

Asociación Mexicana de Médicos en Formación A. C.

SOYAMMEF

Septiembre,
2026

Temática especial:

ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

CONOCE CHIAPAS, SEDE DE NUESTRA XX ASAMBLEA NACIONAL

KEIRA VANESSA REYES CONSTANTINO, VICTORIA
MARÍA PENAGOS VIVEROS

P. 213

INTELIGENCIA INTERPERSONAL E INCIDENCIA: UNA COMPETENCIA PENDIENTE EN LA FORMACIÓN MÉDICA

MARÍA DEL CARMEN ROCHA MEJÍA

P. 57

¿ESTÁ PREPARADO EL SISTEMA DE SALUD PARA LA PRÓXIMA PANDEMIA? LECCIONES APRENDIDAS DE LA COVID-19 Y DESAFÍOS FRENTE A LAS ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

CARMEN SAMARA OCHOA CRUZ, SOFÍA MURIEL
CÓRTEZ DELGADO

P. 305

EL REBOTE INVISIBLE: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL PROTOCOLO QUE DEBE VOLVER A LA CONSULTA

ANDSER FERNANDA AVILÉS MARTÍNEZ

P. 153

EL RESURGIMIENTO DEL MPOX Y SU IMPACTO EN NUESTRA SALUD GLOBAL 2022-2026

MARIO ESQUIVEL SOLÓRZANO, LILIA YAMILET
FLORES RENTERÍA

P. 329



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.



Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C., (AMMEF, A.C.)

Es una asociación que reúne a más de 90 grupos de estudiantes de medicina en México. Fundada en 1994, AMMEF, A.C., antes IFMSA-México, es miembro de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA), que representa a más de 1.5 millones de estudiantes de medicina en 123 países de seis continentes.



Revista Médico - Cultural de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación, (AMMEF, A.C.)

“**SoyAMMEF**” es una revista médico-cultural de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación, A.C., (AMMEF A.C.) dirigida a estudiantes de medicina y médicos en formación.

Su enfoque editorial se centra en la salud global, la educación y formación médica, el liderazgo estudiantil, la ética, la responsabilidad social y la difusión de actividades, proyectos e iniciativas desarrolladas por la asociación y sus comités locales a nivel nacional. La revista tiene como objetivo servir como un medio de divulgación académica y cultural, así como de expresión crítica y reflexiva, a través de la publicación de artículos de opinión, ensayos, reportes de actividades y otros contenidos de interés para la comunidad médica en formación.

Desde su creación, la revista ha funcionado como un órgano de comunicación institucional y académico-cultural de la AMMEF A.C., contribuyendo a la visibilidad de las actividades de la asociación y al fortalecimiento de la identidad y participación de la comunidad de médicos en formación en México y a nivel IFMSA.



SCOMP
PUBLICACIONES MÉDICAS





Publicación

Esta es una publicación oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación AMMEF A.C., elaborada bajo la coordinación del Comité Permanente de Publicaciones Médicas (SCOMP), con el propósito de promover la divulgación médico - cultural, literaria y académica entre la comunidad estudiantil y profesional de las ciencias de la salud.

Declaración de descargo de responsabilidad

“SoyAMMEF” opera bajo una política de acceso abierto, permitiendo el acceso libre, inmediato y gratuito a todos sus contenidos, sin cargos para lectores/as ni autores/as, en concordancia con los principios de difusión abierta del conocimiento. Los derechos de autor de los trabajos publicados son conservados por sus autores/as. Al enviar un manuscrito, los autores/as autorizan a la revista su publicación, reproducción y difusión por medios digitales, con fines académicos, culturales y no comerciales, siempre reconociendo la autoría original.

Las opiniones expresadas en los textos publicados son responsabilidad exclusiva de los autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la AMMEF A.C.

**Revista Médico - Cultural de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.,
(AMMEF A.C.) “SoyAMMEF”**

Bajo la coordinación del Comité Permanente de Publicaciones Médicas (SCOMP)

Edición No. 19. | Revista Médico-Cultural | Septiembre 2026.

SOYAMMEF



**“ESCRIBIR PARA ACTUAR,
PUBLICAR PARA *cambiar*”**

DECIMONOVENA EDICIÓN
SEPTIEMBRE 2026



Luz María Astorga Velarde
Editora en Jefe

Comité Editorial

2026-2027



Edwin Estrada
Editor Asociado



Jeshua Solano
Editor Asociado



Yanely Valencia
Comité de Revisión



Kenia Ulloa
Comité de Revisión



Andser Avilés
Editora de Verificación de datos



Darío Velázquez
Editor de Verificación de datos



Karen Acevedo
Editora de Verificación de datos



Mariana Quiñones
Editora de Textos y Estilos



Nora Payán
Editora de Textos y Estilos



Vanessa Soto
Editora de Textos y Estilos



Rodrigo Navarro
Editor de Traducción



Daniela Rico
Editora de Traducción



Ricardo Flores
Editor de Traducción



Odalyzz Salas
Editora de Diseño Gráfico



Irán Flores
Editor de Diseño Gráfico



Alma Ordaz
Editora de Fotografía



Brayan Villegas
Editor Técnico y Soporte



Arancy Burgueño
Coordinadora de Marketing y Difusión



Jimena Carcini
Coordinadora de Marketing y Difusión



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.



SCOMP
PUBLICACIONES MÉDICAS

SOYAMMEF

Nota de la Editora en Jefe

Querida Asociación Mexicana de Médicos en Formación, es para mí un placer presentarles nuestra primera edición como comité editorial 2026-2027, la **Decimonovena Edición de la revista médico - cultural de la AMMEF A.C., "SoyAMMEF"**, en su modalidad especial **"Enfermedades Emergentes y Reemergentes"**.

Las revistas siempre han sido un pilar fundamental para la divulgación del conocimiento en la comunidad médica, incluyendo la estudiantil. Como alumnos solemos pensar que el acto de publicar es complejo, fuera de nuestro alcance, y solamente disponible para egresados de nuestra profesión. Sin embargo, desconocemos que nosotros también contamos con medios para poder empezar en el mundo de las publicaciones médicas. Olvidamos que, aunque sigamos en formación, tenemos la labor de dar a conocer e informar sobre las innovaciones y acontecimientos que nos moldean como nuevas generaciones de médicos. La **Asociación Mexicana de Médicos en Formación, AMMEF A.C.**, a lo largo de los años ha implementado estrategias para contribuir a que los estudiantes y agentes de cambio en todo el país compartan sus ideas, conocimientos, opiniones y experiencias de lo que es aprender medicina y otras carreras afines a la salud en México.

SoyAMMEF, a lo largo de **dieciocho ediciones**, escritas por **distintas generaciones, pero con un mismo propósito**, ha logrado impactar positivamente en la vivencia de incontables estudiantes. Estoy segura que este ejemplar de nuestra revista no será la excepción. La medicina es más que dar clases en un aula o atender pacientes en el hospital. También es compartir, todo lo que implica ser médico en formación, desde todas las áreas, y contribuir a la actualización de los saberes de esta profesión.

Espero que **entre sus páginas** encuentren historias, opiniones, experiencias y, sobre todo, inspiración para seguir creciendo como personas y líderes en salud. **¡Bienvenidos a su revista médico - cultural!**


LUZ MARÍA
Astorga Velarde
Editora en Jefe de la Revista
Médico-Cultural "SoyAMMEF"
Gestión 2026-2027



Nota del Oficial Nacional de Publicaciones Médicas

Es muy emocionante para mí saludar a todos los lectores de nuestra **Decimonovena Edición de la Revista médico - cultural “SoyAMMEF”**, construida con un enorme y titánico esfuerzo por parte del comité editorial, cuyos integrantes han dedicado largas horas a la evaluación, análisis y desarrollo de cada una de sus páginas. Esta edición, además, ha recibido el **mayor número de aportaciones en la historia de la revista**, un hito que considero avasallador al pensar en todo lo que significa este año para el **Comité Permanente de Publicaciones Médicas (SCOMP)**. Se cumplen 20 años de su existencia como comité y, con ello, dos décadas de trabajo que han hecho posible que proyectos como **“SoyAMMEF”** existan y permanezcan.

Ha sido responsabilidad del **nuestro comité** resguardar, proteger y promover la **Revista médico-cultural de nuestra Asociación**; sin embargo el enorme esfuerzo de cada uno de sus equipos editoriales, es el que ha hecho realidad las dieciocho ediciones que nos anteceden. El maestro Carlos Ruiz Zafón mencionaba en la obra; *La sombra del viento* que: *“Cada libro, cada tomo que ves, tiene alma. El alma de quien lo escribió, y el alma de quienes lo leyeron y vivieron y soñaron con él”*.

Esta cita llama especialmente mi atención al pensar en nuestra revista estudiantil, debido a que representa las dos caras de lo que significa construir una edición: **el esfuerzo del equipo editorial y las aportaciones de sus autores**. Ambas son condiciones indispensables para su existencia y llevan consigo una misma búsqueda: trascender. Intentar, por medio de la bella palabra escrita, eternizar una idea, una opinión, un conocimiento o, simplemente, una vivencia dentro de nuestra Asociación.

Querido lector: estás a punto de desentrañar, a través de páginas, prosa y letras, el alma de todos aquellos que han trabajado para que esta edición llegue a tí. Buscamos motivarte para que algún día seas parte de una de las páginas de **SoyAMMEF** y, con ello, también seas parte de su historia de nuestra Asociación.


FRANCISCO JOSÉ
Díaz García
Oficial Nacional del Comité
Permanente de Publicaciones Médicas
Gestión 2026-2027



ÍNDICE

ASAMBLEA NACIONAL PREVIA

PAG. 15

QueretAN: El impacto de los espacios de representación en los médicos en formación

KENIA ALEJANDRA ULLOA OCAMPO

PAG. 19

Más que una Asamblea: La experiencia que nos unió en Querétaro

FERNANDA MANI Y KARLA MORENO

SOMOS AMMEF, A.C.

PAG. 23

Liderar sin tener todas las respuestas

MARÍA FERNANDA VILLARREAL SANTOS

PAG. 27

Mientras AMMEF A.C. bailaba, yo aprendía a sostener un mundo

SINAÍ DE JESÚS FRAGA RODRIGUEZ

PAG. 31

IFMSA Meetings: de Sessions Team a Delegados Generales (Dos perspectivas, un mismo compromiso)

CÉSAR AUGUSTO CASTRO, MONTSERRAT HERNÁNDEZ MÉNDEZ

PAG. 33

Después de una Asamblea Nacional, ¿regresas siendo la misma persona?

YANELY MARIEL VALENCIA CANCHÉ

Somos SCOMEdians

PAG. 39

Reivindicando las riendas de nuestra educación

ELISA SOFÍA GONZÁLEZ SOSA

PAG. 43

La inteligencia artificial en medicina: ¿aliada del razonamiento clínico o sustituto al pensamiento médico?

JIMENA SÁNCHEZ VIRGEN

PAG. 47

Primum non scrollere

RENATTA BERTANI PADILLA

PAG. 49

Cuando el paciente habla otro idioma: la importancia de comprender las jergas populares en la práctica médica

BRUNO MANDUJANO ESCAMILLA

PAG. 51

Todo lo que Debes Saber Sobre la Actualización 2025 de la AHA para Hipertensión

SOPHIA SALINAS LARA, ANDREA MONTSERRAT SALINAS LARA

PAG. 55

El síndrome del estudiante perfecto: el costo invisible de la autoexigencia

JIMENA LUNA CARCINI

PAG. 57

Inteligencia interpersonal e incidencia: una competencia pendiente en la formación médica

MARÍA DEL CARMEN ROCHA MEJÍA

PAG. 59

Entre el examen y el paciente: la brecha que nadie mide

NICOLE DENISSE TRUJILLO CORREA

PAG. 63

Innovación educativa en la enseñanza de la medicina, ¿un reto en la docencia?

PAULINA ALEJANDRA GARCÍA ORTEGA

PAG. 67

Neuroinflamación en la obesidad: un problema de salud mundial

GABRIEL FRÍAS REYES

PAG. 71

MedEd advocacy: El arte de abogar por nuestra educación

ESTEFANÍA NOEMÍ SOLÍS ARENAS

PAG. 75

Disautonomía: El desafío de vivir con una condición que no se ve

ANDREA SALINAS LARA, ESTEFANIA OLIVARES FLORES

PAG. 79

Hacia la actualización de los lineamientos clínicos nacionales: una propuesta para fortalecer el abordaje nutricional integral de las pacientes ambulatorias con cáncer de mama en México

NATHASSJA ISAETEL GUADALUPE PIÑA MARTÍNEZ

PAG. 85

La Inteligencia Artificial: Más respuestas, ¿menos razonamiento?

MARIANA FERREYRA GONZÁLEZ

PAG. 89

La materia del liderazgo

NATALIA DANIEL VALDEZ MONTANO

Somos Trainers

PAG. 93

Un entrenamiento a la vez

KARINE GUADALUPE OSALDE ORTIZ

PAG. 95

El primer año: aprender a ser estudiante otra vez

SERGIO ALEKZANDERS SAAVEDRA LÓPEZ

PAG. 97

El lugar donde aprendimos a volar juntos

JESHUA MIGUEL SOLANO LUNA

Somos SCOMPanions

PAG. 103

Cazadores de Microbios: Reminiscencias de mi camino en SCOMP

FRANCISCO JOSÉ DÍAZ GARCÍA

PAG. 109

El Arte de Sanar entre Letras: La travesía detrás de Códice CEMECH

EDWIN OMAR ESTRADA GÓMEZ, FERNANDO MARTÍN RUIZ SANTIAGO

PAG. 113

SCOMP a través de las personas

XIMENA PACHECO QUEZADA

PAG. 115

La gramaticalmente inexistencia del dolor: límites lingüísticos y fisiológicos de su estudio

LUIS ALBERTO ARMENTA HERNÁNDEZ

PAG. 119

La investigación como escenario de formación: experiencia de una estancia en el INCMNSZ

IKER SANTIAGO COLÍN URQUIZÚ

PAG. 123

La neurobiología del desapego: ¿puede la ferropenia influir en la responsabilidad afectiva?

ABRIL CALDERÓN HERNÁNDEZ, YARETZI JARQUIN LÓPEZ

PAG. 127

El Médico Polímata: Arte y cultura como ejes imprescindibles del alma

GERARDO GRANILLO YAÑEZ

Somos SCONExion

PAG. 133

La importancia de los Intercambios Nacionales

LUZ MARÍA ASTORGA VELARDE

Somos SCOPEans

PAG. 139

Del otro lado del intercambio: la historia que comienza antes de viajar

CÉSAR AUGUSTO CASTRO SÁNCHEZ

PAG. 143

Viviendo y no sobreviviendo a mi primer intercambio

BLANCA MARINA RODRÍGUEZ ACOSTA

Somos SCOPHians

PAG. 147

Más allá del lazo rosa: Crónica de una campaña médica adaptada a su comunidad

ALAN ALEJANDRO GÓMEZ ESTRADA

PAG. 151

PROMESA: Sin dudarlo, después de la tormenta, viene la calma

INDIRA NATYHELLI TERRAZAS TOVAR

PAG. 153

El rebote invisible: trastornos de la conducta alimentaria y el protocolo que debe volver a la consulta

ANDSER FERNANDA AVILÉS MARTÍNEZ

PAG. 158

Educar para transformar: Una feria con causa

MARTHA LIZETH AGUILAR SOLAR

PAG. 161

Tríada epidemiológica: huésped, agente ¿y el ambiente?

ANDREA LORENIA CHÁVEZ TOPETE

Somos SCORAngels

PAG. 167

¿Cómo una infección de transmisión sexual puede llegar al cerebro?

MEREDITH ASTRID OVIEDO PEREZ

PAG. 171

¿Qué Significa Educar Cuando El Silencio Ya Enseñó Primero?

ANA PAOLA ARCE LUJANO

PAG. 174

Al abrir y cerrar los ojos

PEDRO PERAZA UCÁN, ISAÍAS MERCADO HERRADA

Somos SCOREans

PAG. 181

Más allá de la publicación: una nueva visión de los intercambios de investigación

IVÁN A. D. MEDRANO ROBLEDO, GRECIA TALAMANTES JIMENEZ, ALAN CASILLAS RODRÍGUEZ

Somos SCORPions

PAG. 187

Isla basura: la actividad que me generó un cambio

ODALYZZ SALAS GARCÍA

PAG. 189

El día que las cajas volvieron vacías

ANA PAULA CASTRO LUNA

PAG. 193

Campaña Unidos por Venezuela: Médicos en formación por la acción humanitaria

LILIANA GUADALUPE MADERA PALMA

PAG. 197

Sembrando el mañana: cuidemos los derechos de los niños

ODALYZZ SALAS GARCÍA

Somos Flamingos

PAG. 203

¿Qué significa ser DLRE?

JEAN KARLO DOJAQUEZ, AXEL EMILIANO MENDOZA GARNICA

PAG. 205

Crear Comités Locales es encender a la AMMEF

JEAN KARLO DOJAQUEZ, ASTRID ESTEFANÍA RODRÍGUEZ SOLÍS

PAG. 207

La feria que cambió mi rumbo

MÓNICA CRUZ ALCOCER

PAG. 209

DSRE: el puente que conecta a toda AMMEF

JEAN KARLO DOJAQUEZ, FRIDA ESTEFANIA NOLASCO DÍAZ

ASAMBLEA NACIONAL PRÓXIMA

PAG. 213

Conoce Chiapas, sede de nuestra XX Asamblea Nacional

KEIRA VANESSA REYES CONSTANTINO, VICTORIA MARIA PENAGOS VIVEROS

PAG. 217

Chiapas a mordidas: lo que debes probar en la Asamblea

NAOMI MADAÍ PÉREZ BARRIOS

TEMÁTICA ESPECIAL

Enfermedades emergentes y reemergentes

Una mirada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la repercusión de las enfermedades emergentes y reemergentes en su cumplimiento integral

PAG. 225

La tuberculosis frente a la agenda 2030: salud, economía y desigualdad

DANIEL MOZO TORRES, ANA DANIELA GALVÁN HERNÁNDEZ

PAG. 229

Salud y Bienestar: Un desafío para cumplir ante las enfermedades emergentes y reemergentes

ZABDI ANANI GARZA ESTRADA

PAG. 233

Anemia y Malaria: El Silencioso Choque entre los ODS 2 y 3

OMAR YOSEMITH MARTÍNEZ MARTÍNEZ

PAG. 237

¿De la esperanza a la realidad?

