad, sino que también debe explorar cuánto interfiere la disminución visual en las actividades habituales del paciente. La medicina adquiere otro significado cuando el objetivo deja de ser únicamente modificar un hallazgo y pasa a ser recuperar una función que la persona necesita para desenvolverse.

Quizá por esa razón considero tan interesante comprender la visión dentro de la medicina. Aunque estudiemos anatomía, función e infecciones oculares, detrás de cada diagnóstico existe una historia. Recuperar claridad significa mucho más que volver a

distinguir letras: implica leer con comodidad, caminar sin temor, reconocer expresiones faciales y retomar actividades que antes se realizaban sin dificultad.

Desde entonces, cuando un paciente me dice simplemente «veo borroso», intento no escuchar únicamente dos palabras. Detrás de ellas puede existir una historia mucho más amplia. A veces, una catarata comienza como una pequeña neblina y termina recordándonos el enorme valor de algo que hacemos todos los días sin pensarlo: mirar.

EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

Med. Alex Sebastián Villarreal Ojeda



Hay servicios hospitalarios en los que el tiempo parece medirse de una manera diferente. En algunos, cada minuto representa una oportunidad para detener una hemorragia, estabilizar una presión arterial o recuperar un corazón que ha decidido detenerse. En Oftalmología, en cambio, muchas veces aprendemos a medir el tiempo en algo aparentemente menos tangible: la cantidad de visión que todavía puede conservarse. Durante la formación médica aprendemos que los ojos son órganos pequeños, delicados y extraordinariamente complejos. Aprendemos nombres, estructuras, enfermedades, tratamientos y procedimientos. Aprendemos a interpretar una agudeza visual, reconocer una pupila que no responde adecuadamente, identificar una lesión en retina y distinguir una urgencia oftalmológica de una consulta que puede esperar. Sin embargo, hay algo que ningún libro puede enseñarnos completamente. Ningún libro explica lo que significa para una persona perder la capacidad de mirar el rostro de su hijo. Ninguna clasificación describe lo que representa para un agricultor dejar de distinguir el camino que ha recorrido durante décadas. Ningún protocolo puede medir exactamente cuánto vale para una madre volver a reconocer los ojos de su familia.

Fue precisamente allí donde comprendí que la Oftalmología de tercer nivel no consiste solo en tratar enfermedades o realizar procedimientos especializados. También consiste en preservar una parte de la autonomía, del trabajo, de la identidad y de la dignidad de una persona. Lo comprendí una mañana cualquiera. O, al

menos, eso pensé al comenzar el día. El hospital ya estaba despierto cuando llegamos al servicio. Los pasillos comenzaban a llenarse de pacientes, familiares y personal sanitario. Algunos llegaban con historias conocidas; otros, con diagnósticos que apenas comenzábamos a descubrir. En un hospital de tercer nivel, muchas historias empiezan mucho antes de que el paciente cruce la puerta. Comienzan en una comunidad alejada. En un centro de salud donde alguien reconoce que algo no está bien. En un hospital de segundo nivel donde se intenta resolver lo posible. En una ambulancia que recorre kilómetros. En un bus que sale antes del amanecer. En una familia que reúne dinero para pagar un pasaje.

Algunas historias comienzan incluso antes: con meses o años de síntomas que fueron tolerados porque consultar al médico significaba faltar al trabajo, gastar dinero que no existía o trasladarse varias horas hasta una ciudad donde existiera un especialista. Aquella mañana conocí a un hombre al que llamaré Manuel. No era su nombre real. Tenía poco más de cincuenta años y había llegado acompañado por su hija. Procedían de una comunidad rural ubicada a varias horas del hospital. Su ropa era sencilla. Sus manos mostraban el desgaste de años de trabajo físico y su hija sostenía una pequeña carpeta con documentos, exámenes y referencias médicas. Mientras esperaba su turno, Manuel permanecía sentado con la cabeza ligeramente inclinada. No parecía particularmente ansioso. Eso me llamó la atención. Muchas personas que llegan a Oftalmología por pérdida visual muestran preocupación evidente. Algunas preguntan repetidamente si van a recuperar la visión. Otras llegan con miedo a una cirugía. Algunas intentan aparentar tranquilidad, aunque sus manos las contradicen. Manuel simplemente esperaba.

Cuando llegó su turno, comenzamos la valoración. La historia clínica reveló algo que, en apariencia, podía parecer cotidiano: disminución progresiva de la visión en uno de sus ojos. Al principio había notado pequeñas alteraciones, pero había decidido esperar. Esperar es una palabra frecuente en medicina. Esperar a

que pase. Esperar a que mejore. Esperar a tener dinero. Esperar a terminar la cosecha. Esperar a que un familiar pueda acompañar. Esperar a que haya transporte. El problema es que algunas enfermedades oftalmológicas no esperan. La exploración mostró una alteración importante de la retina. El diagnóstico era compatible con un desprendimiento de retina que requería manejo especializado. Para mí, como médico, la explicación podía expresarse en términos clínicos. Para Manuel, significaba algo completamente diferente. Significaba que existía el riesgo de perder la visión de ese ojo. Le explicamos que necesitaba valoración y tratamiento especializado, y que el tiempo podía ser un factor importante. Su hija fue quien hizo la primera pregunta: —¿Todavía puede volver a ver?

Hubo unos segundos de silencio. No existe una respuesta sencilla para esa pregunta. En Oftalmología aprendemos a ser precisos. No podemos prometer resultados que dependen de múltiples factores: el tiempo de evolución, el estado de la retina, la mácula, el nervio óptico, la presencia de otras enfermedades, las características anatómicas y la respuesta individual al tratamiento. Pero detrás de esa pregunta médica había otra. No preguntaba solo si su padre recuperaría determinada cantidad de agudeza visual. Preguntaba si todavía había esperanza. En ese momento comprendí algo que volvería a recordar muchas veces durante mi residencia: una buena comunicación clínica también es una forma de tratamiento. No se trataba de ofrecer falsas certezas. Se trataba de explicar con honestidad que existían posibilidades, que el caso requería intervención especializada y que haríamos todo lo posible dentro de nuestras capacidades. Manuel escuchó atentamente. Después preguntó algo inesperado: —¿Y cuánto cuesta? Su hija bajó la mirada.

La pregunta cambió el sentido de la consulta, porque en medicina solemos pensar en indicaciones, procedimientos, pronósticos y complicaciones. Pero para algunos pacientes existe una pregunta que aparece antes de todas las demás: ¿Puedo permitírmelo? Para una persona con recursos económicos limitados, una enfermedad

no representa únicamente un problema biológico. Puede representar transporte, alimentación, ausencia laboral, medicamentos, acompañamiento familiar, exámenes y tiempo. En determinados casos, puede significar incluso la posibilidad de dejar de trabajar. Manuel era trabajador agrícola. Su visión no era simplemente una función sensorial: representaba su trabajo, su independencia y su capacidad para movilizarse, reconocer herramientas, caminar por terrenos irregulares y continuar haciendo aquello que había hecho durante buena parte de su vida. Una enfermedad ocular podía transformar en pocas semanas la dinámica de una familia. Entonces comprendí con mayor claridad el significado del tercer nivel de atención.

Un hospital de tercer nivel no existe solo porque dispone de tecnología más sofisticada. Existe porque hay enfermedades que requieren conocimientos, equipos y procedimientos que no están disponibles en todos los establecimientos. Existe porque hay pacientes cuya enfermedad supera las capacidades resolutorias de su centro de origen. Existe porque alguien tiene que recibir a quienes han recorrido largas distancias buscando una oportunidad. Existe, sobre todo, porque la medicina especializada no debería convertirse en un privilegio reservado para quienes viven cerca de los grandes centros urbanos o tienen mayores recursos económicos. Manuel había llegado desde lejos. Pero su enfermedad no había comenzado allí. Había comenzado mucho antes. Probablemente en algún momento en que una pequeña alteración visual pareció poco importante. Quizás en un día de trabajo. Quizás mientras caminaba hacia su casa. Quizás mientras intentaba leer un mensaje en el teléfono. No lo sabemos.

Lo que sí sabemos es que cuando finalmente llegó al tercer nivel, la enfermedad ya estaba avanzada. Ese día también pensé en todos los pacientes que nunca llegan: los que abandonan el tratamiento, los que no pueden trasladarse, los que esperan demasiado y los que consultan cuando la enfermedad ya ha producido un daño irreversible. En Oftalmología, esa realidad puede ser especialmente dura. Muchas enfermedades oculares son

silenciosas. El paciente puede adaptarse progresivamente a una pérdida visual y creer que simplemente está envejeciendo. Puede acostumbrarse a ver menos. Puede dejar de leer. Puede evitar conducir. Puede caminar con mayor precaución. Puede pedir ayuda para actividades que antes realizaba solo. Poco a poco puede comenzar a perder independencia sin darse cuenta de que está perdiendo también una parte de su vida cotidiana. Aquella mañana, Manuel no hablaba mucho. Pero su hija sí. Nos contó que había trabajado toda su vida, que era una persona independiente, que no le gustaba pedir ayuda y que desde que comenzó a ver menos había empezado a depender de ella para algunas actividades.

Lo dijo casi como una anécdota. Para mí no lo era, porque detrás de cada disminución de agudeza visual existe una historia funcional. Un número en una cartilla puede decirnos cuánto ve, pero no necesariamente nos dice qué ha dejado de hacer. Ese concepto transformó mi manera de observar a los pacientes. Desde entonces, cuando preguntaba por la visión, intentaba no quedarme únicamente con el número. Preguntaba: ¿Qué actividades ha dejado de realizar? ¿Puede caminar solo? ¿Puede leer? ¿Puede reconocer rostros? ¿Puede trabajar? ¿Puede administrar sus medicamentos? ¿Puede movilizarse con seguridad? La visión no es solo una función ocular. Es una herramienta para vivir. Manuel fue programado para el manejo correspondiente. Durante el proceso aparecieron nuevas dificultades. Como ocurre tantas veces en medicina, el diagnóstico principal no era la única preocupación. Había que evaluar el estado general del paciente, revisar antecedentes, descartar condiciones asociadas y coordinar los diferentes componentes de su atención.

En un servicio de tercer nivel, la atención oftalmológica no ocurre de manera aislada. El paciente puede requerir laboratorio, imágenes, valoración anestésica, medicina interna, endocrinología, cardiología u otras especialidades dependiendo de su condición. El ojo pertenece al paciente completo. El paciente,

además, pertenece a una familia, una comunidad y una realidad social. Finalmente llegó el día del procedimiento. Recuerdo especialmente a su hija esperando afuera. Había pasado varias horas en el hospital. No preguntaba constantemente cuánto faltaba. Simplemente esperaba. Cuando terminó el procedimiento y pudimos explicarle que todo había transcurrido según lo esperado, su expresión cambió. No hubo grandes celebraciones. No hubo aplausos. Solo una respiración profunda. Como si durante varias horas hubiera estado conteniendo el aire. Después vino el periodo de seguimiento. Allí apareció otra enseñanza. En medicina, a veces creemos que la cirugía es el final. Pero para el paciente, muchas veces es apenas el comienzo.

