



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL
FEBRERO 2025 – ENERO 2026

“EL MÉDICO QUE TOCABA PUERTAS”

UNIDAD DE SALUD DE PRIMER NIVEL TIII. DRA. MARGARITA CHORNÉ Y
SALAZAR

ENRIQUE MONTIJO MEDELLÍN
MÉDICO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL
2193031482

ASESORA DE SERVICIO SOCIAL UAM-X:

DRA. CAROLINA MARTÍNEZ SALGADO

ASESORA DE SERVICIO SOCIAL USPN T.III DRA. MARGARITA CHORNÉ Y
SALAZAR:

DRA. VERÓNICA AGUILAR



(Dra. Margarita Chorné y Salazar: Primera mujer en obtener un título profesional en América Latina (Cirujana Dentista - 1886)

Índice

Agradecimientos	3
Introducción	5
Nota metodológica	8
Preludio.....	10
Parte I. Tocando puertas	14
Capítulo 1. Caso de éxito	20
Capítulo 2. La sala como consultorio	24
Capítulo 3. Entre olores, caras y pelos de perro	28
Capítulo 4. Soledad en compañía	33
Capítulo 5. Café, tortillas y signos vitales	37
Capítulo 6. Dementores	40
Parte II. Detrás del escritorio	45
Capítulo 7. Fusión de mundos	49
Capítulo 8. Calidad vs cantidad	54
Capítulo 9. Entre médicos y pasantes - el mejor elemento	59
Capítulo 10. Rotar para aprender, o aprender a rotar	64
Capítulo 11. Fronteras visibles	69
Capítulo 12. Los días que pesan (doble nudo)	74
Epílogo. Último oleaje (cierre)	79
Declaración de uso de herramientas de Inteligencia Artificial.....	81
Referencias bibliográficas.....	82

Agradecimientos

Este informe no se escribió solo con palabras ni con historias clínicas. Se escribió con pasos dados a contracorriente, con cansancio acumulado, con dudas, con silencios, con abrazos oportunos y con personas que, aun sin saberlo del todo, sostuvieron el trayecto cuando el peso era demasiado. Detrás de cada experiencia narrada hay rostros, nombres y presencias que hicieron posible que yo llegara hasta aquí sin perderme en el camino.

Agradezco a quienes estuvieron desde el inicio, a quienes creyeron en mí incluso antes de que yo supiera con claridad en qué me estaba convirtiendo. Agradezco también a quienes se quedaron y a quienes se fueron, porque todos ellos dejaron huellas. Los que permanecieron me acompañaron y también los que partieron me enseñaron. De todos aprendí algo que hoy forma parte de mi manera de mirar la medicina y la vida. Gracias a mis padres. Desde que tengo memoria han sido un sostén constante, firme y silencioso. Nunca me soltaron, nunca dudaron, nunca condicionaron su apoyo. Han sido motor, refugio y aplauso. En los días buenos y en los días más difíciles, su amor ha sido incondicional, y esa certeza me permitió avanzar sin miedo a caer, porque sabía que siempre habría un lugar seguro al cual regresar. Gracias a mi mejor amigo, porque fue el empuje y compañía. Gracias por obligarme a salir de la comodidad, por recordarme todos los días que podía más de lo que creía, por hacerme reír cuando el cansancio pesaba y por estar ahí incluso cuando verme luchar no era fácil. Gracias por compartir el estudio, el silencio, la presión y la risa. Por hacer del camino algo más llevadero sin restarle profundidad.

Gracias a mi novia, que llegó en medio de este proceso y se volvió luz. Gracias por acompañar sin exigir, por entender sin preguntar de más, por abrazar cuando no había palabras y por hacer más amable un trayecto que, por momentos, fue áspero. Su presencia fue calma y recordatorio de que no todo era exigencia y esfuerzo. También había espacio para el afecto y la ternura. Gracias a Dios, como guía

constante. Como esa fuerza que no siempre se nombra, pero que se siente. Como ese lugar donde descansar cuando la mente se satura y el cuerpo se cansa. En la incertidumbre, en la decisión difícil, en el silencio previo a seguir, ahí estuvo.

Gracias a mí. Por no rendirme. Por levantarme incluso cuando el cuerpo pedía quedarse. Por exigirme sin romperme. Por aprender a decir que sí cuando era necesario y a decir que no cuando hacía falta. Por entender que crecer también implica cuidarse. Por confiar, aun en los momentos de duda, en que todo este esfuerzo tenía sentido. Y, de manera muy especial, gracias a mi doctora, mi tutora, mi guía y mi amiga: Verónica Aguilar. Gracias por recibirme sin juicios, por confiar desde el primer día, por acompañar sin imponer, por enseñarme medicina sin olvidar la humanidad. Gracias por sostenerme cuando fue necesario y soltarme cuando ya podía caminar solo. Gracias por permitirme crecer a mi manera, con seguridad y con respeto. Empecé viéndola como mi doctora, hoy la reconozco como una gran maestra de medicina y de vida, y como una amiga invaluable. Mucho de lo que soy hoy nació en ese acompañamiento. Este agradecimiento no cierra un ciclo, sino lo honra. Porque todo lo que soy, y todo lo que seré, lleva algo de cada una de estas personas.

Introducción

Mi nombre es Enrique Montijo Medellín y este documento se escribe en un momento de cierre y, al mismo tiempo, de tránsito. Estoy a punto de concluir mi servicio social y este texto es el resultado de mi proyecto final en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Sin embargo, reducirlo únicamente a un requisito académico sería injusto. Este trabajo es, ante todo, un ejercicio de memoria, reflexión y reconstrucción de una experiencia formativa que me atravesó como médico y como persona. Este proyecto encuentra su fundamento ético y metodológico en la medicina narrativa (Charón, 2001). Más que un simple requisito institucional, se trata de una intención por recuperar las historias tanto mías como de algunas de las personas a quienes atendí que configuraron mi tránsito como médico pasante. La narrativa médica permite comprender ese recorrido no solo como una suma de actividades clínicas, sino como un proceso profundamente humano donde cada encuentro, cada paciente, y cada decisión deja huellas que merecen ser contadas y analizadas.

Desde el inicio es importante advertir que este no es un trabajo convencional. No sigue la lógica clásica de un protocolo de investigación ni persigue la demostración de una hipótesis. Su estructura responde a una intención distinta: narrar la experiencia vivida durante el servicio social y ponerla en diálogo con la medicina narrativa como corriente teórica, metodológica y ética. En ese sentido, este texto se sitúa en un punto intermedio entre la escritura académica y la escritura autobiográfica, reconociendo que ambas pueden convivir y enriquecerse mutuamente.

La medicina narrativa surge como una respuesta crítica a los modelos biomédicos centrados exclusivamente en la enfermedad y en los datos objetivos. Rita Charon plantea que la práctica médica requiere no solo competencia clínica, sino también competencia narrativa: la capacidad de escuchar, interpretar y responder a las historias de los pacientes (Charon, 2001). Desde esta perspectiva, la medicina no se limita al diagnóstico y al tratamiento, sino que implica comprender la experiencia de la enfermedad tal como es vivida y narrada por quien la padece. Esta idea atraviesa todo el presente trabajo, no como un concepto abstracto, sino como una práctica cotidiana que se manifestó de manera concreta durante mi servicio social.

Arthur Frank, por su parte, señala que los relatos de la enfermedad no solo pertenecen a los pacientes, sino que también interpelan al médico, lo transforman y lo obligan a posicionarse éticamente frente al sufrimiento del otro (Frank, 1995). En este proyecto, las narraciones no son únicamente historias clínicas ampliadas. Son encuentros, tensiones, dudas, cansancio, aprendizajes y decisiones que fueron moldeando mi identidad profesional. Escribirlas se convirtió en una forma de entenderlas y de otorgarles un sentido más allá de la rutina diaria.

Mi servicio social fue particularmente significativo porque me permitió transitar por dos escenarios muy distintos dentro del sistema de salud. La primera parte se desarrolló en el programa Médico en tu Casa, un espacio de atención domiciliaria dirigido a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas graves o con limitaciones que les impedían acudir al centro de salud. Esta etapa estuvo marcada por una medicina cercana, íntima y profundamente humana. Entrar a los hogares significaba entrar también en las historias familiares, en los silencios, en los miedos y en las esperanzas de los pacientes. Ahí, la relación médico-paciente adquiere una dimensión distinta, menos jerárquica y más horizontal.

Posteriormente, debido a cambios estructurales y administrativos, continué mi servicio social en el módulo del centro de salud. Este segundo escenario implicó una dinámica completamente diferente: consulta en consultorio, mayor carga administrativa, rotación por múltiples servicios, presión por tiempos y productividad. El contraste entre ambos espacios permitió evidenciar tensiones centrales de la práctica médica contemporánea, como la lucha entre calidad y cantidad, entre escucha y rapidez, entre vínculo y burocracia. Estas tensiones son abordadas a lo largo del trabajo desde una mirada narrativa, más interesada en comprender que en juzgar.

Las narrativas desde la atención primaria de salud, permiten visibilizar experiencias que suelen quedar fuera de los registros formales y que, sin embargo, son fundamentales para la formación médica y el desarrollo de una práctica médica más reflexiva (Cuba-Fuentes et al., 2021). En ese sentido, este proyecto recupera escenas cotidianas del servicio social que, aunque puedan parecer ordinarias, tuvieron un impacto profundo en mi manera de ejercer y entender la medicina.

Además, este trabajo dialoga con aportaciones más recientes que muestran cómo la medicina narrativa se adapta a distintos contextos culturales y sistemas de salud. Li (2023) reflexiona sobre la práctica de la medicina narrativa en China, destacando su valor como herramienta ética y formativa en entornos altamente tecnificados y demandantes. Su análisis resulta especialmente pertinente para este proyecto, ya que subraya que la narrativa no es un lujo ni un adorno humanista, sino una estrategia concreta para preservar la dimensión humana de la medicina incluso en sistemas saturados y normativizados. Esta idea resuena de manera directa con la experiencia vivida en el centro de salud y con las tensiones descritas.

Nota Metodológica

El presente trabajo no corresponde a un estudio de corte cuantitativo ni a una investigación clínica tradicional. Se trata de un ejercicio narrativo-reflexivo construido desde la experiencia vivida durante el servicio social médico, cuyo eje central es la articulación entre práctica clínica, formación profesional y medicina narrativa. En este sentido, el texto se sitúa deliberadamente en un punto intermedio entre el testimonio personal y el análisis académico, privilegiando la experiencia concreta como fuente principal de conocimiento. Esta decisión metodológica parte de la comprensión de que la medicina no se ejerce únicamente desde protocolos y guías, sino también desde historias, encuentros y significados compartidos. Como señala Rita Charon, *“narrative medicine offers health care professionals the ability to recognize, absorb, interpret, and be moved by the stories of illness”* (Charon, 2001, p. 1897), subrayando que la competencia narrativa constituye una forma legítima de conocimiento clínico y humano.

Este trabajo se organiza en dos grandes partes, precedidas por una introducción y un preludio, para finalizar con un epílogo. La primera parte recoge las experiencias vividas durante el programa Médico en tu Casa. La segunda se refiere al trabajo dentro del centro de salud. La estructura del documento responde a esta lógica. Cada capítulo se organiza a partir de una *vignette* narrativa, en una secuencia construida cronológicamente desde la experiencia directa. Posteriormente, se incorpora una reflexión personal desde mi posición como médico pasante, y finalmente un apartado de análisis donde se establece un diálogo explícito con autores de la medicina narrativa. Este análisis no busca aplicar de manera forzada marcos teóricos a las vivencias descritas, sino reconocer resonancias, tensiones y aprendizajes que emergen de la práctica cotidiana. Por ello, las referencias teóricas no aparecen de manera homogénea en todo el texto, sino únicamente en aquellos momentos donde la experiencia narrada permite una lectura reflexiva más profunda. La selección de autores responde a su pertinencia conceptual y a su capacidad para iluminar la experiencia, no a un afán de exhaustividad bibliográfica.

Es importante señalar que este trabajo no pretende generalizar resultados ni establecer conclusiones universales sobre el servicio social médico o la atención

primaria de salud. Su alcance es intencionalmente situado, contextual y personal. La validez del texto radica en la coherencia interna del relato, en la honestidad reflexiva y en la capacidad de vincular la experiencia individual con discusiones más amplias sobre la formación médica, la relación médico-paciente y la construcción de identidad profesional. Desde esta perspectiva, la escritura se asume no sólo como un medio de comunicación, sino como una herramienta formativa que permite comprender, resignificar y dar sentido a la experiencia clínica vivida (Cuba-Fuentes et al., 2021).

Es de comentar que las experiencias narradas son experiencias reales y vividas en el servicio social. Sin embargo, para cuidar la confidencialidad y respetar la privacidad del paciente, se omiten los nombres reales de los involucrados, por lo que los nombres presentados, son seudónimos y no tienen relación con la información confidencial de las personas. Este texto no busca idealizar el servicio social ni romantizar el cansancio, la sobrecarga o la frustración. Tampoco pretende ofrecer respuestas definitivas. Su objetivo es más modesto y, a la vez, más profundo. Dejar constancia de un proceso formativo, mostrar cómo la experiencia clínica puede ser pensada y resignificada a través de la narrativa, y reconocer que el médico también es un sujeto atravesado por historias, emociones y transformaciones. En última instancia, este trabajo es una invitación a leer el servicio social no sólo como un trámite obligatorio, sino como un espacio legítimo de aprendizaje humano y profesional. A través de la medicina narrativa, las experiencias aquí relatadas buscan contribuir a una comprensión más amplia de lo que significa formarse como médico en contextos reales, complejos y, muchas veces, contradictorios.

Preludio – De lo internacional a lo nacional

“Las cosas pasan por algo...” Esa frase, que durante años me pareció un consuelo fácil, hoy la leo distinto. No como explicación, sino como una especie de advertencia. Nada llega limpio, nada llega completo, todo se va acomodando a golpes suaves o rudos. El prólogo de esta historia no empieza en un centro de salud, ni siquiera en una casa ajena. Empieza mucho antes, cuando todavía creía que mi camino tenía una forma más clara. Durante el internado médico de pregrado, la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, nos ofrecía una posibilidad que sonaba casi irreal: un intercambio internacional en Alemania. Esto abarcaría los seis meses finales del internado, hospitales distintos, otro idioma y otra forma de ser médico. Iba a ir con uno de mis mejores amigos. Lo planeamos, lo imaginamos, lo dijimos en voz alta demasiadas veces. Había ilusión, expectativas, una sensación de avance. Todo parecía acomodarse.

Y luego no. Por cuestiones administrativas, jerárquicas, por errores que nadie terminó de explicar del todo, el intercambio se cayó. Nos quedamos aquí. En México. Con la maleta mental ya hecha y sin ningún lugar a dónde llevarla. Ese fue el primer golpe de realidad, aunque todavía no lo sabía. Pisamos tierra, nos dijeron que así era el sistema, que no dependía de nosotros. Aprendí rápido que en medicina hay decisiones que se toman muy lejos del consultorio y muy lejos de uno. Después vino el siguiente intento de compensación. El mismo docente que había gestionado el intercambio nos ofreció una plaza en el Instituto Nacional de Genómica para el servicio social. Todo sonaba prometedor: horarios flexibles, trabajo académico, menos desgaste físico, un entorno más controlado. Era como un parche elegante para una herida reciente. Una semana antes de elegir plazas, otra vez, cambios administrativos. El Instituto se queda sin plazas y yo sin promesa.

Quedaba una semana, siete días para decidir algo que iba a marcar un año completo de mi vida. Lo que determinaría mi formación, mi desgaste y mi rutina. Ya no había tiempo para elegir con vocación, solo con pragmatismo. Bajo incertidumbre, elegí la cercanía, elegí no perder horas en tráfico, elegí lo digerible. Un centro de salud, aunque sin saber realmente qué implicaba ser médico pasante ahí. Sin conocer las condiciones reales, sin entender la carga. El primer día fue papeleo, ir a Torre Insignia, Secretaría de Salud, filas, firmas, sellos, explicaciones rápidas. Meramente trámites

y gobierno puro. Ahí nos dijeron el nombre del programa: Médico en tu Casa. El nombre parecía amable, casi bonito. La explicación no lo fue tanto. Consistía en realizar consultas domiciliarias a pacientes que no podían acudir al centro de salud. Personas con enfermedades crónico-degenerativas graves, con limitaciones físicas o mentales, con barreras reales. El equipo iba a ir hasta ellos. Casa por casa.

Ahí fue cuando me pregunté, sin decirlo en voz alta: ¿a qué me metí? Venía de imaginar Alemania, luego un instituto, luego un centro de salud, y ahora esto. Cada escalón era hacia abajo, o al menos así se sentía. No estaba listo, no estaba preparado, no estaba mentalizado. Pero ya estaba ahí, con los pies en tierra, tierra mexicana y sin opción real de retroceder. Ese fue el inicio del cambio, no elegante, no planeado, no heroico, solo real.

Para dar un poco de contexto, el programa Médico en tu Casa forma parte de las estrategias de atención primaria dirigidas a población con barreras de acceso al sistema de salud. Durante esta etapa del servicio social, la consulta médica se trasladaba del espacio institucional al domicilio del paciente, manteniendo los principios básicos de la atención clínica, pero modificando de manera profunda el escenario y la relación médico-paciente. La práctica se realizaba en compañía de un equipo interdisciplinario variable, generalmente integrado por una médica tutora, una promotora de salud y, en ocasiones, personal de odontología, nutrición o psicología. Como médico pasante, mi rol implicaba la valoración clínica, seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas, ajuste de tratamientos y, en muchos casos, la contención emocional del paciente y su familia. A diferencia del consultorio tradicional, la consulta domiciliaria nos exponía de forma directa a las condiciones de vida, la dinámica familiar y los recursos reales del paciente, lo que nos obligaba a una toma de decisiones más contextualizada. Esta experiencia se desarrolló dentro del marco del servicio social obligatorio, en un centro de salud de la alcaldía Coyoacán, y representó el primer contacto sostenido con una práctica médica comunitaria, profundamente atravesada por lo social y lo humano. Lo que me perseguía no era haber sentido miedo, pero sí una incomodidad constante. Una sensación de estar fuera de lugar. Yo no había elegido esto desde el deseo, sino desde la urgencia, y eso pesó durante semanas. Me preguntaba si estaba desperdiciando oportunidades, si había tomado la decisión correcta, si ese año iba a sumar algo real a mi formación o solo a mi cansancio. Pero, lo que más me costó fue aceptar la pérdida de control.

No elegí Alemania, no elegí el Instituto, no elegí el programa, solo me tocó. Y aceptar eso fue un ejercicio de humildad forzada. Aprendí que no todo en la medicina es vocación pura, muchas veces es adaptación. Y resistirse solo desgasta más. Con el tiempo, entendí que esa incomodidad inicial era también una forma de aprendizaje. Estar en casas ajenas, entrar a la intimidad de personas que no pedían discursos ni explicaciones largas, me confrontó con una medicina más desnuda. Sin el respaldo del escritorio, sin la bata impecable, sin la distancia simbólica del consultorio. Ahí no podía esconderme. Este preludio no es heroico porque yo tampoco lo era. Estaba cansado incluso antes de empezar. Pero ahí, en ese cansancio temprano, empecé algo que no sabía nombrar todavía.

El preludio de este proyecto no funciona únicamente como una antesala literaria, sino como el primer acto narrativo donde se configura el tono con el cual se contará toda la experiencia del servicio social. Rita Charon (2001) plantea que la medicina narrativa comienza cuando el médico reconoce que él también es portador de una historia, y que esa historia influye en su manera de escuchar, interpretar y actuar frente al otro. En este sentido, el recorrido previo al servicio social, la ilusión del intercambio, la cancelación abrupta, la caída de expectativas no son un antecedente anecdótico, sino parte del entramado narrativo que define desde dónde se ejerce la práctica médica.

Aquí es cuando se recuerda que la enfermedad y las experiencias límite no sólo transforman al paciente, sino también al narrador que intenta darles sentido, ya que todo relato implica una reorganización de la identidad (Frank, 1995). Aunque en este preludio no hay todavía un paciente específico, sí hay una experiencia de quiebre personal que obliga a reconfigurar la identidad médica en formación. El descenso simbólico que se vive, de Alemania al centro de salud, del Instituto al programa comunitario, puede leerse como un relato de desorientación inicial, cercano a lo que Frank (1995) denomina narrativas de caos, donde los acontecimientos parecen suceder sin un orden claro y sin una promesa inmediata de sentido.

La entrada al programa *Médico en tu Casa* marca un desplazamiento fundamental del escenario narrativo. Charon (2001) describe que la competencia narrativa se activa cuando el médico es capaz de leer el contexto, representar la historia del otro y afiliarse emocionalmente sin perder su rol profesional. Antes incluso de entrar a la primera casa, el preludio muestra cómo el narrador ya ha sido despojado de certezas,

lo que paradójicamente lo vuelve más receptivo. La pérdida de control y la incomodidad inicial abren un espacio para una escucha distinta, menos técnica y más humana. En este trabajo aplica lo que dicen Urday-Fernández y Cuba-Fuentes (2019): “La narrativa es una forma lingüística que tiene algunas características: tiene una secuencia temporal, finita y longitudinal, donde se puede identificar un comienzo, una serie de eventos y un final”.

