



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA

The background of the entire page is a photograph of a street lined with parked cars and trees. Overlaid on this is a semi-transparent rectangular box containing the title text and an illustration of a person walking. The person is a woman with short dark hair, wearing a black t-shirt, blue jeans, and black sneakers with white laces. She is carrying a white tote bag and is walking away from the viewer down the street.

La consulta: mi año como médico pasante en el Centro de Salud Santa Úrsula Coapa de 2024-2025

Nikole Arlette Borrás Olivera



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

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

La consulta: Mi año como Médico Pasante en el Centro de Salud Santa

Úrsula Coapa, Coyoacán, Ciudad de México

2024-2025

Informe final del servicio social

Médico Pasante del Servicio Social: Nikole Arlette Borrás Olivera

Matricula: 2182027650

Asesora UAM-X: Dra. Carolina Martínez Salgado

Contenido

Introducción	4
La llegada.....	7
Más que una colonia.....	11
El Centro de Salud Santa Úrsula Coapa que conocí	14
Atender bajo presión	15
Cuando oír no es escuchar.....	18
La jerarquía y el silencio	19
Autonomía y responsabilidad.....	20
El ritmo del vínculo.....	22
Entre la convivencia y la distancia	24
Más lejanos que desconocidos	28
Poniéndonos personales	33
La citología de Nikole	35
Cuando calienta el sol	36
El dolor de Adriana	38
El principio del final	39
Declaración del uso de inteligencia artificial	45
Referencias	45

Introducción

El servicio social constituye el primer escenario donde nuestra formación médica se encuentra con la realidad; es un periodo en el que dejamos de ser estudiantes para convertirnos, poco a poco, en médicos capaces de mirar, escuchar y aportar realidades clínicas, humanas y emocionales para las cuales ningún salón de clases nos prepara del todo. Durante la carrera aprendemos la anatomía y fisiología, memorizamos algoritmos diagnósticos y un sinfín de patologías; sin embargo, rara vez se nos enseña a recibir el llanto contenido de un paciente, a interpretar un silencio, reconocer el miedo en una mirada o la esperanza en un gesto (Charon, 2001). Cada vez surge más evidencia de que enseñar medicina narrativa durante la formación de un médico es eficaz para mejorar la empatía en estudiantes de medicina (Jamil et al., 2023; Yuan et al., 2023). Esto lo pude constatar personalmente al enfrentarme a los vacíos de nuestro propio entorno asistencial; fue este ejercicio de escucha y representación el que nos impulsó a buscar soluciones como la libreta digital de la cual hablaré más adelante.

Más adelante —en mi caso, no tan pronto como habría deseado— comprendí que tener conocimientos no es suficiente cuando estamos frente a una persona que no solo comunica síntomas, sino emociones, ausencias, gestos involuntarios y experiencias de vida que moldean y son parte de su enfermedad tanto como cualquier otro parámetro fisiológico (Charon, 2001).

Fue en ese contexto, que durante mi internado médico tuve la fortuna de tener como titular a la doctora Martínez quien me introdujo a la medicina narrativa de Rita Charon; Charon propone la medicina narrativa como una práctica clínica sustentada en competencias narrativas que permiten reconocer, absorber, interpretar y ser movido por las historias de enfermedad. Su propuesta se articula en tres pilares esenciales: atención, representación y afiliación (Charon, 2005). Me costó mucho trabajo, pero descubrí que estos conceptos no son abstractos, se sienten en la consulta diaria y en cada interacción con un paciente.

La atención es esa capacidad de escuchar de verdad, sin prejuicios ni presiones internas; la representación es transformar lo escuchado en un lenguaje que nos dé sentido, ya sea en la historia clínica donde podemos ponerlo más en práctica o en la escritura reflexiva, sin embargo, no todos nos damos el tiempo de hacerlo; y la

afiliación, que es el vínculo que nace cuando médico y paciente reconocen que comparten un espacio humano y no solo un problema clínico (Charon, 2005).

Recordar, revisar y escribir de mis primeras experiencias clínicas desde esta perspectiva me permitió entender que la narrativa no es solo un recurso para describir situaciones, es una herramienta para comprender al paciente como un ser humano completo. Entendí que, para poder ayudar verdaderamente a alguien, no basta con saber de la fisiopatología de las enfermedades y cómo tratarlas (Charon, 2001).

La práctica médica como la conocemos ha seguido durante décadas un modelo biomédico centrado en la enfermedad como entidad biológica, haciendo de lado la dimensión narrativa del padecimiento. Gracias a esto surge la pregunta: ¿Qué sucede cuando el relato del paciente no es plenamente escuchado ni representado? ¿Qué consecuencias tiene para la relación - atención clínica?

Debemos aprender a escuchar sus historias, identificar e interpretar sus emociones, comprender su contexto y acompañarlo en la manera en que él mismo entiende y vive su padecimiento, sin embargo no es algo que enseñen en una clase formal durante la carrera de medicina; una vez siendo consciente de esto, la entrevista clínica o interrogatorio dejó de ser para mí un listado eterno de preguntas obligatorias y se convirtió en un encuentro humano donde el paciente narra —de la única forma que sabe— su versión de lo que está viviendo y yo escucho —pero de verdad escucho— lo que me cuenta. Fue durante la redacción de este trabajo que surgió una profunda consciencia sobre el proceso recorrido; solo al dar forma a estas líneas logré dimensionar el valor de aquello que, con esfuerzo, se cultivó durante estos años de formación; entendí que los pacientes revelan información elemental no sólo en las palabras que salen de sus bocas, sino en cómo lo dicen: en sus pausas, su tono de voz, en el color de su piel cuando entran ansiosos, a veces en un olor que habla de condiciones, en su postura encorvada o en un semblante que carga días de angustia (Charon, 2005). Estas señales no son detalles insignificantes, más bien forman parte de su historia, de la narrativa que necesitan compartir. La medicina narrativa me enseñó a prestar atención a esas pequeñas pistas que, juntas, construyen un retrato más completo del paciente. Con el tiempo comprendí que escuchar no siempre significa entender. Esta diferencia fue reveladora. Hay historias que pasan frente a nosotros sin tocarnos, y hay otras que, si realmente las escuchamos, nos transforman, nos impactan, nos obligan a repensar lo que creemos saber. Descubrí que escribir después de una consulta me permitía ver lo que no había comprendido en ese

momento: los detalles que pasé por alto, las emociones que no percibí, mis propias reacciones. La escritura, como lo plantean Charon y Hermann (2012), es un acto de representación que da forma a la experiencia y permite revisarla desde un lugar más claro, más honesto.

El servicio social me reveló mis propias limitaciones, hubo días en los que el cansancio, la frustración o mis propios prejuicios nublaban mi capacidad de atención. Me di cuenta de que, a pesar de que creía escuchar, en realidad no siempre estaba oyendo lo que los pacientes intentaban decirme. Reconocerlo fue difícil, pero muy necesario. Fue el punto de partida para mejorar no solo mi práctica clínica, sino mi capacidad de empatizar y afiliarme con quienes confiaron en mí durante su enfermedad. Comprendí que la medicina narrativa exige una revisión constante de uno mismo, una humildad activa para identificar aquello que necesitamos trabajar para cuidar mejor a los demás. Asimismo, descubrí que la narrativa no se limita al espacio médico-paciente; también transforma la relación que tengo conmigo misma, con mis colegas y con la comunidad a la que pertenezco. Narrar y compartir lo aprendido se volvió una forma de otorgar sentido a lo vivido y, al mismo tiempo, de contribuir a la formación de otros. El servicio social me permitió ver el valor de transmitir experiencias, errores, aciertos e historias que pueden orientar a quienes están recorriendo el camino que yo recorrí un año antes y tomar estas experiencias para continuar con mi formación como médica.

Por todo ello, el objetivo del presente trabajo es explorar, comprender y representar mi experiencia durante el servicio social a través del marco de la medicina narrativa. Mi propósito no es únicamente relatar acontecimientos, sino analizarlos de la manera más cercana posible a los conceptos de Charon y mostrar cómo la escucha profunda, la escritura reflexiva y la afiliación pueden transformar la práctica médica y contribuir a la formación de un médico más humano, atento y sensible (Charon y Hermann, 2012). Este trabajo es, en esencia, un nexo entre la ciencia y la narrativa, entre la técnica y la empatía, entre la enfermedad y la historia. Es, finalmente, el testimonio de cómo un año de servicio social puede convertirse en un aprendizaje que trasciende lo clínico y se adentra en lo humano.

La llegada

La primera vez que llegué al centro de salud aún éramos yo y las ideas que tenía (la de mis padres, la de la ciudad, la del miedo) enfrentándonos a la realidad; no era el día oficial de presentarme, de hecho ese mismo día había sido el acto público donde seleccionas plaza de servicio social. En mis planes no estaba elegir ese centro de salud, por lo que sin duda alguna mi servicio social iba a ser toda una experiencia. Estaba muy asustada, sentía ese nerviosismo que no había sentido desde aquel primer día que entré a la carrera, pero también me sentía feliz y emocionada por la nueva etapa o logro desbloqueado en la vida.

A pesar de haber nacido en la Ciudad de México, no había estado en la colonia de Santa Úrsula Coapa más que de paso, pero aún así mis padres la catalogan como “fea y peligrosa” hasta la fecha, mi madre cuando pasa por ahí evita detenerse. En general, vivir en la Ciudad de México te condiciona a estar alerta siempre, dudar de todas las personas, desconoces si la persona que se acaba de subir va a asaltar el transporte público, o si el que tienes a lado te va a bolsear y robar algo. Muchos hemos sido condicionados a tener esa hiper vigilancia, a estar siempre alerta de lo que nos rodea por el potencial peligro con el que nos podríamos encontrar. Para lograr sumergirnos en la medicina narrativa Charon se pregunta: “¿Cómo se vacía uno de sí mismo o al menos se suspende el yo para convertirse en un recipiente receptivo para el lenguaje y la experiencia del otro?” (Charon, 2005, p. 263). En ese momento yo aún no lo descubría.

La colonia Santa Úrsula me hacía sentir insegura gracias a las opiniones de mis padres, pero esta sensación cambiaría durante este año en el que estuve casi todos los días ahí. Al momento de llegar por primera vez al centro que sería mi lugar de trabajo por un año pasaron por mi cabeza mil preguntas: “¿Qué tal que no me llevo bien con mis compañeros?”, “¿habrá pacientes?”. Me sentía asustada, nerviosa, feliz, emocionada, sin expectativas y con sensación de soledad. En mi cabeza constantemente se pelean las emociones justo como en la película de *Intensa-Mente*. En este caso, el sentimiento que predominó fue la ansiedad, esa sensación que te hace sentir débil, como si estuvieras mareada, con el cuerpo adormecido y la cabeza pesada. En los oídos sientes cada latido de tu corazón, en el pecho parece que tu corazón quiere salir corriendo. A pesar de sentir que me ahogaba en un vaso con agua no permití que ese sentimiento me venciera y decidí probar la ruta del camino

que tomaría todos los días durante mi año de servicio antes de iniciarlo. Una de mis mejores amigas fue quien me incitó a probar la ruta, ya que ella vivía por la zona y la conocía mucho mejor que yo, así que nos encaminamos al centro de salud. Tomamos una combi —casi nunca viajo en transporte público ya que he tenido malas experiencias— que sale del metro CU. La estación es prácticamente la base de muchos camiones y combis, para alguien que no suele usar el transporte público, puede llegar a ser abrumador. Tenía miedo de perderme o, irónicamente, de confundirme al momento de subirme o bajarme de la combi. Y esa ironía se hizo realidad porque en el transcurso del año, a pesar de que subí a la misma combi todos los días por la misma avenida, casi siempre me confundía y me bajaba dos o incluso cuatro cuadras más lejos.

