



Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Medicina

Informe Final de Servicio Social Rotatorio Milpa Alta

Febrero 2023-enero 2024

“Metamorfosis en Milpa Alta: Historias y reflexiones de una pasante de Medicina”

NATHALI SYRENE RUEDA ALVAREZ

Médico Pasante de Servicio Social

Matricula: 2122030266

Asesora UAM-X:

Dra. Carolina Martínez Salgado



Índice

Introducción	3
Capítulo I La narrativa médica	5
1.1 ¿Qué es la medicina narrativa?	5
Capítulo II Un poco de lo maravilloso de Milpa Alta.....	9
2.1 Milpa Alta. Ubicación geográfica y panorama sociodemográfico.....	9
2.2 El nopal en Milpa Alta	10
2.3 El pulso demográfico y de salud en Villa Milpa Alta	12
Capítulo III Penumbras, traición y amor	14
3.1 De penumbras al servicio social	14
3.2 Cuando nada es lo que parece	17
3.3 Lo maravilloso de la consulta general	20
Capítulo 4 “Yin y Yang”	23
4.1 De pacientes a amigos.....	23
4.2 De la negación a la aceptación.....	25
4.3 El enemigo silencioso.....	28
Capítulo 5 El deber y la amistad	33
5.1 La prevención: parte clave del servicio social.....	33
5.2 Compañeros de la misma barca: el servicio	34
5.3 Los nuevos pasantes	35
Capítulo 6 Lecciones aprendidas	37
6.1 La gallina sin cabeza.....	37
6.2 Yo solo soy la médico pasante.....	39
Conclusiones	42
Bibliografía	43
Anexo I. Registro fotográfico	48

Introducción

El servicio social es un paso crucial en la formación del médico, donde la teoría y la práctica adquiridas en la universidad y en el internado convergen para enfrentarnos a la experiencia real con los pacientes.

Es durante esta etapa que se revela con mayor claridad nuestra verdadera vocación, forja el carácter y nuestro criterio médico. Fue precisamente en este período que despertó en mí una pasión particular: el amor por la consulta. Descubrí que, más allá de dar diagnósticos y recetar tratamientos, el escuchar activamente al paciente (no solo a sus palabras, sino también a los silencios, gestos y emociones) es vital para comprender las dolencias de quienes confían en nosotros y nos permite generar una relación de confianza para brindar una atención integral.

El propósito de esta narrativa es relatar las experiencias que me dejó el servicio social médico en el Centro de Salud T-III Villa Milpa Alta. A través de estas páginas, comparto aprendizajes, emociones y retos que marcaron mi desarrollo personal y profesional. El enfoque de estos relatos es el de la medicina narrativa, una práctica que busca reconocer, interpretar y utilizar las historias de pacientes y profesionistas de la salud para humanizar nuestra noble profesión y para mejorar la atención al paciente.

En estos renglones plasmo la lucha personal que viví antes de entrar al servicio social, destaco varias historias que me dejaron una huella imborrable y me enseñaron puntos claves para ejercer mi noble profesión. Expandiendo la visión reduccionista del paciente como una dolencia para verlo como un ser humano completo, a empatizar y sentir dicha en su recuperación.

Busco también dar una visión íntima del entorno médico, resaltando la importancia de la amistad, la solidaridad y colaboración entre colegas, aunque a menudo es complicado ser buen compañero y si bien muchas veces más que ayudarnos nos ponemos el pie, solo podemos dar nuestra mejor versión para marcar la diferencia, siguiendo siempre el camino con cautela, pero sin cerrar el corazón abierto.

Estas letras fueron escritas con mucho amor y convicción. Deseo que su lectura inspire reflexión y empatía, tanto para quienes practican la medicina como para quienes la viven desde la mirada del paciente.

Capítulo I La narrativa médica

1.1 ¿Qué es la medicina narrativa?

La medicina narrativa también conocida como medicina basada en narración es un enfoque médico que integra las historias personales de los pacientes y profesionales de la salud en la práctica clínica, la investigación y la educación, con el objetivo de promover la curación y abordar las dimensiones relacionales y psicológicas que acompañan a la enfermedad física (Charon, 2006).

Esta surge como una disciplina rigurosa que busca fortalecer la atención médica mediante la comprensión profunda de los relatos personales, promoviendo la capacidad de reconocer, absorber, interpretar y actuar a partir de sus historias, en contraste con la medicina reduccionista que ignora la individualidad del paciente. Además, cuestiona las injusticias sociales y las desigualdades presentes en los sistemas de salud y cierra las brechas que separan a los médicos de los pacientes, de ellos mismos, de los colegas y de la sociedad, buscando una atención médica respetuosa, empática y enriquecedora (Charon, 2001; Charon et al., 2016; Karkabi et al., 2014).

La Dra. R. Charon de la Universidad de Columbia es una de las principales figuras en formalizar la conexión histórica entre medicina y literatura como una disciplina académica y metodología pedagógica específica. Su enfoque promueve la reflexión a través de la lectura pausada y puntualizada de fragmentos literarios o poesía, buscando una comprensión integral del proceso de salud y enfermedad que va más allá de la mera aplicación de protocolos clínicos y datos objetivos (Jofré et al., 2024; Collier et al., 2022).

En esencia, la medicina narrativa enseña a los médicos a revisar y enfatizar sus prácticas profesionales, incorporando las valiosas perspectivas adquiridas a través de sus vivencias personales y de la de los pacientes (Carrió, 2006). Si bien el rigor científico proporciona las herramientas para el diagnóstico y el tratamiento, carece intrínsecamente de la capacidad para abordar las dimensiones emocionales y existenciales de la enfermedad, como el duelo por la pérdida de la salud (Urday-Fernández y Cuba-Fuentes, 2019; Hurwitz y Charon, 2013).

Para ilustrar la profunda complejidad emocional que puede experimentar un médico, comparto el testimonio de la Dra. Castillo, quien describe su experiencia por la primera pérdida de un paciente:

Aún no logro describir el instante en el cual confirmé la muerte de la primera persona que estaba a mi cargo. Cuando lo hice, vi desfilarse todos mis años de estudios... Sin embargo, ante aquella circunstancia, supe que se olvidaron de enseñarme a manejar el dolor de perder a mi primer paciente.

Me enseñaron y me convirtieron en un ser objetivo, eficiente, que va de habitación en habitación sin percatarse a conciencia del ser humano que se tiene a cargo. Como profesional, la mayoría de ocasiones no se tiene tiempo ni para comer, ¿cómo esperar a tener espacio para recordar la mirada afligida y el nombre del paciente que se vio hace un segundo? ¿En qué momento el médico cierra su conexión emocional y se olvida que está atendiendo a un padre, una hermana, a toda una familia? ¿Desde qué semestre uno se encierra en los libros y se olvida el verdadero motivo que nos impulsó a escuchar a nuestra vocación?

(...)

¡Qué tristeza tan grande tenía! Veía mis lágrimas caer en el acta que confirmaba la muerte de aquella persona. ¡Qué dolor aceptar que mi paciente murió! ¡Qué dolor confirmar lo poco que pude hacer!

(...)

No obstante, el mismo dolor también crea fortaleza...

(...)

La muerte del primer paciente jamás se olvida. Cada médico tiene un cementerio propio. Hay nombres, personas, historias clínicas, números de habitación, que te acompañarán toda la vida. (Castillo Barreto, 2020 p. 91-92)

El fragmento anterior revela una profunda conexión con el paciente, al considerarlo un ser humano completo. Simultáneamente, cuestiona y pone en evidencia las limitaciones de la enseñanza puramente científico-técnica (Farmer, 1996),

ilustrando como esta instrucción deja a los médicos vulnerables ante situaciones reales y habituales para las cuales no hay una guía. Los médicos debemos enfrentarlas por cuenta propia.

La perspectiva de la medicina narrativa guía al médico y le da una mayor comprensión de la enfermedad del paciente aceptando la imposibilidad de separar la experiencia corporal (física, cuantificable) de la experiencia del padecimiento (inasible, subjetiva) (Kleinman, 1988). Mantiene la premisa de que un médico o profesional de la salud que no escucha a su paciente y no practica la empatía muy difícilmente será un buen médico porque pierden oportunidades claves para reducir el sufrimiento del paciente (Cacchiarelli et al., 2017; Mora et al., 2014; Ruiz, 2024a).

Aunque la medicina narrativa ayuda a desarrollar el lado humanitario del trabajo médico, lo que busca es desarrollar en la medicina lo que se entiende como el lado "humanista" en sus ramos "más importantes": cultivo o conocimiento de las letras humanas y doctrina o actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos (DasGupta y Charon, 2004; Pérez, 2013; Santillán-Doherty, 2014).

Cada vez más estudios y evidencias confirman el valor de la narrativa escrita; sin embargo, la reflexión que induce la realización, lectura y práctica de la narrativa médica sigue siendo un área poco explorada. En consecuencia, el impacto preciso de esta perspectiva innovadora, que representa una nueva manera de comprender a los pacientes en la medicina actual, aún no se ha establecido con certeza (Ruiz, 2024b).

Recientemente la medicina narrativa se ha destacado como un componente esencial en la formación médica formal, buscando que los estudiantes, a través del análisis de las historias compartidas entre pacientes y médicos, logren identificar las vivencias de los pacientes y desarrollar una comprensión empática de su enfermedad y entorno (Soto-Faúndes y Pérez-Villalobos, 2022). La escritura en la enseñanza médica se promueve como un medio para plasmar experiencias que faciliten el aprendizaje y la comprensión, con la aspiración de transformar la práctica médica. En palabras de Rosas (2017): "El paciente es como un libro abierto que se usa como aprendizaje, el cual necesita ser leído y comprendido".