Desde la atención primaria, Cuba-Fuentes et al. (2021) subrayan que la medicina narrativa permite comprender la práctica clínica dentro de contextos reales, donde la biografía del paciente y del profesional se entrelazan. El preludio prepara este encuentro al evidenciar que el médico llega al domicilio no como una figura neutral, sino como alguien atravesado por frustraciones, cansancio anticipado y expectativas rotas. Esta condición no debilita la práctica, sino que la vuelve más consciente y situada. Urday-Fernández y Cuba-Fuentes (2019) destacan que la narrativa en medicina no busca embellecer la experiencia, sino permitir que el profesional reflexione sobre lo vivido y observe cómo la escritura transforma su comprensión del acto clínico. En este proyecto, el preludio cumple precisamente esa función: no justificar decisiones pasadas, sino detenerse a mirarlas, nombrarlas y reconocer cómo influyen en la forma de habitar el servicio social. Así, se muestra que la medicina narrativa no comienza cuando se escribe sobre el paciente, sino cuando el médico se atreve a narrarse a sí mismo. Este primer fragmento establece que toda consulta posterior estará atravesada por esta historia previa, y que reconocerla es el primer gesto ético de la práctica médica narrada.

Parte I – Tocando puertas

Esta primera parte no es una historia cerrada. Es más bien un *preview* o un punto de partida. *Tocando puertas* no solo porque eso era lo que hacíamos literalmente, sino porque así se sentía todo: ir entrando poco a poco a un mundo que no conocía, con cuidado, con nervios, pero siempre con respeto. Esta parte abre el camino a todo lo que viene después, a las casas, a las historias, a las enfermedades y también a lo que me pasó a mí en el proceso.

Recién descubrí que este proyecto se asemeja a una de mis motivaciones más fuertes para seguir por el camino de la medicina, que fué cuando me dedicaron un libro de Oliver Sacks (2009). Recuerdo claramente cuando llegó a mis manos *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. No como un compendio médico, sino como una colección de historias. Cada capítulo era distinto, cada paciente era una nueva historia. No se trataba solo de diagnósticos, sino de personas. Tal vez sin darme cuenta, esta forma de mirar la medicina ya estaba sembrada antes de tocar la primera puerta.

Antes de comenzar a narrar las visitas, es necesario detenerse un momento y mirar el territorio. No como un mapa ni como un conjunto de cifras aisladas, sino como el escenario vivo donde todo ocurrió. La Alcaldía de Coyoacán, donde se ubica mi centro de salud, USPN TIII (Unidad de Salud de Primer Nivel tipo III) Dra. Margarita Chorné y Salazar, es una de las demarcaciones más pobladas de la Ciudad de México. Según datos del Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Coyoacán tenía una población de 612, 130 habitantes, con una densidad considerable que supera el promedio de muchas otras zonas urbanas de la ciudad (INEGI, 2020). Esta densidad se traduce en un paisaje urbano saturado, con calles que nunca parecen vacías, mercados, escuelas y una vida constante que no se detiene. Sin embargo, la mayor parte de las visitas domiciliarias no se concentraron alrededor del centro de salud, sino en otro punto de la Alcaldía Coyoacán: la colonia Santo Domingo.

Antes de aprender a recorrer sus calles como parte de la rutina médica, había que entender que Santo Domingo no siempre fue colonia, sino territorio conquistado por necesidad. Lo que hoy se presenta como un entramado denso de viviendas, comercio

y vida cotidiana, fue en su origen un pedregal volcánico inhóspito, resultado de la erupción del Xitle, que durante décadas permaneció prácticamente inhabitable. Fue hasta septiembre de 1971 cuando miles de familias, muchas de ellas provenientes de estados como Oaxaca, Puebla, Guerrero y Michoacán, ocuparon el terreno en uno de los movimientos de asentamiento más grandes de la ciudad, levantando viviendas de manera progresiva sobre la roca y organizándose para exigir servicios básicos como agua, luz y pavimentación. Así, más que una colonia planificada, Santo Domingo se constituyó como un espacio construido desde la urgencia, la colectividad y la resistencia, donde cada calle no solo conecta domicilios, sino historias de apropiación del territorio y de lucha por habitar la ciudad (Infobae, 2022; Vargas, 2023; PDUA-UNAM, s.f.).

Esta colonia, según estimaciones sociodemográficas, abarca cerca de 47 hectáreas y alberga alrededor de 11, 100 personas, con una densidad de 2, 371 habitantes por kilómetro cuadrado, una edad promedio de 31 años y una escolaridad promedio de aproximadamente 11 años cursados (MarketDataMéxico, 2024). Esto significa que, más allá de los números, la colonia está habitada por familias jóvenes cuyos integrantes conviven en espacios reducidos, con viviendas contiguas y calles que muchas veces se sienten estrechas. Esa población, diversa y activa, forma una comunidad que, aunque forma parte de una gran metrópoli, conserva una identidad propia y un ritmo particular. Esta población, era nuestro pan de cada día. A veces se podría considerar como un desafío, pero otras, era un día más en la oficina. El hecho de caminar por Santo Domingo, o llegar a un domicilio, implicaba atravesar calles con comercio local, tienditas, puestos y gente que se conocía entre sí. La vida comunitaria era tangible. Había vecinos sentados fuera de sus casas, niños jugando, personas que observaban quién entraba y quién salía. En ese contexto, la consulta médica dejaba de ser un acto aislado. Llegar a una casa no era solo tocar una puerta, era entrar en un espacio donde la enfermedad convivía con la familia, con la precariedad y, muchas veces, con el abandono institucional.

También era imposible ignorar que, si bien en la Alcaldía Coyoacán hay zonas con infraestructura urbana consolidada, la percepción de seguridad y riesgo varía entre sus distintas áreas. En algunas partes, especialmente aquellas alejadas de las avenidas principales o con menor presencia de servicios públicos, existe una

percepción de inseguridad, especialmente cuando llega la noche o en calles menos transitadas. Aunque los datos oficiales detallados por colonia no siempre están disponibles de forma pública, la experiencia cotidiana de moverse por Santo Domingo para dar consulta sí requería tomar en cuenta factores como la hora del día y la visibilidad del entorno, algo que influía en cómo se planificaban las visitas y cómo se percibía el territorio desde afuera del expediente clínico. Los mismos pacientes nos daban recomendaciones sobre qué calles evitar y por dónde es más seguro caminar. Llegaba ese cuidado externo por parte de ellos.

Este contexto sociodemográfico y urbano explica por qué las visitas domiciliarias fueron tan distintas a la consulta tradicional. No se trataba únicamente de atender enfermedades crónico-degenerativas en pacientes que no podían acudir al centro de salud, sino que se trataba además de comprender que esas enfermedades existían dentro de un ambiente social específico. Adultos mayores viviendo solos, pacientes dependientes de sus cuidadores primarios pero ya agotados, casas pequeñas adaptadas para sostener la vida diaria. Cada domicilio era un recordatorio de que la medicina no ocurre en abstracto, sino en lugares concretos, con historias concretas y condiciones reales. La variedad poblacional a la que nos enfrentamos, era un gran factor a considerar. El ver familias jóvenes, o personas mayores con hábitos distintos a los que conocíamos, abría los ojos y la mente clínica a comprender que el trato tenía que ser diferente y específico.

Por eso, antes de narrar cada experiencia, era necesario entender dónde estaban ocurriendo. Santo Domingo no fue solo una colonia de referencia administrativa, fue el espacio donde la relación médico-paciente se volvió más cercana, más humana y, a veces, más vulnerable. Fue ahí donde la casa se transformó en consultorio, donde el silencio del expediente se rompía con la voz del paciente y donde la medicina dejó de ser únicamente técnica para convertirse en presencia. Desde este territorio comienza la primera parte de este trabajo. Todo lo que sigue, las historias, los encuentros, las emociones, nace de este contexto urbano, social y humano que dio forma a las visitas domiciliarias y que, sin decirlo explícitamente, moldeó también mi manera de entender la medicina.

Mi primera salida fue por una ruta ya conocida por el equipo. Yo solo era el nuevo. Iba con la doctora Verónica Aguilar, mi tutora, una figura clave desde el inicio.

También nos acompañaban Mónica, promotora de salud, y Gabriela, la encargada del servicio odontológico del programa. Se recalca que Gabriela, junto con la nutrióloga y la psicóloga, rotaban en nuestra unidad de salud cada ciertas semanas, así que no se encontraban todo el tiempo. Éramos cuatro caminando por calles que parecían cerrarse sobre sí mismas, como un pequeño laberinto. Si no conocías el lugar, era fácil perderte. Yo solo seguía la guía del camino por el equipo, confiando. Caminaba casi a ciegas, pero con fe. Ellas sabían a dónde ir. El trayecto fue largo, había sol y cansancio temprano, además de la sensación de estar lejos del centro de salud. Cuando llegamos a la primera casa, sentí algo raro en el pecho. Nerviosismo, incertidumbre y duda. No sabía cómo iba a ser recibido. No sabía cuál era mi lugar. El paciente y su familia ya conocían al equipo, menos a mí. Nos abrió la puerta la mamá de Ricardo. Recuerdo su nombre con claridad porque fue el primero. La doctora me presentó como el nuevo pasante, como alguien que estaría presente en las siguientes visitas. Así que entramos. La casa contrastaba con las calles. Estaba bien cuidada, había autos de buenas marcas, todo parecía en orden. Caminamos por un pasillo hasta un pequeño departamento adaptado en el patio, donde estaba Ricardo, un joven de 39 años. Él tenía parálisis cerebral infantil, por lo que se encontraba en cama, con limitaciones importantes para moverse y comunicarse. No hablaba, solo emitía algunos sonidos y se comunicaba con los ojos. Sin embargo, se notaba que estaba bien cuidado. Tenía cuidadora, nutrición especial, medicamentos, cremas. No era una escena de abandono, sino de atención constante. Mientras tanto, yo no sabía qué hacer. No sabía si hablar, tomar signos o si preguntar algo. Me sentía fuera de ritmo. Así que solo observé y escuché. Dejé que el equipo hiciera lo que sabía hacer. Poco a poco me fui integrando, pero esa primera casa fue, sobre todo, mirar y aprender desde el silencio. Así empezó todo. Con una puerta abierta y muchas preguntas sin responder.

El equipo base de salud al cual me integré estaba conformado, como antes dije, por mi médica tutora, responsable de la atención clínica, y una promotora de salud encargada del vínculo comunitario. Como médico pasante, mi rol inicial fue de observación y apoyo, integrándome de manera progresiva a la dinámica del equipo. Como también ya mencioné, este primer contacto marcó el inicio de una práctica clínica fuera del consultorio, donde el espacio doméstico se convirtió en el escenario principal de la atención médica y del aprendizaje profesional. Esas primeras

experiencias me llevaban a preguntarme, como reflexiona Martínez (2015, p. 120): “¿De qué recursos dota al médico su formación profesional para enfrentar las complejas vicisitudes inherentes a su práctica? ¿Es aún posible y conveniente insistir en la recuperación del lugar del sujeto, el paciente, pero también el médico en la Medicina contemporánea?”

Sin embargo, recuerdo claramente no sentirme médico ese día. Sentí más bien que estaba invadiendo un espacio ajeno. La casa no era mía, la historia no era mía, el ritmo no era mío. Yo venía cargando expectativas, miedos y una sensación constante de no saber si estaba listo para esto. No era falta de conocimiento técnico, era algo más profundo: no saber cómo estar ahí. Me di cuenta de que tocar una puerta no es un acto sencillo. Implica entrar a la vida de alguien, ver cómo vive, cómo cuida, cómo enfrenta la enfermedad todos los días. Incluso ver cómo come y cómo duerme. Yo venía de pensar la medicina desde el hospital, desde el aula, desde lo académico. Aquí no había escritorio ni bata que protegiera. Solo personas, mi tutora. Esa primera casa me enseñó que no siempre hay que hablar, hay que observar también, ya que es una forma de aprender. Que el silencio, cuando es respetuoso, también cura. Salí de ahí cansado, confundido, pero con la sensación de que algo importante acababa de empezar, aunque todavía no sabía bien qué.

La experiencia narrada en esta primera visita puede leerse, desde la medicina narrativa, como un momento de iniciación. Rita Charon (2006) señala que la práctica médica se transforma cuando el profesional desarrolla la capacidad de reconocer las historias que habitan los encuentros clínicos, incluyendo su propia historia como parte del proceso de cuidado. En este caso no considero que mi inseguridad y silencio hayan representado una carencia, sino una forma inicial de escuchar una narrativa. Arthur Frank (1995) propone que las historias relacionadas con la enfermedad no solo pertenecen al paciente, sino que afectan profundamente a quien las presencia, obligando a reorganizar la manera de comprender la experiencia médica. La visita a la casa de Ricardo me enseñó una forma de vida atravesada por la enfermedad, pero también por el cuidado y el cariño, desarmando ideas previas sobre fragilidad y dependencia. También, desde la atención primaria, se describe que la consulta domiciliaria permite observar la enfermedad en su contexto real, donde la biografía del paciente y la del profesional comienzan a entrelazarse (Cuba-Fuentes et al. 2021). La sensación de extrañeza y respeto que aparece al cruzar la puerta de la casa del

paciente es parte de este encuentro entre mundos. El papel del pasante deja de ser solo el de un proveedor de atención para convertirse en un testigo.

Asimismo, Urdy-Fernández y Cuba Fuentes (2019) señala que la escritura narrativa permite al médico procesar estas experiencias iniciales, transformando la confusión en reflexión. Considero que, en esta primera historia, no se busca cerrar un aprendizaje, sino abrir una ruta. Tocando puertas inaugura un modo de mirar la medicina donde cada casa, cada paciente y cada silencio se convierten en un relato que merece ser contado. Por eso, la primera puerta no fue la más difícil ni la más intensa. Pero fue la que marcó el ritmo. Después vendrían muchas más, con historias distintas, con cansancio acumulado y con aprendizajes más claros. Todo empezó ahí, tocando puertas, sin saber todavía que cada una también iba a abrir algo dentro de mí.

Capítulo 1 – Caso de éxito

“Para ayudar a los pacientes a lidiar con la pérdida de la salud o a encontrar un significado en el sufrimiento, la medicina y los conocimientos científicos de los que se nutre el personal de salud son insuficientes”. – Cuba-Fuentes et al. (2021, p. 15).

A diferencia de la primera visita, donde yo todavía estaba tratando de entender qué lugar ocupaba dentro del equipo, este capítulo empieza cuando ya me sentía, al menos un poco, parte del programa. No cómodo del todo, pero sí ubicado. Ya sabía que yo era pasante de Médico en tu Casa, no del módulo, y que eso implicaba un enfoque diferente, otros tiempos y, sobre todo, otro tipo de vínculo con los pacientes.

Un día nos reunieron a todos los pasantes del programa de mi Alcaldía, Coyoacán. Nos hablaron sobre nuestros derechos y obligaciones, pero también sobre todos los papeles y documentos que tendríamos que ir preparando para entregarlos. Entre todo eso apareció algo que, sin saberlo, iba a marcar mucho la forma de vincularme a un paciente: el caso de éxito. La indicación era elegir a un solo paciente para que, como el nombre lo menciona, funcione como caso de éxito. Tendría que ser alguien con una patología compleja, rara o poco común para darle seguimiento, documentar cambios, ajustes terapéuticos y evolución. No era necesario que fuera un “éxito” como tal, sino un proceso honesto de acompañamiento clínico independientemente si la evolución era favorable o no.

Elegí a Fernando sin pensarlo demasiado. Él tenía 42 años y vivía con su mamá. Su caso inició al sufrir dos impactos de bala en el cráneo y, como consecuencia, una hemisferectomía derecha. En términos clínicos, vale la pena detenerse un momento para dimensionar la complejidad de un caso como el de Fernando. Las lesiones craneoencefálicas penetrantes, particularmente aquellas ocasionadas por proyectiles de arma de fuego, se asocian en la literatura médica con una elevada mortalidad y, en los casos de supervivencia, con secuelas neurológicas importantes que comprometen funciones motoras, cognitivas y conductuales. La necesidad de intervenciones quirúrgicas mayores, como la craniectomía descompresiva en este caso, una craniectomía hemisférica derecha, suele reflejar la gravedad del daño inicial y la urgencia de controlar la hipertensión intracraneal para preservar la vida. Bajo este panorama, el pronóstico funcional frecuentemente es reservado, y la evolución clínica depende no sólo del acto quirúrgico, sino de un proceso prolongado de

recuperación y seguimiento (Ackland et al. 2007). El resultado fue una hemiplejía izquierda que lo mantenía gran parte del día en cama. No tenía otros diagnósticos agregados como complicaciones, pero su condición atravesaba toda su vida. Me llamó la atención desde el inicio, tal vez porque siempre me ha interesado todo lo relacionado con el cerebro, incluyendo la rehabilitación neurológica, las neurociencias y la neurocirugía. Pero también porque ya existía una cercanía consolidada con él después de conocerlo, escucharlo y afiliarme como su médico, según la idea de Charon (2006).

Llegar a su casa era una experiencia en sí misma. Se entraba por una cochera larga, se bajaba hacia un patio que parecía un pequeño bosque: plantas, árboles, flores, todo verde. Era un trayecto largo antes de llegar a la casa como tal. Cuando llegábamos, siempre nos recibía un perro que ladraba desde la azotea, como anunciando nuestra llegada. La casa era amplia, pero se sentía apretada. Había desorden, olor a humedad, montones de ropa y un poco de sofocación. El cuarto de Fernando estaba al fondo, pequeño, con dos camas apenas en su lugar. Fernando a veces hablaba conmigo en voz baja, casi al oído. Me contaba de sus hijos, de cómo los extrañaba, de errores pasados relacionados con alcohol y drogas, del accidente. A veces decía que ya no quería seguir, que estaba cansado. Otras veces, con una claridad e ilusión que sorprendía, me decía: “No doctor, va a ver que cuando me recupere voy a ir al gimnasio, voy a estudiar, voy a recuperar a mis hijos”. Me decía doctor Quique. Y yo le creía, al menos en ese momento. Le di recomendaciones sencillas: ejercicios, estiramientos, estrategias para el estreñimiento, pequeñas metas. Más que tratamientos complejos, eran intentos de devolverle vida. Le dejé tareas: crucigramas, dibujos. La siguiente vez que lo visitamos, mucho después de lo que yo hubiera querido, nos tenía preparados dibujos y acrónimos con nuestros nombres, especialmente dirigido para mi y para mi tutora, Vero. No hubo una recuperación milagrosa, pero sí fue un vínculo real. Nunca olvidaré a Fernando.

Las visitas a Fernando tendrían que haber sido cada mes, a manera de seguimiento. Sin embargo, la sobrecarga de pacientes con la que contábamos nos limitó para alcanzar esa meta, motivo por el cual cada ocasión que lo visitaba, lo aprovechaba al máximo. El abordaje se centró en acompañamiento, continuidad y fortalecimiento del vínculo terapéutico y la relación médico-paciente.

Con Fernando entendí que no todos los avances se miden en fuerza muscular o movilidad. A veces el avance es que alguien vuelva a hablar de futuro, que invite a ver esa luz al final del túnel, aunque a veces se nuble un poco. Yo llegaba cansado, con rutas largas, con la frustración de no poder visitarlo tan seguido como hubiera querido, pero cada vez que entraba a su cuarto sentía que ese tiempo valía la pena. También fue la primera vez que noté cómo un paciente se abría emocionalmente conmigo. No porque yo tuviera respuestas, sino porque me quedaba a escuchar. Ahí aprendí la diferencia entre oír y escuchar. Me costó aceptar que no siempre podía hacer más. Que la burocracia, el número de pacientes y los tiempos jugaban en contra. ¿Cómo era posible que una persona con mucho futuro estuviera todo el día en cama limitado por su condición de salud? Aun así, la relación se mantuvo. Me di cuenta de que la medicina que estaba ejerciendo ahí no era la que me enseñaron en los libros, pero sí era profundamente humana.