AMÉRICA LUCIANA ANASTACIA BOJÓRQUEZ GUADARRAMA

PAG. 241

El dengue como espejo del rezago estructural en México: Un análisis multidimensional desde la Agenda 2030

LILIANA GISELLE CANO GARCÍA

PAG. 245

Vectores, virus y censura: el subregistro epidemiológico como freno para la Agenda 2030

LETICIA VINIEGRA RAMOS

PAG. 249

La Salud Mental en el Contexto de las Enfermedades Emergentes: Desafíos para el Desarrollo Sostenible

MIZTLI VANESSA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, EDUARDO JATNIEL GARCÍA

PAG. 253

Impacto del dengue y sus serotipos en el cumplimiento del ODS 3: Salud y bienestar

DANIEL MOZO TORRES, ANA DANIELA GALVÁN HERNÁNDEZ

PAG. 257

La boca como primera alarma ante las enfermedades reemergentes: una reflexión para el personal de salud de primer contacto

DANIEL ANTONIO ARRILLAGA

PAG. 259

El ODS 3 en México: El Reto de la Prevención

KARLA VALERIA VALDÉS MORENO, JEAN KARLO DOJAQUEZ

PAG. 263

El resurgimiento del sarampión en Jalisco

XIMENA ALEJANDRA ANDUIZA OROZCO

¿Realmente el sistema de salud pública se encuentra preparado para una posible nueva pandemia?

PAG. 269

One Health: La paradoja de la formación médica actual

IVÁN HERNÁNDEZ REYNAGA

PAG. 271

El resurgimiento del sarampión en México y las grietas de la salud pública pos-COVID

MATÍAS SANDOVAL MANCILLA

PAG. 275

¿Estamos realmente preparados para la próxima pandemia?

ROMEO MAGIN TORRES ZENTENO

PAG. 277

El Triángulo de la Sospecha: El arte de razonar frente al síntoma en la Atención Primaria para la Salud (APS)

ANA PATRICIA BALDERAS NUÑEZ

PAG. 281

¿Mito o realidad textil? Las enfermedades respiratorias detrás del trabajo

LESLIE IVETTE GRAJALES GÁLVEZ

PAG. 285

Las pandemias seguirán viniendo... ¿Podremos demostrar haber aprendido de ellas?

LIZBETH ABIGAIL MÉNDEZ MÉNDEZ

PAG. 287

Pandemias futuras y sistema de salud: una reflexión sobre la preparación de México

MELANIE LÓPEZ GARCÍA, MYLEE DEL CARMEN LANDÍN PAVÓN

PAG. 291

¿Regresó el devorador?: Miasis por gusano barrenador como desafío emergente en el sector agrícola y de salud pública en Puebla?

JOSUÉ ORTEGA DE LA CRUZ

PAG. 293

El crisol de la pandemia: lecciones y enseñanzas del COVID-19

JORGE ALFONSO BOGARIN BISHOP

PAG. 297

Limitaciones operativas y sesgos terapéuticos en la detección temprana de ciclosporiasis en México: de alerta internacional a realidad local

KAREN STEFANY ROMAN SANCHEZ

PAG. 301

El regreso del sarampión: una enfermedad prevenible que vuelve a desafiar a la salud pública

ASHLEY NICOLE LERMA

PAG. 305

¿Está preparado el sistema de salud para la próxima pandemia? Lecciones aprendidas de la COVID-19 y desafíos frente a las enfermedades emergentes y reemergentes

CARMEN SAMARA OCHOA CRUZ, SOFÍA MURIEL CORTEZ DELGADO

PAG. 309

El papel de la Atención Primaria en la detección temprana de enfermedades emergentes y reemergentes mediante las manifestaciones oftalmológicas

NICOLE YADIRA MONTANO ROMERO, KAREN GARCÍA MORALES

PAG. 313

No fue casualidad: Las enfermedades reemergentes como reflejo de nuestras decisiones

VICTORIA ALEJANDRINA ARANDA PACHECO

PAG. 317

¿Está preparada la educación médica para una nueva pandemia? Análisis crítico sobre el impacto del Ébola en los médicos en formación

AMÉRICA GUADALUPE RODRÍGUEZ TOVAR, EDGAR ALAN ARÉVALO CABRERA

PAG. 321

Difteria 2026: la alerta que recuerda la importancia de la vigilancia epidemiológica

ALMA GUADALUPE ORDAZ ANGELES

PAG. 325

La desigualdad como arquitecta de la próxima pandemia

PAULINA CERVANTES MARTÍNEZ

PAG. 329

El resurgimiento del mpox y su impacto en nuestra salud global 2022-2026

MARIO ESQUIVEL SOLÓRZANO, LILIA YAMILET FLORES RENTERÍA

PAG. 333

Alerta y amnesia: ¿El sistema de salud pública está preparado para una pandemia?

LUCCIANNA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

PAG. 335

¿Está preparado el sistema de salud mexicano para una nueva pandemia? Lecciones aprendidas y desafíos para el futuro

VANESSA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

PAG. 341

De la crisis a la resiliencia: el sistema hospitalario mexicano después de la COVID-19 y ante futuras amenazas emergentes

CAMILA NOMARA COBIÁN ELÍAS

PAG. 345

Antes de la pandemia: la Atención Primaria para la Salud como primera línea en la detección de enfermedades emergentes y reemergentes en Mérida, Yucatán

SINAÍ DE JESÚS FRAGA RODRIGUEZ

PAG. 349

Deuda Inmunitaria: ¿Está México preparado para enfrentar el regreso del sarampión?

ARANCY BURGUEÑO MORENO, BRAYAN DE JESÚS VILLEGAS JIMÉNEZ

PAG. 353

El Ébola, una enfermedad fluctuante en los últimos tiempos

BETSA BETH RAMOS RUGERIO

PAG. 355

Lo mejor de ambos mundos: dos profesiones, un mismo propósito

MAYTE LUCERO MARTINEZ MONTERO

PAG. 361

Atención Primaria de Salud: la primera línea de defensa

LAURA MICHELLE RUIZ MUNGUÍA, ESMERALDA VALENTINA CARRILLO VÁZQUEZ

PAG. 365

Pandemia de la desinformación: el médico contra la infodemia

KAREN AURORA MAURIÑO GARCÍA

PAG. 369

Ciprofloxacino y sulfametoxazol en ecosistemas acuáticos: de las alteraciones moleculares a la resistencia antimicrobiana

BRENDA ELIZABETH PALEMÓN, LUZ ADRIANA ROMERO

Impacto Ecológico de las enfermedades emergentes y reemergentes sobre los ecosistemas

PAG. 375

Cambio climático y daño ambiental: una oportunidad para las enfermedades reemergentes y emergentes

KAREN GERALDINE ACEVEDO RODRÍGUEZ, ALEXA CAMILA TAMEZ ARTEAGA

PAG. 377

Resistencia antimicrobiana en animales de consumo y su impacto en la salud pública

DARÍO NAHÚM VELÁZQUEZ RUIZ

PAG. 381

La pandemia silenciosa: La resistencia antimicrobiana y el desafío de una sola salud

VALERIA DOMINGUEZ DELGADO

PAG. 385

Zoonosis emergentes como problema de salud pública

GABRIEL FRÍAS REYES

PAG. 389

Dengue reemergente en México: ¿Es suficiente la Estrategia Nacional 2025–2030?

KATHERY YULIETTE GUZMÁN ESCOBEDO, OLIVER FERNANDO PÉREZ RAYGOZA

PAG. 397

Diálogos entre el clima y la salud: nuestra responsabilidad ante el equilibrio planetario

ESTHEFANIA HERNÁNDEZ HUCHIN

PAG. 399

El regreso del enemigo silencioso: Crónica del gusano barrenador en México

MELISSA SALAZAR ZUMAYA, MARÍA FERNANDA DÍAZ BURGOIN

PAG. 393

El gusano barrenador volvió: Lo que su regreso nos dice

YARETZI SALGADO CRUZ, JUAN CRUZ QUINTANAR

PAG. 404

Fortalecimiento de la atención primaria: clave para la prevención del dengue rural

SHANNIA ALIZÉE MARTÍNEZ SOLÓRZANO, ANA LAURA AQUINO MANDUJANO

PAG. 408

La degradación de ecosistemas como motor silencioso de las zoonosis emergentes

EMILIANO JORGE ORTEGA TORRES

PAG. 414

El Costo Neurológico de un Estándar de Belleza

MELANIE DIANE AGUILAR BALDERAS

PAG. 418

El dengue y su nueva conquista de territorio: El desierto

MARCELO GONZÁLEZ MÉNDEZ, NOEMÍ PÉREZ BARRIOS

PAG. 422

Estrategias para revertir el cambio climático desde la salud pública

ASHLEY SELIN PEREZ

PAG. 424

De los ecosistemas al ser humano: la Fiebre de Lassa

NATALI LARA CONTRERAS, DANIELA ORTIZ NUÑO

PAG. 428

El papel de las zoonosis emergentes y reemergentes en la salud global

AGNES NICOLE BERROUT BISHOP

PAG. 430

De la naturaleza al hospital: cómo los sesgos cognitivos facilitan la evolución de patógenos

GLORIA MARÍA TRUJILLO SALEME

PAG. 434

Herencias invisibles: Entre las comunidades y el uso de pesticidas organoclorados en suelos kársticos

EUNICE DARIANA DÍAZ GÓMEZ

PAG. 438

El cambio climático: Un detonante silencioso de nuevas enfermedades

LEYRI LIZETH GÁLVEZ GARCÍA

PAG. 442

Gusano barrenador del ganado: Una amenaza para la salud humana y la sanidad animal

MAEBYE DAYANNARAH LÓPEZ POSADAS

PAG. 446

Más allá del sillón dental: ¿Un mal manejo de RPBI podría influir en el surgimiento de nuevas enfermedades?

EVELIN MAGALY GUADALUPE VICTORIANO



ASAMBLEA NACIONAL PREVIA

SOYAMMEF



XIX AN QUERETAN

Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.

QueretAN: El impacto de los espacios de representación en los médicos en formación



Kenia Alejandra Ulloa Ocampo
ADEMEN
Keniaaulloa14@gmail.com

¿Alguna vez nos hemos detenido a reflexionar sobre el impacto que puede tener una Asamblea Nacional en nuestra formación como futuros médicos? Más allá de un evento burocrático o de una serie de reuniones, estos espacios representan una oportunidad para descubrir el potencial de una generación comprometida con transformar la medicina desde las aulas, los hospitales y sus comunidades.

Durante mi trayectoria en la AMMEF A.C., una de las reflexiones que más ha resonado en mí surgió precisamente después de asistir a una Asamblea Nacional, en donde comprendí que la formación médica va mucho más allá de adquirir conocimientos científicos; también implica desarrollar liderazgo, pensamiento crítico y compromiso social.

He podido conocer estudiantes que cuestionan, que se informan, que proponen soluciones y que generan un impacto real en cada uno de sus entornos. Estudiantes que no esperan convertirse en médicos para comenzar a transformar la realidad, sino que entienden que el cambio empieza desde su etapa de formación.

En un contexto donde con frecuencia se piensa que el papel del estudiante se limita a aprender y aprobar exámenes, encuentros como la QueretAN nos invitan a replantear una pregunta fundamental:

¿Qué tan lejos puede llegar un estudiante de medicina cuando encuentra un espacio para ser escuchado, colaborar y liderar?

La QueretAN no fue únicamente un punto de encuentro entre estudiantes de medicina de distintas partes del país, sino un espacio donde las ideas dejaron de ser teóricas para convertirse en experiencias compartidas. A lo largo del evento, fue evidente que detrás de cada representación local existían historias, realidades y contextos distintos, pero unidos por un mismo objetivo: fortalecer la formación médica desde la participación estudiantil. Más que una agenda de actividades, lo que se vivió fue un intercambio constante de perspectivas, donde el diálogo nos permitió entender que la medicina no se construye de manera aislada, sino en comunidad (Ver figura 1.1.1.).



Figura 1.1.1. Archivo de la XIX AN: Fotografía oficial de los Consejos Ejecutivos Locales y el Consejo Ejecutivo Nacional de la AMMEF A.C., durante la QueretAN 2026.



Durante su desarrollo, fue inevitable reconocer la magnitud del trabajo que existe detrás de la representación estudiantil en medicina. Cada intervención, cada debate y cada propuesta reflejaban no solo preparación académica, sino también un profundo sentido de responsabilidad hacia la comunidad estudiantil a la que cada participante representa (*Ver figura 1.1.2.*).

En este espacio, el liderazgo dejó de ser un concepto abstracto para materializarse en acciones concretas. Más allá de las diferencias entre instituciones, se hizo evidente que existe una generación que no se conforma con observar el sistema de salud desde afuera, sino que busca involucrarse activamente en su transformación.



Figura 1.1.2. Archivo de la XIX AN: Integrantes de la delegación de ADEMEN durante su participación en la QueretAN.

Asimismo, la convivencia entre estudiantes de distintos estados permitió ampliar la perspectiva sobre la formación médica en México. Escuchar realidades distintas a la propia no solo enriquece el aprendizaje, sino que también genera una reflexión profunda sobre desigualdades, retos y fortalezas presentes en los distintos contextos educativos y hospitalarios del país.

Algo que representa un papel aún más importante que las decisiones o acuerdos alcanzados son las personas que se encuentran en el camino. Aquellas con las que compartes largas horas de plenas, debates y discusiones intensas, y que con el tiempo se convierten en algo más que compañeros de representación. Se transforman en amistades que trascienden el evento, en alguien que esperas volver a ver después de meses para continuar intercambiando experiencias, aprendizajes y crecimiento. En ese sentido, una de las mayores fortalezas de la AMMEF no es solo reunir estudiantes de diferentes estados e incluso países, sino construir vínculos que nacen en el trabajo académico y se consolidan en la convivencia diaria (*Ver figura 1.1.3.*).

Al final, estas experiencias nos recuerdan que la formación médica no se limita a las aulas ni a los hospitales. También se construye en los espacios donde se aprende a escuchar, disentir, proponer y liderar.

Más allá de las decisiones tomadas o de los temas discutidos, lo verdaderamente trascendente es lo que cada uno se lleva consigo: nuevas perspectivas, cuestionamientos, motivaciones y, sobre todo, la certeza de que la medicina también se transforma desde la participación estudiantil.

La pregunta no es únicamente hasta dónde puede llegar un estudiante de medicina al integrarse a estos espacios, sino también qué tipo de médico está construyendo en el camino.

Porque formar parte de una Asamblea Nacional no solo deja aprendizajes académicos, sino también la convicción de que el cambio en la medicina comienza cuando los estudiantes deciden alzar la voz y construir en comunidad. Y quizás lo más valioso de todo es comprender que esas voces que hoy se encuentran en una Asamblea serán mañana las que tomen decisiones dentro del sistema de salud. Lo que hoy se construye en plenarias, ideas y vínculos, mañana formará parte de la medicina que recibirán nuestros pacientes (Ver figura 1.1.4.).



Figura 1.1.3. Autoría propia, 2026: Jefas de delegación de diferentes CL y compañeras de plenaria.



Figura 1.1.4. Autoría propia, 2026: Participación de distintas asociaciones estudiantiles de medicina durante la QueretAN, reflejando la diversidad y representación nacional.

**LAS MEJORES
HISTORIAS SON LAS
QUE EMPIEZAN CON
UN VIAJE,**

*en el cual
todos tienen
el mismo
objetivo;
aprender e
impactar”*



Más que una Asamblea: La experiencia que nos unió en Querétaro



**Fernanda Mariel
Mani Cabrera
AMEA**

fernanda.manica@udlap.mx



**Karla Valeria
Valdés Moreno
AMEA**

kvaldes354@gmail.com

Las Asambleas Nacionales de la AMMEF A.C. son experiencias únicas, son momentos que se tienen que vivir para ser contados. Son lugares llenos de aprendizaje, conexión y recuerdos inolvidables; donde ocurren reencuentros entre personas que conviven la mayor parte del tiempo por medio de una pantalla o donde simplemente se establecen nuevas amistades. La XIX Asamblea, mejor conocida como “QueretAN”, no fue la excepción. Antes de Querétaro, la Asociación Médica Estudiantil de las Américas (AMEA) era un comité local lleno de personas que coincidían en los mismos horarios y reuniones, pero nada más. Éramos nombres y cargos en una lista, trabajando uno al lado del otro, pero sin realmente conocernos. Nos faltaba esa chispa que surge cuando dejas de ver al otro como compañero de comité y empiezas a descubrir a la persona detrás del puesto, al amigo con el que puedes confiar cuando las situaciones se ponen difíciles. Fue ahí, entre pasillos y actividades, donde finalmente esa barrera se rompió para poder convertirnos en lo que somos hoy: un equipo unido por algo mucho más fuerte que solo un simple cargo.

Desde que la delegación se presentó en el hotel sede, se percibía la falta de unidad; algunos llegaron un día antes, mientras otros se desvelaron para arribar y otros llegaron un tanto después. En el primer momento que nos encontramos todos

juntos para realizar el registro, las barreras y la incomodidad se hacían notar. Poco a poco, el compartir pequeñas experiencias todos juntos, sería lo que crearía grandes anécdotas y formaría un vínculo muy diferente del que se inició.

Más allá de las sesiones permanentes y las plenarias, lo que realmente nos cambió fueron esos pequeños momentos que no estaban planeados: las cenas compartidas, las conversaciones improvisadas, los imprevistos que resolvimos en equipo y la complicidad que se generó durante los planes sociales; esos momentos donde la Asamblea nos permite conectar más allá sin importar el cargo. Ahí descubrimos que el compañero a nuestro lado también compartía el deseo de aprender y, sobre todo, la misma pasión y motivación. La QueretAN fue la chispa que nos hacía falta; nos dio esa clave para entender que éramos mucho más que un grupo de colaboradores cumpliendo su tarea. Fue el punto de partida para comprender que un comité fuerte no es únicamente cargos y responsabilidades, sino también confianza, respeto y amistad que nacen cuando las personas se conocen de verdad.

Nuestra experiencia como comité local en una Asamblea Nacional cambió completamente la forma de trabajo una vez regresando a nuestro lugar de origen, lo que se ha visto reflejado mediante el desempeño local actual.



Las reuniones dejaron de sentirse como una obligación y se convirtieron en espacios donde disfrutamos convivir unos con otros. Formamos un equipo motivado, unido y ambicioso, dispuesto a crecer y llegar más lejos.

Momentos como estos son los que hacen especiales a las Asambleas Nacionales, porque no son solo cuatro días con sesiones intensivas, sino que son miles de recuerdos, experiencias, fotografías y amistades las que se forman. En estos eventos, no solo se fortalecen equipos, también se forman líderes y se crean redes de apoyo locales y nacionales que dejan huella en nuestro camino. Las Asambleas nos invitan a salir de nuestra zona de confort, a descubrir capacidades que quizá no sabíamos que teníamos y a convertirnos, poco a poco, en una mejor versión de nosotros mismos.

“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla.”

Gabriel García Márquez

Como delegación, hoy extendemos una invitación a todos los comités locales. No vean estas asambleas sólo como un evento de calendario, por el contrario, que esta sea la oportunidad de conectar, de buscar a quienes tienen a un lado y construir lazos que a largo plazo serán el verdadero motor de su trabajo. Porque al final del día, los cargos pasan, pero las personas y las amistades que formamos en las asambleas son las que nos mantienen de pie y nos motivan a seguir trabajando por una mejor medicina. Por ello, una Asamblea Nacional no se explica, se tiene que vivir para contarla.