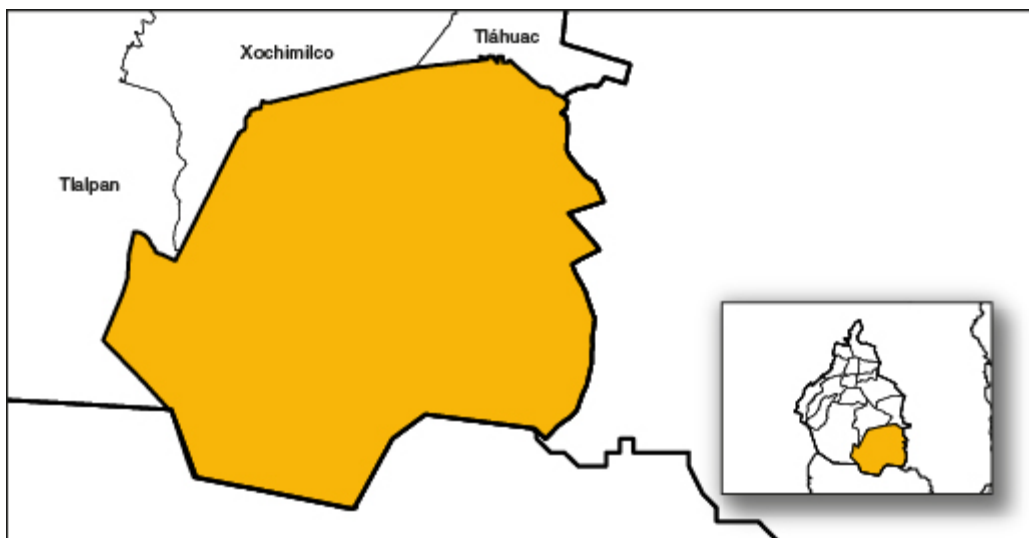
Es creciente la valoración de las historias personales como complemento y método de reflexión en la enseñanza, esto se observa tanto en las artes como en las ciencias. ¿Seríamos mejores médicos si pudiéramos mirar la historia detrás de cada paciente?

Capítulo II Un poco de lo maravilloso de Milpa Alta

2.1 Milpa Alta. Ubicación geográfica y panorama sociodemográfico.

Milpa Alta se ubica en el extremo sureste de la Ciudad de México, es hogar de una rica diversidad tanto cultural como natural. Sus doce pueblos originarios —San Jerónimo Miacatlán, San Agustín Ohtenco, San Pedro Atocpan, San Antonio Tecómitl, San Juan Tepenahuac, Santa Ana Tlacotenco, San Bartolomé Xicomulco, San Lorenzo Tlacoyucan, Villa Milpa Alta, San Francisco Tecoxpa, San Pablo Oztotepec y San Salvador Cuauhtenco— son guardianes de tradiciones ancestrales. Cuenta con una extensión de 28 375 hectáreas, que representan el más del 19% del área total de la Ciudad de México (**Figura 1**), por todo ello Milpa Alta es un santuario de biodiversidad y es una zona considerada de conservación (FONATUR, 2022).

Figura 1. Milpa Alta, Ciudad de México.



Nota. Tomado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2021, *Panorama sociodemográfico de Ciudad de México: Censo de Población y Vivienda 2020*. (https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf).

Los datos del **Censo de Población y Vivienda 2020** (CPV), publicados en el 2021 por el INEGI revelan un panorama sociodemográfico complejo y diverso:

Su población total en ese año fue de 152 685 habitantes, de los cuales el 51.3% eran mujeres y el 48.7% hombres, con una edad mediana de 30 años. Las personas no productivas en la alcaldía alcanzaron el 44.5%.

Esta región cuenta con 244 localidades, siendo Villa Milpa Alta la más poblada (27 768 habitantes). Se contabilizaron 39 100 viviendas particulares habitadas, con un promedio de ocupantes por vivienda 3.9. De estas viviendas el 2.6% tenían piso de tierra, el 94.6 tenían alta cobertura de agua, el 93.1% drenaje y el 99.6% electricidad. El 46.8% contaban con servicio de internet solo el 46.8% y el 21.9% a TV de paga.

El 3.35% de la población habla alguna lengua indígena (siendo el náhuatl la principal) y el 1.66% se considera afrodescendiente.

El 5.1% de la población convive con alguna discapacidad, siendo la limitación para caminar la condición más reportada (21.4%).

El 3.0% de la población mayor a 15 años no tienen escolaridad, mientras que el 50.2% cuentan con nivel básico, el 29.6% medio superior y el 17.1% superior. La tasa de alfabetización es del 99.2% en población entre 15-24 años y 94.5% en mayores de 25 años).

El 69.8% de la población está afiliada a algún servicio de salud.

El 27.8% de la población mayor de 12 años es casado(a), otro 26.7% se encuentra en unión libre y un 35.9% es soltero(a).

Esta información brinda un contexto valioso para comprender las historias de salud y enfermedad de sus habitantes, enriqueciendo la visión de la medicina narrativa en comunidades.

2.2 El nopal en Milpa Alta

El nopal es un símbolo que representa a la alcaldía y es el principal motor agrícola de Milpa Alta (INEGI, 2013). Esta verdura posee un profundo arraigo cultural y de significativo valor nutricional, principalmente por su aporte de fibra, calcio, potasio y vitamina C (Cervantes, 2024).

Milpa Alta ha mostrado un incremento en la producción agrícola, principalmente por la explotación del nopal-verdura (nopalito). Es la segunda región más importante pues produjo más de 181 312 toneladas en el año 2023, lo que representó el 48.02% de la producción a nivel nacional (SIAP, 2023; López-Flores y Omaña-Silvestre, 2023).

Esta mención busca brindar un contexto ambiental y socioeconómico más que una mera descripción botánica o agrícola. Cada día durante mis traslados al Centro de Salud observaba caminos repletos de nopal que se extendían a lo largo de los kilómetros, convirtiéndose en un recordatorio diario de mi inmersión en la bella Milpa Alta. Hoy, la figura del nopal es esencia de la alcaldía que se suma a su importancia económica y cultural.

2.3 El pulso demográfico y de salud en Villa Milpa Alta

En 2020, la localidad de Villa Milpa Alta, el núcleo poblacional más grande del municipio presentaba la siguiente distribución demográfica:

Tabla 1. Distribución demográfica de la localidad de Villa Milpa Alta en 2020.

Población	Total	Porcentaje
Población total	18 213	100%
Población femenina	9 350	51.34%
Población masculina	8 863	48.66%
Población de 0 a 14 años	3 875	21.28%
Población de 15 a 29 años	4 461	24.49%
Población de 30 a 59 años	7 294	40.05%
Población de 60 años y más	2 583	14.18%
Población con discapacidad	944	5.18%
Grado promedio de escolaridad (años)	10.23	
Grado promedio de escolaridad de la población femenina (años)	10.26	
Grado promedio de escolaridad de la población masculina (años)	10.2	

Nota. Tomado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2021, *Panorama sociodemográfico de Ciudad de México: Censo de Población y Vivienda 2020*. (https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf).

Si bien los datos iniciales corresponden específicamente a la localidad de Villa Milpa Alta, es importante tener presente que la población de la alcaldía en 2020 fue de 152 685 habitantes y se observó un crecimiento poblacional del 16.9% desde 2010

(Data México, 2025), con una concentración significativa de habitantes en los rangos de edad de 10 a 24 años, lo que sugiere una población joven y en crecimiento.

Durante mi servicio social en el Centro de Salud Tipo III Villa Milpa Alta, la mayoría de los pacientes que acudían a consulta fueron mujeres, un grupo demográfico clave para los programas de prevención de cáncer cervicouterino y mamario. Este Centro de Salud se encuentra en funcionamiento desde el 6 de septiembre de 2021, convirtiéndose en un punto central para la atención de primer nivel que atiende principalmente a los residentes de Villa Milpa Alta y áreas circundantes. Su reciente mejora de Centro de Salud tipo I a tipo III ha resultado en un aumento considerable de pacientes, pasando de 14 810 consultas en 2022 a 15 032 en 2023.

A lo largo de mi año de servicio social en este centro, las principales causas de morbilidad observadas fueron enfermedades respiratorias agudas, SARS-CoV 2 (COVID-19), infecciones intestinales, gingivitis, infecciones de vías urinarias, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica (Departamento de Epidemiología, 2024).

Este capítulo pretende ofrecer una comprensión profunda del contexto en el que desarrollé mi servicio social, incorporando datos demográficos específicos de Villa Milpa Alta. Al conectar la distribución y el crecimiento poblacional con las principales causas de morbilidad identificadas en dicho Centro de Salud, se pretende enriquecer el contexto en el que tienen lugar los relatos que presentaré desde la medicina narrativa, para vincular las características de la comunidad con las experiencias de salud y enfermedad observadas en el Centro de Salud local.

Capítulo III Penumbras, traición y amor

3.1 De penumbras al servicio social

Inicié el servicio social el 17 de febrero del 2023, acudí a la clínica con muchas buenas expectativas, pero también con un sabor amargo por lo que había vivido en el internado médico. Esta etapa obligatoria para quienes aspiramos a ejercer la medicina nos marca para bien o para mal. En mi caso fue una experiencia traumática: sufrí maltrato por parte de los médicos adscritos, quienes parecían encontrar satisfacción en humillar a los estudiantes, sembrando dudas sobre nuestra capacidad y cuestionándonos el culminar la carrera en lugar de motivarnos e inspirarnos.