Hay tratamientos que requieren controles estrictos, medicamentos, cuidados, restricciones temporales y vigilancia de signos de alarma. En pacientes que viven lejos, cumplir con esos controles puede representar una dificultad enorme. Un control que para nosotros significa veinte minutos en consulta puede significar para ellos un día entero: un día sin trabajar, un pasaje, una comida fuera de casa y una persona que debe acompañarlos. Aun así, algunos regresan porque entienden que ese esfuerzo puede representar la diferencia entre conservar una función o perderla. Manuel regresó a su control. Entró acompañado de su hija. Esta vez caminaba de una manera diferente. No porque su enfermedad hubiera desaparecido por completo, sino porque había recuperado parte de la confianza que había perdido. Durante la evaluación, los resultados eran favorables. Le preguntamos cómo se sentía. Sonrió. —Ya puedo distinguir mejor la cara de mi nieto. Fue una frase sencilla, pero para mí tuvo un peso enorme: hasta ese momento habíamos hablado de retina, mácula, cirugía, medicamentos, controles y pronóstico. Él habló de su nieto. Entonces todo cobró sentido.

La medicina había utilizado conocimientos altamente especializados para conseguir algo profundamente humano: permitirle volver a reconocer un rostro querido. Ese día, al terminar la consulta, Manuel se levantó lentamente. Antes de salir,

se acercó y estrechó mi mano. No dijo mucho. Solo agradeció. Después salió del consultorio. Lo vi alejarse por el pasillo junto a su hija. Pensé en la distancia que había recorrido para llegar hasta nosotros. No solo en kilómetros. Había recorrido la distancia entre la incertidumbre y la esperanza; entre depender de alguien y recuperar parte de su autonomía; entre una enfermedad que parecía avanzar silenciosamente y la posibilidad de recibir atención especializada. Pero también pensé en algo más. Manuel tuvo la oportunidad de llegar; no todos la tienen. Esta experiencia me hizo entender que hablar de tercer nivel de atención no debería limitarse a describir infraestructura, equipos, especialistas o procedimientos de alta complejidad. También debemos hablar de equidad. El verdadero valor de un hospital de tercer nivel no se encuentra solo en lo que puede hacer técnicamente. También se encuentra en a quién puede ayudar.

En un país con comunidades rurales, poblaciones dispersas y personas que viven a varias horas de los grandes centros urbanos, la existencia de servicios especializados puede marcar una diferencia decisiva. La Oftalmología, en particular, tiene una característica que la hace especialmente importante. La pérdida visual puede afectar prácticamente todas las dimensiones de la vida. Puede dificultar el trabajo, la educación, la movilidad, la interacción social, la independencia, la seguridad y la capacidad de cuidar de otros. Cuando ocurre en una persona con pocos recursos económicos, el impacto puede ser todavía mayor. Por eso, atender una enfermedad ocular no significa solo tratar un órgano. Significa proteger una función que sostiene muchas otras. Durante la residencia he aprendido que detrás de cada ojo existe una persona. Parece una afirmación evidente. Sin embargo, en medio de la rutina hospitalaria, entre historias clínicas, solicitudes, imágenes, procedimientos y pacientes esperando, es fácil olvidar la profundidad de esa realidad.

Un ojo puede ser una retina desprendida, una catarata, una córnea opaca, una neuropatía óptica, una hemorragia vítrea o una retinopatía diabética. Pero para el paciente es su manera de

conocer el mundo. Es la posibilidad de ver a sus hijos crecer. Es poder trabajar. Es reconocer el camino de regreso a casa. Es leer una carta. Es mirar una fotografía. Es ver amanecer. Eso cambia por completo la manera en que debemos entender nuestra profesión. Con el tiempo también comprendí que la pobreza no siempre se presenta como imaginamos. No siempre llega acompañada de una historia evidente. A veces llega bien vestida. A veces sonríe. A veces dice que está bien. A veces afirma que puede esperar. Precisamente por eso debemos preguntar. Debemos escuchar. Debemos comprender las barreras que existen detrás de una consulta perdida o de un tratamiento que no se cumple.

Cuando un paciente no regresa a control, no siempre significa que no le importa su salud. Quizás no tiene dinero para el transporte. Quizás vive a cinco horas. Quizás depende de otra persona para movilizarse. Quizás perdió un día de trabajo. Quizás no comprendió la importancia del control. Quizás nadie se lo explicó. Como médicos, tenemos la responsabilidad de mirar más allá del diagnóstico. La medicina de tercer nivel también es una oportunidad para cerrar brechas. Para recibir a quienes fueron referidos desde otros niveles. Para resolver aquello que no pudo resolverse antes. Para formar especialistas capaces de responder a enfermedades complejas. Para utilizar tecnología que, de otro modo, permanecería fuera del alcance de muchos pacientes. También sirve para recordar que la excelencia técnica pierde parte de su sentido cuando no está acompañada de humanidad. Meses después, volví a recordar a Manuel. No porque fuera el paciente más complejo que había atendido. Tampoco porque su caso hubiera sido necesariamente el más extraordinario desde el punto de vista académico. Lo recordaba porque me enseñó algo que ningún examen puede preguntar.

Me enseñó que el resultado de una intervención no siempre se encuentra en una cifra. A veces está en una persona que vuelve a caminar sola. En una madre que vuelve a leer. En un trabajador que regresa a sus actividades. En un abuelo que vuelve a

distinguir el rostro de su nieto. En una hija que deja de preocuparse por tener que acompañar a su padre para todo. En una familia que recupera una pequeña parte de la normalidad que creía perdida. Quizás ese sea uno de los mayores privilegios de la Oftalmología. Trabajamos con una estructura pequeña, pero con una función inmensa. Trabajamos con ojos, pero tratamos vidas. Trabajamos con visión, pero muchas veces lo que intentamos preservar es independencia. Ese día entendí que el tercer nivel de atención no debe ser visto únicamente como el último escalón de un sistema. Debe ser entendido como un lugar donde convergen las historias de quienes necesitan atención altamente especializada.

Allí convergen pacientes que llegan desde ciudades, comunidades y zonas rurales, incluso desde lugares donde quizá no existe un oftalmólogo. Pacientes que recorren largas distancias con la esperanza de encontrar una respuesta. Algunos llegarán a tiempo. Otros llegarán tarde. Algunos recuperarán parte de la visión. Otros solamente podrán conservar la que todavía tienen. Y habrá quienes no puedan ser curados. Pero incluso en esos casos existe algo que podemos hacer: explicar, acompañar, prevenir, rehabilitar, orientar, evitar complicaciones y, sobre todo, no permitir que el paciente sienta que su enfermedad lo convierte en un número más dentro del hospital. Quizá esa sea la verdadera esencia de nuestra profesión. No podemos prometer que todos volverán a ver. No podemos detener todas las enfermedades. No podemos modificar todas las circunstancias sociales que determinan la salud. Sí podemos procurar que cada paciente reciba la mejor atención posible, independientemente de su lugar de origen o de sus posibilidades económicas.

Podemos mirar a los ojos de quien tenemos enfrente y recordar que detrás de ese paciente existe una historia que comenzó mucho antes de llegar al hospital. Una historia de trabajo, sacrificios, familia, miedo, esperanza, kilómetros recorridos y, en ocasiones, años esperando una oportunidad. Hoy, cuando un paciente llega desde lejos, intento recordar a Manuel. Recuerdo a su hija.

Recuerdo aquella pregunta: —¿Todavía puede volver a ver? Recuerdo que, aunque la medicina exige respuestas científicas, algunas preguntas tienen una dimensión que trasciende los resultados de un examen. Cuando alguien pregunta si podrá volver a ver, quizás está preguntando si podrá volver a vivir como antes. Quizá ahí está una de las razones más profundas para ser oftalmólogo: no solo aprender a operar una retina, tratar una enfermedad o interpretar una imagen, sino comprender lo que significa preservar una ventana hacia el mundo.

La visión no debería depender de la distancia que una persona tenga que recorrer para acceder a un especialista. Tampoco debería depender de cuánto dinero tenga en el bolsillo. La enfermedad puede ser democrática, pero el acceso a la atención no siempre lo ha sido. Por eso, cada paciente que llega a un hospital de tercer nivel desde una comunidad lejana representa también un recordatorio de nuestra responsabilidad. Es una responsabilidad que exige atender, investigar, prepararnos, utilizar correctamente los recursos, trabajar en equipo, fortalecer la referencia y contrarreferencia, educar y prevenir. También exige entender que la excelencia médica no consiste solamente en saber qué hacer. También consiste en saber para quién lo estamos haciendo. Al final de aquella jornada, el hospital continuó funcionando como siempre. Nuevos pacientes llegaron. Otros se fueron. Las consultas continuaron. Las luces de los pasillos permanecieron encendidas. Las historias clínicas siguieron acumulándose. Nosotros continuamos aprendiendo. Pero algo había cambiado. Al menos para mí.

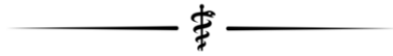
Había dejado de mirar la Oftalmología únicamente como una especialidad dedicada a preservar la visión. Comencé a verla como una especialidad dedicada a preservar posibilidades. La posibilidad de trabajar, caminar, estudiar, reconocer, conservar la independencia y volver a mirar a alguien querido. Comprendí que, algunas veces, salvar la visión de una persona significa mucho más que mejorar una agudeza visual. Significa devolverle una parte de su mundo. Quizá nunca sepamos cuánto puede cambiar

una intervención médica en la vida de un paciente. Quizá para nosotros sea una cirugía, una consulta, un control o una imagen más. Pero para alguien que viajó durante horas, que esperó meses, que reunió sus documentos en una carpeta y que llegó al hospital con miedo, aquella consulta puede representar una de las decisiones más importantes de su vida. Por eso, cuando pienso en mi experiencia en el servicio de Oftalmología, recuerdo especialmente a aquellos pacientes que vienen de lejos. Ellos me han enseñado que la medicina de tercer nivel no debería ser solo un lugar donde llegan los casos más complejos.