SOMOS,

AMMEF A.G.



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.

SOYAMMEF



AMMEF

ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.

Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.

SOYAMMEF



María Fernanda Villarreal Santos
VAE AMMEF A.C.
vae@ammef.mx

Mi papá siempre me ha dicho que si en una sala eres la persona más preparada, significa que estás en la sala incorrecta.

Durante mucho tiempo entendí esa frase como una metáfora para impulsarme a buscar espacios de crecimiento. Sin embargo, recordé esa frase en Mérida, justo antes de participar en una mesa sobre liderazgo femenino. Bastaba con escuchar las trayectorias de las mujeres sentadas a mi lado para saber que yo no era la persona más preparada de esa sala. Tenían años de experiencia en educación médica y liderazgo. Por otra parte, yo seguía siendo estudiante de medicina.

Por supuesto que me pregunté qué hacía ahí. Pero, al recordar las palabras de mi papá, entendí que estaba en la sala correcta.

En mayo de 2026 participé como ponente en la mesa redonda “Liderazgo femenino y transformación de la formación médica”, dentro del IX Congreso Internacional de Educación Médica de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

La invitación era una oportunidad enorme, pero también me enfrentaba a una duda que había sentido en otros momentos: ¿en qué punto una persona está realmente preparada para liderar?

Al observar a las demás ponentes, la diferencia entre nuestras trayectorias era evidente. Ellas habían recorrido caminos profesionales que yo apenas comenzaba a conocer. Contaban con años de experiencia, yo todavía tenía muchas preguntas sin respuesta. Por un momento, todo el trabajo que había realizado hasta ese momento me pareció pequeño.

Sin embargo, había algo que solamente yo podía llevar a esa mesa: la experiencia de ser estudiante de medicina en este momento y la responsabilidad de representar a quienes viven todos los días las consecuencias de las decisiones que se toman sobre nuestra formación.

No estaba ahí a pesar de ser estudiante. Estaba ahí precisamente porque lo soy.

Llegar hasta ese espacio no fue resultado de la casualidad. Fue posible gracias a la AMMEF y al trabajo que he desarrollado dentro de la asociación. Detrás de esa invitación hubo reuniones, proyectos, propuestas, colaboraciones y conversaciones. También hubo ocasiones en las que fue necesario defender una idea, solicitar que se considerara la perspectiva estudiantil o insistir para que nuestra asociación estuviera presente en espacios externos.

Como Vicepresidenta de Asuntos Externos,

una parte fundamental de mi responsabilidad consiste en establecer vínculos y encontrar lugares en los que la voz de las y los médicos en formación pueda ser escuchada. No obstante, una cosa es trabajar para conseguir esos espacios y otra muy distinta es comprender que, al llegar a ellos, una debe asumir la responsabilidad de hablar.

No quería que mi participación se redujera a la presencia simbólica de una estudiante entre mujeres con trayectorias consolidadas. Quería que mi voz tuviera un propósito. Quería representar con responsabilidad las experiencias que he conocido dentro de la asociación y explicar por qué las y los estudiantes debemos participar en la construcción de nuestra propia educación.

Entonces sucedió algo que cambió mi perspectiva: me escucharon. No solamente esperaron a que terminara mi intervención. Mostraron un interés genuino por conocer lo que pensaba. Mi experiencia no fue tratada como algo menor. En esa conversación, mi perspectiva tenía valor porque provenía de una realidad que también necesitaba estar representada.

Y ahí entendí que de verdad querían saber lo que pensaba. Que la opinión de las y los médicos en formación también tenía un lugar en esa conversación. Como estudiantes, con frecuencia sentimos que nuestras voces llegan tarde a las conversaciones importantes. En ocasiones, las decisiones sobre nuestra formación se toman en espacios en los que no participamos. Se habla de nuestras necesidades, de nuestro bienestar y de nuestro futuro, pero no siempre se nos

pregunta qué estamos viviendo. Con el tiempo, podemos comenzar a pensar que debemos esperar: a terminar la carrera, obtener otro grado académico, acumular experiencia o recibir alguna autorización para opinar.

En Mérida comprendí que no siempre tenemos que esperar. Esto no significa que todos los espacios estén abiertos ni que la representación estudiantil actual sea suficiente. Todavía hace falta insistir para que nuestra participación sea constante y produzca efectos reales. Tampoco basta con hablar una vez para transformar la educación médica. Los cambios importantes se construyen con tiempo, trabajo y la participación de muchas personas.

Lo que sí cambió fue mi manera de entender mi propia voz. No sé si alguna frase que dije ese día haya modificado una decisión, ni tampoco si mi participación tuvo un efecto que pudiera medirse de forma inmediata. Pero sé que, durante aquella mesa, la perspectiva de las y los médicos en formación estuvo presente. Alguien la escuchó y mostró interés en conocerla. Por un momento, dejamos de ser únicamente el tema de la conversación para formar parte de quienes la estaban construyendo. Para mí, eso ya significa algo. Ya es un avance, por más pequeño o grande que sea.

Durante mucho tiempo pensé que una líder debía tener seguridad en todo momento. Creía que debía saber cómo resolver cualquier problema y contar siempre con una respuesta. Mi experiencia en la AMMEF me ha enseñado que el liderazgo no se vive de esa manera.

Creo en un liderazgo que pregunta, escucha a su equipo y busca orientación antes de tomar decisiones. Un liderazgo que no pretende construir soluciones de manera individual, sino que reconoce el valor de otras perspectivas y utiliza la información disponible para encontrar el mejor camino posible. Creo en el poder de reconocer los errores y estar dispuesta a cambiar de dirección es parte de la responsabilidad de liderar.

Liderar sin tener todas las respuestas no significa actuar sin preparación ni hablar sobre lo que no conocemos. Significa reconocer con honestidad los límites propios, pero también valorar la experiencia que sí poseemos. Significa comprender que todavía queda mucho por aprender sin utilizar esa realidad como una razón para guardar silencio.

También significa aceptar que representar a otras personas es una responsabilidad muy importante. Ser Vicepresidenta de Asuntos Externos implica procurar que mi voz no se limite a mis propias experiencias y considerar las distintas realidades de quienes forman parte de la AMMEF. Sé que una sola persona no puede representar todas las perspectivas, pero sí puede escuchar y buscar que más voces lleguen a los espacios donde se discuten temas relevantes para nuestra formación. Lo que sí creo es que nuestra ausencia dejaría incompleta cualquier conversación sobre el futuro de la educación médica.

Por eso, mi responsabilidad no termina cuando consigo que mi voz llegue a un nuevo espacio puesto que también es mi responsabilidad contribuir a que otras personas puedan ocuparlo.

Que la siguiente estudiante no tenga que preguntarse durante tanto tiempo si merece estar ahí y encuentre un lugar donde pueda hablar, pero también donde sea escuchada.

Al recordar aquella mesa, sigo admirando a las mujeres que estaban a mi lado. La diferencia es que ahora esa admiración no me hace sentir que mi experiencia es demasiado pequeña. Me recuerda que todas comenzamos en algún punto y que ninguna trayectoria se construye esperando a tener certeza sobre cada paso. Nuestras trayectorias eran distintas, pero precisamente por eso nuestra conversación podía enriquecerse.

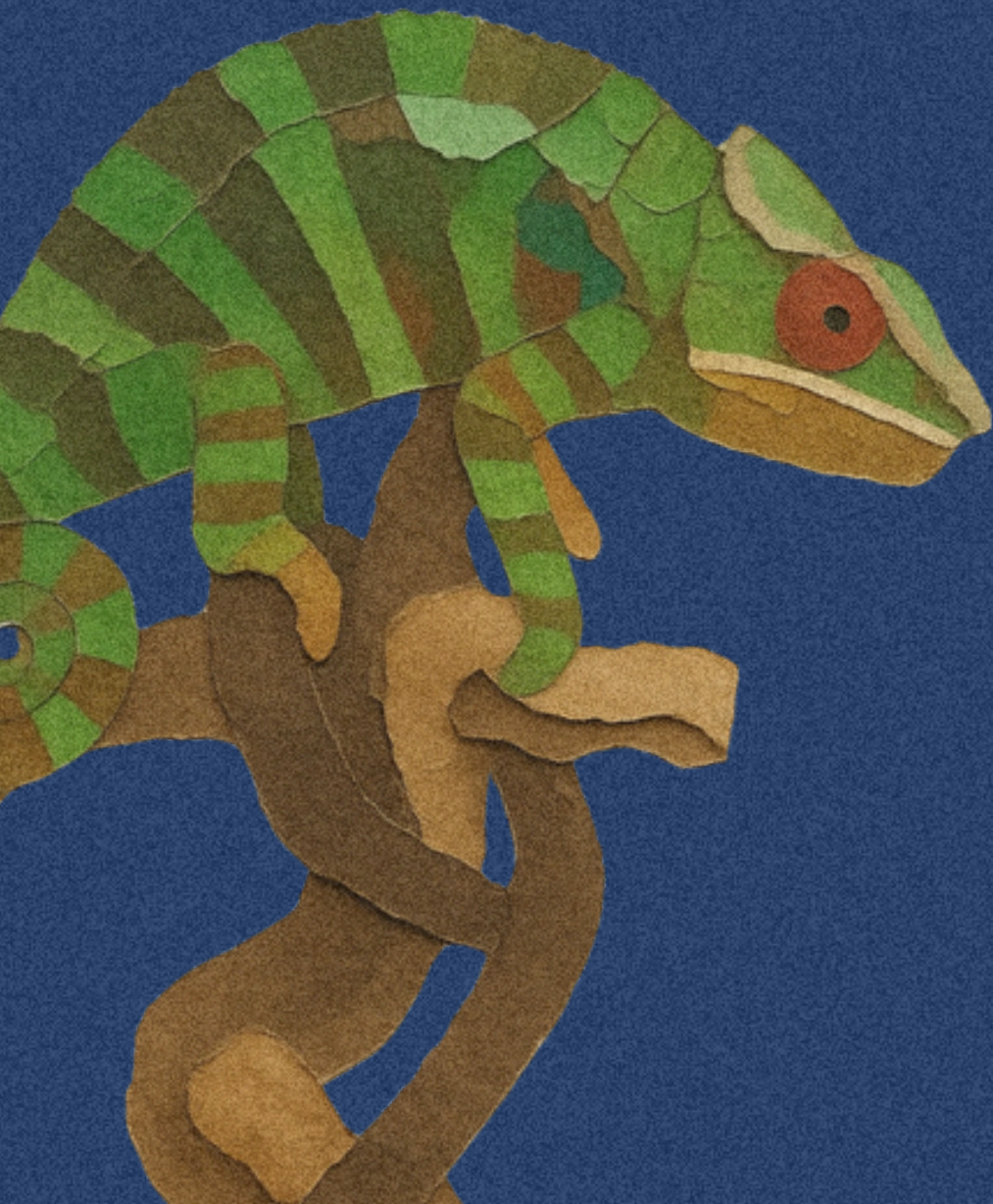
Yo no tenía todas las respuestas ese día. Todavía no las tengo. Pero tenía una experiencia construida a través del trabajo, una responsabilidad con las personas a quienes representaba y una perspectiva que merecía formar parte de la conversación.

Quizá nunca llegue un momento en el que una persona se sienta completamente preparada para liderar. Siempre habrá algo nuevo por aprender, decisiones que generen dudas y personas con mayor experiencia. El liderazgo no consiste en esperar a que todo eso desaparezca. Consiste en prepararse, escuchar y reconocer cuándo es momento de utilizar nuestra voz.

Mi papá tenía razón. Si en una sala eres la persona más preparada, probablemente estás en la sala incorrecta.

Aquella mañana, en Mérida, supe que estaba exactamente donde debía estar.

VISUALIZE THE ART OF



externalization

Mientras AMMEF A.C. bailaba, yo aprendía a sostener un mundo



Sinai de Jesús Fraga Rodríguez
VAI AMMEF A.C.
vai@ammef.mx

Hola, AMMEF A.C.

Si me preguntan, no sé exactamente en qué momento dejé de ser solamente una joven que quería cambiar el mundo dentro de una asociación y me convertí en alguien que, de alguna manera, comenzó a construir una parte de su vida alrededor de ella; tal vez fue en un workshop o en un training, tal vez en una madrugada contestando correos o redactando una convocatoria, o tal vez fue mucho antes de lo que soy capaz de recordar, porque hay amores que no llegan de golpe, se construyen poquito a poquito, casi sin darte cuenta, primero te emocionas por una actividad, después por un equipo, luego por una idea, y cuando finalmente te das cuenta, ya no estás solamente participando en una organización: estás dejando una parte de tu corazón en ella.

Hoy en día les podría hablar de muchos momentos en donde la AMMEF A.C. me ha cambiado la vida, pero quiero que viajemos en el tiempo hacia Querétaro, la Asamblea Nacional, ese momento en el que, después de tantos años de aprender, equivocarme y volver a intentarlo, alguien a quien quiero y admiro profundamente puso sobre mi cabeza la corona de vicepresidenta nacional de asuntos internos, todavía me cuesta explicar lo que sentí, porque una corona puede parecer solamente un símbolo, pero para mí significaba muchísimo más, significaba todas las

personas que confiaron en mí, todas las versiones de mí misma que tuvieron miedo y aun así siguieron adelante y, sobre todo, significaba que alguien estaba diciendo: te vemos. Confiamos en ti, ahora te toca cuidar de esto.

Recibir la corona de VAI fue uno de esos momentos que se quedan guardados en un lugar especial del corazón, no porque desde ese día todo se volviera fácil, sino porque desde ese día entendí que iba a amar esta etapa con todo lo que eso implica: con la ilusión, con el cansancio y con las dudas, con todas las pequeñas victorias y las batallas perdidas que muchas veces nadie ve.

En el camino, entendí que construir una casa también implica mover muebles y, a veces, aceptar que hay habitaciones que necesitan ser reconstruidas desde cero; ser VAI ha sido aprender que las organizaciones no crecen únicamente por los documentos que poseen, sino por las personas que deciden dedicar tiempo y corazón a mejorarlas, ha sido sentarme a pensar en cómo hacer que un proceso sea más claro y cómo ayudar a las personas a encontrar su lugar dentro de todo lo que pasa. Ha sido pensar en el Plan Integral de Desarrollo, en los equipos y en los comités locales, y en todos esos pequeños detalles que, cuando se miran de lejos, parecen solamente trabajo administrativo; pero yo sé que no lo son, porque detrás de cada

documento hay una persona que necesita claridad, detrás de cada proceso hay alguien que necesita sentirse escuchado, detrás de cada estructura hay una comunidad intentando organizarse para seguir creciendo, y eso es lo que me ha enseñado ser VAI: que cuidar de una organización también es cuidar de las personas que la hacen existir.

He tenido la fortuna o castigo de ser VAI durante mi internado, pero es aquí donde descubrí algo que cambió la manera en la que miró todo lo que hago: una necesidad casi desesperada de saber que nuestro trabajo importa. En medio del cansancio y las guardias, en esos días en los que una se pregunta si realmente está logrando algo, hay una pregunta que aparece una y otra vez: ¿esto que estoy haciendo importa?, y creo que esa pregunta también me alcanzó dentro de AMMEF, porque, de repente, comprendí algo que fue profundamente catártico: AMMEF no solamente me estaba preparando para hacer proyectos, me estaba formando como líder en salud, y yo era la prueba.

Yo, la persona que alguna vez llegó con ideas, inseguridades, entusiasmo y muchas ganas de hacer algo bonito, quien aprendió a diseñar espacios de capacity building, a transformar problemas en proyectos y a entender que una organización puede ser una escuela extraordinaria para la vida.

La persona que un día fue Directora Nacional de Entrenamientos, que después encontró un lugar en el equipo internacional de capacity building, que tuvo la oportunidad de mirar más allá de las fronteras de México y que, finalmente, llegó a una asamblea en Querétaro con un

sueño que llevaba mucho tiempo creciendo dentro de ella, y entonces entendí que todo había importado: cada proyecto, sesión, conversación, error, madrugada e incluso cada vez que pensé que no estaba haciendo suficiente.

Por eso creo que necesitamos espacios como AMMEF, necesitamos lugares donde quienes estamos formándonos en medicina podamos descubrir que nuestra voz importa, donde podamos hablar de los problemas que vemos, donde podamos preguntarnos qué tipo de profesionales de la salud queremos ser, donde podamos aprender que ser médico no consiste únicamente en saber diagnosticar y tratar enfermedades, sino también en tener el valor de participar en las conversaciones que están transformando la salud. Necesitamos espacios donde podamos ser estudiantes, pero también ciudadanos, líderes y agentes de cambio, lugares donde podamos equivocarnos antes de que el mundo nos exija tener todas las respuestas, y AMMEF es eso para mí.

Para mí, mi hermosa AMMEF es el lugar donde aprendí que una persona puede llegar pensando que no tiene nada especial que ofrecer y terminar descubriendo que tiene una capacidad enorme para cambiar las cosas, y, sobre todo, es el lugar donde me descubrí a mí misma; creo que por eso ser VAI ha sido tan intenso, porque mientras intentaba construir algo para AMMEF, también estaba intentando entender quién quería ser yo. Recuerdo vivir una RON siendo MIP y VAI y pensar que quizá estaba intentando vivir demasiadas vidas al mismo tiempo, pero también recuerdo mirar alrededor y sentir una gratitud enorme, porque incluso

cuando estaba cansada, incluso cuando tenía pendientes, había algo dentro de mí que seguía diciendo: quiero estar aquí.

Creo que amar algo no significa que nunca te canse, sino que incluso cuando te cansa, sigue importándote. Pienso en una canción que habla de alguien que baila mientras otra persona llora por ella, y aunque habla de una historia completamente distinta, algo de esa imagen se quedó conmigo, porque a veces AMMEF está bailando: creciendo y celebrando, mientras quienes la amamos sentimos todo intensamente; a veces lloramos de cansancio o de amor, porque queremos tanto que las cosas salgan bien que duele cuando no salen como imaginábamos. Pero también aprendí que cada lágrima vale la pena, porque llorar por algo significa que te importa, y prefiero haber amado algo tanto que a veces me duela, a pasar por la vida sin permitir que nada me importara.

Yo amo AMMEF de una forma profundamente sincera, la amo en sus grandes momentos y en los difíciles; en sus asambleas, sus proyectos y sus reuniones interminables, y en todas esas conversaciones que comienzan con un “tengo una idea” y terminan construyendo algo que antes no existía. La amo porque me ha permitido conocer personas que se volvieron parte de mi historia, y porque, aunque a veces me ha hecho sentir pequeña, también me ha enseñado que tengo una cantidad inmensa de magia dentro de mí: magia para crear e imaginar algo que todavía no existe, para preguntarme: ¿y si sí lo hacemos?

Lo que más me ha enseñado ser VAI es que no tengo que tener todas las respuestas ni

ser perfecta, sino tener el valor de decir “no sé, pero vamos a descubrirlo juntos”, porque el futuro de AMMEF no se escribe en solitario, se construye cuando las personas que aman esta asociación deciden sentarse en la misma mesa y soñar juntas.