Tras tres intentos fallidos para realizar el internado, el primero en el Hospital Gustavo Baz, el segundo en el ISSSTE Zaragoza y el tercero en la Cruz Roja de Polanco. Pensé que eso era todo, que nunca podría concluir mis estudios. Sin embargo, un día recibí un ultimátum de mi Universidad que me otorgaba solo un año para terminar mi internado médico: un último intento.

El Dr. Alonso, quien fue mi profesor en los primeros años de la licenciatura; se puso en contacto conmigo. En aquel tiempo él estaba a cargo de asignar las plazas de internado médico, aún recuerdo nuestra charla:

—Esta es tu última oportunidad para terminar y la verdad ya no puedo hacer nada por ti. —me dijo el Dr. Alonso—

—No puedo darte más tiempo, estás a un año de concluir el tiempo máximo permitido por la universidad. —añadió—.

—Doctor, no se preocupe —respondí—, hablaré con mis familiares y regresaré nuevamente al internado.

Después de la llamada pensé en mis dos hijas y en mi familia. Como madre y esposa, había pospuesto mis estudios por más de 4 años para dedicarme a mi hogar. Mis padres siempre habían sido un apoyo para mí y mi carrera, motor en mi vida.

Llegó el día de selección de plaza para el internado médico. Fui la número 72 de 112 alumnos. Rogaba porque me tocara una plaza en un ISSSTE o en algún IMSS de la Ciudad de México. Por fortuna pude elegir el ISSSTE “José maría Morelos y Pavón”, que no está lejos de mi domicilio, esto me evitó rentar o realizar traslados largos.

Cuando ingresé recordé el famoso dicho: “mismo infierno diferente diablo”. Entré al internado médico enfocada, era mi última oportunidad para lograrlo. Aunque retomar la medicina después de cuatro años fue terriblemente complejo, me impulsaba la esperanza de un mejor futuro. Anhelaba verme ejerciendo la medicina con amor, ser diferente de los médicos que nos maltrataban. Sobre todo, quería mantenerme siempre amable y respetuosa con los pacientes, a pesar de tener una guardia pesada, los regañones y la carga de trabajo.

Después de casi un año de internado, recuerdo mi última guardia, me sentía tan feliz y me decía a mí misma:

—Gracias a Dios lo logré.

—Soy más fuerte de lo que pensé.

Una lágrima rodó en mi mejilla, miré hacia el cielo nocturno, leí el nombre del hospital en la fachada y me sentí feliz de que al fin había terminado.

Pensé que lo peor ya había acabado, pero tan pronto como terminé llegó la selección de plaza para el servicio social. Había escuchado cosas terribles del servicio social.

La mayoría de las plazas se encuentran fuera de la ciudad de México y en zonas muy peligrosas. Nuevamente pedía a Dios que no me mandaran lejos de mi familia. Nos comunicaron que el criterio para el orden de selección de plaza sería el promedio incluyendo las calificaciones del internado médico. Sentí un poco de alivio, había tenido un buen promedio en el internado médico, esto me ayudó a poder elegir la última plaza en la Ciudad de México y no en otro estado, lejos de mi hogar.

Ahora, la dificultad sería la distancia, desde mi casa en Ciudad Nezahualcóyotl hasta la sede en Milpa Alta tardaba cuatro horas. Transportarme en moto fue la única idea para ahorrar tiempo, y así fue.

El primero de febrero del 2023 acudí a la jurisdicción de Milpa Alta para recibir una semana de capacitación sobre llenado de solicitudes y temas básicos de diabetes e hipertensión, toma de citologías cervicales. En la capacitación nos explicaron que al final del servicio social deberíamos de entregar un trabajo de diagnóstico de salud de nuestra sede para poder liberar el servicio.

Fue el 17 de febrero que me presenté por primera vez al servicio social en el Centro de Salud T-III Villa Milpa Alta, el primer pensamiento que pasó por mi cabeza al llegar fue: “está bien lejos, pero está muy bonito”. Al entrar sentí una mezcla entre emoción y miedo, quizá por la incertidumbre del destino que me esperaba, pero tenía toda la actitud, con una sonrisa por delante.

Ese día acudí a la oficina de epidemiología, servicio dirigido por la Dra. Diana Aguilar, médico general egresada del Instituto Politécnico Nacional, una mujer delgada de unos 1.60 metros, con tez clara y cabello color marrón, ojos cafés claros, muy bonita y demasiado joven, en aquél entonces creo que tenía 27 años. Su carácter era imponente y exigente, demostró ser muy buena en su trabajo.

En la oficina me presenté y comenté que era la nueva médico pasante. La doctora Aguilar me indicó que tenía que acudir con la licenciada Magnolia, encargada de “las reglas del Centro de Salud”. Después me dieron un recorrido por la unidad y me presentaron con los médicos adscritos, con el equipo de enfermería, pasantes de enfermería, trabajadoras sociales, personal de farmacia, laboratorio, archivo y odontología. El Centro de Salud me impresionó, fue uno de los más completos en los que he estado.

Después del recorrido regresé al servicio de epidemiología, donde la Dra. Diana me habló de las actividades que debía atender, entre ellas, obviamente estaba la consulta general. Estaba muy nerviosa porque en mi internado médico solo me dediqué a sacar pendientes de todos los servicios en los que roté, pero como tal nunca había estado en la consulta. Le comenté la situación a la doctora para que

me enseñara o me acompañara para aprender, pero no fue así, entonces entré en pánico.

Seguía sintiéndome insegura sobre cómo funcionaba la consulta, y como la Dra. Diana tenía mucho trabajo decidió enviarme con una médico adscrita llamada Leticia, ella fue muy amable y me hizo sentir tranquilidad durante mi primer día.

Con la Dra. Leticia comencé a ver la consulta general, me hizo énfasis en la elaboración de la nota médica, la cual solo había hecho en pocas ocasiones durante el internado, porque principalmente me dedicaba sólo a hacer pendientes como tomar muestras sanguíneas, llenar solicitudes para ultrasonidos, radiografías y tomografías, y presentar a los pacientes con los diferentes especialistas. El contacto con los pacientes fue muy limitado y en ese momento me estaba cobrando factura.

Mi primer encuentro con la consulta real fue una mujer de 58 años, con diabetes tipo 2 en seguimiento. Había demasiados pacientes, la mayoría subsecuentes. La indicación de la doctora Leticia me desconcertó, ya que, según ella, solo era necesario revisar a los pacientes de primera vez y a los niños. Yo no supe cómo reaccionar, a mí me enseñaron a revisar exhaustivamente a cada paciente.

Debo agradecer aquella vivencia, ya que el enfoque de omitir revisar a pacientes subsecuentes me mostró lo que un médico no debe hacer. Esta experiencia cimentó mi propio criterio sobre la práctica médica. Siempre he creído que un buen médico no es solo aquel que termina rápido la consulta, sino aquel que ofrece un tratamiento integral. Para mí, la omisión de la revisión es una práctica deficiente y una grave falta a la ética profesional.

3.2 Cuando nada es lo que parece

Pasaron siete días desde que ingresé al servicio social y cada uno de esos días los pasaba con la Dra. Leticia en la consulta, hasta que la Dra. Diana me mencionó que era necesario que diera la consulta yo sola.

No es difícil de imaginar mis emociones en ese momento, sentí un nerviosismo terrible, aunque en el fondo sabía que tarde o temprano eso debía ocurrir. Mi estómago se revolvió, tenía pánico y en mi cabeza brotaban muchas interrogantes:

¿seré una buena médico?, ¿sabré atender a mis pacientes de forma correcta? Sabía que nadie toma la experiencia de los libros, que uno aprende a relacionar signos y síntomas con la práctica, sabía también que me tomaría tiempo, pero debía tenerme confianza para lograrlo.

Pensé que trabajaría sola y únicamente daría consulta, pero la Dra. Diana me pidió ir a su oficina para presentarle a los pacientes. Debía presentarle a cada uno de ellos: nombre, edad, antecedentes heredofamiliares (antecedentes familiares de alguna enfermedad de importancia), datos de cirugías, fracturas, tabaquismo, alcoholismo u otra adicción y antecedentes de vacunación. Además, debía indicar el padecimiento por el que acudía a consulta, el resultado de la exploración física y el probable diagnóstico. En caso de ser mujer, también debía proporcionar los antecedentes gineco-obstétricos, edad de inicio de menarca, métodos de planificación familiar utilizados, número de parejas, edad de inicio de vida sexual, fecha de última menstruación, embarazos, abortos y cesáreas.

Presentar mis primeros pacientes fue difícil para mí, pero conforme pasaba el tiempo y adquiría experiencia en la consulta resultó cada vez más fácil. Poco a poco comencé a descubrir el amor que tenía por lo que es “la consulta”.

Pero la calma dura poco y nunca hay que confiarse, al menos en mi experiencia siempre ha sido así porque “nada es lo que parece”, y a continuación relataré por qué.

Conocí un médico adscrito muy joven, era el encargado del departamento de calidad. Su forma tan amable de dirigirse a mí me hizo creer que le agradaba, pero eso era solo lo que creí. Había notado que el doctor Juan estaba siempre muy atento a mi persona, pensé que era porque debía observar atentamente por ser el encargado de calidad y me resultaba obvio que debía estar al tanto del trabajo de cada uno de los médicos. Lo que después descubrí fue que tenía un problema personal con la Dra. Diana y buscaba algún pretexto para meterla en problemas y conmigo encontró una forma de hacerlo.

Un día tenía que asistir al medio día al curso de “evaluación del expediente clínico” dentro de la unidad, que fue impartido por este doctor, al que llamaré Juan. Sin

embargo, estaba muy atrasada, en parte por mi inexperiencia para hacer las notas rápidamente. Decidí dejar los expedientes en mi consultorio para acudir al curso y después terminar el trabajo. Qué error cometí.