Debe ser también un lugar donde lleguen las personas que más necesitan que la complejidad de la medicina esté puesta a su servicio. Quizás ese sea el verdadero significado de mirar: no solo utilizar los ojos para observar, sino aprender a ver. Ver al paciente, a su familia, su realidad, sus limitaciones y sus posibilidades, y entender que, detrás de cada ojo que examinamos, existe una vida completa que espera continuar. Desde entonces, cada vez que un paciente se sienta frente a mí y comienza una nueva historia, intento recordar algo muy sencillo: no estamos tratando solamente un par de ojos. Estamos intentando conservar la capacidad de una persona para seguir viendo el mundo al que pertenece. Mientras exista alguien dispuesto a recorrer kilómetros para buscar ayuda, mientras exista una familia esperando afuera de un quirófano y mientras exista un paciente preguntando si todavía puede recuperar su visión, la Oftalmología de tercer nivel tendrá una misión que va mucho más allá de la medicina.

Tendrá la misión de demostrar que la distancia, la pobreza y la enfermedad no deberían decidir quién merece la oportunidad de volver a ver.

PSIQUIATRÍA



DETRÁS DEL SILENCIO

Med. Carlos Enrique Muñoz Cofre



Hay noches que uno termina, pero que no terminan en uno.

Después de cinco años en el servicio, podría decir que ya me acostumbré a las guardias, al cansancio, a la incertidumbre de no saber cómo transcurrirá la madrugada y al peso de caminar solo por un pasillo donde cada puerta resguarda una historia distinta. Pero no sería verdad. Hay cosas a las que uno no debería acostumbrarse nunca. El sufrimiento humano es una de ellas.

Cada cierto tiempo me corresponde asumir una guardia prolongada. Llego sabiendo que estaré solo a cargo de quince pacientes psiquiátricos descompensados: quince formas distintas de dolor, quince mundos alterados que reclaman contención al mismo tiempo. En una sola noche puedo encontrarme con la desesperanza de una depresión profunda, con la agitación de una psicosis, con el discurso fragmentado de alguien que ya no logra ordenar sus pensamientos o con el miedo de una familia que ha llegado al límite y ya no sabe qué hacer.

Y, aun así, sigo sintiendo que este es mi lugar.

A veces me preguntan por qué elegí la psiquiatría o por qué quiero dedicar mi vida a esta especialidad. La respuesta no es simple, pero se parece mucho a lo que siento durante esas noches largas. Me atrae la mente humana porque me parece uno de los territorios más complejos y fascinantes que existen. En ella nacen los recuerdos, los afectos, el lenguaje, los sueños, la identidad, el

miedo, la capacidad de amar y también la posibilidad de quebrarse.

Con el tiempo he comprendido que las emociones no son un adorno de la vida; forman parte de su estructura más íntima. También he aprendido, viendo pacientes una y otra vez, que las enfermedades mentales son tan importantes como cualquier enfermedad del cuerpo. Una fractura duele, limita y obliga a detenerse. Una gripe debilita, consume energía y altera la rutina. Pero una mente herida también puede romper el equilibrio de una persona, desorganizar una familia entera y volver insoportable el simple acto de seguir viviendo.

La mente también necesita cuidado y la oportunidad de sanar. Quizá por eso quiero ser psiquiatra.

Aquella noche comenzó con esa tensión sorda que a veces antecede a las crisis más difíciles. Todavía no había una emergencia evidente, pero el ambiente estaba cargado. Una paciente permanecía inmóvil, abrazándose a sí misma como si quisiera evitar desarmarse. Otro no dejaba de caminar de un extremo al otro del área, con una inquietud que parecía no caberle en el cuerpo. Desde una habitación llegaban frases entrecortadas dirigidas a alguien que no estaba allí. Yo recorría el servicio con esa mezcla de atención y cansancio que ya me resulta conocida, aunque nunca del todo cómoda.

Entonces escuché una voz en la entrada.

No fue un grito. Fue algo peor: una súplica.

Cuando me acerqué, vi a una mujer junto a su hijo. Para proteger su intimidad, lo llamaré Gabriel. Era joven, delgado, con la mirada tensa, como si llevara demasiado tiempo sin descansar. Tenía el rostro endurecido por el miedo. La madre, en cambio, parecía sostenida únicamente por la costumbre de no derrumbarse. Hay rostros en los que el agotamiento deja de parecer cansancio y se convierte en una forma de tristeza. El suyo era uno de ellos.

Di un paso hacia ellos y él retrocedió de inmediato.

—No se acerque —me dijo—. Usted también está con ellos.

Lo dijo sin alzar demasiado la voz, pero con una convicción que me atravesó. En su expresión no había simple desconfianza; había una certeza dolorosa, una lógica construida desde el delirio, una realidad paralela en la que yo ya ocupaba un lugar amenazante.

La madre me miró como pidiendo perdón por algo que no había hecho.

—Doctor, ya no duerme —dijo casi en un murmullo—. Ya no come tranquilo. Dice que lo observan. Dice que en la casa ya no somos nosotros.

Gabriel movía los ojos de un lado a otro, como si estuviera pendiente de algo invisible que lo acechaba desde cada rincón. A ratos me miraba con dureza; a ratos levantaba la cabeza y parecía escuchar voces suspendidas en el aire. En esos momentos recordé algo que el servicio me ha enseñado muchas veces: en psiquiatría no basta con acercarse; también importa la forma en que uno lo hace. Hay que medir el tono, el espacio y la presencia. Un paso de más puede sentirse como invasión. Un paso de menos, como abandono.

Me mantuve a cierta distancia y le hablé con calma.

—No estoy aquí para hacerle daño. Quiero entender qué está pasando con usted.

Sonrió de una manera triste, casi amarga.

—Nadie quiere entender. Solo quieren callarlas.

No le pregunté enseguida quiénes eran. Había en su voz algo quebrado que me decía que primero debía sentir que no estaba siendo combatido. En la residencia uno aprende muchas cosas, pero algunas de las más importantes no caben en un libro: la necesidad de escuchar antes de intervenir, de reconocer el miedo detrás de la agresividad y de entender que, a veces, el enojo es apenas la última defensa de alguien que se está hundiendo.

De pronto, Gabriel volteó a ver a su madre y la señaló con una mezcla de rabia y dolor.

—Ella no es mi mamá.

La frase cayó como un golpe seco.

La mujer bajó la mirada. No discutió. No se defendió. Solo respiró hondo, como si hubiera escuchado eso antes o, peor aún, como si llevara días temiendo volver a escucharlo. En ese instante sentí una punzada difícil de describir. Estaba frente a un paciente en crisis, sí, pero también frente a una madre desgastada por el sufrimiento de su hijo, herida por una enfermedad que no solo había alterado su percepción, sino también la intimidad más profunda del vínculo entre ambos.

Siempre he pensado que en psiquiatría el dolor nunca llega solo. Llega acompañado. A veces lo trae una madre con los ojos inflamados de no dormir. A veces lo acompaña un hermano que ya no sabe qué decir. Y, en ocasiones, permanece en silencio junto al paciente, esperando una explicación que nadie puede dar de forma sencilla.

Detrás de nosotros, el servicio seguía vivo. Una puerta sonó con fuerza. Desde el fondo alguien comenzó a llorar. Otro paciente reclamó atención con gritos breves e insistentes. Yo sabía que seguía teniendo quince personas a mi cargo y que cualquiera de ellas podía descompensarse en cuestión de minutos. Esa es una de las partes más duras de una guardia: la conciencia de que el sufrimiento no hace fila. Todos duelen a la vez.

Entonces Gabriel levantó la voz.

—¡No me van a encerrar!

El grito atravesó el pasillo y pareció tocarlo todo. Algunos pacientes empezaron a inquietarse. Una enfermera me miró desde lejos esperando una señal. Sentí el peso de estar solo, la responsabilidad comprimida en el pecho, esa sensación áspera de saber que cualquier decisión debe ser rápida, pero también acertada.

No me avergüenza decirlo: tuve miedo.

No un miedo paralizante, sino un miedo lúcido, de esos que obligan a cuidar cada palabra y cada gesto porque saben lo frágil que puede volverse una situación en cuestión de segundos.

Respiré profundo antes de responder.

—No quiero pelear con usted —le dije—. Quiero ayudarlo a descansar de todo esto.

No sé si fue la palabra descansar o el tono con que la pronuncié, pero algo cambió, aunque fuera apenas un poco. La tensión no desapareció. No dejó de estar alerta. Pero su mirada perdió por un instante esa dureza extrema con la que me había recibido. En psiquiatría, a veces una mínima fisura en la resistencia vale más que una aparente calma.

Empezó a hablar entre pausas. Me dijo que escuchaba voces que lo insultaban, que le advertían cosas terribles, que le repetían que la mujer que tenía al lado no era su madre y que, si se dormía, algo horrible iba a pasar. Mientras lo escuchaba, comprendí que debajo de toda esa agitación había algo más simple y más devastador: un hombre agotado de tener miedo.

Su madre, que hasta ese momento había intentado mantenerse fuerte, rompió en llanto.

—Yo solo quiero que vuelva a estar en paz —me dijo—. Quiero volver a verlo sin este sufrimiento.

He escuchado muchas frases durante las guardias, pero hay algunas que permanecen. Esa fue una de ellas. Porque resumía algo que he entendido durante estos años: la salud mental no puede seguir siendo tratada como un asunto menor, invisible o secundario. He visto demasiado dolor como para creer eso.

He visto personas paralizadas por pensamientos que no pueden detener. He visto familias enteras reorganizar su vida alrededor de una crisis. He visto a alguien perder el sueño, la confianza y hasta la capacidad de reconocerse a sí mismo. Y también he visto cómo

un acompañamiento oportuno, una intervención adecuada y un trato humano pueden abrir una rendija de luz en medio del caos.

Por eso quiero ser psiquiatra.

No lo digo solo por vocación o por afinidad con una especialidad. Lo digo porque este servicio me ha enseñado que la mente merece el mismo respeto que cualquier órgano herido. Nadie minimizaría una hemorragia visible. Nadie le pediría a una pierna fracturada que le ponga ganas para soldar más rápido.

Entonces, ¿por qué a veces se le exige a alguien con la mente herida que simplemente resista?

La mente también enferma. También se agota. También necesita tiempo, tratamiento, paciencia y cuidado. Entender eso me cambió.

Le pedí a Gabriel que se sentara. Dudó. Por un momento pensé que volvería a reaccionar con hostilidad. Pero terminó aceptando. Se sentó al borde de la silla, rígido, como si incluso el descanso le pareciera una amenaza.

Yo seguí hablándole sin apresurarlo. Le hice pocas preguntas. Escuché más de lo que hablé. Con los años he descubierto que una de las formas más profundas de acompañar a alguien en crisis es no invadirlo con palabras innecesarias.