Cuando miro hacia atrás, veo a todas las versiones de mí que me trajeron hasta aquí: a la chica que llegó a AMMEF sin saber cuánto iba a cambiarle la vida, a la DNE que descubrió que el capacity building podía transformar personas; a la regional assistant que aprendió a cruzar fronteras; a la VAI, con su corona y con vainilla, sus documentos, sus dudas y su amor inmenso por esta asociación; y, a pesar de todo, bailando.

Porque quizá eso es AMMEF, una canción que nunca termina, una asamblea que se convierte en un recuerdo, una corona que se convierte en responsabilidad, una RON que se convierte en historia, y después, cuando termina la canción, cuando el mundo deja de sentirse tan pesado y finalmente puedes respirar, te das cuenta de que cada lágrima valió la pena, porque amaste algo lo suficiente como para que te importara.

Hoy atesoro la oportunidad de amar AMMEF no solamente cuando es fácil, sino también cuando pesa, cuando duele, cuando cambia y cuando necesita que alguien se quede, y yo quiero quedarme. Seguiré aquí, con mi corona un poquito chueca, con vainilla a mi lado, con demasiados documentos abiertos, con muchas preguntas y con el corazón lleno, porque todavía no hemos llegado a donde vamos, pero vamos y, como siempre, ya llegaremos. Con amor sincero, Sina.

NON NOBIS *sollum*



IFMSA Meetings: de Sessions Team a Delegados Generales (Dos perspectivas, un mismo compromiso)



César Augusto Castro
NEO-IN
scopein@ammef.mx



Montserrat Hernández Méndez
NEO-OUT
scopeout@ammef.mx

Cuando pensamos en nuestras experiencias dentro de IFMSA, es imposible resumirlas únicamente en los lugares que visitamos o en las reuniones a las que asistimos. Cada reunión ha representado una etapa distinta de nuestro crecimiento, permitiéndonos asumir nuevos retos, conocer personas de diferentes partes del mundo y entender que el verdadero valor de estas experiencias está en las conexiones que se crean y en el aprendizaje que permanece mucho después de regresar a casa.

Uno de los momentos que marcó ese recorrido fue nuestra participación como parte del Sessions Team durante la Regional Meeting de El Salvador. Hasta ese momento no habíamos sido partícipes de una asamblea general de IFMSA, pero esta oportunidad nos permitió conocer todo el trabajo que existe detrás de cada sesión. Desde la preparación previa hasta la coordinación durante los días del evento, descubrimos que lograr que una actividad funcione requiere organización, comunicación y mucha capacidad para adaptarse a los imprevistos.

Los días comienzan temprano y terminan mucho después de la última sesión. Sin duda, agradecemos el increíble trabajo que realizamos en las Asambleas Nacionales, pues se deben revisar materiales, coordinarnos con los facilitadores y asegurarnos de que cada espacio esté listo para las actividades del día y los participantes. Sin embargo, lo mas valioso

no fueron las tareas en sí, sino las personas. Cada coffee break que nos permite integrarnos, cada comida compartida y cada conversación entre sesiones nos permitió conocer realidades completamente diferentes a la nuestra. Escuchar cómo funcionaban otros NMOs, los proyectos que desarrollaban y los desafíos que enfrentaban nos hizo ampliar nuestra perspectiva sobre el impacto que puede tener IFMSA en distintos contextos.

También hubo momentos en los que las cosas no salieron exactamente como estaban planeadas. Cambios de último momento, ajustes en el programa o pequeños problemas logísticos nos obligaron a reaccionar rápidamente y trabajar como equipo para encontrar soluciones. Lejos de convertirse en obstáculos, esas situaciones reforzaron nuestra confianza y nos enseñaron que la flexibilidad es una de las habilidades más importantes dentro de cualquier evento, posición o interacción donde se involucre gente.

Meses después, tuvimos la oportunidad de vivir una General Assembly desde una perspectiva completamente distinta al asistir a la March Meeting en Copenhague como Delegados Generales. Esta vez nuestro papel ya no era apoyar el desarrollo de las sesiones, sino participar activamente en ellas, representar a nuestra asociación y aprovechar cada espacio de aprendizaje.

Llegar a una meeting con la experiencia previa de haber formado parte de un Sessions Team hizo que valoráramos aún más el trabajo que hay detrás de cada actividad. Ahora entendíamos el esfuerzo de quienes organizaban las sesiones y aprovechamos cada oportunidad para participar, hacer preguntas y compartir nuestras propias experiencias con estudiantes de otros países. Es en estos momentos donde no importa tu posición, lo mucho o poco que sabes, sino lo que estás dispuesto a compartir en nombre de AMMEF.

Más allá del contenido académico y asociativo, uno de los aspectos que más recordamos fueron las conversaciones espontáneas que surgían fuera de las sesiones. En esos momentos descubrimos que, aunque cada NMO trabaja en contextos diferentes, compartimos las mismas inquietudes, desafíos y objetivos. Esas conversaciones nos permitieron intercambiar ideas, conocer nuevas formas de trabajar y regresar con propuestas que posteriormente pudimos adaptar a nuestra propia gestión.

Al mirar ambas experiencias en conjunto, entendemos que cada una nos enseñó algo diferente. Ser parte del Sessions Team nos mostró el valor del trabajo que muchas veces no se ve y la importancia de crear espacios donde otros puedan aprender y sentirse bienvenidos. Participar como Delegados Generales nos permitió aprovechar esos espacios desde otra perspectiva, aportando nuestras ideas y representando a nuestra asociación dentro de una comunidad internacional, sin dejar de lado la parte de relacionarnos y generar amistades duraderas alrededor del mundo.

Hoy vemos esas dos reuniones como capítulos de un mismo camino. Una nos enseñó a servir y construir detrás de escena; la otra nos permitió participar con mayor seguridad, compartir lo aprendido y representar con orgullo el trabajo de nuestro NMO. Más allá de los cargos o las responsabilidades, ambas experiencias reforzaron nuestro compromiso con IFMSA y con AMMEF, recordándonos que el mayor aprendizaje siempre nace de las personas con las que compartimos el camino.



Después de una Asamblea Nacional, ¿regresas siendo la misma persona?



Yanelly Mariel Valencia Canché
CEMUADY

yanelly.vale.mar.pandora@gmail.com

Cuando uno entra a un Comité Local (CL), piensa que es solo un grupo más al que se puede unir, algo sin mucho empeño, o al menos eso es lo que pensamos muchos miembros al formar parte de un CL; y honestamente, no podríamos haber estado más que equivocados. Existen, en mi opinión, dos momentos de catarsis que uno como estudiante de medicina experimenta cuando decide iniciar su camino en la Asociación Mexicana de Médicos en Formación (AMMEF):

- El primero es volverse miembro activo de su CL: dejar de ser una persona observadora y volverse partícipe de las actividades que organiza el comité y proponer ideas nuevas para enriquecer su entorno y la comunidad estudiantil en la que se desarrolla.
- La segunda, es vivir la primera Asamblea Nacional de AMMEF.

Al inicio de mi camino, cuando formaba parte de los equipos de trabajo locales de SCOMP y de SCORE, escuchaba a compañeros de mi comité hablar sobre sus experiencias en una asamblea pasada y su emoción por asistir a la de septiembre de 2024: ChihuahuaAN. Aunque en ese momento no comprendía la magnitud de sus palabras, me permitía escuchar los planes que tenían para el evento. Después llegaron sus fotos y videos del evento, las actividades en las que participaron y lo felices que habían sido al formar parte de

algo más allá del comité; junto con las experiencias de otros conocidos, empecé a preguntarme si en verdad era cierto lo que decían sobre una Asamblea Nacional, una frase que posiblemente tú también hayas escuchado: "La Asamblea Nacional me cambió la vida".

Al convertirme en DLRE, a pesar de las dificultades que tenía el puesto, poco a poco me encariñé, no solo por sus actividades, sino también de quienes las conformaban (mi equipo de trabajo y colegas de otros estados del país); mientras el tiempo pasaba y veía tanto amistades como compañeros que documentaban sus experiencias, ocurrió un fenómeno en mi interior que me gusta explicar con una frase que encontré en un libro hace ya unos diez años: "ser picado por la abeja de la curiosidad". Puedo decir que eso fue exactamente lo que ocurrió en mi caso tras tanta exposición previa.

Después de tanto pensar (y ahorrar), logré ser parte de la delegación de CEMUADY para la XIX Asamblea Nacional en Querétaro, Querétaro (*Ver figura 2.1.1.*). Llegar hasta el lugar fue una odisea entre aeropuertos, escalas y una batalla contra un frío de 10 °C; mientras recorría la ciudad con el resto de mi delegación, me maravillaba con las calles, sus paisajes y los atardeceres. Los siguientes días fueron una aventura tras otra, como arreglarme con desconocidas en el baño de mujeres

del hotel sede, portar con orgullo vestimentas típicas de mi estado de origen, convivir con personas que actualmente aprecio, experimentar las arduas jornadas de las sesiones plenarias y las locuras que uno vive entre cada plan social. Con todo y sus problemas técnicos, lo importante en esos momentos es divertirse con estudiantes iguales a uno.



Figura 2.1.1. Archivo de la XIX AN: Delegación CEMUADY para la XIX Asamblea Nacional en Querétaro, Querétaro.

Si hay algo que quiero recalcar, fueron las sesiones de NMO, específicamente las de la DSRE. Había escuchado con anterioridad cómo vivían las sesiones permanentes de parte de SCORP, SCOPE, DSE, SCORA y SCOMP, pero al saber que nadie había asistido a una de la DSRE, me animé a ser la primera de mi CL en asistir; admito que fue la mejor decisión que tomé, al participar en sus actividades, preparadas con mucho cariño. Conviví con otros directores locales con quienes había hecho actividades en común y amistades formadas durante casi un año, por otra parte finalmente conocí al equipo nacional que me convirtió en el corazón y la todóloga de mi CL, quienes me ayudaron a

crecer como persona. Al inicio me sentía como un pez fuera del agua, debido a que algunos ya se conocían de la asamblea anterior, que fue la MoreliAN, pero conforme pasaban las sesiones me iba adaptando al ambiente y a disfrutarlo.

Cada una de las sesiones iba más allá de la enseñanza de habilidades y estrategias para su implementación; ampliaban nuestra visión y nos mostraban nuevas perspectivas; destaco la sesión sobre el sentido de pertenencia que se realizó entre el “Pink Squad” y el “Orange Team” (Ver figura 2.1.2.). Al finalizar los tres días me llevé nuevas ideas a implementar en lo que quedaba de mi gestión, nuevas amistades increíbles, experiencias nuevas y una foto con “Peach”.



Figura 2.1.2. Autoría propia, 2026: Actividad recreativa de la DSRE: Pintar Totebags.

Ahora puedo responder a la pregunta que da nombre a este artículo, y afirmar que, después de una experiencia como la Asamblea Nacional, uno nunca vuelve a ser la persona de antes (Ver figura 2.1.3.). Opino que una Asamblea Nacional sí es capaz de cambiarte la vida, no solo por aprender y entender la estructura interna de la asociación, sus procesos electorales,

colaboradores y sus eventos, sino también por hacernos conscientes de nuestro poder para transformar nuestro entorno personal, profesional y educativo. No sería la persona que soy hoy si no hubiese asistido. Así que si tienes la incógnita de ir a la siguiente asamblea, mi respuesta está a completo favor de que experimentes y te enamores de lo que hacemos, del camino que tenemos para ser líderes en salud y de las personas que te esperan con los brazos abiertos para llamarlos amigos y familia.

A Gabriela Solís, JeanKarlo Dojaquez, Janet Juárez, Ada Lara, Ana Macías, Nataly Ortiz, Monserrat Rodríguez, Víctor Reyes y Raúl González: no tengo las palabras suficientes para expresarles el impacto que tuvieron en mi vida al darme la bienvenida en la división, de hacerme partícipe de ella, de enseñarme el corazón de AMMEF y, sobre todas las cosas, de darme un hogar al cual regresar. No pude tener un mejor “Pink Squad” que ustedes, los adoro con todo mi corazón.

A Alexia Diez, Axel Brito, Astrid Rodríguez, Rodrigo García, Frida Nolasco y Francisco Martínez: en ustedes veo a personas maravillosas, talentosas y que son parte del futuro de AMMEF; agradezco a la vida por darme la dicha de conocerlos y espero poder, en conjunto, hacer un lugar mejor para aquellos que vendrán después.



Figura 2.1.3. Archivo de la XIX AN: Foto final de los asistentes a las DSRE Sessions.

RECRUIT, GUIDE & AMPLIFY

*The
human
power*



SOMOS

SCOMEDIANS



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.

Reivindicando las riendas de nuestra educación



Elisa Sofía González Sosa

NOME

scome@ammef.mx

Nos caemos, nos curan las heridas y seguimos caminando. Pero... la roca que nos hizo caer sigue ahí. ¿Quién se ocupa de moverla?

Durante años, gran parte de nuestro trabajo como Oficiales Locales de Educación Médica (LOMEs, por sus siglas en inglés) ha consistido en responder a las consecuencias: ofrecer talleres cuando existen deficiencias académicas, orientar cuando los estudiantes enfrentan incertidumbre o acompañar procesos cuando los problemas ya se han manifestado. Este trabajo ha sido invaluable y continuará siendo una parte esencial de nuestra labor. Sin embargo, hoy nos enfrentamos a una pregunta distinta: ¿qué pasaría si, además de curar las heridas, comenzamos a mover las rocas?

La gestión del *Standing Committee on Medical Education* (SCOME) 2026-2027 nace de esa reflexión. Nuestro objetivo no es reemplazar el trabajo que históricamente ha caracterizado a los LOMEs, sino ampliarlo. Queremos fortalecer las áreas que durante años permanecieron en un segundo plano y adoptar un enfoque preventivo que permita anticiparnos a los desafíos de la educación médica antes de que se conviertan en problemas estructurales.

La transformación de la educación médica no ocurre únicamente en instituciones, se

genera en cada clase, hospital, universidad y comité local donde un estudiante decide cuestionar cómo pueden hacerse mejor las cosas.

La revolución global proviene de la acción local. Cada iniciativa desarrollada por un LOME tiene el potencial de convertirse en un cambio institucional, nacional e incluso internacional cuando responde a una necesidad real y se construye con evidencia, liderazgo e interprofesionalismo. Por ello, esta gestión propone alinear el trabajo de SCOME con los desafíos actuales de la educación médica en México. Iniciando con la Responsabilidad social. La educación médica no puede existir aislada de las necesidades de las comunidades a las que sirve. Formar médicos implica comprender las desigualdades en salud, reconocer los determinantes sociales, trabajar con las comunidades y garantizar que el proceso educativo contribuya a mejorar la atención de quienes más lo necesitan. Los estudiantes deben aprender que cada decisión académica tiene un impacto directo en la sociedad y que las facultades de medicina tienen la responsabilidad de responder a las prioridades de salud de su contexto.

Otro componente indispensable es el Interprofesionalismo. Los sistemas de salud actuales demandan equipos multidisciplinarios capaces de colaborar de

manera efectiva. Sin embargo, la formación de los profesionales sanitarios continúa desarrollándose, en muchos casos, de forma aislada entre disciplinas.

Promover experiencias de educación interdisciplinaria permitirá que los estudiantes aprendan desde etapas tempranas a comunicarse, resolver conflictos y tomar decisiones conjuntamente con enfermería, nutrición, psicología, odontología, fisioterapia y otras profesiones de la salud. La atención centrada en el paciente sólo es posible cuando existe un verdadero trabajo en equipo. Asimismo, esta gestión reconoce la importancia de la Seguridad en la educación médica. Con frecuencia hablamos de seguridad del paciente como un objetivo asistencial, pero pocas veces reflexionamos sobre la seguridad del propio proceso educativo. Un ambiente de aprendizaje seguro implica prevenir el maltrato, el acoso, la discriminación y cualquier forma de violencia que afecte el desarrollo de los estudiantes. También significa garantizar supervisión adecuada durante la práctica clínica, fomentar una cultura donde los errores se analicen para aprender y no para castigar, y construir espacios psicológicamente seguros donde todos puedan expresar dudas, participar activamente y desarrollarse sin temor.

La evolución constante de la medicina también exige prestar mayor atención al desarrollo curricular. Los programas no pueden permanecer estáticos mientras cambian las necesidades epidemiológicas, las tecnologías, las expectativas sociales y los modelos de atención. Es indispensable que los estudiantes participen activamente

en los procesos de diseño, implementación y evaluación curricular, aportando la perspectiva de quienes viven diariamente la educación médica. Un temario flexible, basado en competencias, actualizado y construido mediante la colaboración entre estudiantes y facultades permitirá formar médicos preparados para enfrentar los retos presentes y futuros de la profesión.

Finalmente, ningún análisis de la educación médica contemporánea estaría completo sin considerar el papel de la Inteligencia artificial y las innovaciones tecnológicas. La IA está transformando la manera en que aprendemos, enseñamos, investigamos y brindamos atención médica. Debemos formar estudiantes capaces de utilizar estas herramientas de manera crítica, ética y responsable. La alfabetización digital, el uso adecuado de plataformas de aprendizaje, la simulación clínica, el análisis de datos y la integración de nuevas tecnologías representan oportunidades para enriquecer la formación médica, siempre que se mantenga el juicio clínico, la empatía y el profesionalismo como elementos insustituibles.

Todos estos ejes comparten un mismo propósito: dejar de reaccionar únicamente ante los problemas para comenzar a prevenirlos desde su origen.

Hoy, la responsabilidad de los *LOMEs* más que organizar actividades, es liderar proyectos con impacto institucional, que no sólo identifiquen problemas, sino que propongan soluciones sostenibles, construyendo así sistemas educativos más seguros, inclusivos, innovadores y socialmente responsables.

Porque la educación médica que soñamos no es curativa, es preventiva. Aspira a construir un sistema donde cada vez existan menos heridas que sanar. Y ese cambio comienza con cada LOME, en cada comité local, demostrando que la verdadera revolución global siempre nace de la acción local.



EDUCATING

*the
world*



La inteligencia artificial en medicina: ¿aliada del razonamiento clínico o sustituto al pensamiento médico?



Jimena Sánchez Virgen
ADEMEN

jimenasanchezvirgen@gmail.com

¿Quién toma la decisión clínica el médico o el algoritmo?

Durante siglos el ejercicio de la profesión médica ha dependido de una habilidad irremplazable; el razonamiento clínico. Mucho antes de que existieran los instrumentos y herramientas clínicas que se utilizan hoy en día, todas las pruebas y nuevas tecnologías que facilitan la práctica clínica, el diagnóstico dependía de la capacidad del médico para razonar e integrar síntomas, signos, antecedentes y contexto en una hipótesis coherente. Hoy, esa capacidad enfrenta un nuevo competidor, ¿o será una ayuda? Esta es la inteligencia artificial (IA), particularmente los modelos generativos (como Chat GPT) y de sistemas especializados para diagnóstico, interpretación y toma de decisiones clínicas, que ha transformado profundamente la práctica médica. La pregunta por lo tanto ya no es si la IA cambiará la medicina, sino el cómo, ¿Cambiará la manera en que los médicos aprenden a pensar? ¿Afectará la calidad de atención haciendo que paciente y médico dependan de ella?.