Me dirigí al auditorio, tomé asiento y observé que el doctor ingresaba con expedientes en las manos para iniciar con la charla. El curso consistía en enseñarnos las partes de la nota médica que eran más importantes, en el marco legal y en cómo se evaluaban. De pronto me di cuenta de que los expedientes que el doctor sostenía eran los que había dejado inconclusos en mi consultorio. Entonces, el doctor dijo:

—Miren, estos son los expedientes de la doctora Nathali, la nueva médico pasante.

Yo estaba atónica porque aún no había terminado esas notas y me preguntaba: ¿por qué hizo eso? ¿por qué tomó mis expedientes cuando había miles en archivo? Pensé que lo hizo para hacerme quedar mal frente a todos los adscritos, incluyendo a mi jefa. Todas las últimas notas de esos expedientes debían valorarse, y como era de esperarse, solo estaban las notas de enfermería, ya que mis notas aún estaban en Word y no se habían impreso.

Todos me miraron con cara de rechazo, sentía escuchar sus palabras: ¡Cómo es posible que seas así, tan incumplida! La Dra. Diana me miró con furia, su rostro reflejaba mucho coraje, hasta se puso roja. Yo no sabía qué hacer, solo sentí que mis ojos se nublaron, quería llorar y me decía “trágame tierra”.

Era de esperarse que la evaluación de mis expedientes resultara mala, y así fue, obtuvieron cero. Terminó el curso y salí corriendo de ahí. La Dra. Diana me dijo:

—Ven a la oficina, necesito hablar contigo.

Me sentí muy triste, ya sabía lo que me esperaba. En cuanto el doctor salió, me miró con una sonrisa de oreja a oreja. ¡Me dio tanta rabia e impotencia por lo que me había hecho!

—¿Por qué es así? —Me dije a mi misma— ¿qué gana con hacerme esto?

Con eso me di cuenta de que ese doctor no era alguien de fiar. Cuando entré a la oficina estaba la Dra. Diana junto con el director del Centro de Salud, el Dr.

Alejandro. La doctora me regañó, me dijo que no era posible tal situación, y a partir de ese día me prohibió asistir a cualquier curso sin antes terminar los pendientes, lo que incluía las notas médicas.

La doctora no dejaba de llamarme la atención, el director también enfatizó en que era la última vez que pasaba algo así o tendría mi primera llamada de atención. Si acumulaba tres, significaba que se me daría de baja del servicio social.

Lo único que pude decir en mi defensa fue:

—Doctora, esos expedientes estaban en mi consultorio y no pensé que los tomarían, le pido mil disculpas, no volverá a suceder.

Terminé mi jornada, subí a mi moto para regresar a casa. En todo el camino no paraba de llorar, por lo que desde ese momento no volví a confiar en nadie, especialmente en ese doctor.

3.3 Lo maravilloso de la consulta general

Durante mis inicios en la carrera siempre me imaginaba en un quirófano operando. Pensaba que la consulta era lo más aburrido del mundo, pensar en ver a tantas personas, recetar siempre lo mismo y escuchar las miles de excusas de los pacientes me parecía muy tedioso, así que siempre que tenía oportunidad decía:

—Yo voy a ser cirujana y no quiero saber nada de la consulta.

Pero me terminé tragando mis propias palabras, porque me enamoré de la consulta.

La vida resulta irónica y uno siempre acaba en donde menos piensa. Para mí fue muy difícil empezar con la consulta, nunca había estado en contacto directo con los pacientes, nadie me enseñó a abordar la situación, pero ahora que tengo más experiencia puedo decir que la consulta general me enamoró, porque además de dar apoyo médico, también aprendí a escuchar a los pacientes, a tener empatía con ellos, sin dejar atrás la comunicación asertiva y efectiva.

Un niño de 7 años, uno de mis primeros pacientes, acudió al Centro de Salud acompañado por su mamá por presentar cuadros frecuentes de alergias. Al

interrogar su madre refería que le aparecían ronchitas después de comer, llamó mi atención que me dijera eso, porque de seguro la alergia era de origen alimenticio.

Al preguntar a la madre por los antecedentes relevantes del pequeño, la mamá me informó que había iniciado su alimentación complementaria a los cuatro meses de edad. Esto reforzó mis sospechas, ya que actualmente se sabe que la alimentación complementaria se inicia después del sexto mes, recomendándose la lactancia materna durante el primer semestre.

A la exploración física no encontré alteraciones significativas, así que le expliqué a la madre la necesidad de vigilar la alimentación del pequeño para identificar los alimentos causantes de la alergia, y que también necesitábamos estudios de laboratorio y pruebas cutáneas, a lo que la madre me comentó:

—Doctora, ¿para qué es necesario tanto estudio, si un médico particular me dijo que solo era necesario que tomara loratadina y así iba a estar mejor?

Me quedé sorprendida con su respuesta.

—Es necesario realizar dichos estudios para ver cuáles son las causas de su alergia —respondí—.

Me di cuenta de que la mamá de mi paciente estaba muy molesta, así que decidí recetarle loratadina solo en caso de reacción alérgica. Además, indiqué medidas higiénico-dietéticas, vigilancia de la alimentación y la recomendación de no usar jabones perfumados ni aromatizantes de ropa. Hice énfasis en la importancia de los estudios para la siguiente consulta.

Pude imaginar lo que iba a pasar, ya que la mamá salió de la consulta sin estar convencida de mis indicaciones. Pasaron los quince días y mi paciente acudió junto con su mamá a seguimiento. Pregunté por los estudios, a lo que me respondió:

—Doctora, no le hice los estudios a mi hijo porque el médico particular insistió en que no eran necesarios.

—Permítame —comenté, y salí del consultorio para dirigirme con la Dra. Diana y hablarle de la situación—. Su respuesta fue directa: “No podemos hacer nada, solo revísalo y dale su tratamiento, si ella no quiere realizarle los estudios está en todo

su derecho, pero acuérdate que todo esto debe de estar escrito en la nota médica, por cualquier cosa”.

Regresé al consultorio y proseguí con la consulta. Le di nuevamente cita en un mes para control del niño sano, pero ya no la volví ver. Quizá esto ocurrió porque no generé confianza o no supe explicarle la importancia de los estudios, pero ahí aprendí que no se puede ayudar a quien no quiere que se le brinde la ayuda.

Capítulo 4 “Yin y Yang”

4.1 De pacientes a amigos

Uno de los pacientes de los que más pude aprender y al que más cariño le tuve fue al que llamaré Pedro, de 57 años. Acudió al Centro de Salud en muy malas condiciones una mañana de marzo. Recuerdo muy bien aquel día, porque me sorprendieron con mi asignación a un nuevo consultorio más grande y bonito. Estaba muy contenta.

El señor Pedro era un hombre de complexión delgada, aquel día vestía un pantalón, una camisa de cuadritos y una gorra, toda su ropa era azul, a simple vista parecía dedicarse a algo relacionado con la construcción, y no me equivoqué, ya que mencionó que era albañil. Acudía conmigo a consulta de primera vez porque padecía diabetes mellitus tipo 2 y según sus palabras, me venía buscando por “recomendación”.

—¿Doctora Nathali? —preguntó—.

—Hola, sí, dígame en que puedo ayudarle. ¡Pero pase!

—¡Qué linda! Gracias.

El señor Pedro entró al consultorio, me miraba con agradecimiento, tomó asiento y empecé a interrogarlo sobre sus antecedentes familiares, personales, operaciones, alergias, etcétera.

—¿Cómo se siente? —pregunté—.

—Pues mal, doctora, mis glucosas han estado descontroladas, no me he sentido bien —respondió—.

—¿Toma algún medicamento para controlar su diabetes? —volví a preguntar—.

—No, doctora, la verdad no —contestó—.

Le pregunté por qué no tomaba tratamiento para su diabetes. Le dije que era de suma importancia iniciar el tratamiento cuanto antes para evitar complicaciones.

—Mire, doctora, la verdad no me he checado porque no he tenido tiempo para ir al doctor y la verdad no le tengo confianza a la doctora que me estaba viendo en este Centro de Salud, por eso dejé de venir, pero me platicaron de usted, así que decidí regresar nuevamente aquí —me dijo—.

—¡Espero que le hablaran puras cosas buenas y no malas de mí! — exclamé—.

—Todo bien doctora, no se espante —comentó—.

Decidí enviar a mi paciente a pruebas rápidas, las que consistían en hacer un pequeño pinchazo en el dedo y colocar la sangre en diferentes tiras reactivas para medir los niveles de colesterol, triglicéridos y hemoglobina glicosilada, esto ayuda a conocer el estado general de nuestro paciente.

El señor Pedro regresó con los resultados y para mi sorpresa estaba muy descontrolado. Hice hincapié en que era demasiado importante iniciar el tratamiento con insulina, a lo que respondió:

—Yo hago lo que usted me diga, doctora, estoy dispuesto a “echarle ganas”, pero tengo una duda que me preocupa mucho: ¿eso no me dejará ciego, doctora?

—Claro que no, señor Pedro, se va a quedar ciego, pero si no se la pone.

Además, quiero que usted se sienta mejor —exclamé—.

Así iniciamos el tratamiento con insulina Glargina. Solicité estudios de laboratorios centrales para confirmar los resultados de las pruebas rápidas y lo cité a consulta en siete días.

Él acudió a la cita en mejores condiciones. Continuamos con el tratamiento inicial y con revisiones cada 15 días para el seguimiento.

—Doctora, no tengo como agradecer su amabilidad y lo que hace por mí, parece que la conozco de años y me siento muy bien, gracias por todo —expresó—.