Santa Úrsula Coapa no es la colonia más fea ni la más bonita que conozco; la veo como una colonia con calles que parecen montañas rusas. Ese primer día la caminata de subida a la calle de San Pascasio ni se sintió, iba feliz con mi amiga platicando de nuestro futuro y las expectativas que teníamos de este. Al terminar la cuadra que parecía un cerro, en la esquina de la calle, a mano derecha, se encontraba el centro de salud. Al principio no logré identificarlo porque solo se veía el techo, ya que un poco menos de la mitad del centro de salud está construido cuesta abajo en la mera esquina. Por afuera tenía un enrejado oxidado blanco, las paredes eran blancas con franjas verdes. Al acercarme confirmé que había llegado a mi destino, vi una rampa larga que bajaba por el lado izquierdo y del lado derecho unas escaleras con aproximadamente once escalones, a unos tres metros de terminar las escaleras — que terminan antes que la rampa— a mano derecha está la entrada al edificio enano rectangular, así que, había llegado a mi destino.

Al entrar, un policía recargado en su escritorio me preguntó que a dónde iba, a lo cual temerosamente respondí que formaba parte de los nuevos médicos pasantes que se iban a integrar. Sin hacer más preguntas me dirigió a la oficina de la directora. El área de archivo que es un cubículo grande, es lo primero que ves después del policía al entrar al centro de salud, ésta divide al centro de salud en dos, el área administrativa que es la del lado derecho y el área de consultorios, la del lado izquierdo. La verdad, ese día no tenía intenciones de presentarme con la directora, sin embargo, el policía ya me había medio encaminado a la oficina. Era una oficina pequeña con el escritorio a la mitad de ella, que siempre tenía un jarrón grandote con flores. Lo primero que vi al tocar la puerta — estaba abierta siempre — fueron las flores que despedían un olor

que llegaba hasta el área de archivo. Al lado del jarrón vi a la directora, una mujer alta, delgada y con cabello largo y negro, que alzó su ceja y me preguntó —¿En qué te puedo ayudar?

Y así fue como, sin quererlo mucho, me presenté. No iba ni mentalmente preparada, ni siquiera con el atuendo adecuado para generar una buena primera impresión, iba con pantalón de mezclilla, tenis, una playera color rojo intenso, despeinada, cara apenas lavada y sin maquillaje. Aún así, la directora me presentó con la jefa de atención médica a quien llamaremos “A”. Ella sería la encargada de los pasantes en ese ciclo escolar, su oficina estaba frente al archivo, era un pasillo largo y angosto con dos escritorios y computadoras, se veía bastante amontonado pero a esa pequeña oficina llegaría a saludar todas las mañanas por un año a la doctora “A” y al epidemiólogo de la unidad a quien llamaremos “B”. Ese día “A” me medio presentó (muchos estaban dando consulta y tenían paciente) con los doctores que hay en el centro de salud. El centro es un lugar pequeño con el área clínica integrada por cuatro consultorios más sala de espera y tres oficinas de enfermería, del lado izquierdo, y al lado derecho el área administrativa más el área de atención dental. Así me presenté al centro de salud el mismo día de haber escogido plaza, sin siquiera habérmelo propuesto. Ese día no recuerdo haber visto gente en la sala de espera, lo cual se me hizo extraño ya que eran aproximadamente las 11 de la mañana.

Ahora entiendo que aquel primer día no estaba en condiciones de atender realmente el entorno ni a las personas que lo habitaban. Mi realidad estaba mediada por la ansiedad y por narrativas previas sobre la colonia. La hipervigilancia que creía dirigida al exterior era, en realidad, un reflejo de mi propio estado interno. Mi percepción inicial estaba filtrada por narrativas heredadas y creadas por mi y por la ansiedad de no saber si sería suficiente. Solo cuando esa saturación comenzó a disminuir pude empezar a mirar Santa Úrsula Coapa más allá de los prejuicios.

Figura 1. Yo en el primer día que me presenté al centro de salud



Fuente: Fotografía tomada por María José (mi amiga).

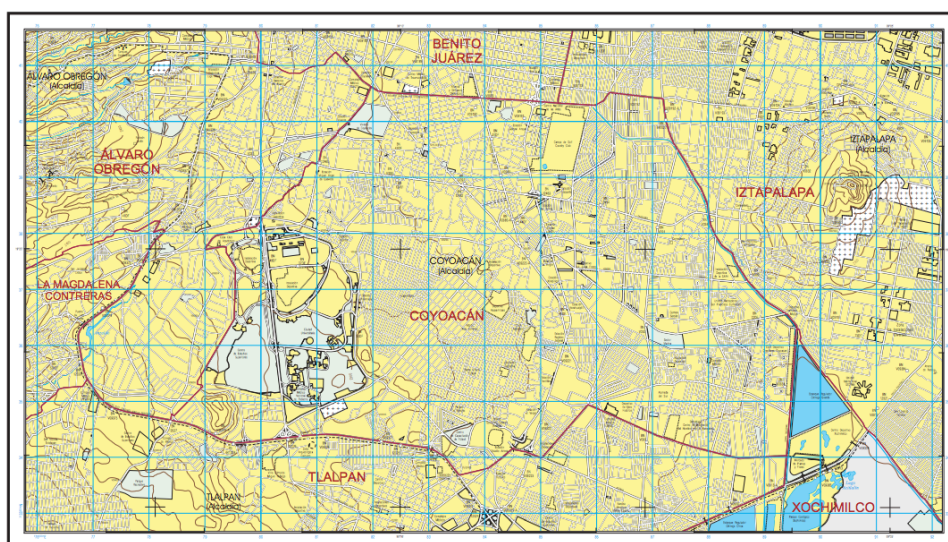
Más que una colonia

Una vez que comenzó a bajar mi ansiedad pude ver con mayor claridad a Santa Úrsula Coapa. Conocer el contexto en el que se ejerce la medicina en el primer nivel de atención es fundamental para entender no solo las enfermedades que se presentan, sino la forma en que estas se viven. Así que en este capítulo describiré lo que considero fundamental para introducirse a ese contexto.

El Centro de Salud T-II Santa Úrsula Coapa se encuentra ubicado en una colonia que, de acuerdo con el registro de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia [AMAI] 2024, alberga aproximadamente 10,400 habitantes distribuidos en 2,880 viviendas, con una densidad poblacional cercana a 849 habitantes por kilómetro cuadrado. La edad promedio es de 31 años, y la escolaridad promedio alcanza los 10 años cursados, lo que refleja una población predominantemente joven-adulta con educación básica y media (MarketData México, s.f.).

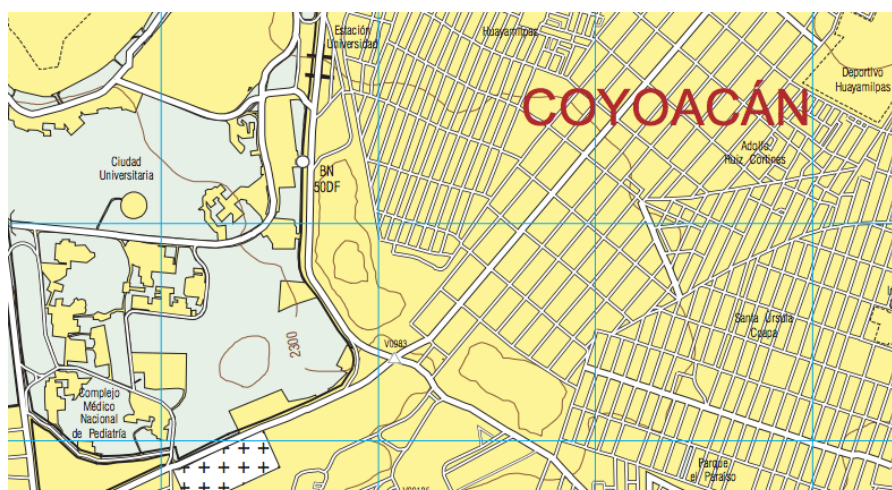
Según la información consultada, cada hogar tiene un ingreso estimado de \$18,900 pesos mensuales, equivalente a \$5,210 pesos por persona, clasificando a la zona dentro de un nivel socioeconómico D+ (MarketData México, s.f.). De acuerdo con la AMAI, este nivel se caracteriza por escolaridad básica predominante, viviendas con dos dormitorios como máximo en la mayoría de los casos y una adopción tecnológica limitada: solo el 57% de los hogares cuenta con conexión fija a internet, lo que impacta directamente en el acceso a información en salud y en la posibilidad de seguimiento digital (AMAI, s.f.). Sin embargo, la heterogeneidad socioeconómica de la colonia es muy grande y hay muchos hogares con menores niveles de ingreso que el promedio. Más allá de los datos, Santa Úrsula Coapa se mostró ante mis ojos como una colonia dinámica y como una comunidad. La mayoría de los pacientes que atendí habita en los alrededores inmediatos del centro de salud, por lo que gran parte de ellos acudía caminando o en transporte público. No era raro ver a madres con carriolas, cargando mochilas o pañaleras pesadas, adultos mayores apoyados en bastones o paseando a sus perros o estudiantes con mochilas cruzando la calle para llegar a consulta, y perritos que no son callejeros que te saludaban todos y cada uno de los días que ibas subiendo esa cuadra para llegar al centro de salud. A la vuelta del centro se encuentra una universidad, lo que también explica la presencia constante de población joven en la zona.

Figura 2. Mapa de la Alcaldía Coyoacán en 2024.



Fuente: INEGI. (s.f.). *Mapa topográfico municipal: Coyoacán, Ciudad de México*
[Mapa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espano/bvinegi/productos/geografia/imagen_cartografica/map_top_municipal/794551123553_geo.pdf

Figura 3. Acercamiento de Santa Úrsula Coapa.



Fuente: INEGI. (s.f.). *Mapa topográfico municipal: Coyoacán, Ciudad de México*
[Mapa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espano/bvinegi/productos/geografia/imagen_cartografica/map_top_municipal/794551123553_geo.pdf

En las calles que rodean al centro de salud abundan pequeños negocios familiares: tiendas de abarrotes instaladas en cocheras, papelerías improvisadas en salas adaptadas, puestos ambulantes de comida, talleres mecánicos y ventas ambulatorias en la vía pública. Esta economía informal forma parte del paisaje cotidiano y refleja la necesidad de complementar ingresos en hogares donde el margen económico es limitado.

En la consulta, estos elementos cobran significado. La proximidad al centro de salud facilita la asistencia, pero también evidencia que muchas veces el acceso no depende únicamente de la distancia física, sino de la disponibilidad de tiempo, recursos y prioridades familiares. La escolaridad promedio influye en la forma en la que las personas se explican los diagnósticos y tratamientos; el nivel socioeconómico condiciona la adherencia terapéutica y la posibilidad de adquirir medicamentos fuera del cuadro básico; el acceso limitado a internet dificulta el seguimiento remoto o la consulta de información confiable.

Desde la perspectiva de la medicina narrativa, el entorno no es un simple escenario geográfico: es parte constitutiva de la historia de cada enfermedad. Cada trayecto a pie hacia el centro de salud, cada puesto ambulante que rodea la cuadra, cada vivienda compartida por varias generaciones forma parte de la narrativa social que antecede al motivo de consulta. Entender Santa Úrsula Coapa implicó para mí reconocer que la práctica médica no se ejerce en un vacío clínico, sino en un territorio concreto, entendí que la historia de la enfermedad no empieza a existir en el consultorio, comienza mucho antes, con las dinámicas sociales, económicas, educativas y culturales que influyen directamente en la manera en que las personas comprenden y viven su salud y sus enfermedades.