Es fácil asumir que cualquier avance tecnológico representa un progreso. Después de todo, la IA presenta grandes ventajas que incluyen la automatización de procesos repetitivos, la reducción del error humano y el análisis de grandes volúmenes de datos en tiempo récord (1).

Sin embargo se está ignorando que la misma herramienta diseñada para potenciar el aprendizaje podría entorpecerlo si se utiliza de manera inadecuada. En educación médica existe un fenómeno conocido como “*automation bias*”, definido como la tendencia de las personas a aceptar las recomendaciones de un sistema automatizado incluso cuando existen evidencias que las contradicen, ya que es más cómodo para los usuarios, “como un reemplazo heurístico de la búsqueda y el procesamiento vigilante de la información” (2). Este sesgo surge porque el cerebro humano prefiere ahorrar esfuerzo cognitivo, resultando en una adaptación neuronal que reduce la capacidad de aprendizaje y razonamiento independiente. La corteza prefrontal se vuelve menos activa durante las tareas clínicas, lo que significa una menor actividad durante la planificación y resolución de problemas, por lo que cuando se encuentra con una fuente aparentemente competente y convincente, se entrega, prescindiendo del propio conocimiento u otras fuentes de información (3). En otras palabras, cuanto mejor funciona la IA, mayor la tentación de dejar de pensar por cuenta propia.

Esto comprende el verdadero riesgo para la medicina, si las nuevas generaciones prefieren que la IA piense por ellos, antes que construir una hipótesis diagnóstica propia, podrían desarrollar una

dependencia progresiva, este fenómeno tiene el nombre de “*deskilling*”, en que la dependencia excesiva de la tecnología puede desplazar progresivamente habilidades esenciales a lo largo de todo el continuo de la educación médica, resultando en un aprendizaje superficial, reduciendo la capacidad de análisis y debilitando, a su vez, el juicio clínico en la práctica diaria (3).

Esta situación recuerda un fenómeno ampliamente estudiado en neurociencia cognitiva: el denominado “efecto Google”. Cuando las personas saben que la información estará disponible de forma inmediata, disminuye el esfuerzo destinado a memorizar y aumenta la tendencia a recordar únicamente dónde encontrarla. Lo que altera la forma en que las personas buscan y leen información, promoviendo cambios en los mecanismos cognitivos y de memoria (4). En el ámbito médico, si cada duda diagnóstica se resuelve consultando un algoritmo antes de elaborar una hipótesis propia, el estudiante obtiene respuestas correctas sin desarrollar el proceso intelectual necesario para generarlas de manera independiente y por lo tanto la incapacidad de desarrollar el reconocimiento de patrones y la fluidez diagnóstica, habilidades que son muy necesarias para los clínicos expertos (3).

Es por eso que el razonamiento clínico es algo a proteger e inculcar, no facilitar su descarte, ya que llegar al diagnóstico correcto no es un proceso lineal, sino más bien integral, implica reconocer patrones, cuestionar hipótesis, identificar sesgos, tolerar y aclarar la incertidumbre y modificar decisiones conforme aparece nueva evidencia. En contraste,

aunque los sistemas de inteligencia artificial pueden procesar grandes volúmenes de información y generar predicciones con rapidez, carecen de juicio clínico, intuición, experiencia contextual y responsabilidad moral hacia el paciente.

Desde el aspecto técnico, la IA requiere volúmenes masivos de información actualizada para operar eficazmente, si los datos de entrenamiento son inexactos, sesgados o incompletos, la IA ofrecerá respuestas erróneas, además de ser vulnerables a ataques que comprometan su funcionamiento y la privacidad de la información clínica (5). A diferencia de un buscador convencional, los modelos generativos no recuperan información, sino que producen respuestas estadísticamente probables, por lo que son capaces de elaborar contenidos inexistentes (incluyendo referencias). En el ámbito médico, donde cada decisión influye en el pronóstico del paciente, estos defectos representan un riesgo que exige responsabilidad por parte del profesional (6).

La incorporación de la IA en la práctica clínica plantea desafíos sobre la responsabilidad profesional y la ética médica. Aunque estas herramientas pueden apoyar en la toma de decisiones mediante el reconocimiento de patrones complejos, no poseen juicio moral ni pueden asumir responsabilidad por sus recomendaciones (2). Por ello, el profesional de la salud continúa siendo responsable de garantizar los principios fundamentales de la bioética, al utilizar la IA como un apoyo y no como un sustituto del razonamiento clínico. Además, una dependencia excesiva de estas

herramientas puede deshumanizar la atención debilitando la relación médico-paciente y trasladando la confianza del juicio clínico hacia las recomendaciones generadas por la tecnología. No solo mermando la percepción del profesionalismo del médico, sino también favoreciendo que el paciente otorgue mayor credibilidad a la información obtenida de sistemas de IA o de internet que al criterio clínico fundamentado que debería de proporcionar el profesional de salud, comprometiendo la calidad de la atención (5).

Sin embargo no solo se trata sobre la calidad de la información sino observar el impacto ambiental que tiene el desarrollo, entrenamiento y mantenimiento de modelos avanzados de IA, la cual demanda una infraestructura computacional de alta capacidad. Según IBM (6) señala que el entrenamiento de modelos complejos requiere grandes cantidades de recursos computacionales, no es raro descubrir entonces que la huella de carbono asociada a estas tecnologías es alta. Muchas aplicaciones de IA requieren centros de datos de gran tamaño que producen grandes cantidades de calor, por lo que requieren importantes volúmenes de agua para sus sistemas de refrigeración, aumentando también el consumo de recursos hídricos y el impacto ambiental que se ve comprometido.

En este punto surge una cuestión fundamental: ¿el problema es la IA? o ¿el modelo educativo con el que decidimos instituir?, sería simplista afirmar que la IA deteriora inevitablemente el pensamiento clínico.

De hecho, utilizada de manera adecuada se ha observado que puede ser uno de los mejores instrumentos pedagógicos desarrollados hasta ahora (7). Es por esto que, si la formación médica continúa evaluando principalmente la memorización de datos, la IA fácilmente nos superará, ya que está diseñada para responder esas preguntas mejor y más rápido que cualquier estudiante. En cambio, si la educación médica prioriza el juicio clínico, la comunicación, la ética, la interpretación contextual y la toma de decisiones bajo incertidumbre, entonces la IA dejará de ser una amenaza, y pasará a convertirse en un amplificador del aprendizaje (2).

El debate no debería centrarse en si la inteligencia artificial reemplazará a los médicos, esa pregunta resulta cada vez menos relevante. La pregunta verdaderamente trascendental es si los médicos conservarán la capacidad de cuestionar a la inteligencia artificial. Una profesión cuya esencia radica en el pensamiento crítico no puede permitirse aceptar respuestas sin analizarlas, independientemente de que provengan de un libro, un profesor o un algoritmo.

Desde esta perspectiva, la educación en IA debería incorporarse a los planes de estudio, enseñando cómo manejar y aprovechar al máximo esta herramienta, ya que prohibirlas no solo nos privaría de todo aquello que tiene que ofrecer, sino que, más preocupantemente, dejaría a los estudiantes sin una guía y vulnerables a caer en una dependencia hacia la IA. Formar médicos capaces de dialogar críticamente con la inteligencia artificial será mucho más valioso que formar

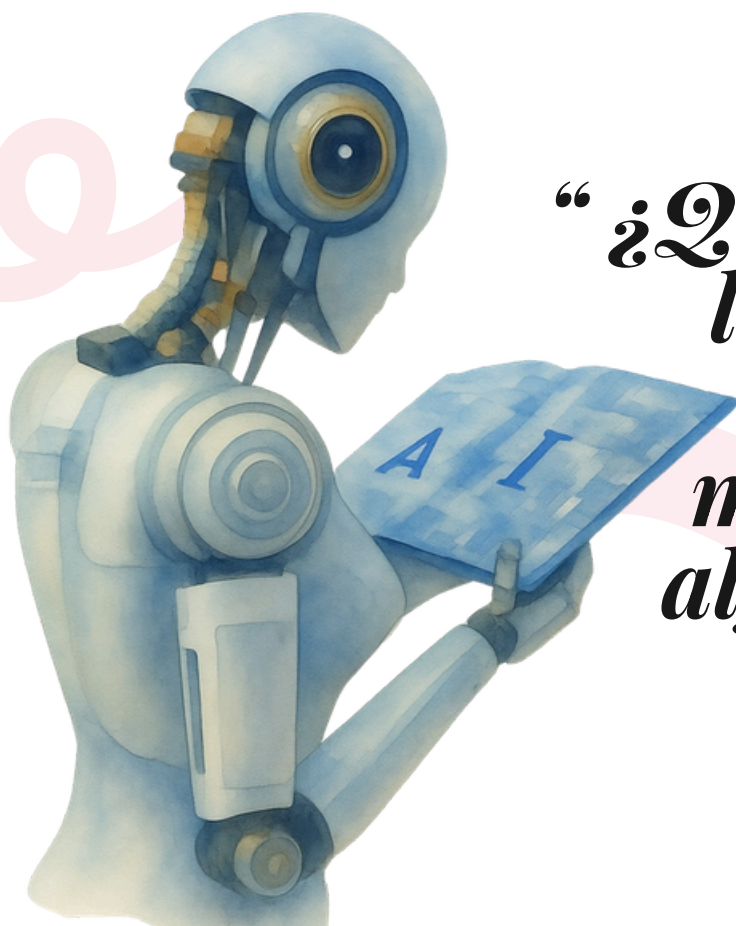
profesionales que simplemente sepan utilizarla (7).

En última instancia, la inteligencia artificial no amenaza el futuro de la medicina; amenaza la forma superficial e indiferente en que algunos estudian y ejercen; aquella que se simplifica para comodidad del médico en detrimento del paciente. La medicina del futuro no necesitará médicos que compitan con las máquinas en velocidad de procesamiento, porque esa batalla ya está perdida. Necesitará profesionales capaces de hacer aquello para lo que ninguna inteligencia artificial ha sido diseñada: comprender el sufrimiento humano, integrar la incertidumbre, deliberar éticamente y asumir la responsabilidad de decisiones que afectan vidas. La inteligencia artificial podrá ofrecer respuestas extraordinarias, pero seguirá siendo el médico quien deba formular las preguntas correctas.

Y mientras esa capacidad permanezca intacta, el razonamiento clínico seguirá siendo el verdadero corazón de la medicina.

REFERENCIAS

1. Expertos en Ciencia y Tecnología E. Inteligencia artificial, ventajas y desventajas [Internet]. VIU Universidad Online. VIU - Universidad Internacional de Valencia; 2024 [citado el 9 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/inteligencia-artificial-ventajas-y-desventajas>
2. Goddard K, Roudsari A, Wyatt JC. Automation bias: a systematic review of frequency, effect mediators, and mitigators. J Am Med Inform Assoc [Internet]. 2012;19(1):121-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000089>
3. El Tarhouny S, Farghaly A. Deskilling dilemma: brain over automation. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2026;13(1765692):1765692. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2026.1765692>
4. Gong C, Yang Y. Google effects on memory: a meta-analytical review of the media effects of intensive Internet search behavior. Front Public Health [Internet]. 2024;12:1332030. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2024.1332030>
5. Inglada Galiana L, Corral Gudino L, Miramontes González P. Ethics and artificial intelligence. Rev Clin Esp (Barc) [Internet]. 2024;224(3):178-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rceng.2024.02.003>
6. Caballar RD. 10 peligros y riesgos de la IA y cómo gestionarlos [Internet]. Ibm.com. 2026 [citado el 9 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.ibm.com/mx-es/think/insights/10-ai-dangers-and-risks-and-how-to-manage-them>
7. Hallquist E, Gupta I, Montalbano M, Loukas M. Applications of artificial intelligence in medical education: A systematic review. Cureus [Internet]. 2025;17(3):e79878. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.79878>



“¿Quién toma la decisión clínica, el médico o el algoritmo?”



Renatta Bertani Padilla
EMUCC
renattabertani@gmail.com

Paciente masculino de 21 años se presenta a consulta refiriendo fatiga, dolor articular difuso e hiperlaxitud. Acude con un autodiagnostico de síndrome de Ehlers-Danlos. Al revisar su historia clínica, el médico le pregunta quién lo diagnosticó; el paciente le muestra un video de TikTok y responde: “Tengo todos los síntomas”.

Situaciones como esta no son extraordinarias en la actualidad. Podría interpretarse como un problema menor, pero la evidencia demuestra lo contrario. Un análisis transversal que evaluó 184 videos de Tik Tok sobre enfermedades genéticas raras, entre ellas el síndrome de Ehlers-Danlos, reveló que los videos elaborados por influencers y pacientes obtuvieron puntuaciones de calidad significativamente más bajas que los elaborados por profesionales de la salud (1). El problema no radica en la libre difusión de contenido, sino en la gran cantidad de información errónea o anecdótica que circula sin filtro, lo que lleva a los usuarios que la consume a experimentar incertidumbre, miedo, ansiedad y autodiagnósticos incorrectos (2).

El dilema central no radica en los influencers o en los pacientes que solo quieren saber acerca de su propia salud, sino en el médico, tanto en ejercicio como en formación; lo que nos lleva a la

pregunta: ¿tiene el médico la responsabilidad de comunicar ciencia en redes o eso va más allá de su rol?

“Primum non nocere” (Ante todo, no hacer daño) es el principio ético interpretado tradicionalmente como la obligación de evitar un daño innecesario al paciente. Hoy, este principio puede ser aplicado a este dilema en la era digital.

Muchas de las personas que consumen este contenido solo tiene una preocupación: su propia salud. Son pacientes con miedo que solo están buscando una explicación a por qué se sienten así. Ellos buscan una respuesta y los creadores de contenido se la ofrecen, muchas veces de forma errónea, pero les brindan algo que posiblemente no hayan encontrado dentro del sistema de salud: esperanza.

La formación médica debe adaptarse con el tiempo sin duda alguna, especialmente porque la medicina es una de las pocas áreas donde un martes cualquiera se puede cambiar completamente el entendimiento de una enfermedad y, con esto, la forma en la que se produce y consume la información médica.

El principio de “ante todo, no hacer daño” no solo incluye tratamientos, sino que también comprende la propia divulgación científica de la información médica que los pacientes consumen antes de llegar a la

consulta. Como médicos o estudiantes en formación, tenemos la responsabilidad de salvaguardar la salud, inclusive en el ámbito preventivo. Anteriormente, esto se lograba mediante campañas de educación o carteles de divulgación científica, pero ya no es suficiente: debe evolucionar hacia las redes sociales.

En respuesta a la pregunta inicial, la evidencia y el contexto actual sugieren una respuesta afirmativa; el médico, en cualquier etapa de su formación, tiene la responsabilidad de formar parte de la conversación en redes, pero no por obligación, sino porque el mundo ha cambiado. Los pacientes que pueden parecer hipotéticos hoy ya forman parte de ese ecosistema digital, tomando decisiones e intentando entender su propia salud. Las redes están para quedarse, independientemente de si participamos en ellas o no.

El paciente de la consulta llegó no solo con un diagnóstico de TikTok, sino con una oportunidad para entender cómo ha evolucionado la relación entre el paciente, la información y el médico. El reto para nosotros no es competir con el algoritmo, sino aprender a habitarlo con la misma rigurosidad y pasión que llevamos al salón y a la cama del paciente.

Porque si la evidencia no ocupa el espacio, algo más lo hará.

REFERENCIAS

1. Wahman JM, Hijazi RM, Abdelhady HG. TikTok as a Platform for Patient Education and Health Information in Rare Genetic Diseases: Cross-Sectional Study. JMIR Formative Research [Internet]. 12 de noviembre de 2025;10:e79978. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/79978>
2. Starcevic V. Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Information. Psychotherapy And Psychosomatics [Internet]. 1 de enero de 2017;86(3):129-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000465525>



***“¿El médico
tiene la
responsabilidad
de comunicar
ciencia en
redes, o eso va
más allá de su
rol?”***

Cuando el paciente habla otro idioma: la importancia de comprender la jergas populares en la práctica médica



Bruno Mandujano Escamilla
CEDMEF
mandujanobruno39@gmail.com

Todos, al menos una vez, hemos escuchado a una persona referir algún padecimiento con palabras informales muy características que, a su vez, todos en el entorno parecen entender. Todos, excepto tú, estudiante de medicina.

Y es en ese preciso momento cuando te das cuenta de que ningún libro te ha preparado para relacionar el “Güirismo” con alguna de las patologías existentes. O quizás, “la gargantita del pie” podría referirse a cualquier componente del miembro pélvico. Pero no lo sabes, porque no has estado familiarizado con el uso de jergas y modismos relacionados con el entorno médico informal.

Un fenómeno muy común, pero poco estudiado, es el uso de jergas dentro del entorno médico hospitalario. Tal como lo describen López *et al.* (1), se trata de un fenómeno comunicativo empleado por los profesionales de la salud en sus conversaciones diarias, reservado para el personal sanitario y que comparte características propias del lenguaje especializado.

Una de las principales características a esta jerga del resto de los argots profesionales es que está diseñada para proteger tanto a los pacientes como al personal médico, ya sea evitando mencionar directamente la gravedad del estado de un paciente o simplificando el

uso de términos formales (1).

Tomando en cuenta lo anterior, pienso que, si ha sido posible crear un sistema de jergas propio del medio médico, también sería conveniente conocer y aprender las jergas que la población mexicana utiliza cotidianamente.

Esto no solo ampliará la comprensión del contexto social, sino que también permitirá a los médicos relacionarse de manera más empática con los pacientes al momento de brindar atención.

Continuando con la perspectiva de las barreras lingüísticas, tal como describe Randolph (2) en su artículo, la diferencia lingüística que existe entre quien indica el tratamiento y quien lo recibe provoca dificultades como la falta de comprensión de los diagnósticos y tratamientos, el uso inadecuado de los medicamentos, la ausencia de seguimiento médico y la realización insuficiente de estudios preventivos, además de favorecer diagnósticos tardíos o erróneos. También señala que estas barreras pueden generar cargas emocionales que repercuten negativamente en la salud de las personas. Asimismo, advierte que, de no promoverse acciones concretas para superar estos desafíos, continuarán aumentando los costos en los servicios de salud, la sobrecarga del sistema sanitario y los ciclos de inequidad en las comunidades,

traduciéndose en sufrimiento desapercibido.

Por ello, propongo que las universidades y facultades de medicina de nuestro país implementen talleres y cursos sobre este tipo de lenguaje oral en sus planes de estudio. Asimismo, considerando la diversidad lingüística del país, sería conveniente apoyarse en profesionales de lenguas y letras para identificar las jergas relacionadas con padecimientos médicos más frecuentes en cada región.