—Estoy para servirle, señor Pedro, sabe que aquí ando para lo que necesite y bendito Dios que ya se siente mejor.

En las siguientes consultas me pidió mi número para poder estar en contacto y avisarme en caso de no pudiera acudir a su cita para que lo reagendara. Poco a

poco se forjó una bonita amistad y puedo decir que es uno de los pacientes más constantes y disciplinados que he tenido. Creo que eso tiene que ver con la relación médico-paciente, y afortunadamente, en este caso fue muy buena. Siempre he sido fiel a escuchar y entender a los pacientes para que ellos se sientan apoyados y no verlos solo como “enfermos”. Aún recuerdo al señor Pedro con mucho cariño.

4.2 De la negación a la aceptación

Esta es la historia de una paciente, muy importante para mi formación, con ella aprendí la importancia de abordar correctamente a un paciente más allá de un tratamiento médico, además comprendí que debemos considerar los factores sociales y emocionales. Intentar responder al por qué un paciente no sigue las indicaciones médicas. Aprendí, como dirían coloquialmente, a “ver la otra cara de la moneda”, aquí se reafirmó mi amor por la consulta.

Conocí a quien llamaré señora Pérez de una manera casual. Ella venía de manera extraordinaria a consulta debido a que en su Centro de Salud ubicado en San Pablo no había consultas por falta de personal médico. Ese día no había mucho personal médico y yo era la única médico pasante. Los médicos internos estaban realizando las pruebas rápidas, su obligación era avisar y pasar a consulta conmigo a los pacientes que tuvieran resultados fuera de los parámetros aceptados. Estaba en la consulta cuando recibí un mensaje a mi teléfono de un interno: “Doctora Nathali, ¿puede venir un momento?” —Sí, voy para allá —contesté— Salí del consultorio y me dirigí con el interno que hacía las pruebas rápidas. Ahí fue donde conocí a esta paciente Pérez.

Ella era una mujer de 52 años, muy alta, de complexión robusta, güera, de ojos claros y cabello corto. Su estado físico se veía muy mal. El interno me dijo:

—Doctora, por favor revise esto.

Tras revisar los resultados de las pruebas rápidas, confirmé que su diabetes e hipertensión estaban muy descontroladas.

—Señora Pérez, me presento, soy la doctora Nathali Rueda, médico pasante de este Centro de Salud. Acabo de revisar sus resultados y desgraciadamente están muy mal.

—Señora Pérez, ¿por qué acude a este Centro de Salud? —pregunté—.

—Doctora, la verdad la atención en este Centro de Salud es muy mala y pues como no vi nada de mejoría, dejé de venir desde hace un año. Decidí venir nuevamente porque me siento mal —exclamó—.

—Bueno, señora Pérez, si usted me permite, puedo otorgarle una cita para el día de mañana, ¿Le parece?

—Me parece excelente doctora, muchas gracias.

Agendé su cita para el día siguiente y le pedí puntualidad porque tenía agendadas varias citas. Al día siguiente, asistió puntualmente, la pasé al consultorio rápidamente y realicé el interrogatorio de rutina y pregunté por los medicamentos que tomaba para sus patologías base. Rápidamente noté su inconsistencia al seguir las indicaciones y que no llevaba una dieta adecuada para el control de sus padecimientos. Le pregunté por qué no consumía de forma regular sus medicinas, y respondió:

—Doctora, yo no tengo nada, Me mandan un montón de cosas y la verdad no quiero tomármelo porque no siento que tenga esas enfermedades que dicen.

—¿Por qué lo dice señora Pérez? —pregunté—.

—Mire, doctora, estoy cansada de tomar tanta medicina y de estarme checando todo el tiempo las presiones. Además de que trabajo y no tengo tiempo para cuidarme.

—Señora Pérez, le voy a pedir estudios centrales para conocer su estado de salud general, y sí, es importante hacer cambios en su alimentación. Sé que es complicado, pero es sumamente importante, como también lo es que tome su medicamento en tiempo y forma.

—Solo me tomaré la metformina. No me pida que haga algo más porque no lo haré hasta que me explique los resultados de mis estudios —respondió—.

—Está bien señora Pérez —dije—. Aunque no pude creer en su respuesta, pensé que sería más complicado de lo que había imaginado. Proseguí a realizar su solicitud de laboratorios, le pedí tomar su presión arterial dos veces al día y la cité pasados siete días.

Cuando regresó a la consulta, llegó con otra actitud y comentó:

—Doctora, buenos días. ¿Ya estarán mis resultados? Quiero saber, porque en realidad me he sentido más mal y estoy dispuesta a hacer lo que usted me diga.

—Bueno, señora Pérez, afortunadamente sus estudios ya están listos. Desgraciadamente, se encuentra muy descontrolada. Necesito iniciar su tratamiento con insulina para evitar complicaciones a corto plazo.

La señora aceptó iniciar tratamiento con insulina, también se inició el tratamiento para controlar su hipertensión arterial. Le pedí que regresara a las consultas subsecuentes para seguimiento.

Fue una paciente complicada porque insistía en no tomar su medicamento. En ocasiones llegaba a controles adecuados y luego se descontrolaba. Yo platicaba con ella, pero no quería aplicarse, así que decidí enviarla a un Centro de Salud especializado en tratamiento de diabetes e hipertensión en pacientes de difícil apego a tratamiento. Nunca olvidaré su rostro cuando se lo comenté:

—Señora Pérez, tengo que enviarla a un Centro de Salud especializado para control de pacientes que viven con diabetes e hipertensión, ya que hemos hecho muchas modificaciones al tratamiento y ninguna ha funcionado.

—Doctora, no me haga esto, me es muy difícil aceptar mi enfermedad, entiéndame. Pero por favor sígame tratando usted, ya me pondré las pilas —aseguró—.

—Bueno, está bien, señora Pérez, pero quiero que le ponga todo el corazón. Quiero que usted esté muy bien.

—Está bien, doctora, entienda que para mí es muy difícil aceptar lo que me está sucediendo, no puedo entender por qué a mí me está sucediendo esto y necesito apoyo —me explicó—.

—Bueno, señora Pérez, quiero que sepa que no está sola. Mire: ¿le parece que la mande a Psicología y además busco que le otorguen una cita para Nutrición? Así será más fácil el proceso y la modificación de estilo de vida. ¿Le parece? —contesté—.

—Gracias por su comprensión doctora, le agradezco mucho.

Después de nuestra conversación, la señora Pérez mejoró bastante. Ya estábamos alcanzando las metas de control, y a medida que seguía alentándola, su semblante cambio evidentemente.

Es fácil juzgar a los pacientes, pero debemos recordar que las enfermedades crónicas pueden generar sentimientos de incertidumbre, miedo y frustración. Como médicos, debemos enfatizar que nuestros pacientes son un todo, son personas completas. Debemos apoyarles con atención psicológica para que liberen su estrés y tensiones, debemos siempre estar dispuestos a brindarles apoyo cuando lo requieran.

4.3 El enemigo silencioso

La vida puede ser muy difícil e injusta y esta historia es un claro ejemplo.

Un día, mi jefa, la doctora Diana, me habló y me dijo:

—Oye Nathy, necesito que veas a esta paciente de 47 años, mira, me entregaron su mastografía y desgraciadamente ella se encuentra en un BI-RADS categoría 4.

Cuando la doctora me comentó esto sentí mucha tristeza e impotencia. Significa que la paciente tenía una alta probabilidad de tener cáncer de mama. Era necesario contactar a la paciente lo antes posible y referenciarla al Instituto Nacional de Cancerología.

Se buscó su expediente clínico, y tras realizar las llamadas necesarias, afortunadamente pudimos contactarla y citarla para el día siguiente a las 9:00 am.

Cuando en mis manos tuve su expediente, sentí dudas sobre cómo darle la noticia. Lo único que se me ocurrió fue preguntarle a mi jefa la mejor manera de dar la noticia. Ella me respondió:

—Te entiendo, Nath, ojalá fuera fácil dar este tipo de noticias, pero nadie nos prepara para estas situaciones. Te acompaño y si quieres yo le digo, ¿te parece?

Su compañía me alivió, así que juntas acudimos al consultorio.

La señora venía acompañada de su esposo. Era una mujer de cabello muy bonito, negro y largo, delgada, de unos 148 centímetros, tez morena y muy amable. Se dirigió hacia nosotras con mucho respeto y dijo:

—Doctoras, buenos días, me comentaron que tenía que venir a consulta y pues aquí estoy junto con mi esposo, me explicaron que era urgente, que me iban a entregar los resultados de mi mastografía y pues díganme, doctoras, qué es lo que pasa.

Mi jefa inició el interrogatorio buscando encontrar antecedentes de algún cáncer en la familia. La paciente no tenía antecedentes familiares de cáncer, pero mencionó que ella se dedicaba al campo. Proseguí por indicación de mi jefa a revisarla. Encontré algo que me impresionó: su mama derecha presentaba un aumento de volumen considerable y estaba hipertérmica (caliente) al tacto. Se palpaba un tumor de aproximadamente 10x15 centímetros que se extendía por debajo de la axila. También se palpaban ganglios en el cuello y el dolor era evidente durante la exploración. Le pregunté a la paciente:

—Disculpe ¿desde cuándo comenzó a estar así su mama?

—Uy, doctora, desde hace como tres años se me puso así. Pero desde hace diez años empecé con las molestias —respondió—

Pareció que la paciente notó mi sorpresa y me dijo:

—Mire, hace diez años fui a hacerme la mastografía. El doctor que me iba a hacer el estudio me dijo que para qué me lo hacía, que él me veía bien, y me regresó a mi casa, y pues nada más he estado tomando paracetamol para que se me quite el dolor. Pero apenas me vio una doctora hace un mes y me dijo que era urgente que

me hiciera la mastografía y que en este Centro de Salud me darían resultados, pero ¿todo está bien, verdad doctora?