A mi parecer, la relación construida con Fernando puede comprenderse desde la medicina narrativa como un ejemplo de cómo el vínculo médico-paciente se fortalece cuando el profesional reconoce la historia de vida del otro como parte del proceso terapéutico. La práctica narrativa permite al médico afiliarse al paciente, entendiendo que la escucha atenta es en sí misma una intervención clínica (Charon, 2006). En este caso, más allá de las recomendaciones físicas, fue la posibilidad de ser escuchado lo que permitió a mi paciente sostener algún proyecto de vida. Por otro lado, Arthur Frank (1995) describe que las personas que han atravesado experiencias corporales extremas suelen oscilar entre relatos de desesperanza y relatos de restitución, donde aparece la expectativa de volver a ser quien se era antes. Fernando transitaba constantemente entre ambos: momentos de cansancio profundo y otros de gran esperanza intensa. Reconocer estos cambios narrativos permitió acompañarlo conservando y utilizando sus emociones a favor de su recuperación. Desde la atención primaria, se enfatiza que la consulta domiciliaria expone al médico a la vida cotidiana del paciente, obligándolo a integrar dimensiones sociales, emocionales y familiares en su práctica clínica (Cuba-Fuentes et al. 2021). La casa de Fernando, su madre, el entorno físico y el tiempo compartido forman parte activa del cuidado. Asimismo, Urday-Fernández y Cuba-Fuentes (2019) plantean que la escritura narrativa ayuda al médico en formación a reconocer estos vínculos como aprendizajes legítimos, incluso cuando el sistema no los valora de manera explícita. Esa fue una

situación que personalmente puedo afirmar en mi experiencia. Así, este “caso de éxito” no se define por la evolución exitosa, sino por la relación. Por la confianza, por la posibilidad de acompañar sin prometer más de lo que se puede dar. Fernando no fue el único caso, pero fue el primero en enseñarme que el éxito, en este programa, a veces era simplemente volver a tocar la puerta y que alguien se alegrara de verte. Después vendrían otras casas, otros cuerpos, otras historias. Pero esta quedó marcada como el inicio de una manera distinta de entender la medicina.

Capítulo 2 – La sala como consultorio

“The effective practice of medicine requires narrative competence, that is, the ability to acknowledge, absorb, interpret, and act on the stories and plights of others.” – Charon (2001, p.1897)

La sala de cada casa dejaba de ser sala en cuanto entrábamos. No era algo planeado ni anunciado, simplemente pasaba. A veces había sillones viejos y pequeños, otras una mesa grande rodeada de sillas, y en algunas casas apenas un espacio libre entre cosas acumuladas. Yo entraba con el maletín cruzado al cuerpo, como si fuera una extensión mía. Ahí llevaba todo lo que necesitaba para poder hacer algo parecido a una consulta médica: el estetoscopio, el baumanómetro, el glucómetro, las tiras reactivas, las torundas. No había escritorio, no había báscula, no había computadora. Lo único claro era que teníamos que atender.

Cada casa era distinta. Había hogares amplios, con luz, con espacio suficiente para movernos. Pero también había casas pequeñas, apretadas, con olores desagradables, con humedad, con poco orden. En algunas, la televisión estaba encendida a todo volumen. En otras, los perros ladraban sin parar o la familia pasaba de un lado a otro sin notar que estábamos ahí. Yo buscaba dónde apoyar el brazo del paciente para tomar la presión sin que el ruido interfiriera, sin contaminar nada, sin incomodar. A veces no existía ese lugar. En más de una ocasión no encontré ninguna superficie de apoyo. Todo parecía de mal aspecto o con altas probabilidades de contaminar mis instrumentos. Abría el maletín con cuidado y sacaba lo necesario sosteniéndolo en el aire, procurando que nada tocara el entorno. No era cómodo ni elegante, pero funcionaba. Mi tutora, la doctora Verónica, acomodaba como podía sus recetas y su libreta. La promotora de salud ayudaba con papeles, registros o a veces signos vitales. Cada quien cargaba lo suyo y sabía cuándo intervenir. Nadie nos explicó cómo convertir una sala en consultorio. Eso se aprende haciéndolo.

Había casas donde nos sentábamos todos alrededor de una mesa grande y otras donde apenas cabíamos de pie. A veces había silencio, a veces ruido constante. Pero independientemente del espacio, la consulta sucedía. La sala se transformaba por unos minutos en un consultorio improvisado, sostenido más por la intención que por el mobiliario. Y en ese momento entendí que el acto médico no dependía tanto del

lugar, sino de la disposición a adaptarse. Toda la atención que daba el equipo, implicaba trasladar la consulta médica al entorno cotidiano del paciente, sin contar con infraestructura clínica formal. La valoración se realizaba con equipo portátil básico, priorizando la entrevista clínica, la exploración física esencial y la toma de signos vitales en condiciones variables de espacio, ruido y salubridad. La ausencia de mobiliario adecuado obligaba a adaptar la técnica clínica, desde la toma de presión arterial hasta la medición de glucosa capilar, considerando siempre el contexto familiar y ambiental. La consulta domiciliaria permitía observar de manera directa las condiciones de vida del paciente, así como su dinámica familiar, elementos que influyen de forma significativa en el control de enfermedades crónicas. El trabajo en equipo resultaba fundamental para sostener la calidad de la atención, ya que cada integrante cumplía un rol específico que permitía compensar las limitaciones del entorno y asegurar continuidad en el seguimiento clínico.

Al principio, esta forma de consulta me generaba mucha incomodidad. Yo venía con la idea de que el consultorio era casi una extensión del médico, que el orden y el espacio validaban lo que uno hacía. Aquí no había nada de eso. Todo era improvisado, cambiante, incierto. Me sentí inseguro muchas veces, preguntándome si realmente estaba haciendo bien mi trabajo o si aquello era una versión incompleta de la medicina que me habían enseñado. Con el paso de las visitas empecé a entender que esa incomodidad también me estaba formando. Aprendí a trabajar en ambientes y condiciones incómodas. Aprendí a escuchar mejor, a observar más, a no depender tanto del entorno para sentirme médico. Me di cuenta de que la gente confiaba en nosotros aun cuando la consulta se hacía en una sala improvisada, y esa confianza no venía del lugar, venía del trato. De sentarnos, de mirar a los ojos, de explicar con calma, de respetar el espacio del otro. Empecé a entender que la medicina no siempre ocurre en condiciones ideales. A veces ocurre en medio del desorden, del ruido y del cansancio. Se encuentra un orden dentro del desorden. Y aun así puede ser válida, humana y efectiva. Convertir una sala en consultorio no era un error, era una adaptación necesaria para poder estar ahí, acompañando al paciente en su propio espacio.

La experiencia de transformar la sala en consultorio se vincula directamente con los principios de la medicina narrativa descritos por Rita Charon (2006), quien nos

recuerda que la práctica médica requiere la capacidad de reconocer y habitar las historias de los pacientes en su propio contexto vital. En la consulta domiciliaria, el contexto no se narra únicamente con palabras, sino que se presenta de forma tangible: el espacio, los objetos, los sonidos y las dinámicas familiares forman parte del relato de la enfermedad. Mientras tanto, Arthur Frank (1995) señala que la experiencia de enfermedad se expresa a través de narrativas encarnadas en la vida cotidiana del paciente, y que estas narrativas sólo pueden comprenderse plenamente cuando el médico se acerca al mundo real en el que la enfermedad se vive. Al entrar a las casas, se cambia el chip y uno deja de ser observador externo y se convierte en testigo directo de esa experiencia. La sala, con su orden o desorden, se integra a la historia clínica de manera silenciosa pero significativa.

Desde esta perspectiva, la adaptación del espacio no es solo una estrategia logística, sino considero también un acto narrativo. Al aceptar la sala como consultorio, se reconoce que la clínica no ocurre aislada de la vida del paciente, sino dentro de ella. Esta cercanía favorece una relación médico-paciente menos jerárquica y más horizontal, donde la escucha y la presencia adquieren un papel central. Por eso, la medicina narrativa fortalece la relación clínica al permitir que el médico se afilie al paciente a través de la atención plena a su historia (Charon, 2006). En este capítulo quiero reflexionar sobre cómo esa afiliación se construye no sólo a través de la palabra, sino mediante la adaptación al espacio físico, al ritmo y a las condiciones reales del paciente. La sala convertida en consultorio se convierte así en un punto de encuentro entre la medicina y la vida cotidiana.

En *La sala como consultorio*, intento mostrar cómo la experiencia de atender pacientes en un espacio improvisado, compartido y constantemente interrumpido evidencia cómo la medicina real muchas veces ocurre fuera de los márgenes ideales del consultorio tradicional. En este contexto, la narrativa se vuelve una herramienta casi de supervivencia clínica: escuchar con atención, interpretar silencios y leer gestos sustituye a la falta de privacidad y a las limitaciones estructurales. Li (2023) plantea que la medicina narrativa cobra especial relevancia en sistemas de salud saturados, donde la tecnificación y la sobrecarga administrativa amenazan con deshumanizar la atención. Aquí tenemos un escenario distinto, pero que recuerda a las sobrecargadas áreas de las instituciones de salud a las que Li se refiere.

Justamente aquí, en la sala convertida en consultorio, la narrativa permitió sostener la relación médico-paciente como un acto ético, más allá de las condiciones materiales. La historia del paciente no se redujo al motivo de consulta, se volvió el eje que organizó la atención, recordando que incluso en escenarios adversos, la escucha sigue siendo una forma de cuidado.

La medicina suele usar pruebas de laboratorio sofisticadas para entender nuestra biología y sus fallas, pero cuando los pacientes y los médicos deben tomar decisiones importantes, son las historias que se comparten durante la conversación las que nos permiten entender qué pasa, qué importa y cómo salir adelante. Esas historias dan sentido de secuencia y una cadencia que a veces sugieren un diagnóstico. Esas historias nos permiten ver cómo nuestros tratamientos interrumpen o se cruzan con los hábitos diarios de la historia del paciente, con las circunstancias de su vida familiar y laboral, con las obligaciones que nacen de sus lazos sociales y con sus valores y deseos (Cuba-Fuentes et al., 2021).

Con cada visita a cada casa entendí que no estábamos intentando que la sala pareciera un consultorio, sino que la medicina se pareciera más a la vida real del paciente. Incluso llegar a que el consultorio se pareciera más a cada sala. Esa adaptación constante, incómoda pero necesaria, fue marcando la forma en que me relacioné con los pacientes que atendía. Y sin darme cuenta, también fue moldeando la manera en que yo empezaba a entender qué tipo de médico quería ser.

Capítulo 3 – Entre olores, caras y pelos de perro

Hay cosas que no aparecen en el expediente clínico. No hay un apartado para los olores, ni para las caras, ni para los pelos de perro. Y, sin embargo, son de las cosas que más recuerdo de las visitas domiciliarias. Cosas que solo se viven entrando una y otra vez a casas distintas, repitiendo rutas, tocando puertas, cruzando marcos que te meten, sin aviso, a la vida real del paciente.

Con el tiempo, el equipo y yo desarrollamos un lenguaje propio. Un chiste local, casi un código. Había casas que, al abrir la puerta, soltaban un olor muy específico. No era exactamente a chetos, pero así lo nombramos: olor chetito. No era burla ni desprecio, era una forma rápida de identificar un ambiente. Generalmente era mezcla de basura acumulada, orines de perro o gato ya secos y humedad guardada por días. En algunas casas tenías que esquivar charcos secos de pipí, montones de popó endurecida o bolsas de basura amontonadas en rincones. Y aun así, ahí mismo, tenías que sentarte (o no), saludar, escuchar y dar consulta como si nada. Recuerdo especialmente una casa donde una paciente tenía varios gatos. El olor a orines era intenso. Caminábamos con cuidado para no pisar nada y nos acomodábamos donde se podía. Yo trataba de concentrarme en la voz del paciente, en la consulta, mientras el olor se quedaba pegado en la ropa pero más en el cubrebocas. Nadie decía nada, pero todos lo percibíamos. Era parte del escenario.

También estaban las caras. Muchas caras. No solo las de los pacientes, sino las de los familiares. Caras de desconfianza, de exigencia, de cansancio, de hartazgo. Pero muchas otras veces, caras amables, agradecidas, cálidas. A veces, antes de decir una sola palabra, esas caras ya nos estaban diciendo cómo iba a ser la consulta. Nos orientaban sin darnos cuenta, nos hacían ajustar el tono, la explicación, el ritmo. Había familiares que parecían molestos con nuestra presencia, otros que se relajaban apenas entrábamos. Todo eso también era información clínica, aunque no estuviera escrita en ningún lado. Se incluye el tercer ojo clínico. Esa habilidad que uno desarrollaba para revelar los secretos de los hábitos verdaderos del paciente. Cuando entrábamos a la sala del paciente Rodrigo, por ejemplo, un paciente de 42 años, cuya cara nunca ayudaba, el olor menos. Era la expresión en persona de la diabetes y la hipertensión fuera de control, al grado de que solo contaba con una pierna a causa

de la disfunción metabólica, la cual estaba a punto de terminar en el mismo fin que la anterior. Lleno de limitaciones y condiciones, Rodrigo nunca hacía caso a las recomendaciones que le dejaba. Hasta el punto de esconder una lata de cerveza, cenizas de cigarro y un tabaco a la mitad al momento de nuestra llegada. Así nos pudimos dar cuenta de lo que realmente hacían algunos pacientes por su comodidad, lo que es opuesto a lo que dicen que harán. Nunca logré pulir la relación con él y que me hiciera el debido caso.

Y luego estaban los perros, y los pelos de perro. A mí me gustan mucho los perros, y eso se notaba. En varias casas había perros grandes, chicos, peludos, tranquilos, juguetones. Me acuerdo mucho de Alejandra, una monjita de 26 años que vivía en una casa de religiosas. Tenía un tumor detrás del ojo, ya operado, con ceguera permanente de ese lado. La veíamos para seguimiento. Siempre que íbamos estaba Omega, su husky enorme, lleno de pelo, juguetón. Yo me distraía con él a mitad de la consulta, lo acariciaba, jugaba un poco, y eso cambiaba completamente el ambiente. También estaba el señor Hugo, de 79 años, hipertenso y diabético, con limitaciones para caminar. Tenía un perrito, creo que se llamaba Benito, un French Poodle muy cariñoso. Mientras hablábamos, el perro se acercaba, buscaba atención, y eso relajaba todo. El paciente sonreía, yo también. El ambiente se volvía más humano. Esas cosas, tan simples, tan ajenas al consultorio tradicional, eran las que hacían cada visita distinta. Podías ir a la misma casa dos veces y que la experiencia fuera completamente diferente. Y eso era algo que no se aprende entre cuatro paredes blancas.

Dentro de lo aprendido, está que la consulta domiciliaria expone al médico a condiciones ambientales que no forman parte del entorno clínico habitual. Factores como higiene del hogar, convivencia con animales domésticos y dinámica familiar influyen directamente en la interacción médico-paciente y en la adherencia a las indicaciones médicas. La observación directa del entorno permite identificar discrepancias entre lo referido por el paciente y su realidad cotidiana, aportando información relevante para el abordaje clínico integral. La presencia de animales, olores intensos y condiciones variables de salubridad obliga a una adaptación constante del acto médico, manteniendo la calidad de la atención sin comprometer la relación terapéutica o personal. Asimismo, la interacción con familiares y cuidadores

adquiere un papel central, ya que su actitud influye en el desarrollo de la consulta y en el seguimiento de las enfermedades crónicas.

Al principio, estas cosas me sacaban de balance. Los olores, las caras, el desorden. No estaba acostumbrado a eso. Nadie te prepara realmente para dar consulta esquivando popó seca o intentando concentrarte mientras el olor se te pega a la ropa. Pero con el tiempo entendí que todo eso también formaba parte de la experiencia del paciente. Empecé a notar que ver la casa me ayudaba a entender mejor muchas cosas. A veces el paciente decía que seguía la dieta o que tomaba bien su tratamiento, pero el entorno te contaba otra historia. Más cuando encontrabas la caja de medicamentos cerrada, cuando el paciente decía que iba a la mitad de ésta. Otras veces, entendías por qué era tan difícil cumplir indicaciones cuando vivían rodeados de caos, de cansancio, de abandono. Y eso cambiaba mi forma de juzgar y de explicar.

Los perros, en cambio, eran un respiro. Me ayudaban a conectar de otra forma. Sacaban sonrisas, bajaban la tensión, hacían la consulta más ligera. Me di cuenta de que esos pequeños momentos también tenían valor terapéutico, aunque no estuvieran escritos en ninguna guía. Aprendí que la medicina no ocurre en un vacío. Ocurre entre olores, miradas, ruidos, pelos de perro y silencios incómodos. Y que aceptar eso, en lugar de rechazarlo, me estaba formando como médico de una manera mucho más honesta.

Este capítulo se sostiene sobre una idea central de la medicina narrativa: la enfermedad no se comprende plenamente desde el expediente, sino desde el espacio donde el paciente vive y se relaciona. Las visitas domiciliarias descritas revelan cómo el hogar se convierte en un texto narrativo en sí mismo, cargado de signos que hablan de la experiencia de enfermar más allá del diagnóstico. Los olores persistentes, la acumulación de basura o los desechos de los animales no son simples molestias sensoriales, sino expresiones tangibles de contextos sociales, emocionales y estructurales que condicionan el cuidado y la posibilidad real de seguir indicaciones médicas.

Desde la perspectiva planteada por Cuba-Fuentes et al. (2021), la narrativa en atención primaria permite reconocer que la práctica clínica se inserta inevitablemente

en la vida cotidiana del paciente, y que comprender esa cotidianidad es parte del acto terapéutico mismo. En este capítulo, la identificación de las llamadas “casas cheto” funciona como una forma de lectura narrativa del entorno: no clasifica personas, sino escenarios, y permite anticipar dificultades, riesgos y límites que no aparecerían en una consulta convencional. En este caso, la narrativa no embellece la realidad, sino que la vuelve legible.

La experiencia de “ver” aquello que el paciente oculta, minimiza o normaliza el discurso clínico y se relaciona con la distinción entre enfermedad y dolencia. La dolencia se manifiesta en la forma en que las personas viven, sienten y gestionan su padecimiento, y esta solo puede comprenderse cuando el médico se aproxima al mundo real del paciente (Urday-Fernandez y Cuba-Fuentes, 2019). Como intento describir en este capítulo, entrar a las casas permite confrontar lo dicho con lo vivido, no desde el juicio, sino desde una comprensión más profunda de por qué ciertas indicaciones no se cumplen o resultan inviables.

Las caras de los familiares introducen otra capa narrativa: la del vínculo. Gestos de desconfianza, exigencia o cansancio, así como expresiones de calidez y apertura, orientan de manera silenciosa el desarrollo de la consulta. Este aprendizaje, el leer el ambiente emocional y modificar la intervención médica, forma parte de lo que Martínez (2015) describe como el proceso de socialización profesional del médico, en donde gran parte del conocimiento se adquiere fuera del aula y del discurso técnico. En este sentido, no solo orienta a diagnosticar, sino a habitar relaciones complejas dentro del espacio doméstico.

Los perros y otros animales presentes en las casas aparecen como elementos aparentemente secundarios, pero narrativamente relevantes. Dejan un peso y tienen una trascendencia relevante. Su presencia transforma el clima de la consulta, suaviza tensiones y facilita el vínculo humano. En las páginas previas describo cómo los elementos cotidianos del hogar pueden convertirse en mediadores del encuentro clínico, permitiendo una relación más horizontal y empática (Cuba-Fuentes et al., 2021). Jugar con Omega o Benito no rompía la consulta, considero que la humanizaba y la volvía más cercana tanto para el paciente como para mí como pasante.

Finalmente, quise hacer hincapié en que cada visita es irrepetible, incluso cuando el paciente es el mismo. Esta variabilidad constante refuerza la idea de que la experiencia de enfermar no es estática ni lineal, sino dinámica y cambiante. La narrativa permite capturar esa transformación continua, algo que difícilmente podría registrarse en una nota médica tradicional o dentro de un consultorio. Así, entre olores, caras y pelos de perro, se logra evidenciar cómo la medicina narrativa no añade un adorno literario a la práctica clínica, sino que amplía su sentido, al reconocer que cuidar y guiar implica entrar en la historia viva del otro.

Capítulo 4 – Soledad en compañía

La soledad no siempre se presenta como una casa vacía o una cama sin nadie al lado. En muchas ocasiones la soledad se manifiesta rodeada de voces, de pasos, de familia, de gente que entra y sale. Durante las visitas domiciliarias aprendí que la soledad tiene muchas formas, y que algunas de las más pesadas se viven acompañadas. En este capítulo, me gustaría recordar a varios pacientes, varias historias. Pero estas historias no son como nos las cuenta Chimal (2012) en su libro de introducción a cómo contar historias. Estas no son historias narradas o contadas de generación en generación o que se pueden modificar un poco para crear algo de misterio, o dar un giro a la historia. Estas historias son experiencias reales, experiencias vividas y que cuentan realmente las vivencias de una persona, de un familiar, de un paciente en situación terminal. No son historias que pueden modificar el final feliz, porque son historias que a veces no lo tienen. Historias que apenas logran dimensionar el gran peso que están cargando los involucrados.

Recuerdo a la señora Brenda como una de las personas más generosas que conocí durante el servicio social. Era una mujer de 47 años, diabética, hipertensa, con obesidad, pero todavía autosuficiente. Vivía con su hijo y cerca de otros familiares. Nunca estaba sola en términos físicos, pero muchas de las cargas que llevaba parecían recaer únicamente sobre ella. Nos recibía siempre con una sonrisa amplia, con un abrazo corto pero sincero, de esos que duran segundos pero se sienten eternos. Nos ofrecía lo que tuviera: agua, café, pan. La primera vez que la conocí, me regaló una taza de navidad, muy linda. En las pláticas más íntimas nos contaba que, a pesar de sus propias enfermedades, ella era quien cuidaba a su madre, quien resolvía pendientes, quien procuraba llevarla a sus citas al médico. Estaba pendiente de todos. Y aun así, muchas veces era mal vista, poco reconocida o valorada, invisibilizada. No vivía sola, pero hacía muchas cosas sola. Me llegaba el fuerte pensamiento de cómo una persona tan noble, tan humilde, tan íntegra, tan abierta de brazos, puede recibir a veces un maltrato tan feo, tan crudo, tan triste, tan gris.