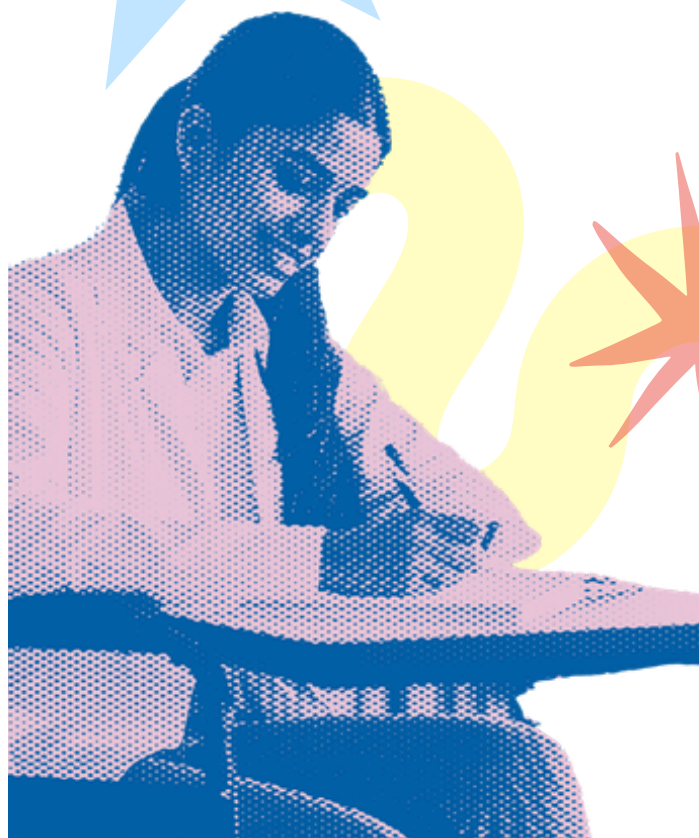
Con ello, aseguraremos que cada médico que concluya su formación sea capaz de atender de mejor manera a la población de la región en la que estudió. Además, permitirá inculcar en los estudiantes de medicina la importancia de comprender que la población necesita profesionales capaces de hablar también “su propio idioma”.

Implementar estas acciones permitirá disminuir esa “barrera invisible” fundamentada en el miedo y la vergüenza que experimentan muchas personas al no saber describir de manera formal lo que sienten. Además, favorecerá un sistema más equitativo que promueva una atención prioritaria, de calidad y con mayor sensibilidad humana.

REFERENCIAS

1. López DL, López REF, Hernández RY. El argot médico: un registro coloquial poco estudiado. *Medicentro*. 2015;19(3):163-166.
2. Randolph E. Romper el silencio. Barreras lingüísticas y desigualdades en la atención a la salud. *UNAM Internacional* [Internet]. 10 de diciembre de 2025 [citado 14 de julio de 2026]; (11). Disponible en: <https://revista.unaminternacional.unam.mx/nota/11/romper-el-silencio-barreras-linguisticas-y-desigualdades-en-la-atencion-a-la-salud>

***"El conocimiento
para progresar,
evolucionar y
representar"***



Todo lo que Debes Saber Sobre la Actualización 2025 de la AHA para Hipertensión



**Sophia Salinas
Lara
ACEMJAL**

sophia.salinas1973@alumnos.udg.mx



**Andrea Montserrat
Salinas Lara
ACEMJAL**

andrea.salinas4035@alumnos.udg.mx

Todo lo que debes saber sobre la actualización 2025 de la AHA para hipertensión.

La hipertensión sigue siendo el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular, infartos y ERC en estadio terminal. En México existen alrededor de 30 millones de adultos con hipertensión, y se estima que aproximadamente el 46% lo desconoce (1).

Por este motivo, consideramos importante conocer la actualización de la guía para hipertensión de la AHA/ACC 2025, para adoptar algunas de las propuestas establecidas y modificarlas para mejorar el abordaje de la hipertensión en México (2).

La actualización de la guía considera el estilo de vida, el manejo del peso del paciente, la restricción de sodio, la actividad física, la dieta DASH, el manejo del estrés y la reducción del consumo de alcohol como los principales factores de riesgo modificables, claves para el tratamiento de primera línea contra la hipertensión. Se menciona que el abordaje clínico exclusivo ya no es suficiente para un tratamiento efectivo, sino que se requiere un equipo multidisciplinario para mejorar los resultados y lograr una mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Una de las novedades presentadas más

importantes de la guía es el uso de su herramienta PREVENT (por sus siglas en inglés Predicting Risk of CVD Events), cuya finalidad es estimar el riesgo total de un evento cardiovascular a 10 y 30 años en adultos de 30 a 79 años. Esta herramienta toma en cuenta el uso de estatinas, función renal y los determinantes sociales de la salud, lo que implica una reducción en el sesgo y una mejora en el índice de diagnósticos oportunos (3). Aunque esta herramienta mejora la predicción de riesgos y aporta a la individualización de tratamientos, presenta ciertas limitaciones que la descartan para su uso en México; la principal es que para calcular el riesgo solicita un domicilio estadounidense.

Por otro lado, consideramos que la creación e implementación de una herramienta similar para nuestra población sería una excelente idea, ya que, como se menciona en la guía, para obtener mejores resultados y optimizar los tratamientos, estos no deberían recaer únicamente sobre el paciente y el personal de salud, sino que debe crearse un entorno en el que el paciente pueda contar con herramientas de apoyo que lo impulsen a una mejoría y adaptación en el menor tiempo posible.

Avanzando con los temas abordados dentro de la guía, nuevamente se refuerza la meta de mantener la presión arterial por debajo de 120/80 mmHg en la mayoría de los adultos, destacando los beneficios de

la reducción intensiva de la presión para el sistema cardiovascular y renal, incluyendo evidencia que sugiere la reducción del riesgo de desarrollar demencia. Algo que nos gustó fue que dentro de ese grupo de adultos se excluye a las embarazadas, los pacientes con enfermedad terminal y aquellos pacientes institucionalizados.

Además, se excluyeron criterios como la edad, sexo y raza, unificándolos con la finalidad de brindar un mejor tratamiento, sin dejar de reconocer su importancia según el contexto del paciente. Se actualizó el término "emergencia hipertensiva" por "hipertensión severa" (aquella por encima de 180/120 mmHg), brindándole al clínico la capacidad de evaluar la estrategia de tratamiento de manera individualizada, reduciendo el uso de medicamentos IV cuando no son realmente necesarios (2).

Destaca la nueva clasificación para la presión arterial de la siguiente manera: sistólica <120 mmHg y diastólica <80 mmHg como normal; sistólica de 120 a 129 mmHg y diastólica <80 mmHg como presión arterial elevada; sistólica de 130 a 139 mmHg y diastólica de 80 a 89 mmHg como hipertensión en estadio 1; sistólica $\geq$ 140 mmHg y diastólica $>$ 90 mmHg como hipertensión en estadio 2, donde, además de separar valores de sístole y diástole para ser considerados hipertensivos, se tomará en cuenta el valor que más rango tenga para cada paciente, considerando como un paciente con presión elevada aquel cuya presión sea de 129/72 mmHg.

Coincidimos con la guía en que, para poder hacer un diagnóstico adecuado de hipertensión, se debe excluir la

hipertensión secundaria, la hipertensión de bata blanca y otros factores que influyen en su fluctuación. Una actualización importante fue darle mayor importancia al aldosteronismo primario como una causa de hipertensión secundaria; este, además de ser poco reconocido y subdiagnosticado, representa del 5-10% de pacientes con hipertensión y hasta un 20% de pacientes con hipertensión resistente. A pesar de que las estadísticas son importantes, menos del 2% de los pacientes son elegibles a pruebas confirmatorias.

Por este motivo, la guía propone darle seguimiento a todos los pacientes con hipertensión resistente, o en etapa 2, sin importar los niveles de potasio séricos; también se vio una expansión en los criterios de evaluación a pacientes, al tomar en cuenta a quienes presenten hipertensión con hipopotasemia, calambres o debilidad, masas suprarrenales, apnea obstructiva del sueño o antecedentes familiares de importancia.

Aunque las pruebas iniciales y confirmatorias se mantienen, en la nueva versión se añadió la razón albúmina/creatinina. Se toman como criterios iniciales los valores de la concentración plasmática de aldosterona (PAC), actividad de la renina plasmática (PRA) y la relación aldosterona/renina (ARR); se toma como referencia: una ARR $\geq$ 30 (PAC en ng/dL y PRA en ng/mL/h) con PAC $\geq$ 10 ng/dL acompañada de una reducción en la actividad de la renina $<$ 1 ng/mL/h, estos ya sugieren aldosteronismo primario y se solicita una prueba confirmatoria. Es importante conocer las preparaciones adecuadas para realizar los estudios y así evitar resultados

distorsionados por factores ajenos al paciente. La guía va de la mano con la tecnología, pues deja bien claro que se prefiere el uso de un baumanómetro digital validado antes que uno manual y que debe haber al menos dos mediciones válidas con 15 minutos de separación entre cada una y deben hacerse tanto en un ambiente hospitalario como fuera del mismo; haciendo hincapié en la importancia de una capacitación adecuada sobre el uso de estas tecnologías, para tomas en casa o en clínicas ya sea de manera asistida o inasistida, asegurando así resultados válidos, que apoyen al clínico para establecer tratamiento y evitando así la medicación por falsos positivos.

En torno al tratamiento farmacológico nos pareció un buen abordaje que se dividiera en "dos grupos" a los pacientes y así saber qué tipo de tratamiento es más oportuno; estos se dividen de la siguiente manera: Grupo 1, se recomienda dar tratamiento farmacológico cuando la PA es $\geq 130/80$ mmHg en adultos con antecedentes de enfermedad cardiovascular, diabetes, ERC, o riesgo de ECV a 10 años $\geq 7.5\%$; para el Grupo 2, en pacientes con riesgo $< 7.5\%$ se prefiere un tratamiento conservador; en comparación con aquellos pacientes que mantengan una PA $\geq 130/80$ mmHg aún después de 3 a 6 meses de haber iniciado una intervención en su estilo de vida, esto se hace con la finalidad de ajustar el tratamiento al riesgo individual y evitar la sobremedicación. En el caso de adultos con hipertensión en etapa 2, la guía recomienda iniciar tratamiento con dos fármacos antihipertensivos de primera línea de clases diferentes, idealmente en una combinación de dosis fija. Nos pareció

una buena estrategia de medicación la combinación de fármacos en un solo comprimido, ya que esto ayuda a que los pacientes tengan una mejor adherencia al tratamiento mientras que se logra una estabilización más rápida.

Continuando con las actualizaciones sobre tratamientos alternos, en la nueva guía se habla de la denervación renal (RDN) como una alternativa terapéutica para pacientes con hipertensión resistente. Esta alternativa se está considerando para pacientes adultos cuya presión esté descontrolada a pesar de contar con tratamiento farmacológico persistente o presenten intolerancia a diferentes tratamientos; se toma como referencia una presión sistólica de 140-180 mmHg y diastólica ≥ 90 mmHg.

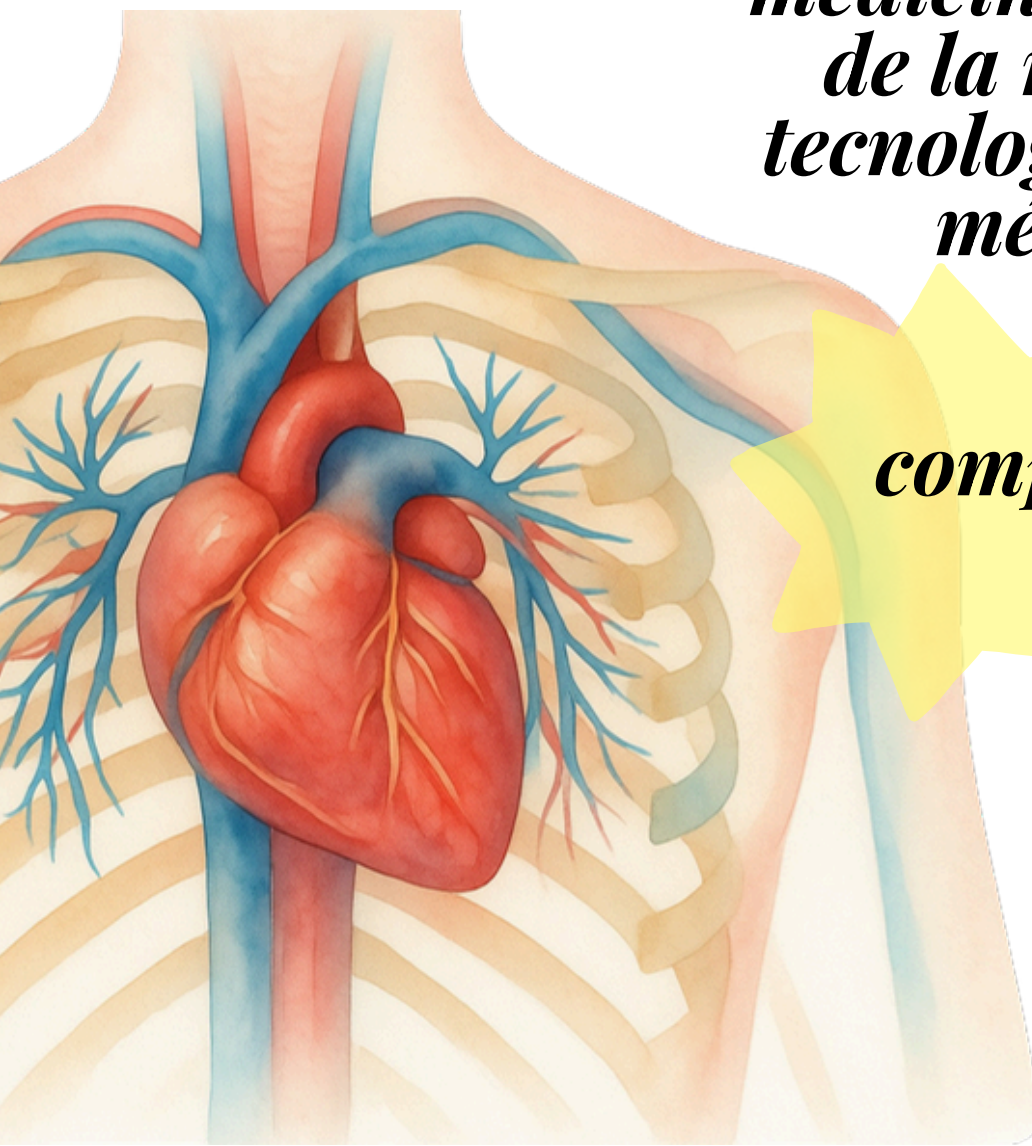
Creemos que esta alternativa sí debe ser considerada para pacientes que cumplan con los requisitos y en los cuales sea mayor el beneficio que la intervención; la guía menciona que en estudios clínicos realizados se demostró que la presión sistólica diaria disminuye aproximadamente 4-6 mmHg en pacientes no medicados y de 3-5 mmHg en aquellos que ya toman de dos a cinco antihipertensivos. Es importante conocer los criterios de elegibilidad para que un paciente sea candidato a recibir este tratamiento; estos criterios son: hipertensión diastólica y sistólica, tasa de filtrado glomerular ≥ 40 mL/min/1.73 m² y arteria renal adecuada (3-8 mm de diámetro); durante el posoperatorio se deben mantener bajo monitoreo a los pacientes para estenosis en la arteria renal, aunque solo se tenga registrado un riesgo de 0.2% por año con el

pico máximo en los primeros seis meses. La guía clasificó la RDN como una recomendación Clase IIb, pero esto no significa que este procedimiento deba considerarse curativo o un sustituto a medicación antihipertensiva.

Finalmente, concluimos la importancia de una valoración cuidadosa y contextualizada al paciente sobre un abordaje generalizado, para reducir así los sobretratamientos y otros riesgos que puedan surgir. Creemos que después de esta actualización podemos tomar algunas recomendaciones y adaptarlas a nuestro sistema de salud.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. En México, más de 30 millones de personas padecen hipertensión arterial: Secretaría de Salud [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2023 mar 31 [citado 2026 Jul 13]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-30-millones-de-personas-padecen-hipertension-arterial-secretaria-de-salud>
2. Writing Committee Members, Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCN A/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2025;82(10):e212-e316. doi:10.1161/HYP.0000000000000249.
3. American Heart Association. The American Heart Association PREVENT™ Online Calculator [Internet]. Dallas (TX): American Heart Association; 2023 [citado 2026 Jul 13]. Disponible en: <https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator>



“Creo que la medicina debe de ir de la mano con la tecnología, pero los médicos deben ejercer con empatía, comprendiendo el contexto del paciente”

El síndrome del estudiante perfecto: el costo invisible de la autoexigencia



Jimena Luna Carcini
ACEM UNE
a186882@une.edu.mx

¿Por qué celebrar una noche sin dormir parece más reconfortante que celebrar una noche de buen descanso? ¿En qué momento descansar comenzó a sentirse como una pérdida de tiempo? ¿Qué significa realmente ser un buen estudiante de medicina? Para gran parte de los estudiantes de medicina, estas preguntas, más que reflexiones, son parte constante de su formación médica (1).

En una carrera como la Licenciatura en Medicina, donde el conocimiento científico, cultural, clínico y humanístico parece siempre ser insuficiente y la responsabilidad personal y colectiva de un futuro profesional exitoso pesa incluso antes del ingreso a la carrera, es fácil, para un estudiante que apenas comienza, caer en la idea de que el sacrificio constante e intenso es la única forma de alcanzar el éxito (2).

Sin embargo, con el paso del tiempo, dormir pocas horas, posponer eventos recreativos y descuidar la salud personal dejan de percibirse como una señal de alerta y comienzan a verse como una necesidad o, peor aún, como una muestra de compromiso con la profesión y con el ideal de convertirse en el médico que prometimos ser. Sin darnos cuenta, como estudiantes, hemos contribuido a perpetuar una cultura en la que el cansancio se confunde con pasión, la

inseguridad con motivación y el estrés con realización (3).

Desde mi perspectiva, esta forma de concebir la formación médica merece ser cuestionada. La vocación no debería medirse puesto que es cualitativa y no cuantitativa. No deberíamos promover estilos de vida poco saludables ni valorar nuestro compromiso por la capacidad de soportar el cansancio, la frustración o las horas sacrificadas. Al contrario, ser médico implica reconocer nuestros propios límites como seres humanos antes que como profesionales y comprender que cuidar nuestra salud mental no es un signo de debilidad, sino una necesidad (4).

Esta realidad guarda una estrecha relación con el síndrome de burnout, una problemática que afecta tanto a estudiantes como a médicos adscritos. El burnout se caracteriza por un estado de agotamiento físico y emocional, acompañado de despersonalización y disminución de la percepción del logro personal. Diversos trabajos de investigación evidencian que el estrés crónico, la exigencia constante y la mala calidad del sueño favorecen el desarrollo de este síndrome, convirtiéndolo en una problemática de salud cada vez más frecuente (1,4).