El Centro de Salud Santa Úrsula Coapa que conocí

El centro de salud Santa Úrsula Coapa es un T-II, es decir, cuenta con los seis núcleos básicos de atención: medicina general, enfermería, trabajo social, promoción a la salud, prevención de enfermedades y epidemiología, más servicios de odontología. A primera vista, no parece que cuente con tantos servicios porque es un edificio de un solo nivel, de unos 160 m², cuya disposición parece sencilla y funcional. El espacio se organiza de manera rectangular: como antes lo describí, en la periferia de uno de los extremos del inmueble se distribuyen los cinco consultorios médicos, tres ubicados en la parte frontal y dos en la parte posterior del edificio. En el área central, del lado izquierdo se encuentra la sala de espera, rodeada de los consultorios que describí anteriormente. La sala de espera está conformada por aproximadamente cinco filas de bancas, donde los pacientes esperan su turno y a veces comparten historias, preocupaciones y silencios que forman parte del contexto cotidiano del centro.

La población atendida proviene principalmente de colonias populares, como antes describí, con un nivel socioeconómico predominantemente medio-bajo, pero con características mixtas, algunos pacientes llegaban en sus autos lujosos y otros llegaban caminando o en transporte público. Durante mi servicio social los grupos etarios que acudieron a consulta con más frecuencia fueron niños y adultos entre 20 y 59 años, lo que se reflejaba en una alta demanda tanto de la consulta pediátrica como de atención al adulto (Borrás Olivera et al., 2024a). Los usuarios principalmente eran estudiantes o empleados, muchos con jornadas laborales extensas que determinaban el momento y la frecuencia con la que iban a consulta (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2023). Un aspecto relevante del contexto social fue que aproximadamente 62% de los pacientes no contaban con afiliación al IMSS ni al ISSSTE, por lo que el centro de salud representaba su principal – y en muchos casos único — punto de acceso a servicios médicos. El resto de la población sí contaba con algún tipo de seguridad social, pero optaba por acudir al centro de salud tal vez debido a la cercanía, la accesibilidad o la percepción de una atención más ágil (Borrás Olivera et al., 2024a).

Las infecciones respiratorias y las enfermedades crónicas fueron los motivos de consulta más frecuentes (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2023). Durante mi servicio social, uno de los aspectos que más me impactó fue la dificultad recurrente

de los pacientes para adquirir medicamentos, incluso dentro del propio centro de salud, debido al desabasto, así como la escasa información que muchos tenían sobre sus enfermedades y sobre medidas de prevención. Estas condiciones evidenciaron que el abordaje médico no podía limitarse al diagnóstico y tratamiento farmacológico, sino que requería una comprensión más amplia del contexto social del paciente y un esfuerzo constante por educar, acompañar y construir conocimiento compartido desde la consulta.

Atender bajo presión

En mi primer día oficial como médico pasante del servicio social, la doctora “A” me mandó al consultorio 2. Así, sin previo aviso de introducción al servicio social ni nada, fue como conocí a la doctora con quien estaría rotando mi primera semana, a quien le pondremos de sobrenombre “C”, una mujer delgada, de 1.46 m de estatura, unos 65 a 70 años de edad, de tez clara, cabello corto y blanco como la nieve, con lentes rectangulares. Ese día recuerdo haber pensado: “siento que estamos dando la consulta muy lento” y sí, miraba el reloj y veía cómo pasaba el tiempo y sentía que habíamos tardado mucho con un solo paciente. Pero eran las 11 de la mañana y habíamos visto 6 pacientes, vaya sorpresa que me llevé al darme cuenta que ya habían dado las 12 de la tarde y la sala de espera del centro de salud ya se encontraba vacía.

Ese primer pensamiento —“Vaya qué lento damos la consulta”—, para el final del servicio social cambió por completo. Durante semanas me sentí extraña, como la típica estudiante que se sienta a lado del médico adscrito detrás del escritorio, con muchas preguntas pero sin la confianza de interactuar con el paciente. En mi mente me visualizaba como un perrito chihuahua pequeño y tembloroso que no servía más que para arruinar la receta del paciente. Sentía miedo por todo. Lo nuevo y desconocido al principio genera miedo. Sin embargo, aprendí que con el tiempo dejamos de temblar y empecé a ver con más claridad que el mundo no es ese lugar enteramente cruel que me habían dicho, y poco a poco —que sí se siente eterno— lo vamos conociendo, así como nos vamos conociendo a nosotros mismos.

La dinámica con la doctora “C” estaba basada en una relación con la enfermera “A”, quien tenía vista de águila, siempre era la primera en saber cuando un paciente llegaba al centro de salud, entonces nos notificaba cuántos pacientes y más o menos

por qué venían a consulta, a algunos pacientes “clientes frecuentes” ella ya los conocía y sabía que iban mes con mes por sus medicamentos para sus enfermedades crónico degenerativas.

Recuerdo muy bien un lunes, eran las 11 de la mañana y la enfermera “A” notificó la llegada de un niño de 8 años acompañado de su tío para retiro de puntos. La doctora “C” volteó a verme y me preguntó —¿Sabes retirar puntos? —, yo con toda la iniciativa y nerviosa respondí que sí —mentira no era—. A la doctora “C” no le gustaba realizar procedimientos porque en ocasiones se le dificultaba por la vista, y cuando no estaba acompañada por un pasante, prefería pasar el paciente a otro consultorio. Yo quería ver a Josué (nombre ficticio, como haré en el caso de todos los pacientes para proteger la confidencialidad). De lejos había visto que traía cubierto el brazo, así que supuse que lo habían operado. Pensé: “¿por qué no?, he retirado puntos en el internado”. La realidad era que jamás había retirado puntos a menores de edad, y mucho menos en el codo, cosa que al principio me puso nerviosa, pero dejé mi miedo de lado y me enfoqué en obtener la información necesaria de nuestro paciente.

El tío nos proporcionaba información incompleta y confusa. Nos comentó que antes de traerlo al centro de salud lo había llevado al hospital donde lo operaron y los enfermeros en el área de retiro de puntos dijeron que no contaban con el material necesario para hacerlo, por lo que lo refirieron al centro de salud. La doctora “C”, ya convencida de lo que se tenía que hacer, me indicó iniciar con el retiro de puntos de Josué y le comenzamos a descubrir el codo. Para sorpresa de todos, no era una cirugía común, pues le habían colocado clavos Kirschner que le sobresalían del codo. Josué, al ver los clavos, se impactó y comenzó a llorar. Entre la enfermera “A” y yo lo intentamos tranquilizar, me imaginé que ser un niño de 8 años y ver clavos que sobresalían de mi codo debió ser impactante. Tras calmar su inquietud, en cuanto pude, comencé con la limpieza de los puntos con agua, jabón y gasas. Ese codo había estado cubierto desde la fecha de cirugía, dos semanas atrás, hasta ese momento, así que sabía que iba a encontrarme con costras adheridas a las gasas, costras que intenté frotar suavemente para despegarlas de los puntos de sutura. Una vez limpia la herida decidí echarle lidocaína en spray, cosa que usualmente no aplicamos para el retiro de puntos, sin embargo, le pedí a la enfermera “A” la lidocaína en spray, le expliqué al niño que iba a sentir movimientos como pequeños jalones en su brazo pero que no debería sentir dolor gracias a ese spray “especial”. Él solo asintió. Decidí cortar todos los puntos primero, ya que cortarlos no genera ninguna sensación

extraña, pero cuando comencé a retirarlos Josué se asustó y comenzó a moverse, patear y gritar. Como pudieron, entre el tío, la Dra. “C” y la enfermera “A” lo contuvieron para que yo retirara todos los puntos previamente cortados. Cuando nos quitan puntos de sutura se siente un jalón que se origina en lo profundo de la piel y termina más superficial, incluso con anestesia la sensación del “jaloneo” iba a estar presente.

La realidad es que fueron pocos puntos, cosa aparentemente fácil, pero para todos en ese consultorio se sintieron como si hubieran sido 20 minutos de pura tortura. Al terminar de retirar los puntos volvimos a colocarle su férula a Josué, lo tranquilizamos y finalizó la consulta. Siento que después de ese evento traumatizante, especialmente para Josué, pero también para todos los presentes en el consultorio, tanto la doctora “C” como yo sentimos más confianza en mí para los procedimientos. Después de eso, me permitía hacerlos sin dudar de mi capacidad.

Figuras 4 y 5. Clavos sobresaliendo en el codo de Josué.



Fuente: Foto tomada por la enfermera “A”.

Cuando oír no es escuchar

Conocí a la doctora “D” a las 4 semanas de haber iniciado mi servicio social, cuando me enviaron a su consultorio. En esos días, llegó a la consulta Agustín (como todos, el nombre es ficticio), un señor de unos 67 años a quien ella le había mandado a realizar una radiografía por presentar dolor abdominal. Al entrar al consultorio se veía la cara de Agustín con mucho dolor. La enfermera procedió a tomarle sus signos vitales y él con facies dolorosas y tono de voz baja dijo: “doctora aún no logro... disculpe lo que voy a decir, pero aún no puedo hacer popó”. Yo, sin conocerlo previamente, utilicé toda mi energía pensante para unir los hilos de lo que estaba sucediendo, y comencé a leer la nota médica previa. Para mi sorpresa, no era tan descriptiva como esperaba. La doctora interrumpió mis pensamientos y me preguntó: “¿Qué le ves a la radiografía? Es que yo soy muy mala para las radiografías, ay, yo creo que ya debería meterme a un curso”. Me quedé confundida, yo considero que interpretar radiografías de abdomen y tórax no son mi fuerte. Pensé: “¿Cómo voy a saber más yo que ella, que tiene más años de experiencia?” Después de mi silencio, porque no le respondí, me pidió revisar al señor Agustín, quien refería llevar cinco días sin poder evacuar. Lo encontré con mucosa oral deshidratada, faringe eucrómica, no palpé adenomegalias cervicales, a la auscultación precordio con frecuencia cardíaca aumentada, adecuado tono e intensidad, abdomen plano, de consistencia rígida, sin dolor a la palpación superficial, dolor a la palpación profunda, se comprime fosa iliaca derecha sin signos de dolor, sin datos de irritación peritoneal, marco cólico con predominio de matidez, con peristalsis disminuida pero presente, extremidades íntegras y sin edema, llenado capilar inmediato.

Al mismo tiempo que le comentaba los resultados de mi exploración, la doctora “D” escribía su nota en la computadora. Decidió enviarlo nuevamente a urgencias por sospecha de obstrucción intestinal. Le entregó la referencia a don Agustín y le explicó sus conclusiones. Cuando se retiró el paciente me dijo: —Ay, la verdad no sé qué tenga, pero por cualquier cosa siempre es mejor mandar los dolores abdominales a urgencias—. En ese momento sinceramente no dije nada, solo le envié la imagen de la radiografía a mis mejores amigas, quienes no están en el mismo centro de salud que yo, y les dije: —Ayuda, ¿qué ven? —, no fue sorpresa cuando una de ellas, después de horas, me respondió: —pues mucha popó, pero no se ven niveles

hidroaéreos—. En mi mente se prendió un foco imaginario y pensé: —Torpe, ¿cómo va a poder hacer del baño? el señor Agustín, recién jubilado, con diabetes e hipertensión más su polifarmacia por dolores propios de la edad, quien por la reciente jubilación dejó de movilizarse como antes lo hacía y, para acabar, no le gusta el agua, lógicamente ha de tener un tránsito intestinal lento. Le hubiéramos indicado un enema si el tratamiento de la doctora no había funcionado aún.— Ahora pienso que tal vez no escuché a don Agustín, pero sí oí lo que dijo, porque me lo contó, expresó su tristeza y aburrimiento por no estar trabajando, entonces si yo hubiera dejado de lado mis pensamientos, sentimientos y prejuicios, tal vez podría haberle sugerido algo diferente a la doctora “C” y no unirme al plan de “derivar al paciente porque la realidad es que no sé qué es lo que tiene”.

Figura 4. Radiografía de abdomen del Sr. Agustín



Fuente: Foto tomada por la autora.