Otra imagen que se quedó grabada en mí fue la de dos hermanas adultas mayores. Vivían juntas, en un terreno sin muchos recursos. A veces las consultábamos en el patio, a veces dentro de su hogar con un olor a humedad, apretado, esquivando

montones de ropa u objetos estorbosos, aunque sin llegar a ser casa chetito. Una tenía una discapacidad visual importante, la otra, una hipoacusia severa. Vivían juntas, prácticamente aisladas del resto de la familia que entraba y salía del terreno sin involucrarse demasiado. La consulta con ellas siempre era peculiar, con un toque de ternura y amor. Una le decía a la otra lo que no alcanzaba a escuchar, la otra guiaba el camino cuando había que moverse. Se complementaban de una forma silenciosa y constante. Su mundo parecía reducido, pero estaba completo entre ellas dos. Era una soledad distinta, una soledad compartida, sostenida.

La tercera experiencia fue la más dura. Una mujer de 76 años, con artritis reumatoide avanzada, postrada casi todo el día. Miriam fue el seudónimo que le di. El dolor era constante, incluso el roce de las sábanas le resultaba insoportable. Vivía en una casa grande, con varios cuartos, pero durante el día estaba sola. Su familia trabajaba, salía, hacía su vida. Ella permanecía ahí, esperando ayuda para ir al baño, esperando que alguien regresara. A veces no llegaban a tiempo y la situación se tornaba olorosa y desastrosa por lo que empeoraba la relación familiar. Cuando hablamos por primera vez, ella se acercó a mi oído. No necesitó exagerar nada. El aliento de desesperanza, de abandono, de tristeza invadía mi oído. Me decía cómo es que la dejaban sola y el gusto que le daba que la fuéramos a visitar. Su confianza depositó en mí el sentido de incomodidad al tener que estar en cama, los regaños que recibía por eventos que no eran su culpa, y cómo sufría del dolor. Hasta el crecimiento de las uñas le dolía, mucho más el intentar cortarlas. Éramos su poca interacción con alguien en mucho tiempo. Bastaba verla, escucharla, notar el peso en sus ojos, comprender que en ellos habían lágrimas retenidas, queriendo salir mientras su cuerpo no lo permitía. Se transparentaba su corazón, con un aspecto triste, pesado, cansado y solo. Era una soledad cruda, pesada, silenciosa.

En esas casas entendí que la soledad no siempre es ausencia de personas, sino ausencia de acompañamiento real. Y que entrar a esos espacios como médico te obliga a mirar más allá del diagnóstico para impactar con el tratamiento. Cada una, cada consulta, dejaba una lección diferente. La señora Brenda, además de su diabetes, hipertensión arterial sistémica y obesidad, tenía una carga significativa como cuidadora primaria, mitigando un gran peso para todos los demás todos los días. Las hermanas adultas mayores presentaban deterioro sensorial progresivo

asociado a la edad, con movilidad limitada y dependencia parcial para actividades básicas, recordando el amor eterno que se puede llegar a tener. Y Miriam, con artritis reumatoide avanzada, dolor crónico mal controlado por desabasto de tratamiento previo y dependencia funcional casi total, nos enseñaba sobre la importancia de la asistencia física y emocional.

Desde el punto de vista clínico, las visitas permitían evaluar no solo el estado físico, sino el entorno, la dinámica familiar y los factores emocionales que influían directamente en la evolución de cada paciente. Estas condiciones rara vez quedan reflejadas de forma completa en una nota médica convencional de las que elaboramos en un centro de salud, pero resultan fundamentales para comprender la experiencia de enfermedad en su totalidad.

Estas visitas me confrontaron con una idea incómoda: muchas veces la medicina se queda corta cuando solo mira números, laboratorios o listas de problemas. Estar dentro de las casas me obligó a reconocer que el sufrimiento no siempre se expresa en síntomas claros. Con la señora Brenda, aprendí que cuidar también cansa, que ser fuerte todo el tiempo desgasta, y que muchas personas enfermas siguen sosteniendo a otros sin que nadie lo note. Con las hermanas entendí que el acompañamiento puede ser silencioso, constante, casi invisible, pero profundamente humano. Y con Miriam, comprendí que el dolor no siempre se puede aliviar, pero sí se puede escuchar y se podría paliar, al acompañar y apoyar.

Como pasante, muchas veces sentí impotencia. No siempre tenía herramientas para cambiar la realidad de esas personas. Pero estar ahí, escuchar, no apresurar la consulta, también era una forma de cuidado. Estas experiencias comenzaron a moldear mi manera de entender la relación médico-paciente, no como una interacción técnica, sino como un encuentro humano que deja huella en ambos lados. La medicina narrativa permite comprender estas experiencias desde un marco que reconoce el valor clínico de las historias vividas. Arthur Frank (1995) describe cómo la enfermedad transforma la identidad del paciente y cómo los relatos permiten expresar esa transformación más allá del lenguaje biomédico. En las historias descritas, la soledad aparece como una narrativa de carga, no siempre explícita, pero presente en la experiencia cotidiana de los pacientes. Por otro lado, el concepto de competencia narrativa resalta la importancia de escuchar activamente y representar

la historia del otro como parte del acto clínico (Charon, 2006). En el contexto domiciliario, esta competencia se vuelve indispensable, ya que el entorno mismo narra aspectos que el paciente no siempre verbaliza.

En el caso de Miriam, la visita domiciliaria permitió identificar el impacto del aislamiento y del dolor crónico no controlado, elementos que difícilmente emergen en una consulta breve institucional. Asimismo, investigaciones cualitativas han mostrado que la práctica narrativa contribuye al desarrollo del profesionalismo y la empatía en médicos en formación, especialmente durante rotaciones clínicas comunitarias (Huang, 2021). Estas experiencias no sólo transforman al paciente, sino también al médico, al confrontarlo con realidades complejas que no admiten soluciones simples. Desde esta perspectiva, la soledad en compañía se configura como una experiencia narrativa que requiere ser escuchada, interpretada y reconocida como parte integral del proceso de atención.

Salir de esas casas siempre me dejaba una sensación extraña. A veces un sabor amargo o agri dulce. No era tristeza únicamente, tampoco aprendizaje puro. Era una mezcla de peso y claridad. Entendí que acompañar no siempre significa resolver, y que muchas veces la medicina empieza simplemente por quedarse un poco más, escuchar un poco mejor. En esas salas improvisadas, rodeado de silencios y miradas cansadas, comenzó a tomar forma la idea de que narrar también es una forma de cuidar. Y que cada historia, incluso las más duras, merece ser contada y escuchada.

Capítulo 5 – Café, tortillas y signos vitales

Había días en los que la consulta empezaba antes de tocar la puerta del paciente. Empezaba desde que salíamos caminando bajo el sol, cargando el maletín, midiendo el tiempo, calculando cuántas casas más faltaban antes de que el cansancio se volviera evidente. El programa Médico en tu Casa estaba pensado para funcionar con transporte (un vehículo destinado al programa), con equipo completo, con una logística ordenada. Pero la realidad muchas veces era distinta. Caminábamos largas distancias, con sed, con hambre, con el cuerpo ya cansado desde temprano. En ese contexto, la consulta se transformaba. No solo por el paciente, sino por lo que ocurría alrededor. Entraba en el dilema de si cargar con el peso de una botella de agua todo el día, o tratar de acostumbrarme. A veces llegábamos a casas donde no había ni agua, ni baño disponible, ni condiciones para sentarse con calma. Y otras veces, de manera inesperada, la casa se abría no solo como espacio físico, sino como un lugar de cuidado mutuo.

Recuerdo con especial cariño las visitas al convento. Era una casa grande, con varias monjitas que requerían seguimiento médico. Al entrar, en el ambiente se respiraba paz y se encontraba un momento para olvidarse de los pendientes duros de la jornada. Aprovechábamos la visita para cumplir con el número de pacientes del día. Ellas siempre estaban ocupadas en la cocina, preparando comida para alguna actividad religiosa. Después de la consulta, casi siempre aparecía una gelatina, un vaso de agua fresca, a veces café. Una vez, incluso, pozole, verde y rojo. Nos sentamos, comimos, descansamos un poco. No era solo alimento. Era una pausa, un respiro en medio de la jornada. Era impresionante cómo el trato iniciaba con una consulta y terminaba con risas, anécdotas y barrigas llenas en el comedor.

Otra escena frecuente era en la casa del señor Gabriel, un hombre de más de 90 años, hipertenso, con hiperplasia prostática benigna, muy carismático y peculiar. Su hija Evelyn cocinaba para vender y siempre nos recibía con agua fresca, fruta, a veces salsa hecha por ella misma. Nos regaló frascos de esa salsa para llevar a casa. Ese gesto sencillo cambiaba por completo el ritmo del día. Sentarte, beber agua, agradecer, volver a levantarte. El cuerpo y la mente se reiniciaban. Al salir, sentía un agradecimiento diferente, un agradecimiento honesto. Dado por las intenciones

detrás de solo ver a su padre, el señor Gabriel. Que va mucho más allá de otorgar una receta médica. Era ver su persona, su ser. Una nueva sonrisa y realmente preocuparte por el bienestar del paciente. Uno lo hace de manera genuina. Por eso se siente ese vaso de agua fresca, recibido de la misma mano.

Y estaba también la casa del señor Levi, paciente de 82 años, con antecedente de cáncer de piel en la cara, diabético, hipertenso. Una familia grande, cálida, cercana que siempre nos recibía con las puertas abiertas, pues eran ya conocidos por parte del programa. En su cumpleaños nos invitaron a regresar por la tarde, después de haberlos visitado médicamente por la mañana. Había mole, arroz, rajas, aguas frescas. Comimos con ellos, platicamos. Ahí la consulta ya había terminado, pero el vínculo seguía. No éramos solo médicos tomando signos vitales, éramos invitados, testigos, acompañantes y formábamos parte de algo más que solo los médicos que veían al señor Levi. En esos momentos entendí que la medicina también se construye con café, tortillas y silencios compartidos.

En todos los casos, los pacientes se encontraban clínicamente estables, con indicaciones de vigilancia, ajuste terapéutico y educación en salud. El contexto domiciliario permitía observar dinámicas familiares, redes de apoyo y condiciones de vida que influyen directamente en la adherencia al tratamiento. La consulta se realizaba con recursos limitados, utilizando equipo portátil para la toma de signos vitales, medición de glucosa capilar y valoración clínica general. Pero este uso de recursos limitados, se multiplicaba en forma de agradecimientos a través de un vaso de agua, café o tortillas. La interacción con los pacientes y sus familias trascendía la evaluación biomédica, generando espacios de confianza que facilitaban la comunicación, el seguimiento y la continuidad del cuidado. Estos elementos forman parte integral del abordaje clínico en atención primaria comunitaria.

Estas experiencias me enseñaron que el cuidado no siempre fluye en una sola dirección. Muchas veces, los pacientes también nos cuidan. Cuidan ofreciendo lo que tienen, compartiendo un café, una tortilla, un plato de comida. No como obligación, sino como agradecimiento genuino. Pero uno no sabe si es de lo mucho o poco que nos pueden ofrecer. Como pasante, llegaba cansado, con sed, con hambre, pensando en el siguiente domicilio. Y bastaba sentarme cinco minutos, beber agua, escuchar una historia ajena a la enfermedad, para recordar por qué estaba ahí. Esos momentos

humanizaban la consulta y me devolvían energía. También aprendí que aceptar ese gesto no es perder profesionalismo. Al contrario, es reconocer la relación médico-paciente como un vínculo humano, bidireccional. Entendí que muchas veces el paciente no puede pagar con dinero, pero sí con hospitalidad, con atención, con presencia. Estas escenas quedaron grabadas como recordatorios silenciosos de que la medicina no ocurre solo en el acto técnico, sino en el encuentro. Y que, a veces, un vaso de agua compartido es lo equivalente a una receta médica otorgada, pero desde el otro lado.

La medicina narrativa permite comprender estas interacciones como parte del acto clínico. Arthur Frank (1995) describe cómo los relatos de enfermedad se construyen en relación con otros, y cómo el cuidado se da en un intercambio continuo de significados. En este capítulo, los gestos cotidianos funcionan como narrativas de reciprocidad. Pero, desde la perspectiva de Rita Charon (2006), la competencia narrativa implica reconocer y responder a las historias del paciente, incluso cuando estas no se expresan verbalmente. Compartir alimentos, ofrecer descanso, abrir el espacio doméstico, son formas narrativas de reconocimiento del vínculo clínico. Por ello considero que se confirma, de una manera no verbal, una relación más horizontal entre médico y paciente, permitiendo encuentros menos jerárquicos y más humanos. Estos encuentros fortalecen la confianza y la adherencia terapéutica, especialmente en contextos comunitarios.

Asimismo, estudios sobre medicina narrativa en formación médica destacan que estas experiencias contribuyen a la construcción del profesionalismo, al permitir que el médico en formación reconozca su propia vulnerabilidad y necesidades (Huang et al. 2021). El cansancio, la sed, el hambre, lejos de ser obstáculos, se convierten en puntos de conexión. En este sentido, *Café, tortillas y signos vitales* no recoge solo elementos anecdóticos, sino símbolos de una medicina que se ejerce con presencia, con escucha y con respeto mutuo. Al final del día, cuando el sol bajaba y el maletín pesaba menos, entendía que esas casas no solo me habían recibido como médico. Me habían sostenido. Entre café, tortillas y silencios, aprendí que la medicina también se construye en lo cotidiano, en lo simple, en lo que no aparece en el expediente. Y que, muchas veces, cuidar empieza por dejarse cuidar un poco.

Capítulo 6 – Dementores

“The illness story is not about illness; it is about the meaning of illness in a life.” – Frank (1995)

El nombre de este capítulo nació casi como una broma interna, pero con el tiempo cobró un sentido más profundo. Los *dementores*, en el mundo de Harry Potter, son entidades que no matan de inmediato, pero te vacían por dentro. No te quitan el cuerpo, te quitan la energía, el alma. Algo parecido pasaba en algunas visitas domiciliarias. No siempre era el paciente. A veces era el familiar. A veces era la casa. A veces era todo junto. Había días en los que entrábamos a una casa y, desde que cruzabas la puerta, sentías algo distinto. No siempre sabías explicarlo. Podía ser el aire estancado, la poca ventilación, la iluminación, el silencio raro, o simplemente el ambiente. Dependía mucho del día, del cansancio acumulado, del calor, del número de domicilios previos. Pero había consultas que, sin darte cuenta, te drenaban.

Uno de esos casos fue Janett. Era relativamente nueva en el programa. A mí me tocó hacerle la historia clínica en su segunda visita. Sabía que sería largo, pero no imaginé cuánto. Janett, de 65 años, había cursado con un evento vascular cerebral isquémico, con secuela hemipléjica derecha. Además, era diabética e hipertensa. Desde el inicio se notaba que tenía muchas cosas guardadas. Cada pregunta clínica se convertía en una historia. Preguntabas por medicamentos y terminas hablando de su hijo. Preguntabas por hospitalizaciones y aparecía el recuerdo de su papá. No era mala intención, era necesidad de hablar. Yo intentaba regresar la conversación al objetivo médico, pero era difícil sin sentir que la estaba cortando de manera brusca. El tiempo pasaba sin que me diera cuenta. Cambiaba el peso del cuerpo de un pie a otro. Me senté y se me durmió la pierna. Cuando salimos, no sabíamos cuánto tiempo habíamos estado ahí. Solo sabíamos que estábamos agotados.

Otro tipo de desgaste venía con Rodrigo, mismo paciente mencionado en un capítulo anterior. Ya lo conocíamos. Era diabético e hipertenso descontrolado. Tanto, que había perdido una pierna. La otra empezaba a mostrar signos preocupantes. Cada visita era una batalla. No por falta de información, sino por resistencia. Hacía caso omiso a los medicamentos y a su insulina. Fumaba, tomaba alcohol a escondidas, no seguía indicaciones. Tratábamos de explicarle, de convencerlo, de hacerlo reflexionar

por él y por su familia. Nada cambiaba. Salíamos de su casa con una sensación de derrota silenciosa. No era tristeza, era cansancio mental. Caminar después de su consulta se sentía más pesado.

Rosa era distinta. Joven de 23 años, con síndrome de DiGeorge. En términos clínicos, es importante comprender la complejidad del síndrome de DiGeorge. Este síndrome, también conocido como delección 22q11.2, es un trastorno genético causado por la pérdida de un fragmento del cromosoma 22, lo que condiciona alteraciones en el desarrollo de múltiples sistemas desde etapas tempranas de la vida (Mayo Clinic, 2024). Se trata de una entidad con una expresión clínica sumamente variable, pero clásicamente asociada a cardiopatías congénitas, inmunodeficiencia secundaria a hipoplasia tímica, hipocalcemia por alteración paratiroidea y anomalías craneofaciales, además de dificultades en el aprendizaje y en la esfera emocional (Fernández & Mandell, 2024; Mayo Clinic, 2024). Esta diversidad de manifestaciones no solo complica el diagnóstico, sino que obliga a un abordaje integral y multidisciplinario, donde el seguimiento clínico se vuelve tan importante como la intervención inicial. Afortunadamente, Rosa estaba bien acompañada por su familia. Dispuesta a seguir adelante y a luchar por sus sueños. Realmente era de valorarse su actitud y buena disposición. Ella no drenaba energía, la casa sí. La sala donde hacíamos la consulta estaba llena de adornos, recuerdos, fotografías de personas que ya no estaban. Todo el año parecía Navidad, mientras te rodaba una gota de sudor por la frente. No había nada explícitamente malo, pero el ambiente era extraño. Daba sueño. Un sueño raro, pesado. Como si el cuerpo bajara la guardia. Salíamos y, al cruzar la puerta, era como despertar. Como si hubiéramos cruzado un portal o alguna puerta mágica. Recuperabas la noción del tiempo, del rumbo, del cuerpo.

Finalmente estaban los “pollos”. Una pareja de adultos mayores. Los pacientes no eran el problema. Sus hijas sí. Exigentes, insistentes, con preguntas constantes. Querían respuestas inmediatas, explicaciones largas, detalles repetidos. Estar parado ahí, escuchando, hablando, explicando una y otra vez, consumía. No era enojo, era desgaste y tiempo que iba de la mano con la energía. Sentías que todo se iba y nada regresaba. Sin tiempo o saliva de compensación. Y todavía faltaban casas por visitar. Así entendí que los *dementores* no eran personas malas. Eran situaciones. Eran dinámicas. Eran contextos que, sin intención, te consumían. Y aprender a

identificarlos era parte de sobrevivir al día. Todo se tornaba diferente, en contraste con el capítulo anterior.

En ocasiones, las visitas implicaban la realización de historias clínicas extensas, ajustes terapéuticos, educación en salud y seguimiento de complicaciones, todo en un entorno no clínico. La presencia de familiares influía de manera directa en la dinámica de la consulta, tanto positiva como negativamente. El desgaste descrito no se relacionaba con la complejidad médica en sí, sino con factores emocionales, de comunicación y ambientales que impactaban la práctica clínica domiciliaria. Estos elementos forman parte del contexto real de la atención primaria comunitaria y condicionan la experiencia del profesional de salud.

Aprendí que no todo el cansancio viene del trabajo físico. Hay un cansancio más silencioso, más profundo, que se acumula sin que lo notes. Estas consultas me enseñaron a reconocerlo. Como pasante, quería hacerlo bien. Escuchar, no interrumpir, ser respetuoso. Pero también tenía límites, y aprender a encontrar un equilibrio entre ellos era fundamental. Reconocerlos fue difícil, me costaba aceptar que no siempre podía dar todo sin pagar un precio emocional o mental. Sentirme drenado no me hacía mal médico, me hacía humano. Entendí que poner límites también es parte del cuidado. Cuidado del paciente y cuidado propio. Aprendí a identificar cuándo una consulta necesitaba contención y cuándo necesitaba dirección. No siempre lo logré, pero lo intenté.

Estos *dementores* me enseñaron que la medicina no solo desgasta por la enfermedad, sino por la carga emocional que se deposita en el médico. Y que aprender a manejar eso es parte fundamental de la formación. Este capítulo permite observar con claridad una dimensión poco explorada del quehacer clínico: el desgaste narrativo que no proviene únicamente del sufrimiento del paciente, sino de la densidad relacional que se construye en cada encuentro. El enfermo no solo presenta síntomas, sino historias que buscan ser escuchadas, organizadas y validadas. Sin embargo, también hay que advertir que estas narrativas pueden desbordar al profesional cuando no existe un marco que permita sostenerlas sin anularse a sí mismo (Frank, 1995). En mi experiencia, los llamados *dementores* no representan una falla moral del paciente o de la familia, sino una sobrecarga narrativa que absorbe tiempo,

atención y energía emocional, dejando al médico exhausto, aun cuando el acto clínico haya sido técnicamente correcto.