La noche siguió su curso lento y pesado. Hubo momentos en que tuve que apartarme para atender otras urgencias: una paciente deprimida que decía no querer continuar, otro enfermo que golpeaba insistentemente la puerta de su habitación, una nueva llamada desde el fondo del área.

Cada vez que me alejaba de Gabriel sentía que dejaba una cuerda tensa. Pero cada vez que regresaba lo encontraba un poco menos hostil, un poco menos atrapado por esa guerra interior que lo había traído hasta nosotros.

En un momento de la madrugada, bajó la mirada y dijo con una voz que ya no tenía rabia, solo cansancio:

—Estoy cansado de sentir esto.

Esa frase me golpeó con una fuerza distinta. No porque fuera dramática, sino porque era profundamente humana. En esas pocas palabras cabía el peso de noches sin dormir, de pensamientos imposibles de ordenar, de miedo, de confusión y de desgaste.

A veces la enfermedad mental no se presenta con grandes escenas; a veces se condensa en una frase pequeña pronunciada por alguien que ya no puede más.

Me incliné ligeramente hacia él y respondí:

—No tiene que cargar con todo esto solo esta noche.

No fue una frase brillante. Fue una frase honesta.

Y en ciertos momentos, la honestidad tiene más valor que cualquier discurso perfecto.

Poco a poco la madrugada fue cediendo. No porque todo estuviera resuelto, sino porque el sufrimiento dejó de golpear con la misma intensidad. El pasillo empezó a sentirse menos áspero. Los ruidos disminuyeron. Las luces parecían menos frías.

Gabriel respiraba con menor agitación. Su madre, vencida por el cansancio, se quedó dormida en una silla, con el cuerpo inclinado hacia él, como si incluso en el sueño siguiera intentando protegerlo.

Él la observó en silencio durante largo rato.

Yo no dije nada. A veces intervenir demasiado arruina lo más delicado de un momento.

Entonces lo escuché murmurar:

—Sí es ella.

Fue apenas un susurro, pero para mí tuvo la fuerza de un amanecer.

No sé si aquella certeza duraría. No sé si el proceso sería breve o largo. No sé cuántas otras noches difíciles vendrían después. En psiquiatría uno aprende a no engañarse con triunfos absolutos.

Pero también aprende a reconocer los pequeños milagros clínicos y humanos que ocurren en medio del dolor: una palabra que vuelve a su lugar, una mirada menos hostil, una mano que ya no se aparta, una madre que por fin puede respirar un poco.

Cuando comenzó a entrar la claridad del día, sentí esa mezcla extraña de agotamiento y gratitud que algunas guardias dejan. Seguía cansado. Me dolían los pies, la espalda y los ojos. Todavía tenía quince pacientes a cargo y sabía que cada uno continuaba librando su propia batalla.

Nada era fácil. Nada lo será.

Pero en medio de ese desgaste confirmé algo que se ha ido haciendo más claro con los años: quiero dedicarme a esto.

Quiero ser psiquiatra porque he visto que una palabra puede sostener a alguien en el borde. Porque he aprendido que escuchar también es una forma de tratamiento. Porque me conmueve profundamente ese lugar invisible donde nacen las emociones, donde se construye la identidad y donde también puede instalarse el sufrimiento más silencioso.

Quiero ser psiquiatra porque creo que sanar no siempre significa curar de inmediato; a veces significa acompañar, contener, aliviar y ayudar a alguien a regresar, poco a poco, a sí mismo.

Y también porque este servicio me ha enseñado algo esencial: que detrás de cada crisis hay una persona que no ha dejado de ser persona. No es solo un diagnóstico, ni una cama ocupada, ni un episodio más dentro de una guardia. Es alguien que siente, teme, recuerda, se rompe e intenta comprender lo que le sucede.

Y casi siempre, a su lado, hay una familia que también está pidiendo ayuda, aunque no sepa cómo formularla.

Aquella guardia terminó como terminan muchas: con el cuerpo exhausto y la cabeza todavía llena de escenas que tardan en irse. Pero me dejó una convicción más firme.

Así como el cuerpo necesita cuidados para recuperarse, la mente también necesita ser atendida con seriedad, paciencia y humanidad. No hay jerarquía entre una herida visible y una herida emocional. Ambas duelen. Ambas alteran la vida. Ambas merecen tratamiento.

Quizá por eso sigo aquí después de tantas jornadas y tantas noches. Porque incluso en las horas más difíciles, cuando el pasillo parece lleno de angustia y uno siente el peso completo de la responsabilidad, sigo encontrando sentido.

Lo encuentro cuando una madre deja de llorar por unos minutos. Lo encuentro cuando un paciente baja la guardia y acepta recibir ayuda. Lo encuentro cuando el miedo cede un poco y deja entrar algo parecido a la calma.

Lo encuentro, sobre todo, en la certeza de que la mente, aun en su fragilidad, sigue siendo uno de los lugares más profundos y valiosos del ser humano.

Y cuidar de ella, para mí, no es solo una elección profesional.

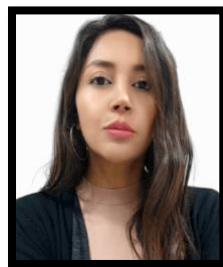
Es una forma de servicio.

PSICOLOGÍA



FRICCIÓN MENTAL

Psic. Diana Mishell Acosta Yáñez



Si la duda humana generara calor por fricción, el cerebro de aquel hombre fornido, de atractivo magnético y presencia impecable, habría alcanzado una temperatura imposible de sostener a las 3:14 p. m. de aquel viernes de 2024, justo en el instante en que su capacidad de procesar lo que estaba viviendo pareció llegar al límite.

Quienes presenciábamos la escena —familiares, amigos cercanos y algunos conocidos— comprendimos de inmediato que no estábamos frente a un simple ataque de pánico ni ante un episodio depresivo convencional. Lo que veíamos era el colapso de una mente sometida durante demasiado tiempo a una tensión interna extrema: dos realidades incompatibles intentando coexistir dentro de la misma persona hasta llevarla a un estado de inmovilidad, angustia y agotamiento profundo.

A sus 34 años, aquel brillante fundador de dos empresas en constante crecimiento y con indicadores de rendimiento sobresalientes se encontraba esa tarde completamente desbordado. Sus manos permanecían rígidas y la mandíbula estaba apretada con tal intensidad que parecía contener toda la tensión acumulada durante semanas. La escena resultaba difícil de ignorar: detrás de una imagen externa de control, éxito y seguridad, existía un agotamiento emocional que había terminado por hacerse visible en el cuerpo.

Durante aproximadamente noventa días, su vida había estado atravesada por una lucha constante entre dos formas de existir que parecían avanzar en direcciones opuestas. Por un lado, cargaba con la responsabilidad de sostener la estabilidad financiera de sus empresas, abrir nuevas sucursales y responder a las exigencias asociadas con su crecimiento profesional. Por otro, intentaba conservar una sensación de libertad vinculada con su estilo de vida: una disciplina atlética rigurosa, una vida social intensa y una necesidad permanente de mantener una imagen de éxito, atractivo y dominio. Aquella tensión acumulada terminó por sobrepasar su capacidad de adaptación.

Este episodio se convirtió para mí en un punto de partida para mirar con mayor atención dinámicas que ya había observado tanto en la práctica clínica como en mis relaciones cotidianas: dentro de la familia, entre amigos, colegas e incluso en personas a quienes admiraba por su trayectoria académica o por la firmeza con la que parecían enfrentar la vida. A partir de entonces, comencé a reconocer que la respuesta individual frente al estrés es mucho más compleja de lo que parece a primera vista y que concentrarse únicamente en el detonante inmediato impide comprender todo aquello que se ha venido acumulando antes del colapso. Por eso, antes de avanzar, resulta necesario definir con mayor precisión el fenómeno al que me refiero.

La fricción mental no constituye una patología, sino un fenómeno neuropsicológico de resistencia: un rozamiento invisible entre la intención ejecutiva del individuo y la capacidad real de procesamiento de su sistema nervioso. Así como la fricción física desgasta una maquinaria al generar calor y resistencia, la fricción mental representa el costo metabólico y cognitivo adicional que asume el cerebro cuando intenta funcionar bajo condiciones de conflicto, saturación o desalineación interna. Desde una perspectiva neuropsicológica, los estados prolongados de distrés e incertidumbre pueden incrementar esta resistencia cognitiva, agotando progresivamente los recursos de la función ejecutiva y reduciendo la flexibilidad con la que habitualmente procesamos la

realidad. No se trata, por tanto, de un fallo puntual, sino de un desgaste acumulativo, comparable al metal que, sometido a una tensión constante, termina por fatigarse sin necesidad de recibir un único golpe que explique su deterioro.

En escenarios de alta carga emocional resulta frecuente observar cómo el individuo transita gradualmente desde la proyección y el análisis de sus metas hacia un estado de apatía funcional. El futuro deja de percibirse como un horizonte de autorrealización y comienza a experimentarse como una sucesión de demandas automatizadas que progresivamente pierden sentido. Incluso las dinámicas de socialización pueden dejar de cumplir una función reparadora y convertirse en una carga adicional de procesamiento cognitivo. La hipervigilancia frente al juicio social, el agotamiento derivado del cumplimiento de ciertas convenciones y la preocupación constante por responder a expectativas estéticas o sociales terminan incrementando la tensión de un sistema ya sobrecargado por las exigencias de la rutina.

En este punto puede aparecer también una distorsión en la percepción de la propia cronología vital, alimentada por un constante ejercicio de comparación social que modifica la valoración de los logros personales. En consulta es frecuente escuchar a pacientes medir su valía a partir de parámetros ajenos y lamentar no haber alcanzado determinados hitos a las edades que la narrativa colectiva presenta como ideales. La consolidación de una pareja, el estatus laboral, los viajes o los grados académicos se convierten entonces en indicadores con los que la persona intenta determinar si su vida avanza al ritmo esperado. Esta comparación genera una brecha dolorosa entre el yo idealizado y el yo percibido, favoreciendo la autofrustración y esa incómoda sensación de estar viviendo a destiempo.

Un caso representativo de esta encrucijada cognitiva fue el de una paciente con un perfil marcadamente pragmático y lógico. Acudió a terapia con grandes dificultades para procesar la contradicción que percibía entre sus atributos personales —disciplina,

dinamismo, realismo y constancia— y la recurrencia de vínculos afectivos asimétricos e insatisfactorios. Expresaba una profunda frustración ante experiencias reiteradas de infidelidad y frente a la falta de reciprocidad de parejas que, desde su perspectiva, nunca correspondían con el mismo nivel de compromiso que ella entregaba.