La jerarquía y el silencio

Al comienzo de mi rotación con el doctor “O”, sentía que no me quería en el consultorio, ni me dejaba explorar a los pacientes. Pero para mi sorpresa, terminó siendo el médico que más me enseñó en mi año de servicio social. Un día como cualquiera en el que se da la consulta general vino Elena (nombre ficticio), una paciente de 48 años que acudía por sentirse cansada. No era la primera vez que la veíamos y traía los laboratorios que le habíamos solicitado. Revisamos sus datos de laboratorio y observamos que tenía anemia grado II de acuerdo a la OMS. Una vez identificada una anemia, usualmente para corregirla hay que investigar su causa. “Las

anemias más comunes son las producidas por falta de hierro”, se lee en Delgado et al., 2023. A pesar de lo anterior, el doctor “O” creyó que en este caso la causa de su anemia eran sus periodos menstruales “abundantes”, con lo que yo estuve en desacuerdo porque al interrogar a Elena me dijo que su periodo le duraba dos días y no tenía flujo abundante. Como antecedente importante mencionó que sufría de colitis. Ahí mismo, en ese momento, frente a Elena, el doctor “O” decidió poner a prueba mis conocimientos y me preguntó: “¿Dónde se absorbe el hierro?” a lo que respondí “en duodeno”, y el doctor me dijo: “mejor ponte a estudiar, es en el íleon”. En ese momento me sentí tan microscópica como una pulga, no me quedó más que hacerle la receta a Elena y quedarme callada. Sin embargo, como se documenta en Muir y Hopfer (1985): “el hierro puede absorberse a lo largo de todo el intestino, su absorción es más eficiente en el duodeno y la parte alta del yeyuno.”

Yo estaba también en desacuerdo con el doctor acerca de la causa de la anemia de Elena, para mí la causa de su anemia grado II no era su periodo menstrual, consideraba que había que investigar más a fondo y no descartaba algún problema de malabsorción intestinal. Pero el doctor “O” tomó mi opinión (que le dije cuando Elena estaba en la mesa de exploración) como que yo estaba poniendo a prueba sus conocimientos.

Al final, como en el servicio social la mayor parte del tiempo nos mandaban a ferias de salud o nos cambiaban de consultorio constantemente, no llegué a saber cuál fue la evolución de Elena. Pero recuerdo que un día que caminaba por la sala de espera la ví y le pregunté cómo seguía, cómo se sentía, y ella me respondió que aún tenía dolores de cabeza y cansancio, pero que sentía que cada vez iba mejor.

Autonomía y responsabilidad

Yo no conocía a la doctora “F”, solo sabía lo que mis compañeros comentaban. Decían que a veces lo único que hacía era repetir las recetas previas a los pacientes y mandar indometacina a los adultos mayores que se quejaban de dolor. La verdad no tenía idea de cómo era. Pero un día nos mandaron a una feria de salud de planificación familiar, donde por primera vez coloqué un implante de doble varilla. Se lo puse a Margarita (nombre ficticio), una mujer de unos 34 años que lo había solicitado. En esta feria no nos habían facilitado un consultorio adecuado, pero si un “Medibus”, así que ahí sería donde le colocaría el implante. El “Medibus” es un camión

como esos en los que venden helados, estacionado bajo el rayo del sol. Antes de entrar a colocarle el implante, entre mis compañeros y yo le dimos la información que consideramos necesaria sobre el implante subdérmico, y una vez preparadas las cosas fui a avisarle a la doctora que Margarita estaba lista para el procedimiento. Ella me preguntó que si podía colocarlo, yo le respondí que sí, puesto que ya había ido yo a una capacitación de colocación de implante de doble varilla. Lo que no me esperaba es que la doctora no entrara conmigo a supervisar el procedimiento. Me encaminé con Margarita al “Medibus”, un camión para el cual debes subir dos altos escalones y al entrar tiene una mesa de exploración a lo largo del camión, con poco espacio a sus dos lados. Acomodé las cosas necesarias para el procedimiento encima de un banco, y previa firma de consentimiento informado de Margarita, comencé. Un pequeño detalle que, cabe a resaltar y que obvio no le comenté a Margarita, era que yo jamás había puesto un implante de doble varilla y a ella nunca le habían puesto uno. Yo había puesto implantes de una varilla, varios de ellos, pero nunca uno de doble varilla. Limpié la cara anterior del brazo, apliqué 0.5 ml de lidocaína con una jeringa y aguja de insulina, esperé unos minutos antes de introducir el trocar, que es diferente al de una varilla, que tiene un sistema de liberación del implante automatizada. Introduje el trocar y observe la “tienda de campaña” que se debe ver para después insertar el tubo aplicador que empuja al dispositivo al mismo tiempo que yo tenía que jalar del trocar para que, sin salirme del primer lugar de incisión, hiciera una redirección del trocar e introdujera el segundo implante y otra vez lo empujara, simultáneamente con el tubo aplicador y retirando el trocar. Los implantes quedaron colocados en el brazo, ambos se sentían, tal vez uno un poco más profundo que otro pero ambos se encontraban debajo de la piel. Como parte del procedimiento de colocación de todos los implantes, le pedí a la paciente sentir su brazo para que ella confirmara que ambos implantes se encontraban dentro, le vendé el brazo y le di indicaciones de seguimiento, ella se fue contenta con su método de planificación familiar. Pero yo me quedé asustada por no haber tenido supervisión y temerosa ante la posibilidad de que algo que no debía pasar hubiera sucedido. Después de comentar lo sucedido con la jefa de atención médica, la doctora “A”, me quedé más tranquila, ya que me hizo entender que parte de ser médico es hacer las cosas por primera vez, hacerlas bien o hacerlas mal, pero es elemental aprender de la situación y crecer con cada una de ellas.

El ritmo del vínculo

La doctora “G” era una médica querida por sus pacientes. Cada vez que uno de ellos entraba al consultorio y la saludaba, veía algo particular en esas interacciones: una confianza inmediata, un reconocimiento casi afectivo que se logra solo cuando el médico ha sabido escuchar, sostener y acompañar. Sus pacientes la percibían como una persona paciente, amable y genuinamente empática. No era necesario que lo expresaran, se veía cuando las madres relajaban los hombros al verla, como si por fin encontraran a alguien que entendiera la preocupación que llevaban arrastrando varios días.

Para mí, que cuando la conocí apenas estaba empezando el servicio social, esa dinámica fue reveladora. Me di cuenta de que la consulta pediátrica tiene su propio ritmo, pausas largas, silencios que no incomodan, explicaciones sencillas para que la familia comprenda, la doctora “G” tenía talento.

A mi no me gustaba ver a los niños en la consulta, ya que me tardaba mucho, sobrepensaba el tratamiento y me sentía como cuyo en tómbola, es decir, entraba en desorientación operativa donde el rigor de los cálculos y las dosis respondía a una dinámica que me sobrepasaba, dejándome sin un eje claro de acción cuando de dosis y cálculos se trataba. Atender a un niño implica entrar a un universo completamente diferente, requiere de escuchar dos narrativas simultáneas: la del pequeño paciente, con sus gestos, miradas, temores o risas; y la de los padres, cargada de ansiedad, expectativas y una necesidad inmensa de sentirse acompañados y entendidos. No todos los médicos disfrutaban este doble desafío. A mí casi no me tocaba ver niños extrovertidos, todo lo contrario, eran tímidos y parecía que solo con mi mirada los hacía llorar. No tengo una anécdota tan vívida como me gustaría, pero sí conservo el recuerdo de una madre entrando al consultorio con una pequeña de aproximadamente tres años. La niña se refugiaba detrás de las piernas de su madre, apenas asomando el rostro para observarnos. Su lenguaje corporal parecía decir que ese no era un lugar seguro para ella. La madre comenzó a explicarnos a la doctora “G” y a mí el motivo de consulta. Mientras ella hablaba, yo intentaba establecer algún vínculo con la niña, así que me agaché ligeramente para quedar a su altura y, con la intención más simple y genuina, le pregunté cuál era su color favorito. En mi mente, esa pregunta era una invitación a salir del miedo, una forma de decirle que no todo en ese espacio tenía que doler, pero creo que, ante sus ojos, yo ya representaba algo

muy distinto. Probablemente no me veía como una joven médica tratando de conectar, sino la clara figura que asociaba con inyecciones, vacunas y revisiones incómodas. Antes de que siquiera la tocáramos, antes de que sacáramos el estetoscopio, comenzó a llorar. No fue un llanto escandaloso al inicio, sino ese llanto que nace del temor anticipado. La verdad, yo me quedé apenada, sentí que había fallado en algo, aunque objetivamente no hubiera hecho nada incorrecto. Ni siquiera la habíamos revisado y la pequeña ya estaba alterada. En ese momento comprendí que, en la consulta pediátrica, el vínculo no comienza con la exploración física, sino con la percepción que el niño tiene de nosotros incluso antes de que una palabra salga de nuestras bocas. La escena fue breve, pero significativa. Me recordó que la bata blanca no es neutra; para algunos representa cuidado, para otros amenaza. Y que la confianza, especialmente en los niños, no se impone con preguntas amables, sino que se construye con tiempo, tono, postura y paciencia. La doctora “G”, sí tenía esa habilidad para mantenerse calmada a pesar que un niño llegara llorando.

Las pocas veces que estuve con ella en consulta fueron suficientes para enseñarme dos cosas fundamentales: el valor de la consulta del niño sano. Descubrí que la medicina preventiva no es solo un concepto teórico, sino una oportunidad de aprendizaje, tanto para los padres como para los médicos: observar hitos del desarrollo, identificar señales de alarma, educar con paciencia, y acompañar a la familia no solo en la enfermedad, sino en la salud. La doctora “G” hacía que esa consulta —que muchos podrían considerar rutinaria— se sintiera importante. También me enseñó la importancia de reconocer los patrones de las enfermedades comunes como las infecciones respiratorias, las otalgias, las erupciones cutáneas, las dudas alimentarias: cada una llegaba envuelta en la historia particular de la familia.

Sin darme cuenta, ahí entendí algo de lo que Rita Charon (2001) describe con tanta claridad, que la narrativa está presente incluso en los motivos de consulta más comunes. Cada fiebre tenía su propia historia. Cada tos tenía un origen más allá de lo biológico. Cada niño traía consigo una familia con preguntas, temores y expectativas que formaban parte del cuadro clínico tanto como la temperatura elevada o el exudado faríngeo. La doctora “G” me enseñó, sin necesidad de discursos, que la medicina pediátrica no se practica sobre el niño únicamente, sino sobre la historia completa que lo sostiene. A veces los grandes aprendizajes no vienen de largas mentorías, sino de encuentros breves pero significativos. La doctora “G” fue uno de esos encuentros.

Entre la convivencia y la distancia

En el primer nivel de atención, uno de los objetivos es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades que pudieran presentarse en la comunidad y como parte de esta labor participamos activamente en ferias de salud y campañas comunitarias. Estas actividades incluían dar pláticas en distintos espacios —salas de espera, empresas, escuelas y espacios públicos— dirigidas a poblaciones específicas, como mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas y adolescentes. Estas actividades me mostraron una tensión constante: podemos convivir con la población y con el equipo de salud todos los días y, aun así, permanecer lejos. La cercanía no depende del contacto frecuente, sino de la calidad de la atención que ofrecemos y de la forma en que traducimos —representamos— la información para que el otro pueda apropiarse de ella.

Recuerdo que la primera vez que dí una plática, revelé mi inseguridad a flor de piel, me mostré rígida y las palabras no salían de mi interior, tenía la sospecha de que nadie me escuchaba así que prefería acercarme e individualmente preguntar si tenían alguna duda del tema. Existen fotografías que se tomaron como evidencia institucional de esas actividades y, al compararlas hoy con imágenes posteriores, puedo identificar con claridad una evolución en mi lenguaje corporal, en mi postura y en la seguridad con la que me desenvolvía.