Desde esta perspectiva, los casos narrados, muestran cómo ciertas consultas se convierten en espacios donde la narración pierde contención. Historias que se ramifican, silencios densos, repeticiones, exigencias familiares o ambientes físicos cargados de símbolos y recuerdos. Frank (1995) describe este fenómeno como narrativas que no logran transitar hacia una forma compartida de sentido, quedándose en un estado de saturación que paraliza tanto al narrador como al oyente. Esto explica por qué, al salir de ciertos domicilios, el cansancio era desproporcionado al tiempo real de la consulta. No se trataba solo de escuchar, sino de intentar ordenar lo inordenable sin herramientas explícitas para hacerlo.

Urday-Fernández y Cuba-Fuentes (2019), al analizar la incorporación de la medicina narrativa en contextos latinoamericanos, subrayan que uno de sus principales aportes es precisamente ayudar al profesional a reconocer sus propios límites narrativos. Este relato muestra una conciencia progresiva de esa frontera sobre el conflicto ético entre escuchar con respeto y la necesidad de avanzar, interrumpir o redirigir la consulta. En lugar de romantizar la escucha ilimitada, este capítulo evidencia que también existe una escucha que desgasta, que drena y que, si no se reconoce, contribuye al *burnout* temprano. En este caso, aparece en el escenario que no siempre pueden ser pacientes o personas los que pueden llegar a desgastar, sino también lugares como la casa de Rosa, logrando un trasfondo más físico que personal. En estos casos, se considera la práctica médica como un espacio de vulnerabilidad compartida. Nace esta vulnerabilidad en donde el médico no es un receptor neutro, sino un cuerpo presente que siente, que ve, se cansa y se afecta por el entorno. La casa que “da sueño”, los familiares que exigen sin pausa o el paciente que reincide en conductas autodestructivas encarnan esa vulnerabilidad. No son *dementores* en un sentido fantástico, sino recordatorios de que la clínica es un encuentro humano atravesado por atmósferas, ritmos y cargas emocionales que no siempre se pueden resolver con protocolos.

Así, *Dementores* no solo se ocupa de quienes consumen tiempo o energía, sino que revela la necesidad de una medicina narrativa reflexiva que permita al médico reconocer cuándo una historia necesita contención, cuándo requiere límites y cuándo

es legítimo protegerse para poder seguir cuidando. “La dosis hace al veneno”, dijo el padre de la toxicología Paracelso en el siglo XVI (Paracelso, 1538). Este capítulo transforma el desgaste en conocimiento narrativo y lo convierte en una pieza clave para comprender la práctica médica real, lejos del ideal heroico y más cerca de una ética del equilibrio. No todos los días eran café y tortillas. Algunos días eran pesados, lentos, drenantes. Aprendí a reconocerlos, a nombrarlos, a entender que no eran enemigos, sino parte del camino. Los *dementores* no se vencen, se atraviesan. Y cada vez que lograba salir de una casa con el cuerpo cansado pero la conciencia clara, entendía que también ahí estaba aprendiendo a ser médico.

Parte II – Detrás del escritorio

“Narrative medicine is medicine practiced with narrative competence.” - Charon, (2006)

Detrás del escritorio no marca únicamente un cambio de espacio físico, sino un quiebre silencioso en la forma de ejercer, de mirarse y de sentirse médico. La división de este proyecto en dos partes no responde a una decisión estética ni a una necesidad estructural arbitraria, sino a una transformación profunda y abrupta en la experiencia del servicio social que marcó un antes y un después en mi manera de habitar la medicina. La primera parte nació del movimiento, del camino recorrido a pie, de las casas abiertas, del polvo, del sol, de los cuerpos cansados y de la cercanía inevitable que se genera cuando la consulta ocurre en el territorio íntimo del paciente. La segunda parte, en cambio, surge desde la quietud forzada, desde la silla, el escritorio, la computadora, el expediente y la fila de pacientes que esperan su turno al otro lado de una puerta.

El día que dejé de salir a las casas no hubo un cierre formal. No hubo una última puerta que se cerrara con cuidado ni un “hasta aquí” dicho en voz alta. Fue más bien una transición silenciosa, administrativa, casi impersonal. Un aviso, un cambio de listas, una reubicación. De pronto, el territorio que había aprendido a recorrer con el cuerpo, calles largas, banquetas rotas, sol dando sombra, perros que ladraban desde las azoteas, dejó de ser mi espacio cotidiano. En su lugar apareció un escritorio, una silla que giraba poco, una computadora compartida y un consultorio que no era mío, sino de todos y de nadie. Llegar a este punto no fue una elección. Cuando ingresé al programa de Médico en tu Casa, lo hice sin comprender del todo lo que implicaba. No sabía qué era ser un médico en tu casa, no tenía una imagen clara de lo que significaba recorrer domicilios, trabajar fuera del centro de salud, adaptarse a espacios ajenos ni convivir tan de cerca con la vida cotidiana de los pacientes. Mis expectativas iniciales estaban puestas en un servicio social distinto, quizá más institucional, más predecible, más cercano a la idea clásica del médico pasante en un consultorio. Sin embargo, la realidad fue otra, y con el paso de los meses, esa realidad dejó de sentirse extraña para convertirse en rutina, y la rutina en pertenencia.

En el programa encontré un ritmo propio. Aprendí a organizar mis tiempos, a conocer a los pacientes, a anticipar recorridos, a reconocer señales no escritas. Estaba la casa donde siempre había agua, la familia que ofrecía café, el paciente que necesitaba más escucha que medicamentos. También encontré un equipo. Mi doctora, Vero, y las personas con las que compartí el trabajo se convirtieron en una red de apoyo profesional y emocional. Había confianza, coordinación y una sensación de estar haciendo algo que, aunque demandante, tenía sentido. Médico en tu Casa dejó de ser un programa para convertirse en un espacio donde me sentía útil, reconocido y, de alguna forma, necesario. Fue justo cuando esa sensación de estabilidad apareció que llegaron los cambios. Cambios administrativos, estructurales, ajenos a nosotros como equipo, pero con consecuencias directas en nuestra práctica cotidiana. El programa, que había nacido como una iniciativa local, se transformó en un proyecto de alcance nacional. Con el cambio de sexenio, comenzaron las modificaciones, los ajustes, las decisiones tomadas desde niveles lejanos a la realidad del campo. Secretaría de Salud dejó de ser la única figura rectora y comenzó a intervenir Secretaría del Bienestar. Las líneas se difuminaron, los contratos perdieron claridad y el futuro del programa empezó a volverse borroso.

En ese proceso, el programa que conocíamos comenzó a desintegrarse. No de manera abrupta, sino lenta, casi silenciosa. Primero fueron los rumores, luego los avisos, después las reubicaciones. A mi tutora la movieron a otro centro de salud, bajo un esquema híbrido. En ocasiones salía a dar consultas domiciliarias, en otras permanecía dentro de la unidad como médico general. A mí, en cambio, me notificaron que permanecería en mi centro de adscripción, ya no como parte de Médico en tu Casa, sino integrado al programa modular. Es decir, al funcionamiento regular del centro de salud. Habría consulta externa, actividades administrativas, promoción de la salud, epidemiología. El escritorio reemplazó a la calle, el consultorio, a las casas y el expediente, a la libreta de campo. La noticia no llegó sola, vino acompañada de una sensación de pérdida difícil de nombrar. Decir adiós al programa no fue únicamente dejar de hacer visitas domiciliarias. Fue despedirme de una forma de ejercer la medicina que me había transformado. Fue separarme de un equipo con el que había construido vínculos humanos profundos. Fue aceptar que aquello que había aprendido a habitar ya no existía. Hubo abrazos, lágrimas contenidas y una

despedida que se sintió definitiva, sobre todo para quienes llevaban años en el programa y para quienes, como yo, lo vivieron en su etapa final.

Entrar al centro de salud desde esta nueva posición fue, paradójicamente, un reinicio. Aunque ya llevaba seis meses de servicio social, la sensación era la de empezar de nuevo. El entorno era distinto, las dinámicas otras, las jerarquías más visibles. Ya no era el único pasante, ahora compartía espacio con otras pasantes, con médicos que apenas conocía de saludos breves en los pasillos, con personal de enfermería, trabajo social y administrativos con quienes debía aprender a convivir y a coordinarme. El ritmo era diferente, más acelerado en algunos aspectos, más rígido en otros. La consulta tenía tiempos marcados, la espera era evidente y la relación médico-paciente estaba mediada por una estructura institucional clara, con la cual yo no me identificaba. Este cambio no solo fue externo, también fue interno. Pasé de ser un médico reconocido en la comunidad, alguien a quien los pacientes esperaban y saludaban por su nombre, a convertirme en “uno más” detrás del escritorio. La introducción volvió a ser necesaria y la mirada del paciente cambió. Ya no entraba a su casa, ahora ellos entraban a mi consultorio. La cercanía se transformó, el vínculo se volvió más breve, más reservado, más sistematizado. No peor, pero sí distinto. Al principio, sentarme detrás del escritorio me hizo sentir torpe. No porque no supiera dar consulta, sino porque el cuerpo todavía estaba acostumbrado a otra lógica. Antes, el día empezaba caminando. Ahora empezaba sentado. Antes, el paciente abría la puerta de su casa, ahora yo abría la puerta del consultorio y decía el nombre en voz alta. Antes, el contexto hablaba solo, ahora había que reconstruirlo a partir de lo que cabía en una historia clínica rápida.

La experiencia de pasar del trabajo comunitario al espacio institucional puede leerse como un tránsito por el currículum oculto de la formación médica. Bajo este contexto, las narrativas permiten visibilizar aprendizajes implícitos que no aparecen en los programas formales, pero que moldean profundamente la identidad profesional del médico en formación (San Román et al. 2020). En Detrás del escritorio, hablaré de cómo no solo se aprenden procedimientos o flujos administrativos, sino formas de relación, jerarquías y silencios que configuran la práctica cotidiana. Urday-Fernández y Cuba-Fuentes (2019) plantean que la narrativa actúa como un puente entre la biomedicina y la experiencia encarnada, tanto del paciente como del médico. El

escritorio, aunque parezca un obstáculo, puede convertirse en un punto de encuentro si el médico conserva la capacidad de leer y responder a las historias que se presentan, incluso en formatos breves y estructurados. Misma dinámica, diferente escenario.

La ausencia de mi tutora acentuó esta sensación. Con ella había construido una relación de aprendizaje, confianza y acompañamiento que me daba seguridad. Ella era mi referencia, mi ancla. Habíamos construido una forma de trabajar juntos. Una confianza silenciosa que hacía que el día fluyera incluso cuando estaba pesado. Sin esa figura, tuve que aprender a sostenerme solo, a defender mis decisiones, a adaptarme a nuevos estilos de trabajo y a encontrar mi lugar dentro de un sistema que no me conocía y al que yo tampoco conocía del todo. Fue como pasar de una alberca cuyas aguas me eran familiares al mar abierto: sabía nadar, pero las corrientes eran otras. Esta segunda parte nace, entonces, desde ese lugar. Desde el escritorio que separa y ordena, desde la silla que obliga a quedarse, desde el centro de salud como espacio de tránsito constante. Los capítulos que siguen ya no hablan de caminos largos ni de casas prestadas, sino de filas de espera, expedientes, dinámicas institucionales, relaciones laborales, tensiones, aprendizajes y contradicciones que emergen cuando la medicina se ejerce desde dentro del sistema. No es una renuncia a lo vivido, sino una continuación desde otro ángulo. En Detrás del escritorio también hay historias, también hay desgaste, también hay humanidad. Esta parte es el intento de narrar esa otra mitad del servicio social: la que no se camina, pero se sostiene día a día.

Finalmente, las reflexiones críticas sobre la medicina narrativa advierten sobre la necesidad de equilibrio entre escucha y operatividad (Xia y Wu, 2025). Esta experiencia muestra que el desafío no es elegir entre lo humano y lo institucional, sino aprender a sostener ambos sin que uno anule al otro. Al habitar conscientemente este espacio, se transforma el escritorio de barrera en escenario narrativo.

Capítulo 7 – Fusión de mundos

“La narrativa en salud es un medio catalizador y una herramienta operativa del modelo biopsicosocial y del método clínico centrado en la persona, por lo que es de gran utilidad en las ciencias de la salud, pues ayuda a generar un puente entre la tendencia actual a biomedicalizar la enfermedad y la de comprender la dolencia individual de cada paciente al experimentar el proceso de una enfermedad.” – Cuba-Fuentes, (2021)

El primer día que me senté detrás del escritorio del consultorio sentí que el cuerpo me quedaba chico. No era cansancio físico como el de las caminatas interminables bajo el sol ni el agotamiento de subir y bajar escaleras con el maletín de Médico en tu Casa, era algo más. Era una sensación extraña, como si todo lo que había aprendido en las casas, en los patios, en las salas improvisadas como consultorio, tuviera que acomodarse ahora en un espacio blanco, delimitado por cuatro paredes, un escritorio metálico y una silla que crujía al moverme.

Venía de un mundo donde la consulta empezaba desde la banqueta. Desde el saludo al abrir la puerta, desde el olor de la comida que se estaba preparando, desde el perro que ladraba o el nieto que corría alrededor. Venía de mirar al paciente en su territorio, en su caos o en su orden, en su intimidad cotidiana. Y de pronto estaba ahí, esperando a que alguien gritara un nombre desde la puerta del consultorio para que entrara el siguiente turno. Todo parecía más rápido, más estructurado, más frío. Y, al mismo tiempo, más demandante. Yo mismo me había repetido durante el internado que no quería terminar dando consulta en un centro de salud. Que lo mío iba por otro lado. Quería quirófanos, neurocirugía, escenarios donde la medicina se ejerciera con bisturí y microscopio, no con recetas repetidas ni formatos diarios. Esa idea la había sostenido con firmeza, casi con soberbia, hasta que la realidad del servicio social me obligó a aterrizarla. Médico en tu Casa me enseñó a dar consulta desde otro lugar. A escuchar antes de preguntar, a observar antes de explorar, a entender que la enfermedad no empieza ni termina en un diagnóstico.

Cuando llegó el cambio administrativo y me tocó despedirme de ese programa, sentí que algo se rompía. Había encontrado un ritmo sano, una forma de ser médico que no me pesaba. Y de pronto, sin aviso emocional previo, tuve que mudarme a otro

escenario. El centro de salud no me era ajeno, pero sí desconocido en la práctica cotidiana. Ahí todo tenía reglas no escritas, tiempos específicos, jerarquías más visibles. En una semana, quizá semana y media, tuve que aprender lo que otras pasantes habían construido durante seis meses. Me equivoqué, recibí llamadas de atención, me sentí torpe. No por desinterés, sino por adaptación. Aprender de nuevo siempre implica tropezar.

Recuerdo claramente la primera vez que vi a Vero de nuevo. Regresó al centro de salud por firmas, por papeles. La vi de lejos y algo se me apretó en el pecho. Cuando nos acercamos, el abrazo fue inmediato. Casi con lágrimas siendo retenidas por el cuerpo y la bata blanca. Lo que en el reloj fueron cinco minutos, para nosotros se convirtió en media hora. Ahí entendí, otra vez, que el tiempo no es una medida objetiva cuando hay vínculo. Me di cuenta de que podía seguir sin ella, que podía adaptarme, pero que su ausencia marcaba un antes y un después en mi manera de ejercer. Con el paso de las semanas empecé a intentar algo que, en un inicio, parecía imposible: traer Médico en tu Casa al consultorio. No literalmente, claro, sino en esencia. Intentar que, a pesar del escritorio, la consulta siguiera siendo humana. Que el paciente no fuera solo un expediente más. Pero el centro de salud tiene sus límites. No puedes abrazar a todos, no puedes extenderte tanto, no puedes cortar siempre el ritmo de la fila interminable. Aprendí que la fusión no era copiar un mundo dentro del otro, sino seleccionar lo mejor de cada uno. Aprendí a convivir con más pasantes, antes estaba solo. Aprendí a corresponderle a varios médicos, antes solo estaba Vero. Pero también aprendí a ser yo.

Lo más confrontante fue ver, de pronto, a los mismos pacientes de las visitas domiciliarias ahora sentados en la sala de espera. Reconocerlos en los pasillos, ver sus caras perdidas, notar cómo buscaban el baño, la farmacia, el lugar para entregar papeles. Antes nosotros éramos visitantes. Llegábamos como un personaje hostil. Ahora ellos estaban fuera de casa. El cambio de roles fue duro. Me reconocían, me saludaban, pero ya no era yo quien los atendía. Ya no era yo quien entraba a su sala ni quien conocía el nombre del perro. Ahora éramos parte de una estructura más grande, más impersonal. Eso me obligó a soltar. A entender que el cuidado no siempre implica presencia constante. Que haber sido su médico en casa no significaba serlo para siempre. Al mismo tiempo, empecé a construir nuevos vínculos.

Nuevos pacientes, nuevas historias, nuevas rutinas. Poco a poco el centro de salud dejó de ser un espacio ajeno. Empecé a conocer a enfermería, a epidemiología, a intendencia, al guardia de la entrada. Empecé a sentir que también ahí podía dejar huella, aunque fuera distinta.

La fusión de dos mundos no fue inmediata ni cómoda. Fue un proceso de prueba y error. De aceptar que no todo lo aprendido en las casas era aplicable al consultorio, pero que nada de eso se perdía. Todo se transformaba. Aprendí a ser el mismo médico, pero con otras herramientas. A conservar la empatía en un entorno que muchas veces la diluye. A entender que detrás del escritorio también se puede mirar a los ojos, escuchar con atención y, aunque sea por minutos, acompañar de verdad.

La transición del programa de Médico en tu Casa al trabajo exclusivo en el centro de salud implicó un cambio radical en el entorno de atención. De un modelo domiciliario, centrado en la visita al contexto vital del paciente, se pasó a un modelo institucional, con tiempos delimitados, alta demanda y múltiples actores clínicos. Este cambio obligó a redefinir la relación médico-paciente, así como la forma de integrar la información clínica, social y emocional dentro de un espacio más normado y menos flexible.

Esta etapa me confrontó con mis propias resistencias. Yo mismo había desvalorizado, sin saberlo, la consulta de primer nivel. Aprendí lo que significaba dar la cara estando en un primer nivel de atención. Al vivir ambos escenarios entendí que no son opuestos, sino complementarios. Médico en tu Casa me dio la sensibilidad, pero el centro de salud me exigió estructura. Aprendí que la identidad médica no depende del espacio, sino de la postura ética y humana con la que uno se sienta frente al paciente, ya sea en su sala o detrás de un escritorio. La fusión de dos mundos que atraviesa este capítulo, es decir, la transición del trabajo domiciliario al ejercicio clínico dentro del centro de salud, puede leerse, desde la medicina narrativa, como un proceso de reconfiguración del lugar del médico y del sentido de la práctica. No se trata únicamente de un cambio espacial (de la casa al consultorio), sino de una transformación en la forma en que la experiencia se organiza, se interpreta y se integra a la identidad profesional.

Desde lo expuesto sobre la medicina narrativa, impacta de manera directa en la construcción del profesionalismo médico, no como un conjunto de normas externas, sino como un aprendizaje situado que emerge del contacto reiterado con historias reales y contextos concretos (Huang et al. 2021). En este capítulo, el pasaje de Médico en tu Casa al centro de salud muestra precisamente ese tránsito: el médico que ya había desarrollado una sensibilidad narrativa en el territorio domiciliario se ve obligado a reaprender su rol en un entorno más normado, más jerárquico y menos íntimo, sin perder la esencia adquirida previamente. La narrativa aquí no desaparece, sino que se adapta a un marco institucional distinto.

Por otro lado, Guo et al. (2022), proponen el concepto de *parallel chart* como una herramienta que permite sostener, junto al expediente clínico formal, una dimensión narrativa paralela donde se preserva la subjetividad del encuentro. La experiencia refleja esta lógica de manera implícita, en donde el centro de salud exige formatos, tiempos y flujos rígidos, la memoria de las visitas domiciliarias funciona como ese “registro paralelo” interno que orienta la forma de escuchar, mirar y relacionarse con los pacientes, incluso detrás de un escritorio.

En este momento me dí cuenta que a veces no se busca romantizar la clínica, sino restituir el sentido empático del cuidado dentro de sistemas que tienden a fragmentarlo. La carga administrativa, invade al ingenuo médico. La incomodidad inicial por la que pasé, el sentirme “un médico más detrás del escritorio”, evidencia ese riesgo de despersonalización. Sin embargo, la capacidad de integrar lo aprendido en el domicilio al espacio institucional muestra cómo la narrativa actúa como un puente entre la biografía del médico y la estructura del sistema de salud.