El abordaje terapéutico exigió ir más allá de la contención emocional y explorar el paradigma cognitivo desde el cual interpretaba sus relaciones. Su razonamiento, eficaz en distintos ámbitos de su vida, se convertía en una fuente de conflicto cuando intentaba trasladarlo de manera rígida al terreno afectivo. Esperaba que el amor respondiera a una lógica semejante a la que aplicaba en otras áreas: a mayor esfuerzo y compromiso, una respuesta proporcional. Cuando sus relaciones no obedecían esa ecuación, aparecía una contradicción que le resultaba difícil integrar. Ahí, exactamente ahí, es donde se enciende la fricción mental: no en la ausencia de herramientas, sino en la insistencia de aplicar las herramientas equivocadas a un terreno que no las admite.

Este caso deja una primera conclusión que atraviesa todo el capítulo: la fricción mental no distingue entre mentes brillantes y mentes ordinarias. La diferencia radica, más bien, en la capacidad de actualizar nuestros modelos internos frente a una realidad que cambia, o en la insistencia por sostener esquemas que han dejado de ajustarse a ella. Esto abre preguntas inevitables: ¿qué determina el límite de cada persona? ¿Qué hace que un mismo acontecimiento resulte devastador para alguien y apenas incómodo para otro? ¿Por qué, frente a decisiones aparentemente sencillas, reaccionamos de maneras tan distintas? La fricción mental no responde por sí sola a estas interrogantes, pero ofrece una perspectiva útil para comenzar a explorarlas.

Sin embargo, el concepto pierde fuerza si permanece únicamente en el terreno teórico. Es en los pequeños gestos cotidianos donde mejor podemos observarlo. Aparece cuando queremos cocinar

para distraernos, pero terminamos agotados solo de calcular cuánto tiempo nos tomará, incluso antes de encender la estufa. También cuando sentimos que nuestro cuerpo necesita movimiento, que el peso adicional comienza a incomodarnos y, aun así, planificar una rutina sencilla —diez minutos en casa, una caminata o una carrera corta— parece exigir más esfuerzo mental que cualquier otra decisión del día. Es entonces cuando surge la alternativa aparentemente más sencilla: una pastilla o un atajo farmacológico que promete alcanzar el resultado evitando el proceso, sin que necesariamente nos detengamos a considerar sus posibles consecuencias.

La misma dinámica aparece cuando posponemos una llamada incómoda, evitamos abrir un correo cuyo contenido tememos o dejamos para después una conversación pendiente con alguien importante. En estos casos, el obstáculo no siempre está en la tarea misma —cocinar, correr, llamar o conversar—, sino en el costo cognitivo de sostener la tensión entre aquello que queremos hacer y la dificultad que experimentamos para ejecutarlo. Así se manifiesta, en la práctica, ese «freno de mano» invisible: no necesariamente como pereza o falta de voluntad, sino como la dificultad de un sistema que ya está destinando gran parte de sus recursos a procesar otras demandas y encuentra cada vez menos margen para asumir una decisión adicional.

Esta fricción, que inicialmente opera en el interior del individuo, puede intensificarse cuando entra en contacto con el juicio colectivo. Es allí donde el fenómeno deja de tener únicamente una dimensión clínica y adquiere también una dimensión social. Hoy hablamos con frecuencia del estrés, pero no siempre nos detenemos a comprender cómo se origina, se acumula y termina afectando nuestra capacidad de respuesta. Como consecuencia, muchas intervenciones aparecen cuando el malestar ya está instalado, mediante estrategias orientadas a reparar el daño, en lugar de reconocer tempranamente aquellos factores que podrían conducir hasta él. Precisamente en ese «antes» adquiere

relevancia comprender los mecanismos que incrementan nuestra fricción mental.

En consulta todavía encuentro pacientes que describen la salud mental como un tema rodeado de prejuicios, como si no terminara de reconocerse plenamente su dimensión científica. Persisten discursos que reducen problemas complejos a expresiones como «sé feliz» o «no te deprimas», ignorando que la intervención de un profesional no puede sustituirse por consejos improvisados de personas sin formación. Esta percepción no surge de manera espontánea, sino que se construye a partir de múltiples experiencias personales, familiares y sociales que condicionan la forma en que aprendemos a interpretar nuestro propio malestar.

Una parte importante de ese aprendizaje comienza durante la crianza. Desde los primeros años, la manera en que nuestro entorno responde a las emociones, los conflictos y las necesidades va moldeando la forma en que posteriormente las reconocemos y gestionamos. Esto permite comprender, al menos en parte, por qué dos personas pueden responder de manera diferente ante circunstancias semejantes. La crianza no interviene únicamente en el cuidado de la salud física; también participa en la construcción de recursos emocionales y en la manera en que aprendemos a relacionarnos con nuestro propio bienestar psicológico.

Vivimos, sin embargo, una etapa paradójica: el discurso sobre salud mental ha avanzado, pero muchas prácticas sociales continúan rezagadas. Pedir ayuda todavía puede interpretarse como debilidad; expresar malestar, como falta de fortaleza; y acudir a un profesional de la salud mental puede convertirse, en determinados contextos laborales o educativos, en un requisito institucional antes que en una decisión genuina de autocuidado. En el extremo contrario, también existe el riesgo de utilizar la expresión «salud mental» como justificación de conductas perjudiciales que, en realidad, requieren reconocimiento y trabajo personal. Ambas posturas revelan cuánto queda todavía por comprender.

Esta dimensión social de la fricción mental se hizo especialmente visible cuando intervino en la mediación de una discusión, ya no desde el consultorio individual, sino desde el vínculo entre dos personas en conflicto. El análisis no se detuvo en el evento puntual que había detonado la pelea; se extendió a la crianza de cada uno, a sus relaciones familiares y a sus vínculos sociales y de pareja. Lo que encontré fue revelador: en ambas partes existía una acumulación de situaciones no resueltas, heridas antiguas que nunca habían sido nombradas ni procesadas. Por eso, en el momento del conflicto, lo único que cada uno tenía para ofrecer era la defensa cerrada de su propio criterio; no había espacio disponible para construir una solución conjunta porque, sencillamente, no había espacio disponible. La mente de cada uno ya operaba al límite de su capacidad, sosteniendo fricciones antiguas que nadie veía.

Esa es, quizás, la conclusión más importante de este caso: muchos conflictos que parecen pertenecer al presente son, en realidad, la manifestación tardía de una fricción acumulada durante años. Al crecer, nuestra mente se desgasta ante situaciones pequeñas, pero de gran impacto, hasta que el cerebro encuentra resistencia incluso para tareas simples: tomar una decisión, procesar una crítica o sostener una conversación difícil. Ese es, una vez más, el mismo freno de mano invisible, ahora operando entre dos personas en lugar de una.

Comprender la fricción mental no es únicamente descifrar los intrincados mecanismos del estancamiento individual; es asomarse al abismo invisible donde naufragan sistemáticamente las mentes más conspicuas y las civilizaciones más prósperas. Esta fuerza sutil, que opera en la penumbra comprendida entre la deliberación consciente y las inercias atávicas del subconsciente, actúa como catalizador primordial del desgaste humano, dictando con implacable sigilo el horizonte de nuestro potencial cognoscitivo. Reconocer su omnipresencia no clausura una investigación; por el contrario, abre una grieta irreversible en el edificio de la certidumbre, obligándonos a cuestionar si las

aparentes convicciones, resistencias y fatigas que configuran la existencia cotidiana son determinaciones auténticas de la voluntad o el simple residuo inercial de una psique fragmentada que colisiona perpetuamente contra las fronteras de sus propios sesgos e inhibiciones.

Aquellos que se atrevan a mirar más allá de la superficie descubrirán que este fenómeno trasciende lo estrictamente académico o terapéutico; se erige como la matriz oculta que moldea el destino de nuestras decisiones y el alcance de nuestras aspiraciones más elevadas. Cada pausa injustificada, cada dilema paralizante y cada retroceso invisible guardan una matemática sutil que, de no ser descifrada, condena al intelecto a un ciclo perpetuo de desgaste estéril. Ignorar la física oculta que gobierna esta resistencia es resignarse a habitar una mente que opera en constante cortocircuito, ciega ante los propios engranajes que sofocan su lucidez y postergan su verdadera trascendencia..

Volvamos, entonces, a aquel viernes de 2024, al hombre cuyo Fricciónmetro Cognitivo se quebró frente a nuestros ojos. Su colapso no fue un accidente aislado ni una debilidad personal: fue la evidencia física de una ley que todos, en mayor o menor grado, obedecemos en silencio. Llegar al final de este capítulo no constituye, por ende, el cierre de una travesía conceptual, sino el cruce hacia una insatisfacción intelectual febril y transformadora. Queda flotando en el aire la pregunta que verdaderamente importa: ¿cuántas de nuestras verdades constitutivas son solo el producto fortuito de esta entropía interior y qué horizontes inéditos de la conciencia se revelarían si lográramos cartografiar, articular y disolver cada uno de sus pliegues intangibles?

La verdadera audacia no yace en la asimilación pasiva de estas páginas, sino en el imperativo ético de descender a las capas más profundas del propio pensamiento, allí donde la fricción aún paraliza al genio, para dismantelar, pieza por pieza, la arquitectura invisible que coarta nuestro devenir.

SENTIR SIN QUEDAR ATRAPADO

Psic. Óscar David Quilachamín Espinoza



Hay historias que llegan a consulta expresadas con palabras precisas y, al mismo tiempo, con una parte importante todavía sin nombrar. La de este consultante comenzó de esa manera. No acudió diciendo que necesitaba aprender a regular sus emociones, trabajar con pensamientos rígidos o mejorar sus respuestas ante los conflictos. Llegó porque ciertas experiencias habían comenzado a despertar emociones cada vez más difíciles de manejar y quería comprender qué estaba ocurriendo consigo mismo.

Cuando lo conocí, encontré a una persona que, a primera vista, podía parecer tranquila. Cuidaba su presentación personal, se mostraba atento y conversaba con facilidad. Sin embargo, al permanecer un poco más en el diálogo aparecían la tensión, la tristeza y el temor que se ocultaban detrás de esa apariencia. No llegaba desbordado; por el contrario, se mostraba contenido, como si una parte de él se mantuviera en vigilancia constante y realizara un esfuerzo silencioso por conservar todo en su lugar, incluso cuando las emociones comenzaban a acumularse por dentro.

Desde el inicio me llamó la atención una característica que luego se convertiría en una de las claves para comprender su experiencia: era profundamente sensible a los conflictos. No necesitaba protagonizar una discusión para sentirse afectado. Bastaba con escuchar voces elevadas, observar a otras personas enfrentándose o percibir que algo no ocurría como él consideraba correcto para experimentar una intensa incomodidad. Con

frecuencia aparecían pensamientos como: «Esto no está bien», «Esto no debería pasar», «Es injusto» o «Alguien tendría que hacer algo».