Su pregunta encogió mi corazón, no sabía qué hacer. En ese momento mi jefa le comentó:

—Tome asiento por favor, vamos a explicarle los resultados de sus estudios.

—Mire, lo que salió en sus estudios es un resultado BIRADS 4, lo que significa que usted tiene una alta probabilidad de tener un tumor maligno en su mama. Es necesario referenciarla a otro centro hospitalario, específicamente al Instituto Nacional de Cancerología, para que le den seguimiento y puedan estudiar ese tumor. ¿Tiene alguna duda?

La señora y su esposo solo se miraron y comentaron:

—¿Esto no es grave, o sí?

—Aún no podemos saberlo —dijo la doctora Diana—. Tienen que ir al hospital mencionado para que estudien ese tumor y descartar si es maligno o no. Para saber eso, tendrán que hacer una biopsia. Ellos le darán el seguimiento necesario.

El señor le dijo a su esposa: “No te preocupes, amor, todo va a estar bien y yo voy a estar contigo”.

Me conmovió la reacción del esposo y el apoyo que le brindó a su esposa. La señora se observaba muy tranquila y nos dijo:

—Doctoras, yo le voy a echar muchas ganas para salir de esto, ustedes díganme que tengo que hacer y yo lo hago.

En situaciones así, sale a flote la falta de capacitación para hacer frente a este tipo de escenarios para los que nadie nos prepara. Como médico pasante fue algo muy duro. A simple vista, la señora se veía muy bien, me pareció que ellos no dimensionaban la enorme batalla que se les avecinaba. Me quedaba claro que era una familia de bajos recursos que solo contaba con el amor y la comprensión para hacer frente a su terrible enfermedad. Lo único que pude decirles fue que tenían todo nuestro apoyo.

Les expliqué que era importante que la paciente viniera cada mes para dar continuidad a su tratamiento, observar su progreso y asegurar que recibiera la medicación para el dolor. Se le entregó su hoja de referencia al Instituto Nacional de Cancerología y analgesia. Se le dio cita en un mes para seguimiento. Mi paciente se retiró, no sin antes agradecer la amabilidad y las atenciones recibidas durante la consulta.

Pasó un largo mes para verla nuevamente en consulta, sentí gusto al ver su sonrisa tan bonita que la caracterizaba. La pasé al consultorio y me dijo:

—Doctora, me atendieron muy bien y muy rápido, me hicieron una biopsia y ya tengo un diagnóstico. Me dijeron que tengo un carcinoma ductal invasor (efectivamente, cáncer de mama) y ya me están dando seguimiento, de hecho, en quince días tengo cita para que me coloquen mi catéter para las quimioterapias.

Su actitud me sorprendió. Me dio gusto verla tan tranquila y con mucho optimismo. Después de una revisión general que mostró las mismas características en mamas, le pedí seguir acudiendo al Centro de Salud para continuar el seguimiento cada mes.

Al mes siguiente acudió a consulta, pero su semblante ya no era el mismo. Me impactó no ver su hermoso cabello negro, aunque seguía mostrando su muy bonita sonrisa.

—Doctora, buenos días, ya hasta pelona regresé —bromeó—.

—Pero sigue igual de guapa, señora. Dígame, ¿qué ha pasado con usted?, ¿qué le han dicho en el Instituto Nacional de Cancerología? —pregunté—.

—Bueno, doctora, ya inicié las quimioterapias, llevo dos, ha sido muy difícil porque se me empezó a caer el cabello y pues como no quería ver cómo se caía de poquito en poquito mejor me lo rapé.

—Pero dígame como se ha sentido —pregunté—.

—Todo bien, doctora, ya hasta se me bajó lo feo de mi mama —contestó—.

La revisé y efectivamente el tamaño del tumor había disminuido considerablemente, ya no estaba hipertérmica (caliente) ni hiperémica (roja). Se notaba bastante la mejoría.

Me alegró enormemente saber que mi paciente se encontrara en mejores condiciones. Le pedí que me mantuviera al tanto de su estado de salud, ya que mi servicio social estaba por concluir y otro médico pasante se encargaría de su atención.

Mi paciente me dio las gracias y me dijo:

—Dios la bendiga a donde quiera que vaya.

Hasta el momento sé que mi paciente pronto entrará a cirugía para la resección quirúrgica del tumor y que su estado de salud es estable. De vez en cuando me envía mensajes de texto y siempre es un gusto saber de ella.

Capítulo 5 El deber y la amistad

5.1 La prevención: parte clave del servicio social

Me adapté rápidamente a mi Centro de Salud, aprendí a amar la consulta y me encariñé igual de rápido con mis pacientes. Aunque desconocía la otra parte del servicio social que era igual de enriquecedora y bonita: dar pláticas de prevención en escuelas públicas de kínder y primaria.

La Dra. Diana me comentó que debía ir al kínder Calnahuac para dar una plática a los padres de familia sobre cáncer infantil. La doctora enfatizó la importancia de utilizar un lenguaje sencillo, evitando términos médicos. También era necesario preparar una presentación en PowerPoint que destacara los datos de sospecha, los signos y síntomas de este tipo de cáncer, e indicara a dónde debían acudir en caso de presentarlos.

Estaba muy emocionada, era la primera vez que daría una plática de este tipo, así que me preparé por días, estudiaba mucho para dar la plática.

Finalmente llegó el día de presentarme junto con la Dra. Diana en el kínder, donde debíamos estar a las 9 de la mañana. Entonces, mi jefa me informó que la escuela no contaba con auditorio para proyectar mi presentación, por lo que tendría que hacerlo sin ese recurso.

Entré en pánico, pero me calmé rápidamente. Había estudiado muy a fondo el tema, así que nos dirigimos a dar la charla. Al entrar, observé la escuela y me sorprendió su tamaño. La presentación sería en la explanada, donde había demasiados papás, pero la doctora me comentó:

—No te preocupes, todo va a salir bien, ánimo.

La Dra. Diana solicitó a la escuela carteles que la escuela había realizado sobre el mismo tema. Sentí un poquito de alivio porque con ese cartel sería más fácil dar la plática.

La doctora Diana comenzó agradeciendo a los padres de familia por su asistencia y luego me entregó el micrófono. Recuerdo que mi cuerpo temblaba por lo nervios. Había muchos padres de familia, alrededor de 80. Comencé la plática,

afortunadamente todo salió bastante bien, al final los padres aplaudieron por la presentación y estaban muy agradecidos por la información, además, la charla resultó en nuevos pacientes para la consulta, porque muchos papás llevaron a sus hijos para control de niño sano.

Agradezco al Centro de Salud por las buenas experiencias brindadas y esta fue una de ellas.

5.2 Compañeros de la misma barca: el servicio

Durante los primeros seis meses atendí a los pacientes yo sola, fue muy duro y difícil, pero esto me ayudo a formar carácter y aprender mucho. Aunque siempre veía a un chico, médico pasante igual que yo, él se encontraba en el servicio de “El médico en tu casa”.

En ese servicio se dedicaba a atender pacientes, en su mayoría geriátricos, a domicilio y por rara vez veía a mi compañero, hasta que un día se acercó a mí y me dijo: “Disculpa, ¿cómo te llamas? ¿eres médico pasante, verdad? ¿me puedes ayudar con un paciente pediátrico, yo casi no veo pediátricos y no sé qué hacer?”

Al ver su cara de preocupación, acepté ayudarlo. Él me cayó muy bien y poco a poco comenzamos a hablar más seguido.

Un día lo vi solito afuera de su servicio y le pregunté que si ese día no iba a ver pacientes. Me respondió:

—Todos se fueron de vacaciones y nadie me dijo nada. ¿Crees que tu jefa me dé permiso de atender pacientes contigo? Quiero aprender a manejar pacientes pediátricos, como ya te darás cuenta —sonrió—.

Me comentó que en su servicio sufría maltrato por parte de su médico adscrito, que el doctor no le permitía atender la consulta y únicamente le autorizaba a hacer notas de pacientes, con lo que él no tuvo contacto. El médico adscrito lo utilizaba como escribiente y que varias veces junto con el personal de enfermería lo habían ofendido.

En ese momento, busqué a la doctora Diana en su oficina y le comenté la situación de mi compañero. Cuando la doctora se enteró, aceptó que se integrara con

nosotros y dijo que hablaría con el director del Centro de Salud para que asistiera más seguido en la consulta. El director del Centro de Salud no se opuso, al contrario, aprobó que diéramos la consulta juntos. Mi compañero se alegró y desde aquel día trabajábamos juntos los miércoles y viernes de cada semana, los otros tres días acudía a los domicilios de los pacientes.

Me dijo que no sabía cómo agradecerme por la ayuda. —Recuerda que somos compañeros de la misma barca, “el servicio”. Tenemos que apoyarnos —le dije a Mauricio—.

Me miró sonriente y a partir de aquel día nos hicimos amigos.

No entiendo a los médicos adscritos que maltratan a los pasantes, olvidan que ellos también pasaron por eso en su momento. Deberían ser más empáticos y dejar de lado las absurdas ideas de jerarquías y la discriminación por rango, tan comunes en la práctica médica.

5.3 Los nuevos pasantes

A la mitad de mi servicio social me enteré de la llegada de nuevos médicos pasantes. —¡Por fin llegará ayuda, porque estoy harta de tanto trabajo! —pensé—.