Quizá lo más preocupante del síndrome de

burnout es que no suele aparecer de un día para otro como ocurre con una infección aguda; se instala de manera gradual y silenciosa, disfrazado de responsabilidad y disciplina.

Comienza con una noche de preparación intensa antes de un examen final, continúa con la idea de que "siempre se puede dar más" y termina convirtiendo el agotamiento mental en parte de la rutina. Lo que comenzó como una simple excepción se convierte en la norma. Llegamos un momento en el que descansar genera más culpa que tranquilidad.

No pretendo afirmar que la formación médica debería ser un camino sencillo, sin tropiezos, puesto que es una carrera que requiere disciplina, compromiso y una actualización continua. No obstante, considero que existe una gran diferencia entre aceptar la exigencia propia de la carrera y normalizar la prevalencia de hábitos que conscientemente permitimos que deterioren nuestra salud mental (5). Por ello, creo que ha llegado el momento de cambiar la conversación. En lugar de interesarnos por quién soporta más presión dentro de nuestra aula, rotación o ambiente laboral, podríamos comenzar a preguntarnos cómo construir entornos donde sea posible aprender sin entregar a cambio nuestro bienestar.

Al final, un buen estudiante de medicina no se define por una calificación sobresaliente, una mayor asistencia, la participación en eventos o la capacidad de memorizar grandes cantidades de información, sino por su capacidad de mostrar empatía, de reconocer cuándo es

necesario hacer una pausa y de comprender que el cuidado de uno mismo es tan necesario como el cuidado de nuestros pacientes. Un médico extraordinario no solo salva vidas; también es capaz de preservar la suya.

REFERENCIAS

1. Sócola DGG, Muñoz ANP, Cabrera KYB, Nieto RMS. Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina. Rev Ecuat Psicol. 2025;8(20):243-256. Disponible en: <https://www.repsi.org/index.php/repsi/article/view/251> [citado 2026 Jul 23].
2. Sinval J, Oliveira P, Novais F, Almeida CM, Telles-Correia D. Exploring the impact of depression, anxiety, stress, academic engagement, and dropout intention on medical students' academic performance: a prospective study. J Affect Disord. 2025;368:665-73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724016057> [citado 2026 Jul 23].
3. Morente KAA. Síndrome de burnout en estudiantes de medicina. Rev Cienc Multidiscip CUNORI. 2025;9(2):1-14. Disponible en: <https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/353> [citado 2026 Jul 23].
4. Ramirez SAC. Factores asociados al síndrome de burnout en estudiantes de Medicina Humana de una universidad privada-Huancayo, 2024 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/f13abb74-4116-4a95-a968-6727df3b93e3/content> [citado 2026 Jul 23].
5. Hernández Acapana ME. Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma – 2024 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2024. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9bcd4a3a-1803-450e-a75b-5bcfb69f2e9e/content> [citado 2026 Jul 23].

"La medicina comienza con el cuidado de los demás, pero se sostiene con el cuidado de uno mismo."



María del Carmen Rocha Mejía

IIMP

madcarrm09@gmail.com

Introducción

¿Es la incidencia un talento innato o una competencia que se puede aprender en las aulas? Como médicos en formación, pasamos gran parte de la carrera defendiendo que la educación en nuestras facultades debe transformarse para responder a las necesidades reales de la sociedad. Nos sentamos en mesas de diálogo, discutimos planes de estudio y redactamos documentos de posicionamiento con una meta fija: poder incidir. Sin embargo, durante nuestras clases surge una pregunta incómoda: ¿Estamos aprendiendo formalmente la competencia que nos permite incidir? La respuesta honesta es que no, o no, al menos, de una manera explícita.

Desarrollo

Nuestra educación padece de un sesgo biomédico y técnico profundamente arraigado. Cuando los planes de estudio intentan responder a todas las exigencias globales, suelen hacerlo fragmentando las distintas habilidades socioemocionales en módulos aislados. En distintas facultades suelen impartirse diversos talleres que abordan temas como la comunicación de malas noticias, el liderazgo y el trabajo en equipo, los cuales nos permiten “sobrevivir” a las guardias. Todas estas se presentan como una lista de conductas éticas obligatorias.

El problema de analizarlas como temas independientes es que perdemos de vista lo fundamental: que todas derivan de una misma matriz neurocognitiva y social, la inteligencia interpersonal. La neurociencia social contemporánea ha mostrado que la empatía, la comunicación y el liderazgo comparten las mismas vías vinculadas al procesamiento socioemocional de cada persona (1).

La evidencia científica reciente respalda que la inteligencia emocional y la sensibilidad interpersonal no son completamente accesorias, sino componentes críticos de la práctica médica (2). Asimismo, mediante estudios recientes se ha comprobado que el fomento de una educación más humana, a través de diversas iniciativas orientadas al compromiso social activo, es una vía comprobada para consolidar estas competencias en los estudiantes (3). Lejos de ser temas secundarios, estas capacidades representan la infraestructura cognitiva que determina cómo procesamos la interacción humana en entornos de alta presión (4), nutriendo de forma directa nuestras destrezas clínicas, principalmente las comunicativas (5).

Reconocer la inteligencia interpersonal como una competencia transversal fundamental permitiría replantear el perfil de cada estudiante, desde una perspectiva más integral.

Un médico que desarrolla esta capacidad de forma completamente consciente no solo será capaz de empatizar con cada paciente, sino que desarrollará diversas herramientas que le permitirán dialogar, influir y transformar las diversas estructuras que condicionan la salud de comunidades enteras.

En este sentido, la incidencia no es más que una extensión de la inteligencia interpersonal en escenarios donde el objetivo va más allá de la interacción individual y busca impactar mediante cambios colectivos y estructurales.

¿Es posible enseñar y evaluar esta competencia de una manera formal? La evidencia disponible sugiere que sí. El uso de metodologías educativas contemporáneas indica que la comunicación, el profesionalismo y el trabajo interprofesional han dejado de ser aspectos subjetivos; en la actualidad, estos se observan, se miden y se aplican en entornos reales. Si la educación médica ha logrado estructurar mecanismos rigurosos para evaluar la preparación de las y los estudiantes en espacios clínicos, resulta razonable plantear el desarrollo de esquemas equivalentes que valoren la capacidad para ejercer la incidencia en favor del derecho a la salud.

Conclusión

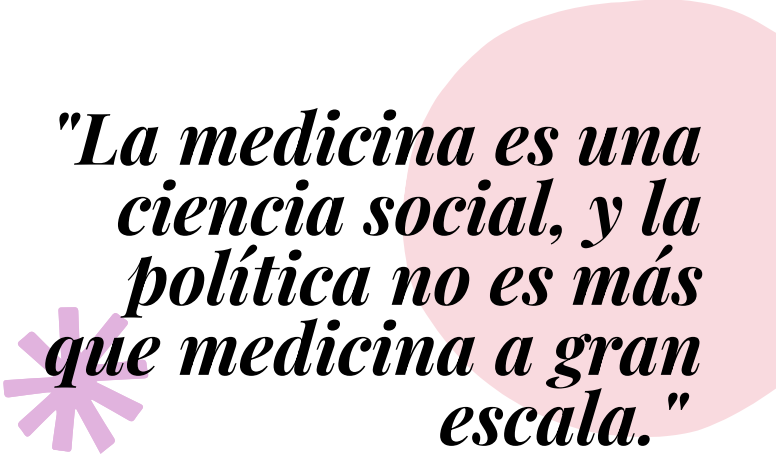
Para consolidar esta visión, resulta indispensable que las facultades de medicina rompan con la idea de que el liderazgo surge de manera espontánea. Aunque la educación no formal e independiente de las diversas asociaciones

estudiantiles ha intentado cubrir este vacío, la meta debe ser la integración definitiva de la inteligencia interpersonal dentro de los planes de estudio.

La capacidad de incidir no constituye una simple actividad extracurricular, sino que es una competencia médica fundamental. Su enseñanza formal comenzará el día en que reconozcamos que, para transformar los sistemas de salud, es un requisito indispensable aprender a conectar e influir de una manera efectiva en las autoridades que los componen.

REFERENCIAS

1. Moudatsou M, Stavropoulou A, Koukouli S, et al. Empathy and Emotional Intelligence in Healthcare Professionals and Medical Students: A Neural and Behavioral Perspective. *Brain Sci.* 2023;13(4):592. doi:10.3390/brainsci13040592.
2. Sahu DP, Pradhan SK, Sahu T. Assessing interpersonal sensitivity and its correlates among medical students: A cross-sectional study. *J Educ Health Promot.* 2023;12:124. doi:10.4103/jehp.jehp_876_22.
3. Chen L, Zhang J, Zhu Y, Shan J, Zeng L. Exploration and practice of humanistic education for medical students based on volunteerism. *Med Educ Online.* 2023;28(1):2182691. doi:10.1080/10872981.2023.2182691.
4. Satterfield JM, Hughes E. Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Med Educ.* 2024;58(2):145-156. doi:10.1111/medu.15182.
5. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, et al. Implementing interpersonal communication skills training in medical curricula: a multi-method evaluation. *Patient Educ Couns.* 2024;119:108044.



"La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala."

— Rudolf Virchow

Entre el examen y el paciente: la brecha que nadie mide



Nicole Denisse Trujillo Correa

ADEMEN

23205647@uan.edu.mx

Es muy reconocido que estudiar medicina implica enfrentarse ante un gran desgaste físico y emocional que pocas carreras exigen, pasando por una constante presión académica que exige aprender una exorbitante cantidad de información en un tiempo muy reducido o realizar diversos procedimientos con el más mínimo margen de error a pesar de nunca haberlo realizado.

Como si no fuera suficiente enfrentar la presión de cumplir dichas exigencias, desde el día uno se refuerza la idea de mantener un alto promedio a tal grado que el valor del estudiante se mide por éste, e incluso para algunos llega a ser un indicador de quién será un buen médico.

En su mayoría, los mejores promedios presentan más oportunidades y reconocimientos no solo durante su tiempo en la facultad, sino durante toda su formación médica, como reconocimientos académicos, becas de excelencia, preferencia a ciertos programas académicos, ventajas en algunos procesos internos, etc.

Un sistema que mide memoria, no comprensión.

El objetivo del sistema educativo actual en medicina es proporcionar los conocimientos científicos, las destrezas

clínicas y los valores éticos necesarios para responder a las necesidades de salud de la población. Para lograrlo, el estudiante no debe limitarse a memorizar la información que se le presenta, sino saber cómo aplicarla en la práctica clínica.

El modelo de evaluación actual lleva años actuando de la misma manera, dependiendo de exámenes basados en la memorización de grandes cantidades de información y dejando en segundo plano la evaluación de la comprensión, integración y aplicación clínica. Esto da lugar a que los estudiantes recurran a un estudio intensivo basado en la memorización a corto plazo con la costumbre de solo estudiar “aquello que pueda ser preguntable” y, al finalizar el examen, gran parte de esa información es olvidada.

Otro aspecto importante a considerar es el plan de estudios, ya que rara vez contempla un espacio formal dedicado a enseñar cómo aprender de manera efectiva, dejando que cada estudiante desarrolle sus propias herramientas mediante prueba y error. La falta de éstas contribuye al mal uso del tiempo de estudio, al aumento del estrés académico, así como a la procrastinación.

Cuando el paciente paga la factura

Claro que la memorización de datos es

importante durante la formación médica; no obstante, en la práctica clínica los pacientes no vienen en un formato de opción múltiple, simplemente esperan que los médicos cuenten con un razonamiento clínico que les permita saber cómo aplicar lo aprendido para brindar una solución ante las problemáticas que presentan.

Al dejar en segundo plano la comprensión y repaso de la información adquirida, se ha vuelto normal ver en las clínicas a estudiantes dudando de temas que en teoría ya deberían dominar. Sin embargo, eso no significa que no sepan o no tengan las capacidades que se necesitan, ya que muchos pueden repetir de memoria clasificaciones de enfermedades o mecanismos de acción de fármacos, pero al momento de integrar dicha información ante un caso clínico real que no se presenta como en la literatura es cuando comienzan a surgir las dudas de cómo actuar.

La realidad es que muchos tienen la capacidad de cumplir con las exigencias de la formación médica; sin embargo, con dicho sistema se están preparando con el formato equivocado. La realidad es que “los ojos no ven lo que la mente desconoce”: un estudiante puede egresar con un promedio impecable y aun así cargar con lagunas de conocimiento que jamás fueron evidenciadas por un examen de opción múltiple, pero que sí lo serán frente a un paciente que confía ciegamente en su criterio.

En el peor de los casos, el paciente pagará las consecuencias mediante un diagnóstico tardío o equivocado, un mal manejo de su

padecimiento, así como a través de signos de alarma que se pueden pasar por alto. Es importante recordar que los pacientes no son una estadística más: son seres humanos que significan algo en la vida de alguien, y las decisiones tomadas pueden incluso llevar a su fallecimiento.

El otro precio del diez

Por otro lado, no todo promedio sobresaliente refleja únicamente un buen desempeño en las evaluaciones: existe una reducida cantidad de estudiantes que logran la excelencia académica junto con la verdadera comprensión de los temas y su aplicación clínica. Más allá de esto, es importante tener presente qué hay detrás para cumplir con ambas exigencias, que por sí solas ya representan un gran desafío.

En la mayoría de los casos, estos estudiantes sacrifican gran parte de sus horas de sueño durante períodos largos, reducen en gran medida el tiempo con amigos y familiares, y poco a poco su sistema se debilita a tal punto de enfermarse con frecuencia de problemas gástricos o relacionados con el desgaste constante.

Diversos estudios han demostrado que el estrés impacta profundamente en la salud debido a la desregulación inmunitaria, inflamación y cambios en la neuroplasticidad. Esto se asocia con un mayor riesgo de cáncer, problemas gastrointestinales, diabetes, afecciones neurológicas y trastornos de salud mental.¹

El sistema no solo permite este desgaste: lo premia, lo aplaude y lo coloca como

ejemplo a seguir para las siguientes generaciones.

Lo que sí depende de nosotros.

Ninguna de estas problemáticas se resuelve señalando a los estudiantes, sea al que memorizó de más o al que se desgastó de más para aprender bien; el cambio real tiene que empezar por replantear la forma en que se evalúa.

Es evidente que esta situación no radica únicamente en el estudiante, ya que el modelo educativo tiene que incorporar evaluaciones basadas en casos clínicos y razonamiento diagnóstico, no solo en la retención de datos. Además, es de vital importancia enseñar desde el primer semestre técnicas de estudio efectivas en lugar de dejar que cada quien las descubra por prueba y error.

Por otro lado, se debe dejar de aplaudir cuando se deja a un lado la salud con tal de llegar a la calificación perfecta, y queda en nuestras manos crear una cultura donde el valor de un estudiante no se mida únicamente por un número, sino por su capacidad real de cuidar a otro ser humano.

Es comprensible que un sistema que lleva años siguiendo el mismo patrón no se transforme de la noche a la mañana, pero aun así queda entre nosotros realizar un cambio, enfocándonos en lo que realmente importa: el paciente.

Invito a abrir esta reflexión entre estudiantes, médicos y docentes por igual: enseñar a memorizar forma estudiantes

que aprueban; enseñar a comprender forma médicos que curan.

Al final, el verdadero éxito de un médico no se refleja en sus calificaciones, sino en la calidad de atención que brinda a sus pacientes.

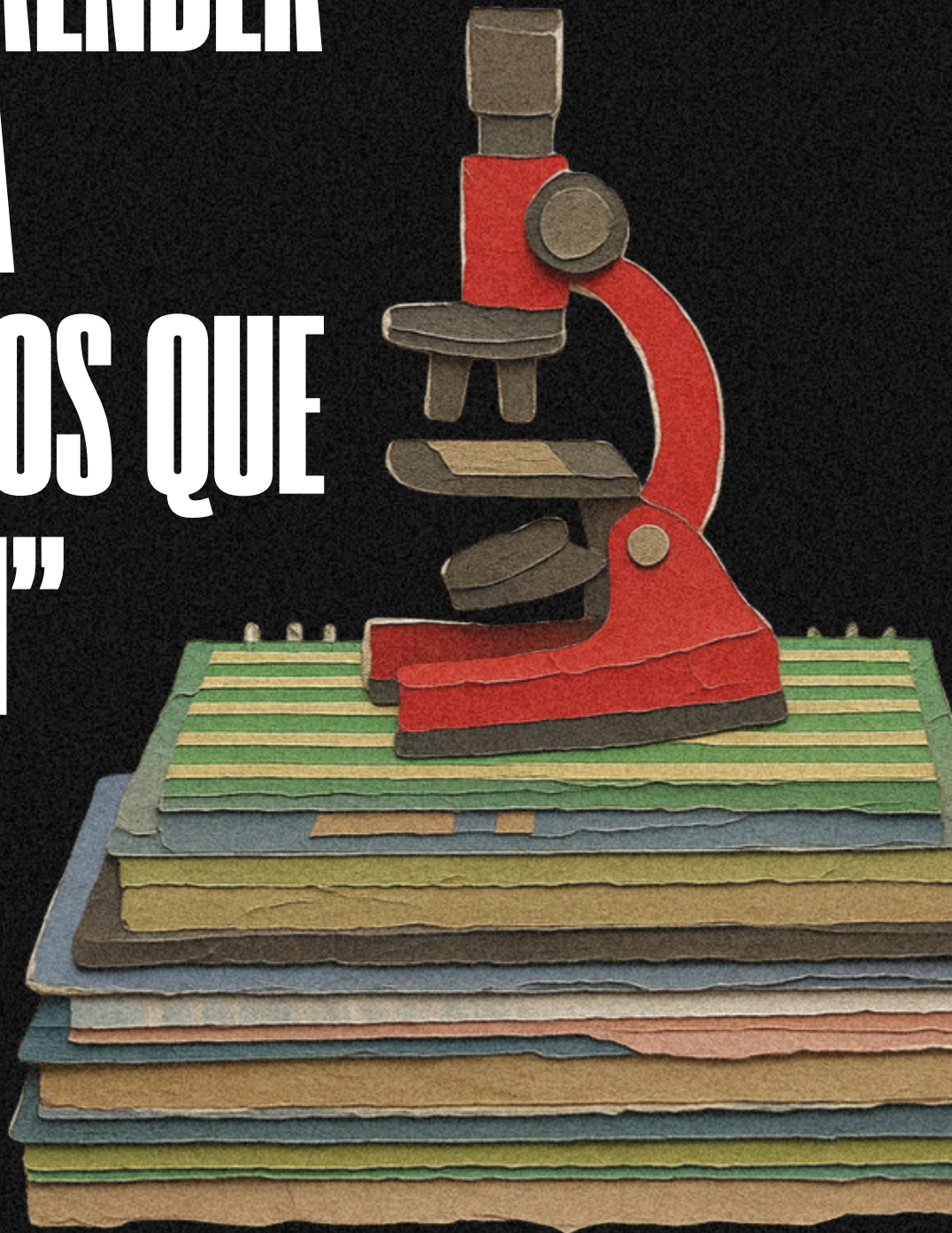
REFERENCIAS

1. Shchaslyvyi AY, Antonenko SV, Telegeev GD. Comprehensive review of chronic stress pathways and the efficacy of behavioral stress reduction programs (BSRPs) in managing diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(8):1077. doi: 10.3390/ijerph21081077.