Aquella manera de mirar el mundo hablaba de alguien que valoraba el respeto, el cuidado de los demás y la armonía. El problema no estaba en esos valores. El sufrimiento surgía cuando sentía que la realidad debía estar siempre a la altura de ellos. En esos momentos, la distancia entre lo que ocurría y lo que consideraba que debía ocurrir se volvía difícil de tolerar.

En terapia, distinguir entre un valor y la exigencia de que el mundo se comporte siempre de acuerdo con ese valor puede transformar el acompañamiento. Mi tarea no consistía en convencerlo de que dejara de importarle lo que sucedía a su alrededor ni en enseñarle, simplemente, a «pensar diferente». Se trataba de ayudarlo a descubrir que podía continuar siendo una persona sensible, justa y comprometida con quienes le importaban sin quedar atrapado en cada conflicto que presenciaba.

Había, además, una historia previa que daba profundidad a lo que estaba ocurriendo. Durante la infancia había atravesado una experiencia traumática en la que sus límites y su sensación de seguridad fueron profundamente vulnerados. Después, la vida continuó y aquel episodio quedó relegado a un espacio silencioso de su historia. Con los años pareció convertirse en algo distante, casi ajeno, hasta que una situación vinculada con recuerdos de esa etapa hizo que ciertas imágenes, sensaciones y emociones regresaran de manera inesperada. Algo que parecía pertenecer al pasado todavía ocupaba un lugar dentro de él.

No era necesario reproducir aquel episodio en consulta para reconocer su impacto. Bastaba con observar sus manifestaciones en el presente: tensión muscular, dificultades para dormir, llanto nocturno e irritabilidad. Más que reconstruir lo ocurrido, necesitábamos comprender cómo aquella experiencia continuaba influyendo en su manera de sentir, interpretar lo que sucedía a su alrededor y responder cuando el malestar aumentaba.

Recuerdo que, en cierta ocasión, me contó que había presenciado una discusión familiar. Los gritos activaron en él algo más intenso que la incomodidad habitual frente a un conflicto. Sintió que debía detenerlo. Intentó intervenir, elevó la voz y, a medida que la situación escalaba, su activación emocional aumentó hasta dejarle muy pocas posibilidades de responder de una manera eficaz. Cuando quedó solo, la mezcla de ira, frustración, impotencia y desesperación alcanzó un punto crítico. Fue entonces cuando realizó una acción que puso en peligro su vida como intento de resolver aquel malestar.

Comprendí que necesitábamos detenernos en la secuencia completa: qué había ocurrido antes, qué sintió primero, qué cambios aparecieron en su cuerpo, cómo respondió, qué alivio momentáneo obtuvo y qué sucedió después. La mirada funcional, cercana al análisis en cadena de la terapia dialéctica conductual, permitió entender que lo ocurrido aquel día no podía explicarse como una reacción aislada ni como una simple exageración. Existía una sucesión de acontecimientos, emociones y respuestas que lo había conducido a un punto de especial vulnerabilidad.

Cuando la activación emocional alcanzaba un nivel elevado, su margen de respuesta se reducía de manera considerable. Por ello, en lugar de entender sus acciones como una expresión de rechazo hacia su propia vida, comenzamos a observarlas como manifestaciones de un sufrimiento cuya intensidad superaba los recursos de afrontamiento con los que contaba en ese momento.

Una de las tareas más delicadas consistió en abordar los momentos de mayor malestar sin convertir la consulta en un interrogatorio ni su experiencia en una etiqueta. Validar no significaba aprobar cualquier conducta, sino reconocer que la emoción tenía sentido dentro de su historia y, al mismo tiempo, establecer la necesidad de construir respuestas diferentes. Desde una perspectiva dialéctica, ambas ideas podían coexistir: «Entiendo por qué esto te desborda» y «Necesitamos encontrar una manera más segura de atravesarlo».

Elaboramos un plan de seguridad que funcionara como puente entre los momentos de calma y los de crisis. La intención era anticipar las señales que indicaban un aumento de la activación, identificar a quién podía acudir en busca de apoyo y definir acciones alternativas que le permitieran ganar tiempo antes de responder impulsivamente. También fue importante reconocer una fortaleza que suele quedar oculta durante una crisis: su capacidad para pedir ayuda se convirtió en un recurso clínicamente significativo.

Una vez superado el riesgo inmediato, trabajamos en las sesiones siguientes sobre la regulación emocional. Empezamos por algo básico, aunque no por ello sencillo: poner nombre a lo que sentía. Para alguien que vive las emociones con gran intensidad, identificarlas puede parecer una tarea menor. Sin embargo, nombrar permite observar, y la observación abre un pequeño espacio entre la emoción y la acción.

Incorporamos ejercicios de atención plena para entrenar la capacidad de observar sin responder de inmediato. La práctica no buscaba eliminar los pensamientos incómodos ni los recuerdos que aparecían, sino reconocerlos como eventos internos que podían ser observados mientras él elegía qué hacer. Poco a poco comenzó a practicar la posibilidad de permanecer con un pensamiento sin tener que seguirlo.

A medida que reconocía con mayor claridad lo que ocurría en su interior, surgió con frecuencia una idea: «Quiero volver a ser como antes». En una terapia centrada exclusivamente en reducir síntomas, aquella frase podía convertirse rápidamente en el objetivo de recuperar a la persona que había sido. Preferí detenerme en otra pregunta: ¿qué significaba para él estar como antes? Su respuesta no consistía en volver a una versión idéntica de sí mismo, sino en sentirse capaz de disfrutar, dormir con mayor tranquilidad, compartir con familiares y amigos, y reconocer que aún existían oportunidades en el futuro.

Aquella respuesta abrió la puerta al trabajo con valores. Su vida no estaba definida únicamente por el dolor; todavía había actividades, vínculos y proyectos que le importaban. Disfrutaba pasar tiempo con personas cercanas, viajar, aprender y proyectarse hacia el futuro. Esos intereses y deseos comenzaron a convertirse en pequeñas acciones que lo acercaban a una vida valiosa y con significado para él.

Otra parte del proceso estuvo relacionada con la eficacia interpersonal. Comprender que no podía controlar a los demás no hacía desaparecer su dificultad para tolerar ciertos conflictos. Necesitaba aprender qué podía hacer cuando algo le molestaba. Practicamos maneras más eficaces de expresar una necesidad, establecer un límite, formular una petición o retirarse de una discusión sin incrementar innecesariamente la intensidad. Estas habilidades ofrecían una alternativa concreta a los dos extremos que antes parecían dominar la escena: callarlo todo o reaccionar con demasiada fuerza.

Una de las imágenes que más recuerdo no surgió durante una explicación técnica, sino en una conversación sencilla. Hablábamos de lo que ocurría cuando la emoción comenzaba a crecer y le pregunté cómo sabía que estaba llegando a su límite. No respondió de inmediato. Después mencionó la tensión en su cuerpo y la sensación de que los problemas adquirirían una dimensión enorme. Era una respuesta sencilla, pero clínicamente relevante: empezaba a reconocer las señales antes de que la crisis alcanzara su punto máximo.

Para mí, aquel momento resumía buena parte del sentido de la terapia. El objetivo no era construir una vida sin emociones intensas, recuerdos dolorosos o situaciones injustas; esa promesa habría sido imposible. Lo importante era ampliar su repertorio de respuestas para que una emoción intensa no lo obligara automáticamente a actuar de una única manera.

Como terapeuta, esta historia también me dejó preguntas. ¿Cuántas veces confundimos la sensibilidad con la debilidad?

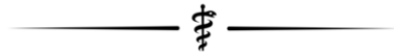
¿Cuántas personas crecen pensando que sentir intensamente significa estar mal? ¿Con qué frecuencia intentamos corregir un pensamiento sin detenernos a comprender la función que cumple? En este caso, la exigencia de que las cosas fueran justas podía parecer una forma rígida de pensamiento que debía modificarse. Sin embargo, el objetivo no era eliminar su sensibilidad, sino ayudarlo a expresarla de una manera más flexible y efectiva, sin convertirla en una fuente adicional de sufrimiento.

Al cerrar esta historia, permanece en mí una imagen sencilla: una persona frente a un mundo que, por momentos, podía parecer demasiado ruidoso. La tarea terapéutica no consistió en apagar ese mundo ni en convencerlo de que no debía importarle, sino en ayudarlo a construir un espacio interno desde el cual pudiera escucharlo sin quedar completamente atrapado en su ruido.

Quizá allí se encuentre una de las contribuciones más humanas de la psicoterapia: comprender que aceptar lo que sentimos y cambiar lo que hacemos no son caminos opuestos. Podemos reconocer el dolor sin convertirlo en destino y cuidar nuestros valores sin exigir que toda la realidad se acomode a ellos.

La historia de este consultante no es la de una persona definida por una crisis. Es la de alguien que, en medio del dolor, comenzó a descubrir que todavía podía construir respuestas diferentes. Para quienes acompañamos desde la clínica, esa posibilidad recuerda el sentido de sentarnos frente a otra persona, escucharla con atención y ayudarla a construir, paso a paso, nuevas maneras de elegir cómo vivir aquello que le corresponde atravesar.

NUTRICIÓN CLÍNICA



LA ESENCIA DE LA MONTAÑA

Med. Lorena Yadira Daga Peralbo



Cuando evoco mi año de medicatura rural, vuelven a mi memoria paisajes de montañas envueltas en neblina, caminos de tierra interminables y hogares donde nunca faltaban una taza de café caliente ni una sonrisa sincera para recibirnos. Fue una de las etapas más gratificantes de mi vida. Más que un requisito académico o profesional, representó una profunda escuela de humanidad que reafirmó mi vocación de servicio.

Llegué a una comunidad rural de la Sierra ecuatoriana llena de expectativas, pero también con los temores naturales de quien asume una nueva responsabilidad. Muy pronto comprendí que ejercer la medicina en estos lugares tiene un significado distinto. No se limita a la atención dentro de un establecimiento de salud; trasciende sus paredes y se encuentra en los caminos, en las visitas domiciliarias, en el diálogo con las familias y en la confianza que, con el tiempo, se construye con la comunidad.

Durante ese año tuve la oportunidad de trabajar estrechamente con niños, mujeres embarazadas y adultos mayores. También asumí responsabilidades relacionadas con la vigilancia epidemiológica y la prevención de enfermedades. Esa experiencia me permitió comprender una realidad que se repetía en muchas familias: los problemas de salud rara vez surgen de manera aislada. La nutrición, las condiciones de vivienda, el acceso a los servicios de

salud, las creencias familiares y la educación conformaban un entramado profundamente interconectado.