Figura 6. Sala de espera del CS Sta.Úrsula Coapa.



Fuente: Foto tomada por compañera en el Centro de Salud.

Con el tiempo, la educación sexual se volvió una de las actividades donde más experimenté afiliación: cuando lograba que una pregunta se dijera sin vergüenza, que una duda se transformara en comprensión y que la información no sonara a regaño sino a cuidado. Aunque no quiero ser ginecóloga, me apasiona explicar como me hubiera gustado que me explicaran a mí en la secundaria respecto al tema. A pesar de que a muchas personas no les gusta enseñar o platicar sobre el tema y mucho menos con adolescentes que muchas veces no se toman en serio las cosas, a mí me gusta y con que a uno de ellos le sirva la información que les estoy brindando soy feliz.

La doctora “D”, quien era la encargada de ir a dichas pláticas acompañada del enfermero “B” y una trabajadora social, tendía a dar explicaciones muy “de maestra” y a pesar de ser necesario, creo que en temas tan importantes como la salud sexual, sexualidad y derechos de género hay que encontrar la manera de dejar en claro las definiciones.

Como parte de la presentación, repartíamos papeles donde podían escribir sus dudas de manera anónima. En una de estas sesiones surgió una pregunta sobre la menstruación y la higiene personal. Ante el silencio del resto del equipo, decidí intervenir y convertí la explicación en una dinámica interactiva sobre el aseo personal tanto para niños como para niñas. Decidí hacerlo así para llamar su atención, les dije que yo iba a ser el títere y uno por uno me iba a decir los pasos de lo que tenía que hacer al momento de bañarme. Cada uno a su manera me daba la acción y yo lo hacía. En la dinámica les enseñé que es importante lavarnos bien la cabeza seamos niñas o niños porque pueden haber “bichitos” viviendo en ella, les expliqué que como están en crecimiento nuevos olores empezarán a salir de sus cuerpos, entonces había que tallarse bien las axilas y así hasta llegar incluso a los pies. Y para cerrar terminé con la respuesta de la toalla higiénica, primero les expliqué de manera breve lo que era la menstruación y después con un papel improvisado les enseñé a las niñas cómo se coloca una toalla higiénica. Para los niños e incluso algunos adultos, puede que yo haya hecho el ridículo frente a todos, pero mientras mi objetivo se cumpliera —que se fueran con información básica, clara y sin estigmas— me sentía feliz.

Y así fue como dí varias pláticas en distintas secundarias respecto al tema, enseñando incluso a cómo abrir un preservativo y su uso correcto con ejemplos cotidianos y humor, buscando siempre que la información se sintiera cercana y comprensible.

Figura 7. Plática sobre salud sexual a adolescentes en sala de espera



Fuente: Foto tomada por compañera en el CS.

Es cierto que la práctica hace al maestro y “músculo que no se usa se atrofia”. Como la Nikole del presente esperaría, hubo una evolución en mi desarrollo y en mi confianza al desenvolverme, interactuar, simplemente hablar con los pacientes; sin una buena primera impresión, sin interacción, no obtenemos la información deseada para lograr una buena consulta médica y establecer las bases de una buena relación médico-paciente; que fue de las primeras cosas que aprendí en el servicio social.

Otra de las actividades que nos correspondían durante el servicio social fue la de participar en una campaña de vacunación antirrábica para perros. Nosotros como pasantes usualmente lo primero que hacemos es tomar una actitud apática, lo sé por lo que me han contado mis compañeros que también vivieron el servicio social y porque pude ver de primera mano cómo mis compañeros y yo estábamos tan fastidiados con el hecho que íbamos a tener que sacrificar un fin de semana para promover las vacunas. La indicación que nos dió el doctor “B” fue ayudarlo al personal de enfermería a la promoción de la vacuna. El mismo doctor “B” nos preguntó si teníamos conocimientos para vacunar perros y nos dijo que hacerlo era opcional.

El sábado que me tocó ir con mi compañera de 8 am a 4 pm me preparé para estar un día bajo el sol ayudando a hacer comprobantes de vacunación y entregar las placas de plástico que brinda la Secretaría de Salud para colocar a los perros que fueron vacunados. Las instrucciones que nos dieron fueron claras, apoyar en el puesto de vacunación, así que preparamos la mesa, los carteles de difusión y lo necesario para laborar en el día. De acuerdo a lo que nos dijeron, un trabajador

capacitado del centro de salud vacunaría a los animales, pero hay que destacar que como es fin de semana, el personal que trabaja esos días es menos de la mitad del que suele haber entre semana, y para nuestra sorpresa, nos dejaron solas en la mesa asignada para la campaña, mesa que estaba en una esquina en la calle frente al centro de salud. Yo estaba confundida porque nos habían dicho que iba a haber apoyo de alguien más, sin embargo, éramos mi compañera y yo contra las personas que pasaban por el puesto de vacunación preguntando de qué se trataba, algunos diciendo que volverían con sus mascotas. Mi compañera y yo estábamos nerviosas por si llegaba el primer solicitante al puesto, ya que estábamos solas. A las 9 de la mañana llegó uno de los compañeros pasantes de enfermería. Lo habían mandado al puesto con nosotras. Para las 10 de la mañana, la enfermera a cargo nos pidió ir a dar rondas por las cuadras correspondientes a nuestras Áreas Geostadísticas Básicas (AGEBS). Yo expresé mi confusión y le dije que el encargado de la campaña, o sea el jefe de epidemiología, el doctor “B”, nos había dado la instrucción únicamente de apoyar en el puesto en el centro de salud. La enfermera a cargo tomó una postura autoritaria y sintió que yo me estaba negando a apoyar.

Anteriormente, en el internado, había tenido problemas con el personal —no muchos— ya que mi manera de expresarme a veces no es la mejor, o incluso ni siquiera es como quisiera expresarme, sino que salen de mi boca y mi cara algo como subtítulos y mis expresiones se prestan a confusiones. Esta ocasión no fue excepción, así que procedí a llamar al doctor “B” quien se contactó conmigo minutos después y me pidió apoyar, ya que el personal que iba a participar en los rondines no había llegado. Así que eso hice.

Mi compañera se quedó en el puesto de vacunación y yo me fui con dos pasantes de enfermería a poner el megáfono y tocar puerta por puerta preguntando si querían que vacunáramos a sus mascotas. Nuestra ronda duró una hora y recorrimos ocho o nueve cuadras alrededor del centro de salud, pero no fue del todo exitosa ya que solo habíamos logrado vacunar a doce perros. Nos habían enviado con tres frascos de 20 dosis cada frasco, con la indicación de intentar regresar con las menos dosis posibles. No hace falta decir que gracias a la poca o nula organización, la mayoría de las personas no estaban informadas de la campaña, ya sea por la poca promoción que se le dió o porque muchas personas prefieren vacunar a sus mascotas en veterinarias de manera particular. No los culpo por dudar de lo que proporciona el gobierno, sin

embargo, en esta ocasión yo les explicaba que la vacuna es la misma que aplican en las veterinarias privadas.

Aprendí mi lección. Hoy en día, creo que nuestra participación puede ser tan útil o inútil como nosotros queramos y el impacto que tenemos en las personas depende en mucho de nosotros. Quise ayudar a disminuir el número de dosis que teníamos que cumplir, así que le llamé a mi familia para que trajeran a sus mascotas. Yo incluso le pedí a mi mamá que trajera a nuestro perrito Tommy, sin embargo, solo se puede apoyar hasta cierto punto. Tristemente cerramos el día con 20 mascotas vacunadas, pero era el primer día de la campaña y aún quedaban dos semanas.

Algo que me sorprendió fue que después de que terminara la campaña aún sobraban muchos frascos. Abrimos un refrigerador y encontramos cuatro repisas repletas de esos característicos frascos color rosa. Rápidamente mis compañeros y yo lo cerramos y nos hicimos de la vista gorda. Sin embargo, me puse a pensar sobre el desperdicio de recursos y las limitaciones estructurales del sistema de salud. Esa imagen quedó grabada como un símbolo de la distancia que existe entre la intención de prevenir y la triste realidad de la ejecución.

Convivir durante el servicio social no siempre significó compartir una visión común. Como antes comenté, la cercanía no depende de la frecuencia del contacto ni de la proximidad física, sino de la disposición a escuchar, representar y construir sentido con el otro. En algunas actividades encontré afiliación genuina; en otras, solo presencia institucional. Aprendí que la distancia no siempre se mide en metros, sino en la profundidad de la atención.

Más lejanos que desconocidos

Mis primeras interacciones con mis compañeros del servicio social ocurrieron fuera del centro de salud, durante una capacitación en la jurisdicción sanitaria para colaborar en el Proyecto de Investigación “ABC: Aplicar detección, Brindar consejo y Canalizar a tratamiento para la atención oportuna del consumo de alcohol y depresión”.

Figura 8. Certificado de curso ABC



Fuente: Tomada por la autora

Esa mañana nos encaminamos a la jurisdicción sanitaria juntos, una de mis compañeras tenía coche y se ofreció a llevarnos. El trayecto parecía ser ameno, entre pláticas insignificantes y música. En medio del camino, el pasante de odontología — a quien llamaré Daniel— comentó con una mezcla de sorpresa y tristeza: —Wow, al menos ustedes se tienen entre ustedes y son amigos, no como yo, que estoy solo. — Mi respuesta fue inmediata y poco reflexionada, o sea impulsiva. —Somos compañeros, no amigos.— Recuerdo con claridad el silencio incómodo que siguió a mi respuesta, hasta la música pareció detenerse por unos segundos. Lucía reaccionó enseguida y dijo: —Ay, qué grosera, ¿por qué dices eso? — En ese momento no dimensioné el impacto de mis palabras. Para mí, la distinción entre amistad y compañerismo era honesta y clara; para los demás, resultó fría, incluso hostil.

Hoy, al escribirlo desde la distancia, admito y reconozco que ese comentario marcó una fractura en nuestra dinámica. No fue un conflicto abierto, pero sí una grieta silenciosa que nos acompañó el resto de nuestra convivencia. Con el tiempo entendí que no todas las personas perciben las amistades de la misma manera. Para mí, la palabra “amigo” implica una cercanía construida con el tiempo; pero para otros, el simple compartir un espacio basta para nombrarla así. Esa diferencia de percepciones vaya que fue una constante durante el servicio social y eventualmente se reflejó en la manera en la que nos relacionamos.

De todos ellos, la primera compañera que conocí fue Valeria, una muchacha alta, delgada, de cabello lacio, siempre arreglada con pestañas maquilladas y labios casi siempre pintados de rojo. Poco después conocí a Lucía, ella era de estatura pequeña

y complexión robusta, igual que Valeria siempre iba bien arreglada y a Andrés, un joven de tez morena, alto y con una gran sonrisa, los dos últimos egresados de la misma universidad, aunque sin una relación cercana previa. Desde el inicio fue evidente que los cuatro teníamos personalidades distintas. Hubo momentos de convivencia agradable, risas compartidas y conversaciones triviales; sin embargo, también se hicieron visibles nuestras diferencias. Trabajar en equipo ha sido históricamente una de mis áreas de oportunidad, por no decir algo más grave, y el servicio social no fue la excepción. A pesar que tuvimos la posibilidad de rotar individualmente y también de trabajar unos con otros, nunca logré hacer una verdadera conexión con ninguno, ni siquiera con Andrés, a pesar de que ambos compartíamos el interés por la misma especialidad, ni con Lucía, con quien coincidía en el gusto por la consulta ginecológica. Al escribir puedo reconocer algo que en su momento no supe admitir: que yo sola me fui excluyendo. No por sentirme superior ni por falta de interés, sino porque en ocasiones, por no decir casi siempre, no me sentía cómoda con la forma en que se hablaba de algunas situaciones, tanto entre nosotros como respecto a algunas situaciones con los pacientes. No me percibo ni deseo pintar como la persona más empática del grupo, tampoco pienso que ellos fueran desconsiderados; simplemente teníamos maneras distintas de mirar el ejercicio médico, y esas diferencias nos hacían chocar.