Para mi mala fortuna esto no fue así. Ahora además de realizar mis actividades tuve que capacitar a mis dos compañeros nuevos sobre el llenado de papelería, sobre cómo interrogar a los pacientes y explicarles la toma muestra citológicas y de pruebas rápidas de sangre (colesterol, triglicéridos y hemoglobina glicosilada). Sentí que en lugar de aliviar la carga había más trabajo.

Comencé a salir tarde del servicio debido a las actividades extras que se me habían asignado. Me consolaba diciéndome a mí misma que sería temporal, pero de nuevo me equivoqué.

A uno de mis compañeros pasantes no le gustaba estar en la consulta, siempre estaba en el área de pruebas rápidas, Mi otra compañera nueva prefería actuar como la secretaria con la Dra. Diana. Ninguno de ellos dos apoyaba en la consulta, estaba prácticamente sola, excepto los miércoles y viernes cuando mi amigo Mauricio me apoyaba.

Rápidamente me cansé de la situación y le expresé mi disgusto a mi jefa por la asignación de actividades. Lo que me respondió me dejó sin palabras: “Mira, Nathy, debemos darles tiempo para que les guste la consulta, se nota que tienen miedo, compéndelos”.

Estaba muy molesta. Cuando yo entré al servicio social, la doctora no tuvo ninguna gota de compasión y me arrojó al ruedo desde el primer día, sin importarle si tenía miedo o si no me sentía preparada.

—¿Por qué con ellos hay que tener consideraciones? ¿por qué debería tener consideraciones con ellos si conmigo no importó si tenía miedo o no? Nunca se preocupó por mí —me dije—.

Llegué a mi casa muy molesta y le conté la situación a mi padre. Él me dijo una verdad:

—Déjalos que sigan sin hacer nada, recuerda: “la práctica hace al maestro”. Al rato, los que se arrepentirán serán ellos, porque no sabrán qué hacer con los pacientes.

Sus palabras me hicieron regresar al siguiente día con una mejor actitud y establecer límites. Me quedaba trabajando en el consultorio y dejé de subir a la oficina. Terminaba mis notas antes de mi salida, las imprimía y me retiraba.

Obviamente, la Dra. Diana percibió el cambio en mi actitud. Habló conmigo para preguntarme si sucedía algo o por qué estaba diferente. Le respondí que hacía mi trabajo y nada más.

Mi actitud con mis compañeros cambió, pero con mis pacientes no fue así. A pesar de estar muy cansada, siempre di lo mejor para su atención y siempre conté con el apoyo de mi amigo Mauricio, quien ante la situación me comprendió y apoyó incondicionalmente.

Capítulo 6 Lecciones aprendidas

6.1 La gallina sin cabeza

Mis compañeros pasantes se fueron de vacaciones y me quedé totalmente sola durante dos semanas. La doctora Diana tampoco se encontraba disponible porque estuvo tomando un curso para manejo de pacientes con diabetes y dislipidemia (colesterol y triglicéridos elevados).

Tenía que realizar todas las actividades del personal faltante y además atender los códigos mater. Un código mater se refiere a pacientes embarazadas con algún dato de alarma como salida de líquido por la vagina, edema (hinchazón) de manos y pies, visión de luces (fosfenos), zumbido en oídos (acúfenos), convulsiones, dolor en la boca del estómago, disminución de los movimientos fetales, dolor de cabeza, fiebre, náuseas o vómitos frecuentes.

Recuerdo que mientras estaba en la consulta, se escuchó un grito: —¡Doctores, hay código mater! Salí corriendo del consultorio directo al departamento de enfermería, que es por lo regular donde detienen a las pacientes embarazadas si hay alguna anomalía después de tomar los signos vitales.

Cuando llegué, ahí ya estaba la jefa de enfermeras, el médico encargado de calidad (quien me hacía la vida imposible), la Dra. Rosa médico adscrito y también una trabajadora social que ya estaba solicitando la ambulancia para la paciente. Sin embargo, ¡nadie del personal de salud estaba asistiendo a la paciente!

Entré de inmediato en la sala, busqué el Doppler para buscar el latido fetal, que afortunadamente estaba dentro de parámetros (110-160 latidos por minuto). La paciente de 48 años tenía siete meses de embarazo, era su primer bebé y el problema era que tenía su presión arterial de 160/100 milímetros de mercurio, con datos de edema en manos, pies y cara. Esto, en automático, se declara código mater, así que fue necesario trasladarla en ambulancia para un hospital que pudiera recibirla y darle el tratamiento oportuno.

Durante la exploración a la paciente, ninguno de los ahí presentes me apoyó con el llenado de la hoja de referencia. Me molesté porque parecía que el único médico

era yo. El doctor que me hacía la vida imposible no hacía más quedar vueltas como “gallina sin cabeza”. Luego desapareció y volvió con una tableta que le pidió a la paciente se colocara debajo de la lengua. Yo no sabía lo que era y él no se molestó en explicarnos. Lo supe hasta que la paciente se fue en ambulancia.

El medicamento que le colocó fue nifedipino, indicado para la hipertensión en el embarazo. En este caso la tableta de nifedipino sería efectiva, ya que estaba en una crisis hipertensiva, sin embargo, su administración sublingual está contraindicada debido a la respuesta hipotensora de difícil control. En palabras sencillas, la presión arterial baja de manera súbita y es difícil restablecerla rápidamente.

Cuando se fue la paciente del código mater, el doctor me dijo:

—Nathy, le puse una tableta sublingual de nifedipino, vas a ver que va a mejorar rápido, por favor haz la nota y yo te la firmó.

Cuando me dijo esto me puse pálida —Dios mío, ojalá y no se complique, porque ya sabía la burrada que había hecho —pensé—.

—No te preocupes, Nath, ya hiciste suficiente, yo me encargo de la nota —dijo la Dra. Rosa—.

Dejé que ellos terminaran esa nota, y me fui a continuar con las consultas, sin más contratiempos. Pero me quedé pensando en la paciente embarazada.

Pasaron escasos dos días, cuando la doctora Diana me marcó —Nath, ¿atendiste un código mater?

Muy molesta, me dijo que habían hablado del Hospital General informando que ingresó una paciente embarazada en muy malas condiciones, referida de nuestro Centro de Salud, y que desafortunadamente el bebé había fallecido y la madre estaba en terapia intensiva. Me marcó para saber lo que sucedió. Yo quedé impactada con la noticia.

Le expliqué lo que había pasado, todo lo que había sucedido, así como el tratamiento que había aplicado el doctor. La doctora me preguntó:

—¿Quién firmo la nota?

—Doctora, la firmo la doctora Rosa —le dije—.

—¿Y por qué firmó ella? Según entiendo, fue el doctor de calidad que la medicó, ¿por qué él no hizo esa nota? —preguntó nuevamente la doctora—.

—Desconozco la razón, doctora.

Desgraciadamente, esta situación me enseñó a no firmar notas ajenas. Recordemos que la nota médica es un instrumento legal que puede salvarte o hundirte de algún problema. Lamentablemente, la Dra. Rosa resultó afectada por la situación, mientras que el responsable de la medicación no tuvo consecuencias. Desconozco las represalias que sufrió la doctora.

6.2 Yo solo soy la médico pasante

La Dra. Diana era la encargada de los programas de vacunación y debía estar informada sobre cualquier situación de las enfermedades en las escuelas de la localidad. Un día mientras me encontraba en la consulta me llamó urgentemente para comunicarme que se había detectado un caso de virus Coxsackie, también conocido como “virus mano, pie y boca”, en una escuela de la localidad.

Esta infección es muy común en niños menores de 5 años, se transmite principalmente en guarderías y escuelas por la convivencia cercana. Se caracteriza por la aparición de llagas dolorosas en la boca, malestar general, dolor de garganta y lesiones en manos y pies.

El contagio ocurre por contacto con secreciones respiratorias o heces fecales. No existe un tratamiento específico, la infección remite en pocos días sin necesidad de tratamiento. Se recomienda la hidratación, y en caso de malestar, analgesia. Estos casos requieren de una estrecha vigilancia y se recomienda el uso de cubiertos desechables, el lavado frecuente de manos y la desinfección de objetos que hayan estado en contacto con el paciente.

Se había reportado al menos cinco casos en ese kínder, por ello los médicos pasantes, incluyéndome, dimos una plática sobre la prevención del virus. Preparamos los materiales necesarios audiovisuales, carteles y trípticos.

Finalmente, llegó el día de la plática, pero solo asistimos los pasantes porque la Dra. Diana no pudo acompañarnos debido a una junta importante. Llegamos con retraso a la escuela debido al tráfico, lo que visiblemente había molestado a algunos padres.

Al entrar, me dieron el micrófono —¡¡¡Ahorita me van a linchar!!! —pensé—. Respiré hondo, intentando calmar mis nervios, y comencé la plática, me mantuve tranquila, mirando a mis compañeros y buscando auxilio en ellos si lo necesitaba. Terminé la plática, agradeciendo la atención a los padres de familia. De pronto, una señora de la tercera edad se levantó gritando:

—¡El Centro de Salud no sirve para nada! Por su culpa mi nieta está en el hospital por influenza, nunca tienen medicinas, siempre están enojados y nos atienden de mala manera. La señora empezó a llorar y comenzó a ofendernos. Me quedé muda, no sabía qué hacer.

—Señora, yo no soy la culpable de esta situación, lamento mucho lo de su nieta — fue lo único que pude decir—.

Otra señora aprovechando la situación, se levantó y me dijo con furia —Yo no sé para qué vienen a dar esta plática, si de todas maneras no van a lograr que cierren la escuela, esto se va a seguir propagando.