Algunas familias vivían en sectores donde el transporte era limitado y los desplazamientos podían consumir gran parte del día. En esos hogares conocí una realidad que me llevó a una profunda reflexión. Aunque sus habitantes trabajaban incansablemente, las dificultades económicas restringían el acceso regular a alimentos ricos en proteínas. La dieta diaria dependía, en gran medida, de los recursos disponibles y, con frecuencia, resultaba insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales de las gestantes y de los niños pequeños.

Con el paso de los meses comprendí que la desnutrición infantil no comenzaba cuando un niño era diagnosticado durante un control médico. En muchos casos, sus raíces se originaban mucho antes del nacimiento. Se gestaban en silencio durante el embarazo, cuando la madre no lograba acceder a una alimentación adecuada para cubrir las exigencias nutricionales que implica el desarrollo de una nueva vida.

Fue en medio de ese contexto donde conocí a Juana.

Era una mujer de cuarenta y siete años, con el rostro marcado por el sol, manos fuertes y una mirada serena y noble. Había dedicado gran parte de su existencia al trabajo en el campo y al cuidado de su familia. Sus siete hijos ya eran adultos, y ella atravesaba una etapa en la que comenzaba a pensar más en su propio bienestar. Por esa razón acudió a consulta médica: deseaba ingresar a un programa para perder peso y mejorar su salud.

Mientras conversábamos, me comentó que llevaba varios meses sin menstruar. Lo dijo con absoluta calma. Estaba convencida de que se trataba de la menopausia. Algunas personas de la comunidad le habían asegurado que aquello era completamente normal a su edad. Sin embargo, hubo algo en su historia clínica que despertó mi sospecha y me llevó a solicitar una prueba de embarazo.

Cuando observé el resultado positivo, sentí una profunda sorpresa. Juana me miró en silencio, esperando una explicación. Durante unos segundos, ninguna de las dos dijo una palabra. Después de repetir la prueba y realizar estudios complementarios, confirmamos que, efectivamente, estaba embarazada. La noticia fue tan inesperada para ella como para mí.

Una evaluación posterior reveló algo aún más alarmante: la gestación tenía aproximadamente seis meses de evolución. Lo que en un inicio parecía una consulta de rutina se transformó, de pronto, en un caso que requería intervención inmediata y vigilancia estrecha.

Los estudios evidenciaron múltiples factores de riesgo. Juana presentaba obesidad, edad materna avanzada y cifras elevadas de presión arterial. Además, el bebé mostraba signos de restricción del crecimiento intrauterino. Aquella pequeña vida había avanzado durante meses casi en silencio, pasando inadvertida, pero ahora demandaba toda nuestra atención.

A partir de ese momento iniciamos controles frecuentes y visitas domiciliarias regulares. Cada encuentro se convirtió también en una oportunidad para hablar sobre nutrición, cuidados durante la gestación y signos de alarma. En cada visita comprendía con mayor claridad que muchas de las dificultades que enfrentaban las gestantes de la zona no nacían de la falta de interés por cuidar su salud, sino de barreras mucho más profundas: la distancia, las limitaciones económicas y, en no pocas ocasiones, la desinformación.

Una mañana, mientras realizaba visitas domiciliarias, ocurrió un episodio que jamás olvidaré.

Al acercarme a la vivienda de Juana, observé una figura descendiendo por la ladera. Era ella. Venía de dejar el ganado en una zona montañosa cercana. Caminaba con rapidez, intentando llegar antes de que concluyera la visita programada. Cuando estuvo más cerca, noté su respiración agitada y el evidente

agotamiento que reflejaba su cuerpo. Aun así, me recibió con una sonrisa.

Mientras conversábamos, me comentó que en los últimos días había presentado cefaleas intermitentes, aunque casi diarias. No parecía alarmada. Para ella, se trataba de molestias pasajeras, consecuencia del cansancio y del propio embarazo a su edad.

Sin embargo, decidí realizar una valoración inmediata. Al revisar su presión arterial, una profunda preocupación me recorrió. Las cifras eran alarmantemente elevadas. Aunque no presentaba otros signos evidentes, comprendí de inmediato que estábamos frente a una urgencia hipertensiva, con riesgo inminente tanto para la madre como para el bebé.

Le expliqué con serenidad la necesidad de trasladarla para una evaluación urgente. Recuerdo que, mientras organizábamos el transporte y descendíamos desde la montaña hacia el centro poblado más cercano en un camión de verduras, no podía dejar de pensar en la fragilidad de aquel instante. Apenas unas horas antes había estado realizando sus actividades cotidianas; ahora, en cambio, luchábamos contra el tiempo.

Poco después fue sometida a una cesárea de emergencia. Su hijo nació de forma prematura. Era un bebé pequeño y frágil que necesitó permanecer hospitalizado durante varias semanas bajo cuidados especializados.

Para la familia fueron momentos marcados por la incertidumbre, la esperanza y la oración. Cada noticia era esperada con angustia. Con el paso del tiempo, el pequeño comenzó a mostrar una fortaleza admirable. Poco a poco ganó peso, respondió favorablemente al tratamiento y, finalmente, pudo regresar a casa.

Sin embargo, nuestra labor no terminaba allí. Continuamos visitando a la familia con frecuencia. Supervisábamos el crecimiento del bebé, reforzábamos las recomendaciones nutricionales y vigilábamos que recibiera oportunamente sus controles médicos y la suplementación indicada. Durante ese

proceso insistimos también en un aspecto que, para mí, era fundamental: el cumplimiento del esquema de vacunación.

Aquello no siempre resultaba sencillo. En varias ocasiones escuché comentarios de personas que desconfiaban de las vacunas o consideraban innecesaria su aplicación. Algunos familiares incluso le aconsejaban a Juana que no permitiera vacunar a su hijo, asegurándole que las vacunas podían hacer daño a los niños. Esa realidad representaba uno de los mayores desafíos para quienes trabajábamos en prevención.

Por fortuna, Juana decidió confiar. Meses después se presentó un brote de una enfermedad respiratoria en la comunidad y varias familias se vieron afectadas. Entre ellas estuvo su hija de seis años, quien enfermó y necesitó atención hospitalaria. La preocupación fue enorme.

Todos pensábamos en el pequeño prematuro que había pasado semanas luchando por sobrevivir. Sin embargo, ocurrió algo que marcó profundamente mi manera de entender la prevención. A pesar de sus antecedentes, el bebé evolucionó favorablemente y no desarrolló las complicaciones que tanto temíamos. Había recibido oportunamente sus controles y sus vacunas, que probablemente contribuyeron a protegerlo en uno de los momentos de mayor vulnerabilidad.

Aquella experiencia me enseñó que la salud comienza mucho antes de la enfermedad. Empieza con el cuidado de la madre, con una adecuada alimentación durante el embarazo, con el acceso oportuno a los controles médicos y con información que permita a las familias tomar decisiones conscientes. La prevención no siempre muestra resultados inmediatos; muchas veces su mayor éxito consiste precisamente en evitar una complicación, una hospitalización o incluso la pérdida de una vida.

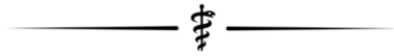
La historia de Juana y de su hijo ocupa un lugar muy especial en mi memoria porque refleja muchas de las realidades que conocí durante mi año de medicatura rural: los desafíos de la maternidad, las dificultades para acceder a los servicios de salud, la

importancia de una buena nutrición desde el embarazo y el enorme impacto que pueden tener las medidas preventivas y las inmunizaciones en la vida de un niño.

Con el paso del tiempo comprendí que las mejores decisiones médicas no siempre son las más visibles. Muchas veces son aquellas que evitan que una enfermedad aparezca, que una complicación ocurra o que una familia tenga que enfrentar una pérdida.

Ahora que mi ejercicio profesional se ha orientado hacia la prevención en salud, sigo recordando a Juana y a su hijo como una de las lecciones más valiosas que me dejó la montaña. Allí comprendí que servir con amor, humildad y empatía puede transformar vidas, incluso en los lugares más alejados de nuestro país. Las experiencias más significativas de nuestra profesión nacen precisamente donde una comunidad deposita su confianza en nosotros y nos permite acompañarla en los momentos más importantes de su historia.

ODONTOLOGÍA



UN VUELO A LA REALIDAD

Od. Adolfo Alejandro Soria Córdova



Todos vivimos acostumbrados a una realidad que damos por sentada en la rutina diaria. Sin embargo, hay momentos en los que la vida cambia inesperadamente y nos obliga a mirar de cerca situaciones que sabíamos que existían, pero que jamás habíamos experimentado realmente. Son experiencias capaces de despertar algo más profundo que el crecimiento profesional: transforman también la manera en que entendemos a las personas y al mundo.

Quiero compartir una vivencia que dejó una huella imborrable en mí y, estoy seguro, también en muchos de quienes tuvieron la oportunidad de experimentarla. Y hablo de experimentarla porque no fue simplemente un viaje de asistencia profesional; fue una experiencia humana que logró conmovernos profundamente. Nos enfrentó a desafíos, abrió nuevas perspectivas en nuestra mente y nos permitió comprender que, aun cuando creemos estar ofreciendo poco, nuestra ayuda puede significar muchísimo para alguien más.

Todo comenzó con un viaje que emprendimos en grupo. Salimos de madrugada rumbo a mi querido Oriente ecuatoriano; y sí, digo querido porque me sorprendió con su encanto, su cultura y la manera en que te permite comprender lo grande que es la vida, así como todo lo que aún queda por conocer y experimentar.

Tras un largo recorrido, llegamos a nuestro punto de encuentro. Allí conversamos y verificamos que contáramos con todo lo necesario para abastecernos de víveres antes de continuar la travesía. Una vez cumplida esta tarea, nos dirigimos a la pista de salida, una explanada

acondicionada de manera improvisada, pero completamente funcional.

Luego de pesar el equipaje, abordamos la avioneta que nos acompañaría en el trayecto hacia la comunidad, marcando el inicio de una experiencia que difícilmente olvidaría.

Mientras esperábamos el despegue observaba el movimiento alrededor de la aeronave y sentía esa mezcla entre emoción y nervios que acompaña el inicio de toda aventura. Sabía que aquel viaje no solo nos llevaría a un lugar distinto, sino también a una realidad completamente diferente a la que estábamos acostumbrados.