Paradójicamente, cuando se nos asignó dar consulta en pares sin supervisión directa, la experiencia fue distinta. Con quien mejor logré trabajar fue con Lucía. Ambas respetábamos la forma de dar consulta de la otra y, aunque no existía una cercanía profunda, sí había un acuerdo tácito de respeto profesional. El trabajo fluía sin fricciones mayores.

La dinámica fue diferente con Andrés. Recuerdo con claridad una consulta en la que atendimos juntos a una mujer embarazada en su primera visita al centro de salud. Tenía aproximadamente cuatro meses de gestación y correspondía realizar toda la documentación inicial para su control prenatal. En un momento de la consulta, mientras él escribía la nota médica, hice una pregunta relacionada con la información que buscábamos, entonces él levantó la mirada y respondió de forma tajante: — Bueno, ¿tú vas a dar la consulta o yo? —. Frente a la paciente decidí no responder. Sin embargo, la incomodidad fue evidente. Aquella escena me dejó una mezcla de enojo, vergüenza y frustración, y me hizo consciente de cómo los conflictos entre profesionales pueden impactar directamente en la experiencia del paciente.

Las experiencias compartidas con mis compañeros se extendieron al trabajo de campo, particularmente en las ferias de salud. Una de las primeras se realizó en la Facultad de Ingeniería de la UNAM, donde aplicamos cuestionarios de detección para depresión, ansiedad y consumo de alcohol. Ese día se realizaron alrededor de veinticinco cuestionarios. Más allá de la cifra, recuerdo a varias personas cuyas historias me marcaron profundamente: estudiantes con ideas autolesivas, una joven recientemente egresada de un hospital psiquiátrico tras un intento suicida, alguien que había perdido a su mejor amiga y se preguntaba cómo habría podido reconocer la depresión a tiempo, y otra estudiante que había utilizado la Línea de la Vida sin sentirse realmente acompañada. Con base en la capacitación recibida, hice lo que se nos había indicado: escuchar, orientar y referir. Les recomendé acudir a su unidad de medicina familiar para solicitar atención psicológica. Sin embargo, me fui con una sensación persistente de insuficiencia. Sentí que, si yo hubiera estado en su lugar, esa respuesta no me habría reconfortado. Al compartir esta inquietud con mis compañeros, la respuesta fue simple: —Hiciste lo que te dijeron que hicieras. — Esa frase me dolió y me llevó a cuestionar si, en ocasiones, el primer nivel de atención logra realmente acompañar el sufrimiento emocional de las personas.

Otra experiencia significativa que recuerdo fue durante una feria de salud en una preparatoria, donde fuimos enviados sin supervisión directa porque ya “eramos niños grandes” según las palabras de la doctora “A”. Mientras mis tres compañeros se encargaban de la toma de signos vitales y pruebas rápidas —toma de glucosa y niveles de triglicéridos—, mi compañera de odontología y yo ofrecíamos pláticas sobre salud sexual. Sentí una combinación de nervios y felicidad cuando una estudiante que ya había estado en una de las pláticas me pidió grabar la explicación para compartirla con sus compañeras que estaban en clase y no podían salir a escucharla. En ese momento comprendí que la promoción a la salud, aunque muchas veces subestimada, sí tiene impacto.

Ya hacia el final de la jornada, con la voz agotada se acercó un grupo grande de estudiantes frente a mí, mis compañeros pasantes ya habían terminado su trabajo y platicaban y reían fuertemente con música de fondo, así que les pedí que bajaran el volumen, reconozco que no lo pedí en el mejor tono. La situación se volvió incómoda y mi compañera de odontología continuó la plática porque mi voz ya no se escuchaba. A pesar de la tensión, ambas terminamos satisfechas con el trabajo realizado y con la información que logramos difundir.

Recordando estas experiencias con mis compañeros entiendo que estas fueron tan formativas como las consultas con los pacientes. Me enseñaron a reconocer mis propias limitaciones: mi dificultad para trabajar en equipo, mi rigidez en la comunicación y mi tendencia a tomar distancia cuando algo me resulta incómodo. Ahora puedo reconocer que el servicio social pone a prueba no solo nuestras habilidades clínicas, sino también nuestra capacidad de convivir, comunicar y trabajar con otros. En ese equilibrio —a veces incómodo— entre cercanía y distancia, aprendí tanto sobre medicina como sobre mí misma.

Poniéndonos personales

El servicio social no solo representó un espacio de aprendizaje clínico, sino también un periodo de profundo autoconocimiento. Fue durante este año que comprendí que ejercer la medicina implica, inevitablemente, enfrentarse no solo a las historias de los pacientes, sino también a la historia personal. En mi caso, uno de mis aprendizajes fue reconocer y aceptar aspectos de mi salud mental que influyeron de manera directa en mi práctica clínica. Durante el servicio social recibí el diagnóstico de ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Considero importante aclarar que este diagnóstico no fue producto de la autoevaluación ni de la automedicación, prácticas tristemente comunes en el personal de salud, sino de una valoración profesional adecuada. Decido mencionarlo en este trabajo no como justificación, sino porque estos rasgos forman parte de mi personalidad y, por lo tanto, influyeron en la manera en que viví y procesé esta etapa de mi formación médica.

Recuerdo claramente que una de las observaciones más frecuentes que me hacían mis superiores era que me percibían como una persona “acelerada”, inquieta, con una necesidad constante de hacer las cosas rápido y con dificultad para permanecer en calma. En aquel momento, estas observaciones me generaban incomodidad y, en ocasiones, frustración. Con el tiempo y a la luz de la medicina narrativa, comprendí que esas características no solo describían una forma de actuar, sino que también tenían un impacto directo en mi capacidad de atención, elemento central en la práctica clínica; entonces la autorregulación emocional se convirtió, para mí, en un requisito ético del ejercicio profesional.

Hubo ocasiones en las que, al no encontrarme adecuadamente medicada o emocionalmente regulada, mi atención durante la consulta se veía comprometida. Me enfrenté a situaciones en las que tuve que pedir a las pacientes que me repitieran información importante porque, aunque estaba físicamente presente, no había logrado escuchar de manera plena. Estas experiencias fueron difíciles, pues me enfrentaron ante la realidad de que escuchar sin atender verdaderamente puede convertirse en una barrera para el cuidado médico. Desde la perspectiva de la medicina narrativa, entendí que la atención no es un acto automático, sino una habilidad que requiere conciencia, disciplina y cuidado personal.

El servicio social también me ofreció espacios de crecimiento que transformaron estas dificultades en oportunidades. Uno de los momentos más relevantes fue cuando, con

el objetivo de aumentar la cobertura en la toma de citologías cervicales, se abrieron consultorios exclusivos para este procedimiento y por primera vez, se nos permitió atender un consultorio sin la supervisión directa de un médico adscrito, lo que marcó un punto de inflexión en mi formación y la de mis compañeros. Me enfrenté, quizá por primera vez, a la responsabilidad completa de guiar una consulta de principio a fin, sostener el diálogo con la paciente, explicar procedimientos, responder dudas y registrar adecuadamente la información clínica. En este contexto, identifiqué que una de mis principales áreas de oportunidad era la comunicación, tanto verbal como escrita. Lejos de ser un obstáculo insuperable, esta dificultad se convirtió en un motor de aprendizaje.

El ejercicio constante de la consulta y, sobre todo, de la elaboración de la nota médica, me permitió fortalecer mi capacidad de representación, entendida como el acto de transformar la experiencia clínica en lenguaje (Charon, 2005). Aprendí que la nota médica no es únicamente un requisito administrativo, sino una narrativa estructurada donde se presenta al paciente, se plasma su relato, se describe cómo lo encontramos a la exploración física y se justifica el razonamiento clínico que nos lleva al diagnóstico y al tratamiento (Charon y Hermann, 2012). A través de la escritura clínica, logré ordenar ideas, recuperar detalles que durante la consulta habían pasado desapercibidos y reflexionar sobre mis propias decisiones. Este proceso no solo mejoró mi comunicación con otros profesionales de la salud, sino que también me permitió comprender mejor a mis pacientes y a mí misma. La representación escrita se convirtió, así, en una herramienta terapéutica y formativa, capaz de equilibrar la prisa mental con la reflexión pausada (Charon, 2005).

Mirando en retrospectiva, reconozco que el servicio social fue una experiencia ambivalente, cargada tanto de momentos difíciles como de aprendizajes profundamente significativos. La ansiedad, el TDAH, el cansancio y la presión convivieron con el crecimiento personal, el fortalecimiento de habilidades clínicas y la construcción de una identidad médica más consciente y humana. Desde la medicina narrativa, comprendí que el balance entre lo positivo y lo negativo no se logra evitando el conflicto, sino narrándolo, analizándolo y otorgándole sentido.

Este capítulo representa, entonces, un ejercicio de honestidad narrativa. Al contar estas experiencias, reconozco que el médico en formación no es una figura neutral ni invulnerable, sino un sujeto atravesado por su propia historia. Integrar estas vivencias

a la práctica clínica no debilita el ejercicio médico; lo desarrolla y lo vuelve más humano, más atento y más auténtico.

La citología de Nikole

Un día en el cual había feria en el centro de salud y se estaban realizando tomas de citologías cervicales decidí realizarme la mía, ya que habían pasado dos años desde que no me la realizaba. Fue una decisión tomada por impulso, así como muchas de las decisiones que suelo tomar, así, sin pensarlo dos veces. No sé si porque tiendo a pensar en lo peor que puede suceder y sus variantes, yo sentía que algo iba a salir mal. Desde el momento en que me estaban realizando el procedimiento, estos pensamientos intrusivos comenzaron a apoderarse de mi mente. Cuando me entregaron mis resultados no me mostré tan sorprendida por lo descrito previamente, por fuera lo tomé bien, no hice ninguna expresión exagerada, es más, no hubo reacción alguna, lo acepté con calma. Sin embargo, mis pensamientos y mis emociones se estaban volviendo locas, no sabía cuál de ellas era la que iba a tomar el control de mi persona, no tenía idea de lo que iba a seguir. Los resultados mostraron una lesión intraepitelial de bajo grado de malignidad con positividad para el serotipo 16,18 + pool de alto riesgo, por lo que el seguimiento consistía en acudir a colposcopia para valorar los pasos a seguir. Ahora que ha pasado tiempo desde que supe por primera vez de mi diagnóstico, no hubiera hecho las cosas diferentes de cómo las hice. Pero en su momento, sentía que estaba en un bote, sola, en un mar tormentoso, y que en cualquier momento podría caer del bote y hundirme.

Al entregarme los resultados, la doctora "A", inmediatamente me puso a redactar mi referencia al servicio de colposcopia en otro centro de salud, y comenzó a hacer llamadas para ver si lograba conseguir una cita. Lo logró, sin embargo, la próxima fecha disponible era hasta dos meses después. Mi incertidumbre, mi ansiedad y todo lo que sentí en ese momento no me permitieron esperar tranquilamente, por lo que acudí a mi ginecóloga y maestra de confianza, quien me indicó un tratamiento invasivo posterior a repetir la citología y a realizar la colposcopia. Llegó el día del procedimiento llamado esferolisis, es un procedimiento en el cual la paciente se coloca en posición ginecológica, y el/la médico introduce un espejo vaginal de material teflonado, procede a anestesiarse el área del cérvix (con una aguja como si fueran a aplicar una inyección intramuscular) con lidocaína al 2%, conecta el cauterio tipo lápiz

con cabeza esférica y quema el tejido afectado por la lesión en el cérvix. Este procedimiento tan sencillo pero doloroso, es al cual muchas mujeres tienen que exponerse para evitar que estas lesiones progresen en unos años a lesiones malignas que podrían acabar con nuestras vidas.