Finalmente, los trabajos de Shen y Zeng (2024) sobre las múltiples formas de presentación narrativa en los casos clínicos permiten entender este capítulo como una narrativa de transición: no es una historia cerrada ni un caso aislado, sino un relato de desplazamiento, de adaptación progresiva y de resignificación del espacio clínico.

La fusión de dos mundos no elimina las tensiones entre ellos, sino las sostiene, las reconoce y las convierte en parte constitutiva de mi formación. Así, este capítulo no solo narra un cambio administrativo o logístico, sino que documenta un momento

clave en la consolidación de una identidad médica capaz de habitar distintos escenarios sin renunciar a la mirada narrativa construida en el contacto directo con los pacientes. Hoy entiendo que no dejé al Médico en tu Casa al sentarme detrás del escritorio, lo llevé conmigo. En la forma de escuchar, en la paciencia ante el paciente confundido, en el esfuerzo por no convertir la consulta en un trámite. La fusión de dos mundos no borró ninguno, los superpuso. Y en ese cruce, incómodo pero necesario, empecé a construir una manera más completa de ser médico, incluso en un consultorio blanco, incluso detrás de un escritorio.

Capítulo 8 – Calidad vs cantidad

Entrar al consultorio del centro de salud siempre tenía algo de ritual. Abrir la puerta blanca, acomodar la silla, prender la computadora, revisar que hubiera recetas, formatos, hojas suficientes. Afuera, la fila ya estaba formada desde antes de que yo llegara. Algunas personas sentadas, otras de pie, algunas con la mirada cansada, otras con prisa evidente. Desde el primer día comprendí que ese espacio funcionaba con una dinámica distinta a la de las casas que había recorrido durante meses atrás. Aquí el tiempo no se disfrazaba. Aquí el tiempo se medía, se contaba, se exigía.

Recuerdo una mañana en particular. El número de pacientes del día, ya estaba programado. Con un número que parecía más una meta personal, que una jornada clínica. “Tienes a tantos pacientes citados hoy”, me dijeron, con naturalidad. No era una amenaza ni una crítica, era una instrucción. Me senté, respiré y llamé al primer paciente. Entró una mujer de mediana edad, con dolor de cabeza. Mientras hablaba, noté cómo apretaba el abdomen de manera casi automática. Le pregunté un poco más, sin pensarlo demasiado. El dolor no era solo de cabeza. Había gastritis, estrés, insomnio, preocupaciones familiares. El reloj avanzaba sin pedir permiso. Yo seguía haciendo lo que sabía hacer: escuchar, explorar, anotar y ver con detalle. Me gusta escribir bien las notas, dejar claro qué pensé, qué encontré, qué descarté. No me siento cómodo dejando cabos sueltos. Pero cada línea que escribía parecía empujarme más lejos del número esperado al final del día. Al salir la paciente, ya iba retrasado. Afuera, la fila seguía igual de larga, pero ahora con mayor desesperación presente en el aire.

Conforme avanzaban las consultas, el conflicto se hacía más evidente. Si escuchaba con calma, me atrasaba. Si me apresuraba, sentía que traicionaba algo esencial de mi forma de ejercer la medicina. En una consulta express podía cumplir con la norma, con los números, con la productividad, pero no conmigo. Me preguntaba constantemente si el paciente recordaría algo más que el papel de la receta, si entendería realmente su tratamiento, si se sentiría visto o solo atendido.

Hubo días en los que traté de acelerar. Cortar historias, dirigir preguntas, limitar exploraciones. Funcionaba en términos de tiempo, pero salía del consultorio con una sensación incómoda, como si hubiera dejado algo pendiente en cada paciente. Otros

días hice lo contrario, les daba el tiempo necesario, el que yo consideraba justo. Esos días salía tarde, con notas acumuladas, con llamados de atención velados, con la presión silenciosa de no haber cumplido la cuota. Me di cuenta de que el centro de salud no estaba diseñado para el tipo de consulta que yo había aprendido en Médico en tu Casa. Ahí, el consultorio era el hogar del paciente. Aquí, el paciente entra a un espacio ajeno, con tiempos ajenos. Ahora, ellos eran hostiles. Antes, yo llegaba a su mundo, ahora ellos tenían que adaptarse al mío. Y ese cambio alteraba todo, la conversación, la confianza, la profundidad.

A veces veía pasar por el pasillo a pacientes que había visitado en sus casas. Los reconocía de inmediato. Ellos también me reconocían, con una sonrisa breve. Pero ya no era el mismo encuentro. Aquí no había tiempo para el abrazo, para la plática larga, para el “¿cómo ha estado desde la última vez?”. Aquí había un turno, una silla, un reloj. Con el paso de las semanas entendí que el dilema no era nuevo ni exclusivo. La tensión entre calidad y cantidad estaba instalada en la estructura misma del sistema. Yo solo había llegado a vivirla en carne propia. Aprendí a hacer ajustes, aprendí a escribir más ágil, a priorizar sin descuidar lo esencial, a buscar pequeños espacios de humanidad dentro de un esquema rígido. No siempre lo lograba, pero lo intentaba. A veces me ponía a pensar que tal vez no era el sistema, era yo. Mi forma de ejercer se encontraba en un proceso de adaptación. De buscar esa balanza entre rapidez y efectividad. Ese equilibrio no venía dado. Había que construirlo consulta a consulta. Y en ese intento, me fui definiendo como médico, no por el número de pacientes vistos, sino por la forma en que decidía estar presente, incluso cuando el tiempo jugaba en contra.

Después, comprendí que el trabajo en un centro de salud implica responder a normativas institucionales que privilegian la productividad medida en número de consultas, notas elaboradas y tiempos establecidos por paciente. Estas exigencias buscan garantizar cobertura poblacional, pero generan tensiones cuando se confrontan con modelos de atención centrados en la persona. Es cuando me encontré entre la espada y la pared. Quería ser responsable, cumplir con indicaciones administrativas y, al mismo tiempo, estaba en proceso de consolidar mi identidad clínica y ética profesional. Este contexto condiciona la forma de escuchar, explorar y

registrar, y obliga a negociar constantemente entre profundidad clínica y eficiencia operativa.

Este capítulo me obligó a mirarme con honestidad. Entendí que mi incomodidad no venía solo del exceso de trabajo, sino de sentir que me pedían elegir entre dos cosas que, para mí, no deberían ser opuestas. No puedo negar la necesidad de atender a muchos pacientes, pero tampoco puedo renunciar a la forma en la que creo que se construye una buena consulta. Aprendí que la calidad no siempre está en el tiempo prolongado, pero sí en la intención y en la presencia. También entendí que adaptarse no significa rendirse, sino encontrar maneras de sostener lo esencial dentro de lo posible. Este dilema sigue abierto, pero ahora lo reconozco como parte de mi formación y no como un error personal.

La tensión que atraviesa este capítulo, con la confrontación entre calidad y cantidad en la consulta, no aparece como un problema meramente administrativo, sino como una fractura ética y narrativa en la práctica médica cotidiana. Desde la medicina narrativa, esta fractura puede leerse como una pérdida de sentido cuando la consulta se reduce a un acto técnico medible, dejando fuera la historia del paciente y también la del médico. Rita Charon (2001) plantea que el acto médico es esencialmente narrativo, ya que cada encuentro clínico implica escuchar, interpretar y responder a una historia cargada de significado, incertidumbre y sufrimiento. En estas circunstancias, esta idea se vuelve tangible al momento de reconocer cuando una consulta bien hecha requiere tiempo para explorar más allá del motivo inicial, aun cuando ello te coloca en conflicto con las exigencias institucionales. La presión por “ver más pacientes” entra en choque directo con esta concepción del cuidado como un proceso interpretativo, no acelerable sin rumbo.

Cambia la perspectiva al señalar que la enfermedad no es solo un evento biológico, sino una interrupción narrativa en la vida de las personas, que exige ser contada para poder ser comprendida (Charon, 2006). Uno se da cuenta que, muchos pacientes apenas recuerdan el nombre del médico que los atendió en consultas exprés. En estos casos, se evidencia la ruptura del vínculo narrativo y el paciente deja de ser un narrador de su experiencia y se convierte únicamente en un portador de síntomas (Frank, 1995). Bajo esta lógica, la cantidad termina anulando la posibilidad de reconstruir una historia clínica con sentido, lo que me llevó a convertir en un objetivo

personal asegurarme de que esto no sucediera. Desde otro ángulo, nace la vulnerabilidad “compartida” dentro del centro de salud. A veces, parecía invisible cuando se hablaba de exigencias institucionales, como si no tuviera peso. Mi conflicto interno sobre el sentir que practicaba “bien” la medicina, pero que me quedaba atrás ante los números, reflejaba precisamente esta vulnerabilidad de ser médico pasante. Estar atrapado entre el deseo de cuidar y la obligación de producir. Hasta llegar al acumulo de una tensión constante entre la formación ética y la realidad operativa del sistema. Entre lo que uno debería de hacer, a lo que creía que tenía que hacer. Esto se manifestaba claramente en la dificultad para terminar notas a tiempo sin sacrificar profundidad clínica.

Urday-Fernández y Cuba-Fuentes (2019) proponen a la medicina narrativa como una herramienta concreta para resistir la deshumanización en sistemas de salud sobrecargados, destacando que la narrativa no busca reemplazar la eficiencia, sino reconfigurarla desde una lógica de sentido. En estos casos, el dilema no es negar la necesidad de ver más pacientes, sino encontrar un equilibrio que no borre al sujeto detrás del número. Que no sea “un paciente más”. Mi juicio sobre “qué tipo de productividad se reporta” conecta directamente con esta propuesta. Los números sin historia generan una falsa sensación de cumplimiento. El trabajo que analiza la estructura narrativa clásica, con base en el planteamiento, desarrollo y cierre, permite comprender que incluso una consulta breve puede sostener una coherencia narrativa si se respeta su lógica interna. Es decir, si se sigue una estructura básica, se pueden llegar a los resultados esperados. Sin embargo, cuando el tiempo se fragmenta de manera rígida, esta estructura se rompe. En mi servicio, viví cómo el exceso de formatos, reportes y exigencias administrativas interfería con esa coherencia, obligando a cortar procesos que aún no habían llegado a un cierre clínico ni humano. Por eso, se puede incluir lo que dijo Urday-Fernández y Cuba-Fuentes (2019): “Centrar la atención médica en los pacientes implica reconocer la complejidad de la persona humana que puede ser comparable con la ‘noción de texto’, de donde se entiende que todos los pacientes traigan sus propias historias, narrativas que nos permiten comprender mejor el significado particular que le otorgan a la salud y enfermedad y, por tanto, mejorar la capacidad para proponer soluciones acordes a las necesidades individuales (dimensiones narrativas de la enfermedad y la medicina)”. (p. 113)

Finalmente, entra el análisis sobre rescatar el valor histórico y cultural de los casos médicos narrados como espacios de reflexión clínica profunda, no solo como registros técnicos (Shen y Zeng, 2024). Esta perspectiva dialoga con mi insistencia en escribir notas extensas y detalladas, no como un exceso innecesario, sino como una forma de dejar constancia de un razonamiento clínico completo. En este sentido, mi resistencia a simplificar la consulta no considero que sea un defecto, sino una forma temprana de construir identidad profesional. En conjunto, mi experiencia evidencia que el conflicto entre calidad y cantidad no es un fallo individual, sino una tensión estructural. La medicina narrativa no ofrece una solución rápida, pero sí un marco para nombrar el malestar, entenderlo y, eventualmente, encontrar estrategias de equilibrio sin renunciar al tipo de médico que yo solo estoy formando. Tal vez, me encuentro en una lucha personal contra el sistema, que parece a veces ganar. Pero, al final del día, cuando el consultorio queda vacío y el ruido del pasillo se apaga, los números ya no hablan. Lo que permanece es la sensación de haber estado, o no, realmente presente. Entre hojas llenas, recetas firmadas y pacientes en fila, entendí que la calidad no siempre se mide en minutos, pero tampoco puede sobrevivir sin conciencia. En ese espacio tenso, entre lo que se exige y lo que se cree, fui encontrando mi manera de ejercer la medicina, una que aún aprende a caminar entre la prisa y el cuidado.

Capítulo 9 – Entre médicos y pasantes – el mejor elemento

Durante esos meses, mis días comenzaron a tener una forma casi mecánica. Entraba al centro de salud por la mañana con la bata puesta y una lista mental de pendientes que rara vez se acortaba. Consulta, notas, historias clínicas, rotaciones, firmas. A las dos de la tarde el reloj marcaba una hora que, en teoría, significaba salida. Pero en el día a día, era solo una referencia. A veces salía puntual, otras veces media hora después, otras más con el sol ya cayendo un poco más bajo de lo esperado.

El siguiente punto del día no era casa, era una cafetería. Ahí me encontraba con mi mejor amigo para estudiar para el examen ENARM (Examen Nacional para Residencias Médicas). Computadora abierta, resúmenes, preguntas, silencios largos y miradas cansadas. El cuerpo seguía sentado, haciendo acto de presencia física, pero la mente ya venía agotada desde la mañana. Estudiábamos hasta que la noche se volvía inevitable y el cierre del lugar nos corría sin pedir permiso. Volvía a casa tarde, con la cabeza llena y el cuerpo pesado. El problema no era solo el cansancio, era la lista de actividades acumuladas. A veces, al llegar a casa, todavía había notas pendientes del centro de salud, historias clínicas incompletas, clases que preparar para el día siguiente o seguir estudiando. Porque además de consultar y estudiar para el examen, también estaba el compromiso académico dentro de la unidad. Había clases casi diarias con el jefe de enseñanza, exposiciones entre pasantes, internos y estudiantes. Todo se empalmaba y competía por el mismo tiempo. Era una carrera de muchos atletas.

Yo siempre me he considerado una persona cumplida. Me gusta hacer las cosas bien, terminar lo que empiezo, no dejar cabos sueltos. Pero esa misma exigencia interna empezó a pasar factura. Dormía poco. Llegaba cansado al día siguiente. Y aun así, el ciclo se repetía. Despertaba cansado, con la esperanza de encontrar un botón mágico para congelar el tiempo. En las clases, el jefe de enseñanza preguntaba. Preguntas directas, a veces simples, a veces no tanto. Y cuando no sabía responder, el golpe no era público, era interno. La frustración de no haber tenido tiempo para estudiar ese tema, de saber que podía haberlo hecho mejor. Ese estrés se fue acumulando en silencio. Un día como cualquiera, estaba en una conversación con él. La conversación fue más honesta de lo que esperaba. Salieron a flote los meses de

esfuerzo, el cambio abrupto de programa, el rezago inicial frente a las otras pasantes que llevaban más tiempo en el módulo, las tardes de estudio, el cansancio constante. Y entonces llegó un comentario que no estaba buscando, pero que necesitaba escuchar. Me dijo que me consideraba un buen elemento. Incluso, uno de los mejores.

Fue extraño. Durante mucho tiempo había visto esa frase como un chiste, casi como un meme interno: “el mejor elemento”. Lo veía en publicaciones en el poco tiempo que tenía de usar redes sociales, pero nunca lo había tomado en serio. Por eso, escucharla de alguien que veía el desempeño diario, las llegadas tempranas, las salidas tardías, las notas hechas con cuidado, las clases preparadas a pesar del cansancio, cambió todo. Por primera vez en mucho tiempo, me sentí genuinamente visto. Que hubieron ojos externos a los míos que me recordaron todo el esfuerzo que ponía en mi mochila todos los días. A veces, se me olvidaba cuánto pesaba, hasta ese día. Después de eso, empecé a notar otras señales. Una pasante me preguntó un día, casi con sorpresa, cómo le hacía para cumplir con todo: el centro de salud, el estudio, los cursos obligatorios. No supe qué responderle más allá de decirle que era lo que tenía que hacer. Los pacientes también empezaron a buscarme, a reconocermme, a mostrar gusto cuando sabían que yo les daría consulta. Ahí entendí que no solo se trataba de cumplir. Se trataba de sostenerse. De resistir un periodo pesado con la mirada puesta en algo más grande. De no perder de vista la meta. Entre médicos y pasantes, entre jerarquías, exigencias y comparaciones, encontré algo que no esperaba: validación. No como ego, sino como confirmación de que el esfuerzo, aunque silencioso y cansado, estaba dejando huella.

Para este tiempo, mi rol como pasante se ampliaba un poco más allá de la consulta médica: incluía actividades académicas diarias, preparación y exposición de temas, cumplimiento administrativo y trabajo colaborativo con médicos de base, enfermería, internos y estudiantes. A esto se sumaba, en mi caso, como antes dije, la preparación paralela para el ENARM, lo que generaba una sobrecarga física y emocional sostenida. El reconocimiento del desempeño surgió en un contexto de alta exigencia, evaluación constante y adaptación tardía al módulo, en comparación con otros pasantes con mayor antigüedad en la unidad.

Durante mucho tiempo pensé que nadie veía el esfuerzo completo, me preguntaba si estaba siquiera haciendo el esfuerzo necesario. Pensaba que solo se notaban los

errores o los momentos en los que no daba el ancho. Este capítulo recoge la enseñanza de que el reconocimiento no siempre llega cuando uno lo busca, pero puede aparecer cuando menos lo esperas. También me confrontó con mis propios límites. Concluí que no se puede hacer todo perfecto, pero sí se puede hacer todo con honestidad. Ser considerado un buen elemento no significó ser infalible, sino constante. Y en medio del cansancio, del estudio nocturno y de las jornadas largas, eso fue suficiente para seguir adelante.

La experiencia que relato en *Entre médicos y pasantes, el mejor elemento* puede leerse, desde la medicina narrativa, como un proceso de afiliación progresiva dentro de una comunidad clínica, atravesado por el cansancio, la exigencia institucional y la necesidad de reconocimiento. Es cuando podemos recordar a Rita Charon (2006), cuando plantea que la competencia narrativa no se limita a escuchar historias de pacientes, sino que implica la capacidad de representar la propia experiencia clínica y afiliarse con otros dentro del sistema de salud, incluso en contextos de presión y jerarquía. En este caso, esa afiliación no se construye desde la comodidad, sino desde la sobrecarga. Habían jornadas extensas, estudio para el ENARM, clases diarias, notas atrasadas y pocas horas de sueño. La narrativa que emerge no es la del héroe descansado, sino la del médico en formación que sostiene múltiples frentes sin abandonar su ética de trabajo. Por otro lado, Arthur W. Frank (2013) describe que la enfermedad, y como extensión la formación médica, transforma la identidad. Aunque Frank se centra en el paciente, su tipología de relatos permite comprender esta experiencia como un tránsito identitario: paso de ser “el nuevo” y “rezagado” a ser reconocido como “buen elemento”. No es un relato de restitución. Es decir, no hay regreso a un estado previo de calma, sino uno de búsqueda de sentido en medio del desgaste, cercano a lo que Frank denomina relatos de caos, donde el tiempo se fragmenta, el cansancio se acumula y la vida cotidiana se vuelve difícil de ordenar.

Los días largos, el estudio nocturno y la repetición del ciclo cansancio–responsabilidad reflejan esa sensación de desbordamiento. Desde otro ángulo, se menciona que la medicina narrativa reconoce el valor del esfuerzo invisible dentro de la formación médica: aquello que no siempre queda registrado en indicadores formales, pero que constituye el núcleo del aprendizaje profesional (Charon, 2001). Este relato hace visible ese esfuerzo, en donde no solo cumplía con la jornada clínica,

sino que preparaba clases, estudiaba para un examen nacional altamente demandante y lograba mantener un compromiso constante con el centro de salud. La escena en la que el jefe de enseñanza me nombro como “buen elemento” adquiere aquí un peso narrativo central. No fue un halago superficial, sino un acto de validación que reorganizó esta experiencia y le dio sentido retrospectivo al sacrificio.

El escenario también subraya que las prácticas narrativas, así como la reflexión escrita y el intercambio de historias, favorecen la empatía y la formación ética (Frank, 1998). Este capítulo funciona precisamente como una práctica de este tipo al narrar el cansancio, la frustración y el reconocimiento. Se elabora una reflexión que permite integrar lo vivido sin menospreciarlo a rendimiento o productividad. El reconocimiento que se valora, no solo proviene de una figura jerárquica, sino también de otros pasantes y de los pacientes, lo cual refuerza la idea de que la identidad profesional se construye en red, a través de múltiples miradas.

Finalmente, logré comprender que el contraste que se hacía entre mi autoexigencia y las distintas realidades de otros pasantes dialogaba con la idea de que la medicina narrativa no homogeneiza los caminos, sino que limita la diversidad de experiencias. No todos viven el servicio social de la misma manera, y sin embargo, este relato muestra cómo, aun en condiciones desiguales, el compromiso sostenido puede convertirse en un eje identitario. Ser “el mejor elemento” no se define aquí por competir con otros, sino por mantener coherencia entre valores personales, práctica clínica y proyecto de vida.