Nadie sabía qué hacer, ni mis compañeros ni los directivos. Me torné colorada, mientras pensaba en tantas cosas, solo respondí: —Si tiene alguna queja contra el Centro de Salud puede hacerla. —Yo no puedo hacer nada porque solo soy médico pasante y en mis manos no está cerrar la escuela. Tan pronto como entregué el micrófono a la directora empezó la lluvia de quejas en su contra.

Algunos padres se acercaron a nosotros y nos pidieron que hiciéramos algo para cerrar la escuela. Mis compañeros salieron corriendo al instante, y mi amigo Mauricio afirmó: —No tenemos autoridad para hacer eso. Acto seguido, Mauricio y yo huimos del lugar, hacia donde ya se encontraban los demás.

—¿Qué onda con estos papás? —me dijo Mau—. En ese momento mi visión se nubló y exclamé: — ¡¡Yo solo soy la médico pasante!! ¡Ustedes no hicieron nada

para defenderme! —les recriminé—. Ahora me van a invitar un café y un pan para que se me quite el susto.

Mau y mis compañeros pasantes me invitaron a desayunar como compensación. Después regresamos al Centro de Salud y, como premio, la doctora Diana me dejó irme temprano.

Conclusiones

La medicina narrativa es para la medicina como el alma lo es al cuerpo. A través de historias y vivencias plasmadas con tinta, tal como lo es este trabajo, abrimos una ventana por donde exploramos un horizonte más allá del mero enfoque médico; ese horizonte nos enseña a ser empáticos, a mejorar nuestras relaciones médico-paciente y un sinfín de cosas más. La medicina narrativa hace a nuestra profesión más humana, humanista y humanitaria.

El servicio social me forzó al cambio. A través de estos once relatos plasmo la transformación que experimenté en mi camino para formarme como médico. Este encuentro fortuito despertó mi pasión por la consulta, y este amor me motivó a elegir la especialidad de Medicina Familiar, siendo aceptada en ella, gracias a Dios.

Durante este periodo de servicio social pude recordar las maravillosas experiencias que había vivido durante mis estudios de medicina. Ahora sé que estoy fascinada por todo lo que aquel año me dejó, por la metamorfosis total que significó en mi vida. Gané una confianza invaluable al interactuar con mis pacientes, lo que me permite ahora dar la consulta con seguridad. Aprendí a relacionarme con mis superiores, construí una amistad sincera y aprendí que *“la medicina sin empatía, respeto y amor por el prójimo es una medicina vacía, que solo trata la enfermedad, pero no un corazón, una esencia”*.

Aquel trabajo me dejó valiosas historias y enseñanzas para el ejercicio de la medicina y mi crecimiento como ser humano: la importancia de escuchar a nuestros pacientes y perseverar ante las adversidades.

La familia es un pilar muy importante en nuestras vidas; en mi caso mi familia fue el motor que me permitió terminar. Quiero compartirles que los sueños se cumplen y que jamás deben rendirse, incluso cuando parezca que todo está en su contra.

Bibliografía

Cacchiarelli, N., Catsicaris, C., Cúneo, M. M., Damilano, G., Dartiguelongue, J. B., De Cunto, C., Diumenjo, R., Costa, C. M. E., Firenze, L., Gigirey, C., Marc, G. P., y Usandivaras, I. (2017). Humanities in Medicine: A road to reflect on clinical practice. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(5), S99–S104. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.S99>

Carrió, S. (2006). Aproximaciones a la medicina narrativa. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 26(1), 14–19. <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/1170>

Castillo Barreto, D. (2020). Cuando la vida se va entre los guantes y el bisturí. En K. Castro (Ed.), *Relación médico-paciente. Experiencias de comunicación y relatos de medicina narrativa* (pp. 91–92). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Cervantes Cedeño, G. G. (2024). *La producción de nopal en la Delegación Milpa Alta en el periodo 2003-2022*. FES ACATLÁN, UNAM.

Charon, R. (2001). Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>

Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195166750.001.0001>

Charon, R., DasGupta, S., Hermann, N., Irvine, C., Marcus, E. R., Rivera Colson, E., Spencer, D., y Spiegel, M. (2016). *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199360192.001.0001>

Collier, K., Gupta, A., y Vinson, A. (2022). Motivating change in resident language use through narrative medicine workshops. *BMC Medical Education*, 22(1), 663. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03721-z>

DasGupta, S., y Charon, R. (2004). Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy. *Academic Medicine*, 79(4).

https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2004/04000/personal_illness_narratives__using_reflective.13.aspx

Data México. (2025). *Milpa Alta: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, salud y seguridad pública*.

<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/milpa-alta?redirect=true>

Departamento de Epidemiología, C. de S. T. V. M. A. (2024). *Informe de morbilidad de la población de Villa Milpa Alta*.

Farmer, P. (1996). On Suffering and Structural Violence: A View from Below. *Daedalus*, 125(1), 261–283. <http://www.jstor.org/stable/20027362>

Fondo Nacional de Fomento al Turismo (FONATUR). (2022). *Programa de Desarrollo Turístico Sustentable en la Alcaldía Milpa Alta de la Ciudad de México*. <https://inai.fonatur.gob.mx/Art70/FrXLI/2022/Est%20Milpa%20Alta.pdf>

Hurwitz, B., y Charon, R. (2013). A narrative future for health care. *The Lancet*, 381(9881), 1886–1887. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61129-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61129-0)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2013). *Características principales del cultivo de nopal en el Distrito Federal: Caso Milpa Alta. Censo Agropecuario 2007*.

https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/agropecuario/2007/agricola/nopal_df/CulnopDF.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Panorama sociodemográfico de Ciudad de México: Censo de Población y Vivienda 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2025). *Milpa Alta*. <https://www.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=MILPA+ALTA>

Jofré Pavez, P., Flores Benner, P., Oyanedel, R., Valenzuela Pepe, R., Gigoux Lopez, J. P., y Vergara Fisher, R. (2024). Mindful practice y medicina narrativa para educar profesionalismo médico en pregrado. *Revista Española de Educación Médica*, 5(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.605251>

Karkabi, K., Wald, H. S., y Cohen Castel, O. (2014). The use of abstract paintings and narratives to foster reflective capacity in medical educators: a multinational faculty development workshop. *Medical Humanities*, 40(1), 44. <https://doi.org/10.1136/medhum-2013-010378>

Kleinman, A. (1988). The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. En *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

López Flores, M. M., y Omaña Silvestre, J. M. (2023). Modelo de desarrollo para el aprovechamiento de nopal verdura en Milpa Alta, Ciudad de México. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 20(4), 408–424. <https://doi.org/10.22231/asyd.v20i4.1417>

Mora A, F., Flórez V, G. I., y Rovetto, P. (2014). La narrativa médica, una herramienta que humaniza. *Revista Estudios*, 31, 856–870. <https://doi.org/10.15517/re.v0i31.22733>

Rosas Jiménez, C. A. (2017). Medicina narrativa: el paciente como texto, objeto y sujeto de la compasión. *Acta bioethica*, 23, 351–359.

Ruiz Moral, R. (2024a). La Medicina Narrativa en la práctica y enseñanza médicas. *Educación Médica*, 25(2), 100925. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.edumed.2024.100925>

Ruiz Moral, R. (2024b, marzo 5). *El poder de “Contar” en medicina. Relatos de un taller docente*. <https://www.doctutor.es/2024/03/04/el-poder-de-contar-en-medicina-resultados-de-un-taller-docente/>

Ruy Pérez, T. (2013). Humanismo y medicina. *Gaceta Médica de México*, 143(3), 349–353.

Santillán-Doherty, P. (2014). Medicina, Narrativa y Ser. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(2), 102–105. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000200001

Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera (SIAP). (2023). *Anuario Estadístico de la Producción Agrícola*. https://nube.agricultura.gob.mx/cierre_agricola/

Soto-Faúndes, C., y Pérez-Villalobos, C. (2022). Profesionalismo y medicina narrativa. *Revista médica de Chile*, 150, 1234–1238.

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

Agradecimientos

“Quiero agradecer infinitamente a Dios por permitirme concluir esta etapa, así como quiero darle gracias a mis padres por el amor y apoyo que me brindaron en esta etapa tan difícil de mi vida porque sin ellos jamás lo hubiera logrado, a mi madre adorada la que siempre me levantó cuando caía y la que creyó siempre en mí, a mi padre amado que siempre será mi súper héroe y mi ejemplo a seguir, quiero darle también las gracias a mis hijas por cada beso que me dieron ya que sin ellas saberlo me curaron el corazón cuando más triste estaba y por enseñarme que el amor verdadero si existe, a mi hermosa hermana Montserrat por secarme las lágrimas y darme ánimos cuando más lo necesitaba y por recordarme siempre que soy más fuerte y capaz de lo que creo, a mi Javi mi hermano del alma por ser el protector de mis sueños y ser mi primordial soporte espiritual y a mi esposo por las veces que me secundó, me apoyó, por el amor, por las risas y por la hermosa familia que me ha ayudado a formar, gracias a mis ángeles... gracias!!!!”

Anexo I. Registro fotográfico



Fotografía 1. Pláticas informativas de prevención del cáncer cervicouterino.



Fotografía 2. Plática a padres de familia sobre el virus de coxsackie.



Fotografía 3. Plática de promoción de la salud a la comunidad.



Fotografía 4. Compañeros de la misma barca.



Fotografía 5. Participación grupal en campañas de prevención.



Fotografía 6. Actividades informativas a padres de familia.



Fotografía 7. Convivencia con mi amigo Mau.



Fotografía 8. Presentación de temas de salud en aula.



Fotografía 9. Registro de mi última asistencia en el reloj checador.



Fotografía 10. Despedida con mis compañeros. Fin del servicio social.