Haber ocupado la posición de paciente me permitió entender que el miedo no es irracional; es corporal. Desde entonces, cada vez que tomaba una citología, ya no veía solo un procedimiento, sino una experiencia potencialmente invasiva, así que comencé a prestarle más atención a estos momentos.

Cuando calienta el sol

Poco tiempo después de que me realizaran mi procedimiento, como es de esperar en las ferias de salud, me enviaron a mí y a una compañera que se encontraba en el programa *Salud en tu casa* a una fundación para personas con necesidades especiales a realizar toma de citologías y PCR (Reacción en Cadena de Polimerasa). Con la poca organización que había, solo enviaron a dos enfermeras quienes también tenían la tarea de aplicar vacunas, y a mi compañera y a mí que íbamos a tomar las muestras. Como no era mi primera vez en tener esta experiencia y este contacto con las pacientes, al momento de hacer el interrogatorio y la toma de citología cervical no estaba tan nerviosa. Mis compañeros nos habían comentado que el apoyo de ir a realizar las tomas directo a la fundación era para las familias que cuidaban de sus familiares con estas necesidades especiales y tal vez no tenían el tiempo de acudir al centro de salud a que se las realizaran, *ergo*, no íbamos a tomarle ninguna prueba a personas con capacidades especiales, o al menos eso creía.

La segunda paciente que entró al consultorio que nos habían prestado era una señora adulta mayor, que me preguntó si podía esperar a su hija que era quien requería de la toma. Comencé a llenar los formatos necesarios, pero para mi sorpresa, la hija a quien llamaremos Alondra, de 47 años, padecía de síndrome de Down. Me presenté con Alondra, y presenté a mi compañera. Con ayuda de su madre tomamos la información necesaria para llenar los formatos. Entre líneas, la mamá me decía que Alondra había iniciado vida sexual, sin embargo, no había sido lo que Alondra había querido, y no le habían realizado toma de citologías, ya que los médicos que lo habían intentado la habían lastimado y no había sido posible realizar la toma. Comencé a sentirme nerviosa, sin embargo, nos esperaba una larga fila de pacientes. Antes de

comenzar con el procedimiento, con el poco tiempo que tenía, intenté conocer lo más que pude de Alondra. Me contó que le gustaba mucho la repostería y que venía de una clase de repostería. Honestamente, no sé ni cómo, ni de qué manera, le expliqué cómo era la toma de muestra de una citología cervical y por qué era importante. Su mamá intentaba transmitirle seguridad también, lo cual fue de mucho apoyo. Intenté colocarla lo más cómoda posible, le puse a su artista favorito, Luis Miguel, y se puso a cantar con su mami la canción de “Cuando calienta el sol”. Después de explicarle y tener el consentimiento de ambas, continué con el procedimiento lo más rápido y cuidadosamente que pude. En el primer intento de tomar la muestra Alondra se puso muy nerviosa y pujaba fuertemente, así que no me permitía continuar. Yo no quería lastimarla como otros ya lo habían hecho, así que le volví a explicar por qué necesitaba que estuviera relajada y volví a intentarlo, logrando esta vez la toma de la muestra. Ella rompió en llanto junto con su madre, yo quería hacerlo también, ya que no había sido un evento traumatizante solo para ella, sino también para mí. Por un milisegundo un pensamiento oscuro se apoderó de mi mente “le hiciste lo mismo que le hizo (la persona que había abusado de ella)”, porque ella continuó desbordada de llanto y gritando su nombre. Durante todo el proceso, las canciones de Luis Miguel continuaban, y después de un abrazo que le dió a su madre, Alondra se calmó, volvieron a sentarse y le expliqué cómo iba a ser la entrega de resultados. Algo que me conmovió mucho fue que le dijo a su mamá que si podrían ir por hamburguesas como regalo adelantado de cumpleaños, ya que se había portado muy bien, a lo cual su mamá asintió y así se despidieron. Antes de que se marcharan le pregunté a Alondra si estaba bien, ella asintió y le pregunté si podía darle un abrazo, ella me respondió con los brazos abiertos y un fuerte y cálido apretón. Y así fue como me despedí de ella. Semanas después, platiqué de lo sucedido con algunas enfermeras quienes se sorprendieron al escuchar que le había tomado una citología cervical a una persona con necesidades especiales. Solo dos de ellas lo habían hecho en toda su carrera como enfermeras. La verdad es que yo me sentía mal porque no había seguido los lineamientos para la toma, ya que apliqué un poco de gel lubricante en el espejo vaginal, cosa que no se debe hacer para no alterar la muestra, sin embargo, en ese momento puse todo sobre la balanza y decidí abogar por mi paciente y por que no sufriera, sabiendo que me arriesgaba a una citología con muestra no adecuada. Afortunadamente, la muestra fue adecuada y su resultado salió negativo para lesión epitelial o malignidad. Lamentablemente, no tuve la oportunidad de

entregarle sus resultados personalmente a quienes les tomé la muestra ese día; sin embargo, no olvidaré sus rostros ni sus historias.

El dolor de Adriana

Recuerdo a Adriana (también un pseudónimo), una paciente de 17 años que acudió a consulta por dolor en el abdomen bajo. Al realizarle las preguntas básicas para conocer a una paciente que acude a consulta por primera vez, llegué al apartado de antecedentes ginecoobstétricos. Su expresión facial cambió y su tono de voz se tornó nervioso. Me contó que a su novio le habían dado el diagnóstico de VPH recientemente, y ella quería saber qué hacer; se sentía confundida y mi primera reacción fue preguntarle si alguna vez se había realizado una citología cervical, puesto que ya había iniciado su vida sexual. Tal vez no fue la manera más empática de abordar la situación, sin embargo, como médicos nos forman como con un *chip* en el que un diagnóstico se percibe como un algoritmo, aunque al mismo tiempo se nos ha enseñado a ser más humanos ante el sufrimiento de los demás, así que me dije a mi misma y le dije a ella que había tomado la iniciativa correcta al acudir al médico, ya que la mayoría de las mujeres no nos percatamos de manera consciente de que el diagnóstico de nuestra pareja podría cambiar en un instante nuestra vida. Sin embargo, para Adriana ese momento nunca llegó, ya que nunca fue a recoger su resultado, a pesar de mis múltiples intentos por localizarla.

Su resultado fue positivo para lesión intraepitelial de bajo grado de malignidad. En Adriana no solo veía a una paciente; veía una versión de mí misma en una realidad alternativa. Tal vez por eso su ausencia a la entrega de resultados me generó una frustración que trascendía lo profesional. Pero esta experiencia inspiró el trabajo final de proyecto de intervención que hicimos en equipo para el centro de salud, al que me referiré en la siguiente sección de este informe (Borrás Olivera et al., 2024b).

El principio del final

A aproximadamente dos meses de concluir el servicio social, la doctora “A”, con su gran estatura y presencia imponente, entró a la oficina donde estábamos mis compañeros y yo reunidos como todas las mañanas al llegar al centro de salud y nos pidió revisar el trabajo final que debíamos entregar. En teoría, ese proyecto debía avanzarse un día a la semana; sin embargo, no le dimos la prioridad debida. Muchas veces el tiempo no alcanzaba para reunirnos y, cuando lo hacíamos, utilizábamos ese espacio para descansar más que para avanzar en el trabajo. Así que hay que imaginar cómo nos sentimos al escuchar que estaba solicitando una revisión de avance del proyecto que no tenía ni el título. En la misma semana, la doctora “A” se acercó directamente a mí para decirme que le gustaría que la apoyáramos en la entrega de resultados de las citologías cervicales. Me pareció curioso que se dirigiera específicamente a mí y no al equipo completo, aunque me pidió que transmitiera la propuesta a mis compañeros. Así lo hice.

Fue a partir de esta conversación que decidimos orientar nuestro proyecto de intervención hacia la evaluación de la eficacia del uso de la libreta “Cáncer en la Mujer” y proponer posibles mejoras en su implementación. Sabíamos que el tamizaje poblacional es un proceso multidisciplinario que no se limita únicamente a la toma de muestras, sino que incluía la educación en salud, la explicación del estudio y, sobre todo, la entrega oportuna de los resultados, acto fundamental para que la prevención fuera efectiva.

Para cumplir con los objetivos nacionales de detección oportuna, cada jurisdicción sanitaria establece metas de cobertura de tamizaje. Para el Centro de Salud TII Santa Úrsula Coapa en 2024 se había establecido una meta de 1,437 citologías cervicales (DOC) y 350 pruebas de VPH de alto riesgo (VPH-AR) (Borrás Olivera et al., 2024b). Durante ese año se realizaron:

- 191 citologías cervicales, lo que corresponde al 13.2% de la meta.
- 251 pruebas de VPH-AR, equivalente al 71.7% de la meta establecida.

La realización del tamizaje no garantiza por sí sola la eficacia del programa, puesto que se sabe que para que el proceso preventivo se complete, es indispensable que las pacientes reciban y comprendan sus resultados.

Al realizar el vaciado de datos de la libreta física “Cáncer en la mujer” a un base de datos digital, uno de los principales obstáculos que identificamos fue la dificultad para

localizar a las pacientes. Con frecuencia, durante las jornadas extramuros se realizan tomas de muestra en personas que no necesariamente residen dentro de las áreas geoestadísticas básicas (AGEB) correspondientes al centro de salud. Esto, sumado al registro incompleto o incorrecto de datos de contacto en la libreta “Cáncer en la Mujer”, dificulta la localización posterior de las pacientes para la entrega de resultados.

Durante la realización de nuestro trabajo, observamos que de las 191 citologías cervicales realizadas en 2024:

- 96 (50.3%) contaban con registro y fecha de entrega.
- 91 (47.6%) no contaban con registro de entrega.
- 4 (2.1%) se encontraban en proceso de análisis (Borrás Olivera et al., 2024b).

Así, hicimos una revisión exhaustiva expediente por expediente, lo que nos permitió identificar que 22 resultados sí habían sido entregados a las pacientes pero su entrega no fue registrada en la libreta. Tras esta verificación, el número real de entrega de resultados ascendió a 118 citologías (Borrás Olivera et al., 2024b).

Restando las 4 muestras que continuaban en proceso de análisis, teníamos un total de 69 resultados de DOC no entregados. De estos, 36 resultados estaban almacenados en la unidad y 33 resultados estaban reportados en la libreta sin entregar, no localizados en la unidad ya que no se encontró ni expediente, ni nota por lo que no había manera de confirmar su entrega (Borrás Olivera et al., 2024b).

Entre las 36 citologías almacenadas en la unidad sin haber sido entregadas identificamos que:

- 27 (75%) eran negativas.
- 6 (16.7%) eran positivas.
- 2 (5.6%) correspondían a muestras inadecuadas.
- 1 (2.8%) no contaba con resultado reportado (Borrás Olivera et al., 2024b).

Asimismo, entre las 33 citologías sin manera de corroborar su entrega encontramos que:

- 18 (54.5%) eran negativas.
- 6 (18.2%) eran positivas.
- 3 (9.1%) correspondían a muestras inadecuadas.
- 6 (18.2%) no contaba con resultado reportado (Borrás Olivera et al., 2024b).

Como parte del proyecto de intervención le llamamos a las 36 pacientes de quienes contábamos con su resultado en físico, de las cuales solo tres acudieron por su resultado. Dos de ellas contaban con un resultado positivo por lo que se les hizo la referencia al servicio de colposcopia, 17 contestaron la llamada pero no fueron por su resultado, 15 no contestaron la llamada y 1 de ellas no pudimos localizarla ya que el número que proporcionó era equivocado.