Pero, el cansancio no desapareció. No hubo un solo día en el que despertara ligero, con todo resuelto y la sensación de haber alcanzado un equilibrio perfecto. Lo que sí ocurrió fue algo más sutil. Aprendí a reconocirme dentro del ruido. Entre consultas, notas, clases, cafés y noches largas, empecé a entender que no todo esfuerzo tiene una recompensa inmediata, pero sí deja huella. Ser llamado “buen elemento” no borró el agotamiento ni hizo más cortos los días, pero ordenó el sentido de todo lo vivido. Fue como si finalmente lograra encontrar un poco de sentido a todo lo mal pasado. Fue una especie de pausa silenciosa, un momento en el que alguien, desde afuera, vio lo que yo llevaba tiempo sosteniendo desde adentro. No fue una medalla ni un título, fue algo más íntimo, fue la confirmación de que el camino, aunque pesado, no era en vano.

Seguí llegando cansado a casa y seguí dudando algunos días. Seguí sintiendo que el tiempo no alcanzaba, pero también seguí levantándome temprano, cumpliendo, estudiando, escuchando, aprendiendo. Y entendí que, entre médicos y pasantes, entre jerarquías y expectativas, a veces el mejor elemento no es quien más brilla, sino quien resiste sin perder la esencia. No es quien logra aguantar más peso, es quien logra llegar más lejos, soportando un peso constante. Ese reconocimiento no me definió, pero me acompañó. Se volvió un recordatorio silencioso de que, incluso en medio del desgaste, estaba construyendo algo más grande que un turno, una nota o una clase. Estaba formando al médico que quería ser.

Capítulo 10 – Rotar para aprender, o aprender a rotar

El centro de salud no es un solo lugar, son muchos ambientes contenidos dentro de un mismo edificio. Cada rotación es una puerta distinta, un lenguaje propio, un ritmo que obliga al cuerpo y a la cabeza a reacomodarse. Aprendí pronto que no era lo mismo llegar con disposición que llegar por inercia, y que esa diferencia, aunque sutil, marcaba por completo la experiencia del día.

Había mañanas en las que entraba al centro de salud con el cansancio acumulado de la semana, de la noche de estudio, con la mente todavía en la consulta del día anterior o en los pendientes que no se habían cerrado. En esos días, rotar significaba cumplir y a veces estar. Hasta llegar al punto de “sacar la chamba”. El cuerpo iba primero, el pensamiento después. Me presentaba en el servicio asignado, escuchaba las indicaciones, hacía lo que correspondía y esperaba que el reloj avanzara. No era apatía, era supervivencia. Había días en los que aprender a rotar era la única forma de mantenerse funcional. Como bien se dice, trabajando duro, o durando en el trabajo. Solo que, a mí no me pagaban. Pero había otros días distintos. Días en los que el cansancio no pesaba tanto o en los que, simplemente, algo se acomodaba distinto por dentro. La convivencia con las demás pasantes se había fortalecido. En esos días, rotar se convertía en una oportunidad real de aprendizaje. El mismo espacio, el mismo servicio, las mismas tareas, pero una disposición completamente diferente. Era ahí donde entendía que no solo se trataba del lugar en el que estaba, sino de la forma en la que decidía habitarlo. A veces me convertía en mi propio dementor.

El módulo de la mujer fue, para mí, uno de los mayores retos. No es un secreto para quienes me conocen que la ginecología no es un área que me entusiasme. Desde el internado lo tenía claro. Sin embargo, rotar por ese servicio me confrontó con algo importante: aquello que no te gusta suele ser, precisamente, aquello que más necesitas fortalecer. Consulta integral de la mujer, toma de citología cervical, exploración mamaria, infecciones vaginales, sangrados uterinos anormales, dolor pélvico, referencias para mastografía. Todo estaba ahí, concentrado en un solo servicio, exigiendo presencia, atención y técnica. Al inicio iba con resistencia. No una resistencia abierta, sino esa que se manifiesta como incomodidad silenciosa. Aprendí, poco a poco, que salir de la zona de confort no era un castigo, sino una estrategia.

No se trataba de enamorarme del servicio, sino de entenderlo, dominarlo y respetarlo. La rotación dejó de ser un trámite y se convirtió en una inversión. Aprender lo que no me gusta para no fallar cuando realmente se necesite.

Con el tiempo empecé a notar cómo los servicios no estaban aislados, sino que dialogaban entre sí. Compartían el mismo aire que respiraban los pacientes. La consulta general se enlazaba con planificación familiar. Las detecciones abrían la puerta al módulo de la mujer. Epidemiología conectaba con los pacientes que había visto días antes en consulta. Tuberculosis, mordeduras de perro, reportes, estadísticas, vigilancia. Todo tenía continuidad, aunque al principio no fuera evidente. En epidemiología, por ejemplo, el ritmo era distinto. Menos contacto directo con el paciente, más revisión de datos, más seguimiento silencioso. Ahí entendí que no toda la medicina ocurre frente al enfermo. También existe en los reportes, en los registros, en la vigilancia constante que evita que los problemas crezcan sin ser vistos. No era un servicio vistoso, pero era profundamente necesario.

Entonces apareció la pregunta que dio nombre a este capítulo: ¿rotar para aprender o aprender a rotar? Había días en los que la rotación me moldeaba a mí, me exigía adaptarme rápido, callar, observar y cumplir. Y otros días en los que yo tomaba el volante y la rotación se convertía en un espacio de crecimiento, de integración, de aprendizaje consciente. Ninguna de las dos posturas era incorrecta, ambas eran parte del proceso.

Aprendí que no siempre se puede estar motivado, pero siempre se puede ser responsable. Y que, cuando se logra unir ambas cosas, el aprendizaje se vuelve más profundo. El centro de salud, con todos sus servicios, se convirtió en un terreno de entrenamiento constante, no sólo clínico, sino personal. Cada rotación dejaba algo, incluso aquellas que al inicio parecían irrelevantes o incómodas. Al final, rotar no era solo cambiar de servicio. Era cambiar de mirada, de ángulo. Era entender que hacer la chamba puede sacarte adelante, pero que aprender a sacarle provecho a la chamba es lo que realmente forma.

Al final del día, mi centro de salud era uno muy vasto y completo. Muy buscado y solicitado por varios. Así que, la rotación por servicios dentro del centro de salud incluyó consulta general, módulo de la mujer, planificación familiar, epidemiología,

detecciones y atención a grupos específicos. Cada área implicó distintos objetivos clínicos, administrativos y preventivos, así como niveles variables de contacto con el paciente. Estas rotaciones fueron parte del proceso formativo para llegar a ser el médico que algún día seré. En esta etapa, con énfasis en atención primaria, prevención, vigilancia epidemiológica y enfoque integral del paciente.

Entendí que no todas las rotaciones están diseñadas para gustarte, pero todas tienen algo que enseñarte. Resistirse solo vuelve el proceso más pesado. Aceptarlo, en cambio, lo transforma. Aprendí a identificar mis debilidades sin juzgarlas y a trabajar sobre ellas. Rotar dejó de ser un castigo o una obligación y se convirtió en una herramienta para construir un médico más completo, aunque no siempre fue algo cómodo. Aprendí a rotar.

La experiencia que narro en este capítulo muestra con claridad cómo la rotación por distintos servicios del centro de salud no es únicamente un desplazamiento funcional o físico, sino un proceso formativo que obliga a encontrar equilibrio entre resistencia, adaptación y aprendizaje, sin descuidar a la restante. Esta tensión se alinea con lo que Huang et al. (2021) describen como uno de los efectos centrales de la medicina narrativa en la formación clínica. La construcción de profesionalismo no ocurre solo por adquisición de habilidades técnicas, sino por la capacidad de reflexionar sobre contextos incómodos, roles no deseados y exigencias institucionales que desafían la identidad profesional en formación. En este relato, la incomodidad frente al módulo de la mujer no se tradujo en evasión, sino en una decisión consciente de permanecer y aprender, lo cual evidencia un proceso activo de integración identitaria más que una rotación pasiva (Huang et al., 2021).

Desde otra perspectiva, Soni y Eidelman (2022) plantean que la medicina narrativa no busca que el clínico “disfrute” todos los escenarios, sino que sea capaz de transformar la experiencia, o incluso aquella que genera resistencia, en un recurso cognitivo reutilizable. Esto se refleja, por ejemplo, cuando, aun sin afinidad con la ginecología, pude reconocer el valor del módulo como un espacio donde se desarrollaban competencias que fortalecían mi práctica general. No se trataba de gusto personal, sino de comprensión funcional y ética del rol médico, donde aprender a rotar implicaba reconocer que el aprendizaje también ocurre en territorios que inicialmente se viven como ajenos. La manera en que se desarrollan las actividades

en los distintos servicios del centro de salud, es decir consulta general, epidemiología, planificación familiar, detecciones, entre otros, dialoga directamente con lo que Guo et al. (2022) señalan al describir el *parallel chart*. Aunque no se menciona como tal, la reflexión evidencia una lectura paralela de la experiencia. Es decir, por un lado, el cumplimiento operativo del servicio. Por otro, una narrativa interna que conecta aprendizajes, emociones y sentido profesional. Esta doble vista permite que la rotación deje de ser fragmentada y se convierta en una experiencia integrada, donde cada servicio cobra significado en relación con los otros y con mi propio proceso formativo (Guo et al., 2022).

El dilema que se plantea entre “sacar la chamba” y “rotar para aprender” puede relacionarse si se piensa como una hegemonía de lo programado frente a la experiencia. Comprendí que, esta tensión no se resuelve luchando con el sistema, sino aprendiendo a moverse dentro de él sin perder inercia. Finalmente, esta reflexión deja ver que rotar no es sólo cambiar de espacio físico, sino aprender a modular la actitud profesional según el contexto. Este punto conecta nuevamente con Huang et al. (2021) quienes señalan que la profesionalización médica se fortalece cuando el médico rotante logra reconocer que su rol no es fijo, sino situado. La capacidad para adaptarse a distintos servicios, reconocer los límites y trabajar sobre áreas de incomodidad, considero que muestra un proceso de maduración clínica donde aprender a rotar se convierte en una competencia en sí misma, más allá del contenido específico de cada módulo.

En este capítulo expongo la fragmentación de la experiencia médica cuando el aprendizaje se dispersa entre servicios, dinámicas y jerarquías cambiantes. Esta rotación constante, aunque formativa, genera una sensación de desarraigo que puede diluir la continuidad del vínculo clínico. Desde la mirada de Li (2023), la medicina narrativa permite integrar estas experiencias discontinuas en una identidad profesional coherente, al ofrecer un espacio reflexivo donde el médico resignifica lo vivido. Narrar la rotación no solo ordena los eventos, sino que transforma la acumulación de tareas en aprendizaje significativo. En este sentido, la escritura narrativa funciona como un puente entre la exigencia institucional y la experiencia subjetiva de ser médico pasante, permitiendo comprender que, aprender a rotar,

también implica aprender a habitar la incertidumbre sin perder la sensibilidad clínica ni la ética del cuidado.

En conjunto, en este capítulo me propuse evidenciar que la rotación, lejos de ser un trámite administrativo, puede convertirse en un laboratorio narrativo donde se ensaya el tipo de médico que se quiere ser. Uno capaz de trabajar, aprender, resistir y resignificar incluso aquello que inicialmente no eligió. Rotar fue, al final, una lección silenciosa. Aprendí que no siempre se elige el terreno, pero sí la forma de caminarlo. Entre servicios, incomodidades y aprendizajes, entendí que la formación no ocurre solo donde uno se siente fuerte, sino, sobre todo, donde se siente vulnerable. Y quizá ahí, justo ahí, es donde realmente se aprende a rotar, y al mismo tiempo, a aprender.

Capítulo 11 – Fronteras visibles

“Becoming a physician is not only learning to cure, but learning to witness.” - Charon (2006)

Fronteras visibles no nació como una idea clara desde el inicio. Se fue formando con el paso de los días, casi sin darme cuenta, cuando el cuerpo dejó de estar en resistencia y la mente dejó de ir siempre un paso atrás o a la defensiva. Fue un punto del trayecto en el que ya no me sentía extraño dentro del centro de salud, ni ajeno al ritmo de los pasillos, ni intimidado por las puertas que antes parecían cerradas. Empecé a caminar con más calma, a sentarme con mayor seguridad detrás del escritorio, a mirar a los pacientes a los ojos sin la prisa de quien aún se siente de paso.

Llegar a ese punto no fue inmediato. Antes hubo tropiezos, silencios incómodos, correcciones, errores pequeños y otros que dolieron más. Hubo días en los que sentía que avanzaba y otros en los que parecía que todo retrocedía. Sin embargo, poco a poco, algo comenzó a cambiar. No fue un evento puntual ni una fecha marcada. Fue más bien una sensación progresiva de adaptación. Un proceso constante de moldear. Como cuando uno se acostumbra a la temperatura del agua después de entrar al mar. Al principio el frío quema, pero después el cuerpo aprende a moverse. Empecé a reconocer los horarios, los tiempos reales de una consulta, los momentos en los que podía detenerme a escuchar y aquellos en los que debía avanzar. Ya no necesitaba pensar tanto en dónde estaba cada servicio, ni en a quién acudir para resolver un trámite. Las dinámicas se volvieron familiares. Las caras dejaron de ser desconocidas. El centro de salud empezó a sentirse como un espacio propio.

Esa confianza también se reflejó en cómo los demás me miraban. Las pasantes comenzaron a apoyarse en mí para resolver dudas. Los médicos de base me dejaban a cargo de consultas completas sin supervisión constante. Enfermería me buscaba directamente cuando surgía alguna situación clínica. Los pacientes, incluso, empezaron a identificarme por mi nombre, a pedir pasar conmigo, a sonreír cuando me veían cruzar el pasillo. Había señales pequeñas pero constantes de que algo había cambiado. Un “doctor, qué bueno que está usted hoy”. Un “me da gusto que me vuelva a tocar con usted”. Un chocolate, una pluma, un abrazo rápido pero sincero.

Gestos simples que, en conjunto, construían algo seguro... ya no estaba intentando adaptarme, ya estaba integrado.

Fronteras visibles también significó mirar el tiempo de otra manera. Empezar a contar los meses que faltaban, no con ansiedad, sino con una calma distinta. Saber que el servicio social estaba llegando a su tramo final. Que el título, la cédula, la vida profesional estaban cada vez más cerca. No como una promesa abstracta, sino como algo tangible, casi al alcance de la mano. Ese día en el pasillo, cuando me encontré con Vero, mi tutora, fue un punto de inflexión emocional. Verla de nuevo, aunque fuera por unos minutos, condensó todo el trayecto recorrido. Recordé al pasante inseguro que llegó a Médico en tu Casa sin saber a qué se enfrentaba. Recordé las primeras visitas, los silencios incómodos, las primeras casas, las dudas. Y ahora ahí estaba, de pie en un centro de salud, con otro ritmo, otra postura, otra mirada. Su sonrisa y su sorpresa al verme fueron un espejo claro de ese crecimiento.

Pero tal vez, el momento más revelador llegó con aquella niña y su madre, cuando tuve que decidir si otorgar o no un certificado médico. No fue una decisión técnica únicamente. Fue una decisión ética, humana, profundamente personal. Pensé en la normativa, en la responsabilidad legal, en el peso de una firma. Pensé también en los límites que la medicina impone y en los que a veces reproduce sin cuestionar. Se trataba de una niña de 10 años, acompañada por su madre. Tiene el antecedente de una malformación congénita, con un ovario en el cerebro. Veía mal, escuchaba solo de un oído, tenía limitaciones motrices. Algo muy raro de ver en el centro de salud. Tenía el sueño por cumplir de bailar danza folklórica. Únicamente necesitaba la firma y el sello de la unidad en su certificado. La madre me veía con ojos de esperanza, de fe, pero también de ayuda. Yo sabía que una firma, aunque fuera con buena intención, podría traer consecuencias graves si ocurría algún accidente durante la práctica de la danza. Elegí no ser el médico que cerrara esa puerta, decidí no ser yo quien la limitara en su sueño. No desde la imprudencia, sino desde la conciencia de que también hay decisiones que definen quién eres como médico. Ese instante me confirmó que ya estaba listo para asumir el peso de mis elecciones, para habitar ese rol con responsabilidad, pero también con humanidad.

Fronteras visibles no habla de una meta alcanzada, sino de un horizonte que ya se distingue con claridad. De una frontera que antes parecía lejana y ahora se perfila

nítida. No como un final, sino como el inicio de una forma más consciente de ejercer la medicina. Me daba cuenta cuando, por algún motivo ajeno a las actividades dentro del centro de salud, teníamos que salir a campo. En el trayecto, iba reconociendo las calles, las casas, los diferentes recuerdos por los que pasaba cuando estaba en Médico en tu Casa. Lo compartía con los demás. Decía: “Mira, ahí vive un paciente, yo lo veía”. Se sorprendían, a veces con cara de extrañeza o duda. Pero para mí, era ir avanzando y superando el pasado, recibiendo mi nuevo presente y preparándome para mi futuro.

Este capítulo se sitúa en una etapa avanzada de mi servicio social. Para este punto, ya había transitado por múltiples servicios. Había adquirido autonomía clínica progresiva y participado activamente en la atención integral de pacientes. La carga asistencial, administrativa y ética se vuelve más compleja conforme aumenta la confianza depositada en uno mismo. Las decisiones clínicas ya no son solo técnicas, sino que implican juicios de valor, interpretación de normativas y consideración del contexto social y familiar del paciente. Evaluando todos los posibles escenarios con base a la decisión final que se tomará. Este escenario favorece la consolidación de la identidad profesional y la transición de un rol formativo supervisado hacia uno más autónomo y reflexivo.

Llegar a este punto del servicio social me permitió entender que la seguridad profesional no nace de saberlo todo, sino de saber habitar la incertidumbre. Durante mucho tiempo pensé que la confianza llegaría cuando ya no dudara, cuando tuviera todas las respuestas. Hoy entiendo que llegó cuando aprendí a sostener las preguntas. Reconocer que ya podía tomar decisiones por mí mismo fue tan liberador como intimidante. Porque con la autonomía también llega la responsabilidad de equivocarse, de cargar con las consecuencias, de asumir el impacto de cada palabra y cada firma. Pero también llega la posibilidad de ejercer la medicina desde un lugar más honesto, más humano. Ya estaba listo para dejar de ser pasante, y convertirme en un médico. Ver la frontera tan cerca no me hizo apresurar el paso. Al contrario, me obligó a mirar hacia atrás y reconocer todo lo que había cambiado en mí. Ya no era el mismo pasante que llegó con miedo. Tampoco era aún el médico que seré. Estaba, y todavía estoy, en ese punto intermedio donde se aprende a integrar experiencia, valores y práctica.

El capítulo *Fronteras visibles* dialoga de forma directa con la concepción de narración propuesta por Alberto Chimal (2012), particularmente en su distinción entre los relatos contruidos para ser transmitidos y las historias que emergen de la experiencia vivida sin posibilidad de corrección narrativa. Plantea que no todas las historias están hechas para ser moldeadas, adornadas o reescritas. Algunas existen precisamente por su condición irreplicable y situada, y es ahí donde adquieren su fuerza ética.

Este relato, se inscribe claramente en esta lógica. No se trata de una historia ejemplarizante ni de una anécdota diseñada para generar suspenso o cierre perfecto, sino de una experiencia real, atravesada por dudas, silencios y decisiones que no admiten un final cerrado. La frontera que se vuelve visible no es una construcción literaria, sino una percepción interna que surge después de un proceso prolongado de adaptación, error y aprendizaje. En ese sentido, la narración cumple una función central en los relatos experienciales, o sea, dar forma a lo vivido sin traicionarlo. Asimismo, se sostiene que las historias no siempre explican, sino que permiten habitar la complejidad. Esto se refleja de manera contundente en la experiencia del certificado médico y la oportunidad condicionante de la niña (Chimal, 2012). El relato no busca justificar la decisión ni convertirla en una lección moral. Sino, expone la tensión entre norma, responsabilidad y deseo sin resolverla por completo. La potencia narrativa radica en mostrar ese conflicto tal como fue vivido, respetando su ambigüedad.

Otro punto clave en la propuesta de Chimal (2012) es que las historias reales no se transmiten para ser repetidas, sino para ser comprendidas desde su singularidad. *Fronteras visibles* no pretende convertirse en un modelo de cómo debía actuar como un médico pasante, sino en un testimonio de cómo un médico en formación empieza a reconocerse a sí mismo dentro del ejercicio clínico. La confianza adquirida, el reconocimiento de los otros y la capacidad de tomar decisiones propias no aparecen como méritos aislados, sino como consecuencias nacidas del trayecto recorrido.

Desde esta perspectiva, la medicina narrativa que atraviesa este capítulo no se apoya en grandes teorías abstractas, sino en la honestidad del relato vivido. El texto no busca convencer, sino compartir. No aspira a enseñar, sino a mostrar. Justamente ahí reside su valor narrativo y formativo. Busca hacer visible una frontera que solo puede reconocerse cuando ya se ha caminado casi todo el trayecto. Hoy, cuando miro

hacia adelante, ya no veo un muro, sino una línea clara en el horizonte. No como una barrera, sino como una invitación. Las fronteras siguen ahí, pero ahora son visibles, transitables, humanas. Esperando a ser cruzadas. Y en ese espacio entre lo que fui y lo que seré, empiezo a reconocer con mayor certeza al médico que estoy aprendiendo a habitar.