Durante el despegue sentía una mezcla difícil de describir. Era mi primer viaje en avioneta y, aunque existían algunos nervios, predominaba una emoción intensa, una especie de llamado a la aventura que recorría todo mi cuerpo. Cuando finalmente levantamos vuelo y observé por la ventana aquella inmensa extensión de selva, comprendí lo pequeños que somos frente a la grandeza del mundo. A lo lejos podían distinguirse pequeñas comunidades perdidas entre el verde infinito, mientras la naturaleza se desplegaba como un paisaje imposible de abarcar con la mirada.

Mientras algunos de mis compañeros conversaban con el piloto sobre anécdotas de vuelos pasados, yo permanecía mirando por la ventana. No lograba apartar la vista de aquel paisaje. La selva se extendía hasta el horizonte, inmensa y majestuosa, despertando en mí una mezcla de admiración y curiosidad. El trayecto transcurrió más rápido de lo esperado y, poco después, nos informaron que iniciaríamos el descenso. Desde el aire observé algunas viviendas dispersas y una pequeña pista de tierra que parecía diminuta frente a la inmensidad verde que la rodeaba.

Al llegar, toda la comunidad se reunió alrededor de la pista. Algunos habitantes esperaban la llegada de familiares; otros simplemente se acercaban por curiosidad. Descender de la avioneta y pisar aquella comunidad por primera vez despertó en mí una felicidad genuina. Bajamos el equipaje y nos despedimos del piloto mientras uno de los dirigentes se acercaba a recibirnos acompañado de varias personas del lugar. Los niños observaban con curiosidad: algunos se acercaban

para preguntarnos quiénes éramos, de dónde veníamos y cuál era el motivo de nuestra visita; otros, más tímidos, permanecían a la distancia, limitándose a observarnos en silencio.

Nos presentamos uno a uno e intentamos explicar el propósito de nuestra llegada. Sin embargo, la barrera del idioma dificultaba la comunicación, ya que solo unas pocas personas comprendían español. Afortunadamente, poco después apareció alguien dispuesto a traducir nuestras palabras a su lengua nativa, permitiéndonos establecer un primer vínculo de confianza con la comunidad.

El recibimiento fue profundamente conmovedor. Nos dieron la bienvenida con una calidez difícil de olvidar. Nosotros tampoco habíamos llegado con las manos vacías: llevábamos víveres, materiales útiles para la comunidad y algunas golosinas para los niños. Poco después nos invitaron a compartir la mesa como invitados de honor. Sobre una estructura sencilla de madera, cubierta con hojas de plátano, nos ofrecieron alimentos tradicionales preparados con enorme generosidad. Aunque reconocía algunos aspectos de su cultura, muchas de las comidas eran completamente nuevas para mí. No sabía exactamente qué estaba probando, pero todo tenía un sabor especial, quizá porque cada plato estaba acompañado de hospitalidad sincera.

Con el paso de las horas, el ambiente se transformó en un espacio de convivencia. Compartimos conversaciones, risas y bebidas tradicionales mientras el sol descendía lentamente sobre la selva. Al caer la tarde, el cansancio comenzó a sentirse. Decidimos caminar hasta un río cercano para bañarnos antes de regresar a desempacar nuestras pertenencias. La ausencia de servicios básicos hacía que cada minuto de luz natural fuera valioso, por lo que debíamos organizarnos rápidamente antes de que llegara la noche.

De regreso, distribuimos los espacios donde dormiríamos y ordenamos los materiales necesarios para las jornadas siguientes. Mientras conversábamos sobre todo lo vivido durante aquel primer día, comprendí que aquella experiencia sería mucho más que una simple brigada de atención. Era un encuentro humano capaz de transformar nuestra manera de mirar la vida.

Al día siguiente despertamos antes del amanecer. La jornada comenzaba temprano y cada integrante del grupo asumía una tarea distinta: algunos preparaban los alimentos, otros iban en busca de agua y varios organizábamos los materiales e instrumentos necesarios para las atenciones médicas. Al tratarse de un equipo multidisciplinario, cada profesional había llevado consigo lo indispensable para desempeñar su labor en medio de las limitaciones del lugar.

Desde las primeras horas iniciamos las consultas bajo un calor sofocante, pero con una enorme disposición de ayudar. En el área de odontología comenzamos brindando atención integral y, para nuestra sorpresa, observamos que el índice de caries era bajo, especialmente en los niños. Aun así, las dificultades no tardaron en aparecer. La ausencia de ciertos materiales e instrumentos esenciales, sumada a la falta de una fuente de luz adecuada y equipos básicos, representaba un desafío constante durante cada procedimiento.

A pesar de ello, intentamos adaptarnos de la mejor manera posible. Adecuamos el espacio que nos habían facilitado y organizamos los recursos disponibles para ofrecer una atención digna y segura. Antes del viaje habíamos previsto muchas de estas limitaciones, por lo que llevamos instrumental manual y materiales destinados a resolver emergencias o complicaciones frecuentes. Gracias a ello logramos suplir, en parte, las carencias del entorno y continuar trabajando con responsabilidad.

Sin embargo, hubo situaciones en las que la falta de equipamiento se convirtió en una barrera difícil de superar. En esos momentos resultaba inevitable pensar en la realidad de las personas que viven allí. Para muchos habitantes de la comunidad, trasladarse hacia una ciudad representa horas de caminata, trayectos en canoa o viajes en avioneta que no siempre pueden costear. Como profesional de la salud, comprender esa realidad transforma por completo la manera de mirar la atención médica y obliga a buscar soluciones incluso en escenarios adversos.

Las jornadas eran extensas y agotadoras. Pasábamos prácticamente todo el día atendiendo pacientes, muchas veces sin descanso. Con el paso de las horas comenzaron a llegar personas provenientes de

comunidades cercanas, algunas después de recorrer largas distancias únicamente para recibir atención. Ver el esfuerzo que realizaban para llegar hasta nosotros resultaba profundamente conmovedor y, al mismo tiempo, fortalecía nuestro compromiso de brindar ayuda preventiva o aliviar las dolencias que los aquejaban.

Con el transcurso de los días continuamos realizando consultas y conocimos historias cada vez más complejas. Muchos pacientes relataban las enormes dificultades que enfrentaban cuando surgía una emergencia médica. La escasez de recursos y el aislamiento geográfico convertían cualquier complicación en una situación crítica. Escuchar esas experiencias nos enfrentaba a una realidad muy distinta de la que vivimos en las ciudades y nos hacía reflexionar sobre lo fácil que resulta, muchas veces, inconformarnos con lo que tenemos a nuestro alcance.

Mientras avanzaba la primera semana de trabajo, comprendí que aquella experiencia iba mucho más allá de una brigada de atención. Era una lección constante sobre resiliencia, humanidad y adaptación. En medio de las limitaciones, aquellas comunidades nos enseñaban a valorar lo esencial y a recordar que, incluso con pocos recursos, la voluntad de ayudar puede generar un impacto profundo en la vida de otras personas.

Con el paso de los días fuimos conociendo mucho más que enfermedades o necesidades médicas. Escuchamos historias de vida, anécdotas y dificultades que reflejaban la realidad cotidiana de la comunidad. Agradezco profundamente haber sido parte de aquellos momentos, porque no solo acudimos a brindar atención; también aprendimos a convivir con ellos y a comprender su manera de enfrentar la vida.

Compartimos actividades simples que, en medio de aquel entorno, adquirían un valor especial: salir a pescar, buscar agua y leña, conseguir alimento o acompañarlos mientras realizaban sus tareas diarias. Poco a poco fuimos descubriendo sus costumbres, sus tradiciones y la enorme calidez humana con la que nos recibieron desde el primer día. Visitar cada familia era una experiencia conmovedora. Aunque muchos tenían muy poco, siempre encontraban la manera de ofrecernos algo con sincero cariño. Aquella

hospitalidad humilde, pero genuina, tenía la capacidad de llenar el alma.

Sin embargo, también hubo momentos difíciles. Ver de cerca las necesidades que enfrentaban muchas personas de la comunidad resultaba inevitablemente doloroso. A pocos días de finalizar nuestra estancia, algunos habitantes se acercaban para preguntarnos si podíamos ayudarlos con alimentos o medicamentos. Escuchar esas peticiones despertaba en mí una profunda reflexión: ¿qué ocurría cuando no había nadie que pudiera asistirlos?, ¿cómo enfrentaban las emergencias o la escasez en un lugar tan alejado?

Aquella experiencia transformó mi manera de valorar muchas cosas. Comprendí que, incluso la ayuda más pequeña, puede tener un significado enorme para quien la necesita. También entendí que las personas recuerdan y agradecen sinceramente cualquier gesto de apoyo recibido en momentos difíciles.

Poco a poco nuestra visita llegaba a su final y, aunque me sentía feliz de haber vivido aquella experiencia, también existía una mezcla inevitable de nostalgia y gratitud. La comunidad organizó una pequeña celebración de despedida para agradecer nuestra presencia. Fue un momento profundamente emotivo en el que se hizo evidente el cariño que habíamos construido durante aquellos días.

Como parte de sus tradiciones, realizaron un pequeño bautizo simbólico y nos otorgaron nombres en su lengua natal junto con su significado. El mío fue “Etsa”. Aquel gesto quedó grabado en mi memoria porque representaba algo mucho más profundo que una simple despedida: era una manera de hacernos sentir parte de ellos.

Esa última noche compartimos risas, conversaciones y momentos que aún permanecen intactos en mi recuerdo. Aprendimos algunas palabras de su idioma, participamos en rituales tradicionales y jugamos durante horas con los niños de la comunidad. Los atardeceres parecían irreales y los cielos estrellados poseían una belleza tan inmensa que las palabras resultan insuficientes para describirla.

Finalmente llegó el día de partir. Cada uno de nosotros llevaba consigo regalos, recuerdos y, sobre todo, una parte del afecto de

aquella gente. Cuando la avioneta aterrizó, organizamos rápidamente nuestras pertenencias para iniciar el regreso. Sin embargo, la naturaleza tenía otros planes. Una fuerte tormenta comenzó repentinamente y nos impidió despegar ese día, obligándonos a permanecer una noche más en la comunidad.

A la mañana siguiente el clima finalmente permitió el vuelo. Tuve la oportunidad de viajar en el asiento del copiloto y, mientras observaba desde el aire aquella inmensa extensión verde y la comunidad alejándose lentamente en el horizonte, sentí una mezcla de gratitud y melancolía difícil de explicar.

Regresar a la ciudad después de vivir algo así transforma inevitablemente la manera de pensar y de mirar la vida. Después de aquella experiencia aprendí a valorar mucho más lo que tenemos y comprendí que cualquier persona, sin importar su profesión o el lugar donde se encuentre, siempre puede generar un impacto positivo en los demás, incluso con los gestos más pequeños.



#LineaEditorial

Participa en nuestros próximos
proyectos editoriales!

+593 985022502