El análisis cuantitativo revela aquí su faceta más alarmante: de las 6 pacientes con resultados citológicos positivos que estaban físicamente en la unidad, solo 2 pudieron ser vinculadas a la atención especializada. Las 4 restantes representan una ruptura crítica en la continuidad del cuidado. Más grave aún es el escenario de las 6 pacientes con reportes positivos en la libreta cuya entrega física fue imposible de corroborar por la ausencia de expedientes o notas clínicas. Desde la perspectiva de la medicina narrativa, este silencio administrativo no es una mera omisión de registro; es el momento exacto donde el sistema invisibiliza el riesgo. Diez mujeres con una sospecha de malignidad cervical celular quedaron desafiadas del sistema, atrapadas en el anonimato de una libreta mal llenada, expuestas a la evolución silenciosa de una enfermedad prevenible debido a las fallas estructurales de nuestra propia unidad de salud.

Si bien al momento de la entrega del proyecto existió la certeza de que todos los resultados positivos llegaban primero a manos de la doctora "A" y ella los derivaba a trabajo social para su seguimiento, la falta de un registro transparente perpetúa la incertidumbre clínica. No deja de ser preocupante la ausencia de un sistema estandarizado que garantice una verdadera detección oportuna. Ante esa evidente falla estructural, nació la necesidad de mis compañeros y mía de proponer una libreta digital. Nos encontramos en una era donde la conectividad es cotidiana, desde el personal de trabajo social hasta los médicos y cuerpo de enfermería poseen la competencia técnica para adoptar un sistema digitalizado que facilite el manejo de información vital, asegurando que ninguna narrativa clínica y ninguna paciente quede reducida a un dato perdido en el olvido, ese margen tan invisible donde el sistema de salud suele abandonar las historias.

Respecto a las 251 pruebas de VPH-AR realizadas, inicialmente se identificó que 112 no contaban con fecha de entrega registrada. Tras revisar los expedientes clínicos se encontró que: 168 resultados sí habían sido entregados, aunque 40 de ellos no fueron registrados en la libreta. Con eso, disminuyó el número real de resultados pendientes

por entregar a 83, de los cuales 11 se encontraban en proceso de análisis (Borrás Olivera et al., 2024b).

Entre los 45 resultados de VPH-AR almacenados en la unidad sin entregar:

- 42 (93.3%) eran negativos.
- 3 (6.7%) positivos (Borrás Olivera et al., 2024b).

Mientras que nuevamente nos topamos con 27 resultados sin manera de corroborar su entrega:

- 13 (48.1%) negativos.
- 8 (29.6%) positivos.
- 6 (22.2%) sin registro de resultado (Borrás Olivera et al., 2024b).

Al igual que con las citologías cervicales, les llamamos a las 45 pacientes de quienes contábamos con su resultado en el centro de salud, 20 no contestaron el teléfono, 15 contestaron y refirieron acudirían por su resultado, pero no lo hicieron y 10 de ellas acudieron por su resultado, negativo el de todas (Borrás Olivera et al., 2024b).

Al desglosar las pruebas de VPH-AR, los datos nos muestran una realidad alarmante: identificamos tres pacientes con resultados positivos cuyos reportes permanecían archivados en la unidad sin entregar, y otras ocho pacientes con resultados positivos de quienes no existía rastro alguno que confirmara que efectivamente conocían su diagnóstico. Sumando estos hallazgos más los de las citologías, el panorama es bastante preocupante, un total de 23 mujeres caminan por la vida despreocupadas de tener un riesgo latente de padecer cáncer cervical. Esta despreocupación nace de un sistema que las tamizó, ellas asumen que si hubiera algo de qué preocuparse, este mismo sistema tan preocupado por tamizarlas hubiera hecho todo lo posible para comunicarles su resultado. Es aquí donde la meta epidemiológica de cumplir con 71.7% de tomas de VPH pierde el sentido clínico y humano, reduciendo la prevención a un simple cumplimiento numérico.

De acuerdo con la NOM-014-SSA2-1994, en su apartado 13.10, el resultado del estudio citológico debe entregarse en un plazo no mayor a diez días después de haber sido recibido por el laboratorio. Este punto claramente no se estaba cumpliendo.

Durante el proceso de análisis del proyecto describimos estos datos como lo que parecían ser: números, citologías, muestras de PCR, positivos o negativos; más no hablábamos de personas. Durante la revisión de expediente por expediente, era inevitable que la dimensión humana comenzara a hacerse evidente. En total, once

pacientes con VPH positivo y doce pacientes con citología cervical positiva no habían recibido su resultado.

Cada muestra representa la historia de una persona. Imaginemos a alguien a quien llamaremos María, una mujer de 46 años, madre de tres hijos y maestra de kínder, cuya citología cervical resultó positiva en 2022, pero debido a fallas en la organización del sistema de seguimiento, nunca recibió su resultado. En 2024 se repite el dichoso y molesto procedimiento que las mujeres nos tenemos que realizar llamado citología cervical o Papanicolaou, solo que de acuerdo a su edad, es candidata para la realización de una prueba PCR para VPH donde finalmente se detecta su lesión, aquella lesión intraepitelial que era de bajo grado ya ha evolucionado a un adenocarcinoma in situ y era seropositiva para VPH genotipo 18+ pool de alto riesgo. La historia de María es hipotética, pero no es sorprendente descubrir que no lo es, y que situaciones similares ocurren cuando los procesos preventivos se interrumpen. Cuando un resultado no se entrega, la narrativa clínica queda inconclusa. El proceso de prevención se rompe antes de completarse y la afiliación entre el sistema de salud y la paciente se fractura. La historia de María ejemplifica solo una paciente, pero detrás de cada número de folio, de cada nombre plasmado en la libreta “Cáncer en la Mujer” existe una latencia de angustia o de enfermedad desatendida. La confrontación con estos expedientes vacíos y estas llamadas no contestadas transformó por completo nuestra percepción del servicio social. Dejamos de ver el llenado de bases de datos como una carga administrativa monótona para entenderlo como un acto de restitución narrativa: rescatar esos nombres era el primer paso para devolverles el derecho a su propia salud.

Fue en ese momento cuando comprendí que formar parte del sistema de salud implica algo más que cumplir metas numéricas. Implica asumir responsabilidad en los procesos que permiten que la prevención sea real y no solamente una cifra en un informe.

La medicina narrativa propone que el médico desarrolle la capacidad de atender, representar y afiliarse con las historias de enfermedad Charon (2005). Este enfoque me permitió entender que el médico no es un simple observador neutral ni un recipiente vacío que simplemente recoge datos clínicos y cual robot, procesa la información y entrega un resultado, sino un sujeto atravesado por su propia historia, sus experiencias, sus miedos y su vulnerabilidad, que le permiten ejercer la práctica clínica como un acto consciente. Entendí que el médico necesita compasión pues

como dice Post (citado por Rosas Jiménez) esta es «una cualidad esencial en el óptimo cuidado médico y constituye una sabiduría perenne y universal en la ética médica... abarca toda la realidad del paciente» (Rosas Jiménez, 2017, p. 355).

En mi caso, integrar mi ansiedad, mi diagnóstico personal, mi experiencia como paciente, mis propios errores y lo que se puso en evidencia durante el proyecto de intervención fue un paso necesario para impulsarme a ejercer una medicina más honesta, menos automática y más humana.

Si al inicio del servicio social mi principal preocupación era no equivocarme, al final comprendí que la responsabilidad médica va más allá del acto individual. La medicina se ejerce dentro de estructuras institucionales que pueden facilitar o limitar el cuidado, pero reconocer esas limitaciones no me llevó a la resignación, sino a la conciencia.

Al escribir este trabajo comprendí lo que señala Charon (2006, p. 112), el lector no es un espectador pasivo, sino un participante muy activo en los acontecimientos, y al regresar de la lectura, se da cuenta de que el viaje lo ha transformado. Comprendí que este año no solo fue una etapa más de formación profesional, sino también un proceso de transformación personal. Hoy me percibo como una médica consciente de su propia vulnerabilidad, que entiende que la atención clínica no ocurre de manera automática y que requiere un esfuerzo deliberado; una médica que reconoce las limitaciones estructurales del sistema de salud, pero también sus áreas de oportunidad y sobre todo, me reconozco como una médica que entiende que la práctica clínica sin afiliación es incompleta.

Los pacientes no son únicamente algoritmos diagnósticos ni listas de síntomas que deben ordenarse para llegar a un diagnóstico. Cada paciente es portador de una historia única, y escucharla con atención es parte fundamental de la consulta.

Declaración del uso de inteligencia artificial

Con el fin de optimizar el presente trabajo se utilizaron los modelos de lenguaje Gemini de Google y Chat GPT de OpenAI, con el propósito de refinar el estilo y afinar la redacción de los borradores iniciales. Asimismo, se utilizó la herramienta de generación de imágenes DALL-E 3 de OpenAI para la modificación del diseño y desarrollo visual de la ilustración de la portada, a partir de instrucciones proporcionadas por la autora. El uso de estas herramientas se realizó siempre bajo la supervisión directa de la autora para asegurar la coherencia conceptual, integridad académica y estética del presente trabajo. Como autora, asumo responsabilidad completa por el manuscrito final.

Referencias

Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión [AMAI]. (s. f.). *Distribución del nivel socioeconómico*. Consultado el 25 de mayo de 2026. <https://www.amai.org/NSE/index.php?queVeo=2020>

Borrás Olivera, N. A., Ortiz Alvirde, A. Y., Papacristofilou Gómez, A. K., Rahal Jiménez, A. S., & Sánchez Ruiz, J. M. (2024a). *Diagnóstico de salud: Centro de Salud T II Santa Úrsula Coapa*. Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México; Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Borrás Olivera, N. A., Ortiz Alvirde, A. Y., Papacristofilou Gómez, A. K., Rahal Jiménez, A. S., & Sánchez Ruiz, J. M. (2024b). *Proyecto de intervención: Digitalización del apartado cáncer cervicouterino de la “libreta de cáncer en la mujer” para la optimización, identificación, seguimiento y monitoreo oportuno de los tamizajes realizados (citología cervical/ VPH-AR)*. Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México; Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

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. (2005). Narrative medicine: Attention, representation, and affiliation. *Annals of Internal Medicine*, 143(10), 787–790. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00010>

Charon, R. (2006). Narrative and medicine: Honoring the stories of illness. (pp 85-155) *Oxford University Press*.

Charon, R., & Hermann, N. (2012). Commentary: A sense of story, or why teach reflective writing? *Academic Medicine*, 87(1), 5–7. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31823a59c7>

Delgado Macías, S., Montenegro Martínez, J., & Pérez Pujalte, S. (2023). Actualización del diagnóstico diferencial de anemias. *NPunto*, 6(67), 29–51. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/65411d360f091art2.pdf>

Market Data México. (s.f.). *Perfil sociodemográfico: Colonia Santa Úrsula Coapa, Coyoacán, Ciudad de México*. Recuperado el 24 de febrero de 2025 de <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Perfil-sociodemografico-Colonia-Santa-Ursula-Coapa-Coyoacan-Ciudad-Mexico>

Muir, A., y Hopfer, U. (1985). Regional specificity of iron uptake by small intestinal brush-border membranes from normal and iron deficient mice. *American Journal of Physiology*, 248(3), G376-G379.

Rosas Jiménez, C. A. (2017). Medicina narrativa: El paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión. *Acta Bioethica*, 23(2), 351–359. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200351>

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2023). *Reporte de SIS/SINBA “Plataforma” del 2023 – C.S. T-II Santa Úrsula Coapa* [Hoja de cálculo]. <https://docs.google.com/spreadsheets/d/131Y3th2WscFrjq7b5ukZyDi9z-Dte8tK/>

Yuan, J., Zeng, X., Cheng, Y., Lan, H., Cao, K., & Xiao, S. (2023). Narrative medicine in clinical internship teaching practice. *Medical Education Online*, 28(1), 2258000. <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2258000>