Capítulo 12 – Los días que pesan (doble nudo)

“Stories do not simply describe the self; they constitute the self.” -Frank (1995)

Hacia el cierre del servicio social, el tiempo dejó de comportarse como antes. Ya no transcurría con la prisa caótica de los primeros meses, cuando cada día traía una experiencia nueva, una inseguridad distinta o una pequeña victoria personal. Ahora el tiempo se volvía denso, pesado. Cada hora la sentía en el cuerpo y en la cabeza. Empecé a contar las semanas, luego los días, y finalmente las horas que faltaban para que terminara una jornada. No porque odiara ser médico pasante, sino porque sabía que ese espacio ya no era para mí.

El centro de salud se volvió un lugar familiar, casi automático. Sabía exactamente cómo funcionaba todo: los horarios, las dinámicas, los silencios administrativos, las urgencias que no siempre eran urgencias, las consultas que podían resolverse en cinco minutos o extenderse media hora si uno decidía mirar más allá del motivo principal. Había aprendido a moverme con libertad dentro del sistema, pero eso mismo hacía que el cansancio fuera más evidente. Ya no había sorpresa, había rutina. Yo sabía que no quería quedarme ahí. No me veía detrás de un escritorio llenando formatos, haciendo notas interminables o justificando indicadores. Entendía su importancia, pero no me definían. Mi imaginario profesional estaba en otro lugar. En un hospital, un quirófano, una guardia nocturna, la tensión de una urgencia real. Neurocirugía. Esa palabra seguía siendo mi brújula, incluso en los días más pesados. Aun así, el trabajo no disminuyó, al contrario. Conforme se acercaba el final, parecían sumarse responsabilidades. Favores pequeños que se convertían en tareas completas. Consultas de otros médicos que no asistían. Seguimiento de pacientes crónicos que requerían más atención de la que usualmente se les daba. Todo eso llegaba a mí porque confiaban en mí. Porque sabían que lo haría bien. Y yo, fiel a mi forma de ser, aceptaba.

Recuerdo con claridad el día en que me encargaron la consulta de una doctora que llevaba a los pacientes crónicos. No fue una jornada abrumadora en número, pero sí reveladora. Hipertensos mal controlados, diabéticos con esquemas desactualizados, tratamientos que llevaban meses, quizás años, sin revisarse. Ajusté insulinas, retiré medicamentos innecesarios, agregué otros. Pedí laboratorios que nadie había

solicitado en mucho tiempo. Ese día confirmé algo que ya sospechaba, y era que en muchos lugares, hacer un poco más de lo mínimo ya te vuelve excepcional. Ese mismo día llegaron una madre y su hija. Venían a consulta de seguimiento, pero se coló una gripa leve, nada alarmante. Mientras hablábamos, la madre comenzó a mencionar detalles de su hija que parecían secundarios. Ella cursaba con cansancio persistente, dificultad para concentrarse, fatiga de meses. Observé a la niña, se veía pálida, ojerosa, con una expresión que no correspondía solo a un resfriado. Expliqué con calma, después pedí estudios y la madre entendió. En ese momento supe que algo había cambiado en mí. Antes quizá no lo habría notado. Ahora sí.

Ese crecimiento me llenaba, pero no me quitaba el cansancio. Al contrario, los días empezaron a pesar físicamente. Me levantaba exhausto. Me veía al espejo y no me reconocía del todo. Dormía mal. Soñaba con pendientes. Deseaba que llegara la tarde de esa misma mañana para volver a acostarme y tratar de atrapar el sueño que se me había escapado la noche anterior. Hubo mañanas en las que no quería levantarme. No quería ir, estaba harto. La carga se volvió crítica en los días previos a mis primeras vacaciones del año que llegaron tarde, hasta noviembre. Cursos obligatorios de muchas horas, varios. Presentaciones, clases. Todo se acumuló como una bola de nieve imposible de detener. Tuve que darle resolución en 2-3 días, por lo que no estaba planeado. Hubo momentos en los que pensé seriamente en desistir. No porque no pudiera, sino porque ya no quería. Resistir se volvió un acto mecánico. Y aun así, resistí. Cuando finalmente salí de vacaciones, sentí alivio, orgullo y una profunda necesidad de descanso. Al regresar, algo cambió. Ya faltaba menos. Mucho menos. Y ese simple hecho hizo que el peso de los días se volviera distinto.

Los pacientes también lo notaron. Empezaron las despedidas anticipadas. Cada vez que daba una cita para el mes siguiente, sabía que ya no estaría. Se los decía. Algunos lloraban, otros me abrazaban. Me deseaban suerte, éxito, un futuro grande. Me recordaban, sin saberlo, por qué había resistido todo ese tiempo. Ahí entendí que, aunque los días pesaran, no habían sido en vano.

El entorno institucional mantenía una alta demanda operativa con recursos limitados, lo que favorecía prácticas clínicas orientadas a la resolución mínima de los problemas de salud. En este contexto, la atención integral aún dependía en gran medida del compromiso individual. Que cada uno pusiera su granito de arena. El cierre del

servicio coincidió con un periodo de sobrecarga académica y administrativa, así como con el primer periodo vacacional del año, generando un escenario propicio para desgaste emocional, físico y cognitivo, cercano a estados de fatiga crónica y *burnout*.

Al final del servicio, entendí que el cansancio no siempre es señal de fracaso. A veces es la consecuencia lógica de haber sostenido demasiado tiempo un esfuerzo constante. Los días pesaban porque había dado mucho, siempre lo daba todo. No me permitía hacer lo mínimo, siempre quise ver un poco más allá. Me di cuenta de que ya no dudaba tanto de mí. Confiaba más en mí, a veces me sorprendía de cómo llegaba a las conclusiones que se iluminaban. Tomaba decisiones con mayor seguridad. Evaluaba de forma más integral. Sabía cuándo ser flexible y cuándo ser firme. Eso me tranquilizaba, pero también me confrontaba. Sabía que ya estaba listo para irme. Por eso, aceptar que no quería quedarme en el centro de salud no significó despreciarlo. Significó reconocer mi propio proyecto de vida, mi camino recto pero indefinido. Entendí que resistir no siempre implica amar el lugar donde estás, sino honrar el proceso que te llevó ahí. Los pacientes fueron el espejo más claro de ese crecimiento. Sus palabras, sus gestos, sus despedidas me devolvieron una imagen de mí mismo que no siempre podía ver en medio del cansancio. Me recordaron que, aún en los días más pesados, había sembrado algo valioso.

La experiencia que se narra en *Los días que pesan* puede leerse, en primer lugar, desde la continuidad del vínculo clínico y humano se logra construir a lo largo del tiempo. La continuidad no es solo una cuestión organizativa, sino una relación que se sedimenta a través de la repetición del encuentro, del reconocimiento mutuo y de la confianza que se construye cuando el médico permanece y acompaña en distintos momentos de la vida del paciente (Ladds, 2025). En el relato, esa continuidad se pudo manifestar cuando los pacientes me buscaban, cuando recordaban mi nombre o cuando lloraban al saber que ya no estaría. Ahí, el peso de los días se aligeró momentáneamente porque el cansancio acumulado encontró sentido en el reconocimiento del otro. Por este lado, el cansancio transcurrido, cercano al agotamiento emocional, puede comprenderse también como parte de un proceso formativo intenso en el que la empatía no desaparece, sino que se transforma. Qian et al. (2024), muestran que los programas de medicina narrativa no eliminan la fatiga, pero ayudan a cobrarle sentido, al permitir que el profesional reconozca el valor de su

implicación emocional. En este caso, el agotamiento físico y mental convivió con una sensibilidad clínica más fina y evidente cuando en la consulta, pude identificar signos de anemia en una niña que acudía solo por una gripa y seguimiento rutinario. Ese gesto clínico reveló que, aun en los días que pesaban, la atención integral siguió presente y cobró un papel fundamental recordando la importancia de permanecer siempre presente.

Por otro lado, se postula que uno de los aprendizajes centrales de la medicina narrativa durante la formación es el desarrollo de un profesionalismo reflexivo, capaz de integrar responsabilidad técnica y conciencia ética (Huang et al., 2021). Esto se observó claramente cuando me permitieron dar las consultas de control de los pacientes crónicos y pude identificar algunas fallas, por lo que terminé con la corrección o ajuste de tratamientos y pude tomar decisiones con mayor autonomía. No se trataba solo de “sacar la consulta”, sino de hacerla con criterio, con una mirada crítica hacia prácticas normalizadas que ya no parecían suficientes. Ese posicionamiento marcó una frontera visible entre mi yo del pasado y mi yo del presente, quien cumplía, además del médico que empecé a definir. Sin olvidar, el peso de las cargas administrativas, los múltiples cursos acumulados de largas horas y las exigencias institucionales. Esto puede leerse como una forma de trabajo invisible que rara vez se reconoce. Finalmente se estaba desempolvando ese trabajo que al principio parecía interminable, para darle un lugar en la construcción de mi identidad profesional. En esta experiencia, el “doble nudo” no fue solo el cansancio clínico, sino la suma de obligaciones formativas, burocráticas y personales que se apretaban al mismo tiempo. Nombrarlas y narrarlas es una forma de resistencia y de validación de lo vivido.

Aunque uno de los estudios citados se centra en odontología, Soni y Eidelman (2022) subrayan que la medicina narrativa favorece una práctica más consciente de los pequeños actos cotidianos, aquellos que parecen menores pero que sostienen la relación terapéutica. Los abrazos, los chocolates, las palabras de despedida de los pacientes en los últimos días funcionaron como micro-relatos que confirmaron el impacto de la presencia. Fueron gestos simples que aliviaron el peso del cierre y reforzaron la certeza de haber ejercido con humanidad. Finalmente, en la bibliografía especializada se describe cómo las narrativas clínicas permiten mostrar procesos de

transformación progresiva, más que momentos heroicos aislados (Shen y Zeng, 2024). Este capítulo no culmina en un logro espectacular, sino en una conciencia clara: saber quien soy como médico, y saber que no hay deseo de permanecer ahí. Reconocí que el cansancio no invalidaba el crecimiento. Los días pesaban, pero no anulaban el camino recorrido. Al contrario, lo delimitaban y lo hacían visible. En ese reconocimiento se cierra el doble nudo, el del agotamiento y el de la certeza de haber llegado hasta el final con integridad.

Los días pesaban, sí. Pesaban en el cuerpo, en la cabeza y en el ánimo. Pero no aplastaban. Porque debajo de ese peso había algo firme, una superficie que me hacía mantenerme de pie. La certeza de haber hecho lo mejor posible con lo que tenía. *Doble nudo* no habla sólo de cansancio, habla de sostener. De apretar los cordones cuando parece que todo se afloja. De no soltar justo cuando falta menos. Pero también aprender a soltar un poco, para hacer un mejor nudo, mayor seguridad. De entender que resistir también es una forma de elegir. Al final, no me llevé solo historias clínicas ni formatos firmados. Me llevé miradas, despedidas, silencios compartidos y la confirmación de que el médico que quiero ser empezó a formarse precisamente en esos días que más pesaron. Y eso, paradójicamente, los hizo más livianos al recordarlos.

Epílogo – Último oleaje (cierre)

No hay una fecha exacta en la que todo termina. No hay un día marcado en rojo en el calendario donde uno despierte siendo otra cosa. Al menos, no así. El cierre del servicio social no llega como un portazo, llega más bien como un silencio prolongado. Como ese momento extraño en el que ya no hay ruido, pero tampoco hay aplausos. Solo estás tú, parado en medio de algo que ya no es y algo que todavía no empieza.

Hoy me encuentro en un limbo. No como metáfora, sino como estado real. Sé lo que soy, sé lo que puedo hacer, sé cómo pienso, cómo decido y cómo me conduzco frente a un paciente. Pero no tengo todavía el papel que lo avale. No soy estudiante, pero tampoco soy oficialmente médico titulado. No tengo cédula, no estoy liberado del servicio social. Estoy suspendido en una franja rara del tiempo, donde la identidad va más rápido que los trámites. Una especie de orilla donde el cuerpo ya salió del mar, pero los pies siguen mojados. Y aun así, algo cambió. Ya no me siento pequeño. Ya no me siento improvisado. Ya no camino con la sensación de estar pidiendo permiso. Después de todo lo vivido, de todo lo que costó, ahora me muevo con una confianza distinta. No arrogante, no ruidosa, sino una calma firme. Como si después de nadar contra corriente durante meses, por fin pudiera flotar sin miedo.

Con las pasantes, con los médicos adscritos, con el personal, la relación es otra. Ya no soy el que llega midiendo cada palabra. Ahora hay risas, albures, bromas pesadas, hasta mentadas de madre en confianza. Ese lenguaje que no se aprende en los libros, pero que indica algo muy claro: pertenencia. Antes observaba desde afuera, ahora soy parte del ecosistema. Me convertí, sin darme cuenta, en ese pez grande que sobrevive en aguas que al principio parecían imposibles. Y pensar que al inicio apenas sabía respirar fuera de la alberca cuando entré al servicio social. Presenté el ENARM. No lo pasé. Decirlo duele, hay cierta parte de vergüenza en reconocerlo, pero no duele como pensé que dolería. No porque no importe, sino porque sé todo lo que hubo detrás. Sé cuánto di. Sé hasta dónde llegué física, mental y emocionalmente. No había más margen, no había más horas en el día. No había más energía en el cuerpo. Y eso, lejos de decepcionarme, me da paz. No me arrepiento, aprendí como nunca. Considero que es el año personal con más frutos y en donde aprendí más que en toda mi carrera. Estudié como nunca, viví como nunca.

Perdí cosas, sí, pero también gané otras que no sabía que necesitaba. Reforcé amistades. Otras se diluyeron sin drama, dejando solo el recuerdo de lo que fueron. Algunas personas se fueron, pero dejaron marca. Y en medio de todo eso, apareció el amor, recordé lo que se sentía. No como salvación, sino como compañía. Como algo que no interrumpió el proceso, sino que lo acompañó. Esa chispa que necesitaba para ya no levantarme cansado todos los días. Como un recordatorio de que incluso en los periodos más demandantes, uno sigue siendo humano. Ahora, por primera vez en mucho tiempo, puedo detenerme. Puedo volver a mis cosas. Puedo regresar al gimnasio sin culpa. Jugar videojuegos sin sentir que estoy fallando en algo. Salir con amigos sin estar pensando en pendientes. Dormir sin contar horas. Estudiar por gusto, no por urgencia. Crecer por elección, no por presión.

Sigo sin saber bajo qué título me ven los demás. Pasante, médico, casi médico, futuro algo. No importa, porque yo sí sé quién soy. Sé el tipo de persona que soy. Sé el tipo de médico que soy. Y, más importante aún, sé el tipo de médico que no quiero ser. Eso, paradójicamente, me da más identidad que cualquier documento. La carretera sigue siendo larga, muy larga. Pero ya pasé el tramo más rugoso. Ya crucé esa parte donde el cansancio nubla la vocación y la rutina amenaza con endurecer y fortalecer. Ahora el camino se siente distinto. No más fácil, pero sí más claro. Ya no camino a ciegas, ya no avanzo solo por inercia. Sigo adelante, con lo aprendido, con lo vivido y con lo que dolió y con lo que valió la pena. No porque ya haya llegado, sino porque ahora sé hacia dónde voy.

Declaración de uso de herramientas de Inteligencia Artificial

El uso de la IA en este trabajo estuvo basado en el curso: “Docencia aumentada: de la ética pedagógica al diseño inteligente”, que nos fue impartido en la UAM, en donde se nos explicó cómo emplear responsable y profesionalmente este recurso.

Para la elaboración de este documento, me valí de la IA como herramienta de apoyo técnico y como auxiliar para fortalecer la organización del trabajo. Recurrí a este instrumento en la elaboración de estrategias de búsqueda bibliográfica de artículos o trabajos especializados relacionados con mis experiencias, para lo cual accedí al acervo proporcionado por la BIDIUAM y ahí, a herramientas como SCOPUS. Hice uso de la IA también para la traducción de textos o ideas necesarios para mi trabajo escritos en idiomas distintos al español, principalmente inglés y algunos en chino. Finalmente, la utilicé como auxiliar para la organización de ideas con el propósito de lograr un texto mejor estructurado, y para corregir la redacción (correcciones gramaticales y de estilo).

No recurrí a la IA para generar contenido ni para sustituir los análisis de las narraciones. La selección de las referencias, el análisis crítico, la integración de las citas con mis experiencias, la elaboración del contenido narrativo, reflexivo y clínico, fueron íntegramente realizados por mí. Me responsabilizo plenamente como autor de todo lo comunicado en este documento.

Referencias bibliográficas

- Ackland, H. M., Cooper, D. J., Malham, G. M., & Kossmann, T. (2007). Factors predicting outcome of decompressive craniectomy for severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Neuroscience*, 14(9), 831–836. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2006.04.007>
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Chimal, A. (2012). *Cómo empezar a escribir historias*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Cuba Fuentes, M. S., Cruz Preciado, L. Y., & Mejía Victorio, C. S. (Eds.). (2021). *Narrativas desde la atención primaria de salud*. Fondo Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Fernández, J., & Mandell, B. F. (2024). *Síndrome de DiGeorge*. Manual MSD versión para profesionales.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.
- Frank, A. W. (1998). Just listening: Narrative and deep illness. *Family Systems & Health*, 16(3), 197–212.
- Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics* (2nd ed.). University of Chicago Press.
- Guo, J., Du, Q., Li, B., Yang, H., & Zhang, Y. (2022). Research Progress of Parallel Chart and Its Application in Traditional Chinese Medicine. *Chinese Medical Ethics*, 35(7), 724–729.
- Huang, C. D., Jenq, C. C., Liao, K. C., & Lii, S. C. (2021). How does narrative medicine impact medical trainees' learning of professionalism? *BMC Medical Education*, 21(1), 391.

Infobae. (2022, mayo 29). Cuál es el origen del Pedregal de Santo Domingo, el barrio cercano a la UNAM. <https://www.infobae.com/america/mexico/2022/05/29/cual-es-el-origen-del-pedregal-de-santo-domingo-el-barrio-cercano-a-la-unam/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. <https://www.inegi.org.mx>

Ladds, E. (2025). Exploring the GP–patient relationship through narrative continuity and care. *Medical Humanities*, 51(1), 112–122.

Li, F. (2023). Reflection on narrative medicine practice in China. *Chinese Medical Ethics*, 36(8), 8–13. <https://doi.org/10.12014/j.issn.1002-0772.2023.08.02>

MarketDataMéxico. (2024). Perfil sociodemográfico: Colonia Santo Domingo, Coyoacán, en Ciudad de México. <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Perfil-sociodemografico-Colonia-Santo-Domingo-Coyoacan-Ciudad-Mexico>

Martínez, C. (2015). El nacimiento a la profesión médica a comienzos del siglo XXI en México. En R. Cárdenas et al. (Eds.), *Entre poética y didáctica. Narrativas en el campo de la salud* (pp. 120–146). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Mayo Clinic. (2024). Síndrome de DiGeorge (síndrome de delección del cromosoma 22q11.2): síntomas y causas. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/digeorge-syndrome/symptoms-causes/syc-20353543>

Paracelso. (1538). *Defensiones* (Septem Defensiones, 1538).

Programa de Diseño Urbano Arquitectónico (PDUA-UNAM). (s.f.). Contexto histórico del Pedregal de Santo Domingo. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://sites.google.com/fa.unam.mx/pdua-ii-proyecto/contexto-hist%C3%B3rico>

Qian, J., Zhang, W., Wang, Y., & Xu, S. (2024). The impact of a narrative medicine program on obstetrics and gynecology residents' empathy ability. *BMC Medical Education*, 24(1), 6502.

Sacks, O. (2009). El hombre que confundió a su mujer con un sombrero (J. M. Álvarez Flórez, Trad.). Editorial Anagrama. (Obra original publicada en 1985).

San Román, N. C., Eymann, A., & de Cunto, C. L. (2020). Approach to the hidden curriculum through narrative medicine in the training of medical students. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(4), 290–294.

Shen, Y., & Zeng, J. (2024). Multiple narrative presentation methods of De Xin Ji medical cases from the perspective of narrative medicine. *Chinese Journal of Medical Ethics*, 37(3), 302–308.

Soni, M., & Eidelman, A. S. (2022). Opportunities for narrative medicine in dental education and practice: A narrative review. *Journal of Dental Education*, 86(3), 328–333.

Urday-Fernández, D., & Cuba-Fuentes, M. (2019). Medicina narrativa. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 109–113.

Vargas, Á. (2023). En el Pedregal de Santo Domingo, la cultura es un medio de resistencia. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2023/08/07/cultura/en-el-pedregal-de-santo-domingo-la-cultura-es-un-medio-de-resistencia/>

Xia, T., & Wu, Y. (2025). Narrative medicine in China: A critical reflection. *Acta Bioethica*, 31(1), 19–24.