*“Memorizar forma
estudiantes que
aprueban,*

**COMPRENDER
FORMA
MÉDICOS QUE
CURAN”**





Paulina Alejandra García Ortega

OEPSA

paulinagaort@gmail.com

La innovación educativa dentro de la formación médica es esencial para responder a los cambios científicos, tecnológicos y sociales propios del siglo XXI. Actualmente, preparar a los futuros profesionales de la salud no consiste únicamente en transmitir conocimientos teóricos, sino también en desarrollar competencias clínicas, habilidades comunicativas, pensamiento crítico, capacidad para trabajar en equipo y disposición para aprender de manera continua. Por esta razón, las instituciones de educación superior han comenzado a incorporar estrategias pedagógicas modernas y herramientas digitales que favorecen una enseñanza más completa, participativa y enfocada en las necesidades del estudiante. Estas innovaciones tienen como finalidad elevar la calidad de la educación médica y preparar a los futuros médicos para responder de forma adecuada a los retos de los sistemas de salud actuales (1).

Tradicionalmente, la enseñanza de la medicina se sustentó en modelos centrados en el docente, donde la clase magistral representaba la principal estrategia de aprendizaje. Aunque este enfoque permitió transmitir grandes volúmenes de información, presentaba limitaciones para desarrollar habilidades clínicas, razonamiento diagnóstico y toma de decisiones. Como consecuencia, surgieron modelos educativos orientados al

aprendizaje activo, entre ellos el aprendizaje basado en problemas (ABP), el aprendizaje basado en casos clínicos y el aprendizaje colaborativo. Estas metodologías colocan al estudiante como protagonista de su proceso formativo, favoreciendo la integración de los conocimientos básicos con la práctica clínica y estimulando la autonomía en el aprendizaje (2).

Simuladores de alta fidelidad, pacientes estandarizados y escenarios clínicos permiten que los estudiantes practiquen procedimientos médicos y desarrollen competencias sin poner en riesgo la seguridad de los pacientes. La simulación favorece el aprendizaje experiencial, fortalece la confianza del estudiante y facilita la retroalimentación inmediata por parte de los docentes. Además, contribuye al desarrollo de habilidades técnicas y no técnicas, como liderazgo, comunicación efectiva, trabajo en equipo y manejo de situaciones críticas, competencias esenciales para la práctica profesional contemporánea (3).

El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación ha revolucionado la educación médica. Las plataformas virtuales de aprendizaje, las bibliotecas digitales, las videoconferencias, las aplicaciones móviles y los recursos multimedia permiten acceder al conocimiento de manera flexible y

permanente.

La educación en línea adquirió especial relevancia durante la pandemia por COVID-19, cuando las instituciones educativas debieron migrar rápidamente hacia modalidades virtuales. Aunque este cambio presentó múltiples desafíos, también evidenció el potencial de las tecnologías digitales para ampliar el acceso al conocimiento, fomentar el aprendizaje autónomo y fortalecer la educación continua de estudiantes y profesionales de la salud (4).

Otra estrategia innovadora consiste en la implementación de la educación basada en competencias. Este modelo se centra en los resultados del aprendizaje y define claramente las competencias que el estudiante debe adquirir antes de concluir su formación profesional. Estas competencias incluyen conocimientos científicos, habilidades clínicas, profesionalismo, ética médica, comunicación, investigación y gestión sanitaria. La evaluación deja de enfocarse únicamente en exámenes escritos para incorporar instrumentos como rúbricas, portafolios, evaluaciones clínicas objetivas estructuradas (ECOE), observación directa y retroalimentación continua. Este enfoque permite valorar el desempeño integral del estudiante y garantiza una preparación más cercana a las exigencias del ejercicio profesional (5).

La innovación educativa también promueve la investigación como parte del proceso formativo. La medicina basada en evidencia exige que los futuros médicos desarrollen competencias para buscar, analizar e interpretar información científica de

calidad.

La participación en proyectos de investigación, revisiones bibliográficas y actividades de divulgación científica fortalece el pensamiento crítico y facilita la toma de decisiones fundamentadas en la mejor evidencia disponible. Asimismo, fomenta una actitud de aprendizaje permanente indispensable para enfrentar el rápido avance del conocimiento biomédico (6).

Otro aspecto relevante es el fortalecimiento de las habilidades socioemocionales y humanísticas. La educación médica contemporánea reconoce que la excelencia profesional no depende exclusivamente del dominio científico, sino también de la empatía, la comunicación efectiva, la ética y el respeto hacia los pacientes. En consecuencia, muchas escuelas de medicina incorporan actividades relacionadas con bioética, humanidades médicas, medicina narrativa y simulaciones centradas en la comunicación clínica. Estas estrategias contribuyen a formar profesionales capaces de establecer relaciones terapéuticas de calidad y brindar atención centrada en la persona (7).

No obstante, la implementación de innovaciones educativas enfrenta diversos desafíos. Entre ellos destacan la resistencia al cambio por parte de algunos docentes, las limitaciones presupuestarias, la insuficiente infraestructura tecnológica y la necesidad de capacitación permanente del profesorado. La transformación educativa requiere inversiones sostenidas, actualización curricular y liderazgo institucional para garantizar que las

nnovaciones sean efectivas y sostenibles.

Asimismo, resulta indispensable evaluar continuamente el impacto de estas estrategias sobre el aprendizaje y el desempeño profesional de los egresados (8).

La innovación educativa es un componente indispensable para garantizar una formación médica de calidad y acorde con las necesidades actuales de los sistemas de salud. La incorporación de metodologías activas, simulación clínica, tecnologías digitales, educación basada en competencias e investigación permite fortalecer la preparación integral de los futuros médicos y mejorar la seguridad de los pacientes (9).

No obstante, el éxito de estas estrategias depende de la participación de las instituciones, la capacitación de los docentes y la evaluación permanente de los procesos educativos. En un contexto marcado por avances científicos y tecnológicos constantes, innovar en la enseñanza de la medicina representa una necesidad para formar profesionales competentes, éticos, humanistas y comprometidos con la mejora de la atención sanitaria.

La innovación en las ciencias de la salud solo puede lograrse mediante docentes preparados y con el respaldo de las instituciones educativas. Es necesario diseñar programas académicos que incluyan estas estrategias, contar con espacios de simulación y disponer de personal capacitado para realizar actividades como las evaluaciones clínicas

estructuradas. Por ello, la innovación educativa continúa siendo uno de los principales retos de la docencia en medicina.

REFERENCIAS

- 1.Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* [Internet]. 30 de noviembre de 2010;376(9756):1923-58. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61854-5)
- 2.Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. *New Directions For Teaching And Learning* [Internet]. 1 de diciembre de 1996;1996(68):3-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/tl.37219966804>
- 3.Issenberg SB, Mcgaghie WC, Petrusa ER, Gordon DL, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher* [Internet]. 1 de enero de 2005;27(1):10-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01421590500046924>
- 4.Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-Based Learning in the Health Professions. *JAMA* [Internet]. 9 de septiembre de 2008;300(10):1181. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.300.10.1181>
- 5.Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* [Internet]. 27 de julio de 2010;32(8):638-45. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2010.501190>
- 6.Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* [Internet]. 13 de enero de 1996;312(7023):71-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- 7.Branch WT. Teaching professional and humanistic values: Suggestion for a practical and theoretical model. *Patient Education And Counseling* [Internet]. 28 de octubre de 2014;98(2):162-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.022>
- 8.Harden RM. Outcome-Based Education: the future is today. *Medical Teacher* [Internet]. 1 de enero de 2007;29(7):625-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01421590701729930>
- 9.Skochelak SE, Hawkins RE, Lawson LE, Starr SR, Borkan JM, Gonzalo JD. *Health Systems Science*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

*El verdadero aprendizaje
comienza cuando una pregunta
clínica deja de buscar una
respuesta memorizada*

Y EMPIEZA A EXIGIR



RAZONAMIENTO



Gabriel Frías Reyes
COTEM-UJAT
gabofr4@gmail.com

Mientras la medicina actual se encarga de perfeccionar herramientas para tratar la obesidad como problema cardio-metabólico, el cerebro, el órgano que dirige nuestros hábitos, decisiones y emociones, no recibe la atención necesaria. Sin embargo, el crecimiento de la evidencia científica en las últimas décadas ha dejado claro que la obesidad no solo afecta el peso, sino también la salud neurológica. Su impacto alcanza el hipocampo, la estructura cerebral encargada de los procesos de memoria y aprendizaje, donde provoca alteraciones significativas (1).

El cerebro como blanco de daño inflamatorio

Durante mucho tiempo, la comunidad médica trató la obesidad casi exclusivamente como una alteración endocrino-metabólica basada en la resistencia a la insulina, la dislipidemia y la hipertensión. Ese enfoque, aunque necesario, dejó en segundo plano algo que hoy resulta difícil de ignorar. El consumo crónico de dietas hipercalóricas, particularmente ricas en azúcares simples como la sacarosa, desencadena una respuesta inflamatoria de bajo grado que no se limita a la circulación periférica (1,2). Citocinas proinflamatorias como IL-6 y TNF- α , elevadas de forma sostenida en la obesidad, son capaces de alterar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, activar la microglía y los

astrocitos del sistema nervioso central (1,2). El hipocampo, por su alta densidad de receptores de insulina y leptina y por su intenso intercambio de sustancias, resulta particularmente vulnerable a este ambiente inflamatorio (3).

El modelo de obesidad inducida por dieta

Para estudiar este fenómeno de forma controlada, los modelos animales de obesidad inducida por dieta se han convertido en una herramienta central. En estos modelos, ratas Wistar macho son expuestos de forma crónica al consumo de sacarosa, reproduciendo los patrones dietéticos frecuentes en la población humana. A diferencia de los modelos genéticos de obesidad, este modelo permite observar la progresión temporal del daño desde la ganancia de peso y la resistencia a la insulina periférica hasta los cambios funcionales en regiones cerebrales específicas (4,5).

Uno de los hallazgos más consistentes en estos modelos es la coexistencia de dos procesos celulares estrechamente relacionados. Por un lado, un compromiso de la integridad neuronal y por el otro, una activación reactiva de los astrocitos, células reactivas a la inflamación. Estudiar ambos procesos en el mismo tejido requiere marcadores moleculares, y aquí es donde cobran importancia dos proteínas, NeuN y GFAP (2,6).

NeuN y GFAP, marcadores de neuroinflamación

NeuN (Neuronal Nuclei, también conocida como RBFOX3) es una proteína de unión al ARN expresada de forma casi general en los núcleos de neuronas maduras, por lo que durante décadas se ha utilizado como marcador confiable para identificar y cuantificar neuronas mediante inmunohistoquímica. Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que su expresión no actúa como un interruptor de encendido o apagado. Bajo condiciones de estrés metabólico severo, isquemia o neurodegeneración, algunas neuronas pueden perder transitoriamente o permanentemente su inmunorreactividad a NeuN sin morir de inmediato, un fenómeno que se interpreta como un marcador temprano de disfunción neuronal más que de muerte celular franca (6).

Por su parte, la proteína ácida fibrilar glial (GFAP) es el marcador clásico de los astrocitos reactivos. Ante una agresión (inflamatoria, metabólica o traumática), los astrocitos experimentan un proceso de crecimiento y aumento de la expresión de GFAP, conocido como astrogliosis reactiva. Estas células participan activamente en la respuesta inflamatoria local, regulan neurotransmisores como el glutamato y pueden contribuir tanto a la protección como al agravamiento del daño neuronal si el estímulo se vuelve crónico (2,6). El estudio de NeuN y GFAP mediante inmunohistoquímica permite visualizar con mayor precisión el compromiso celular del hipocampo, que se traduce, a nivel funcional, en una alteración de la plasticidad sináptica y de la neurogénesis,

lo cual explica el desarrollo progresivo de los cambios cognitivos, principalmente en la memoria espacial y el aprendizaje (3,5,8).

Por qué esto debería importarle a un médico en formación

Podría pensarse que estos hallazgos pertenecen exclusivamente al modelo de laboratorio. Sin embargo, la obesidad afecta a más de un tercio de la población adulta mexicana, y su asociación con deterioro cognitivo, mayor riesgo de demencia y trastornos del estado de ánimo está cada vez más documentada en estudios en humanos (1,7,8). Comprender que la neuroinflamación del hipocampo es un mecanismo razonable detrás de esta asociación tiene implicaciones para el cómo nosotros, como futuros médicos, dimensionamos la evaluación nutricional, el tamizaje adecuado en pacientes con obesidad y sus comorbilidades, e incluso el momento en que decidimos intervenir. Para quienes estamos aún en la etapa de formación, familiarizarnos con esta información no solo enriquece la comprensión fisiopatológica de una enfermedad tan común, sino que también nos ayuda a entrenar la capacidad de leer la evidencia básica y traducirla a la clínica.

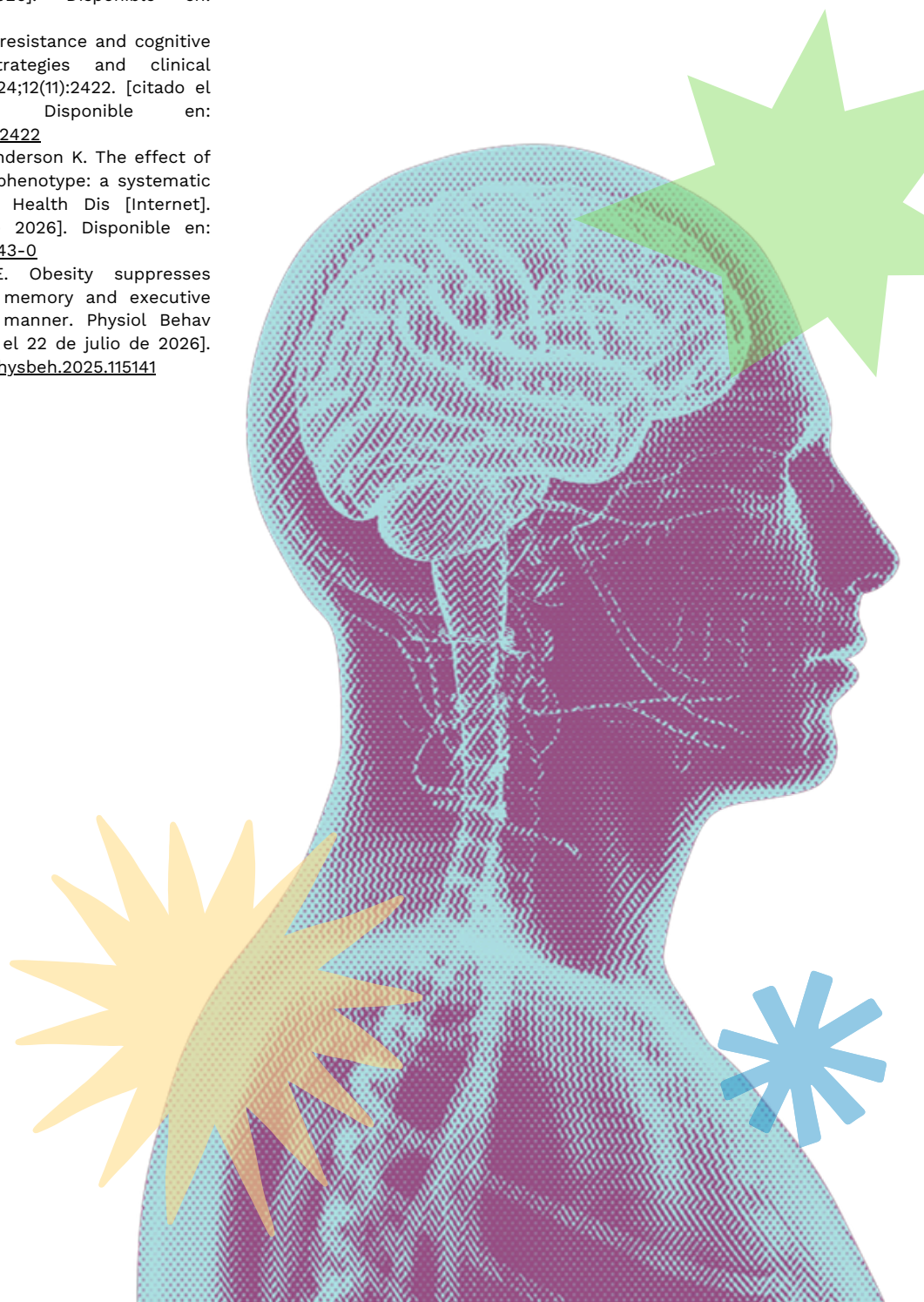
Conclusión

La obesidad, vista desde el hipocampo, deja de ser solo un número en la báscula o un dato antropométrico en el expediente clínico. Se convierte en un proceso activo de neuroinflamación, con neuronas que pierden su composición molecular y astrocitos que responden reorganizando el ambiente cerebral. Divulgar y comprender

estos hallazgos, aún en desarrollo, es una manera de recordar que en medicina, incluso en la investigación básica, siempre hay un paciente al final de todo.

REFERENCIAS

1. Zeng J, Cheong LYT, Lo CH. Therapeutic targeting of obesity-induced neuroinflammation and neurodegeneration. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2024;15:1456948. [citado el 22 de julio de 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2024.1456948>
2. Schmitt LO, Gaspar JM. Obesity-induced brain neuroinflammatory and mitochondrial changes. *Metabolites* [Internet]. 2023;13(1):86. [citado el 22 de julio de 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/metabo13010086>
3. Valladolid-Acebes I. Hippocampal Leptin resistance and cognitive decline: Mechanisms, therapeutic strategies and clinical implications. *Biomedicines* [Internet]. 2024;12(11):2422. [citado el 22 de julio de 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/biomedicines12112422>
4. Fisher SL, Campbell GJ, Senior A, Bell-Anderson K. The effect of high-sugar feeding on rodent metabolic phenotype: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Metab Health Dis* [Internet]. 2024;2(1):40. [citado el 22 de julio de 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s44324-024-00043-0>
5. Baghdadchi Y, White C, Dimitrov E. Obesity suppresses hippocampal neurogenesis and impairs memory and executive function in a weight and sex-specific manner. *Physiol Behav* [Internet]. 2026;303(115141):115141. [citado el 22 de julio de 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2025.115141>
6. Zamudio Martínez G, Sánchez Muñoz MP, Moreno Mendoza CM, Félix Castro MA, Olivares Valerio MM. The true cost of obesity: A public health problem in Mexico. *Obes Surg* [Internet]. 2025;35(10):4026–8. [citado el 22 de julio de 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-025-08251-3>
7. Tran DMD, Double KS, Johnston IN, Westbrook RF, Harris IM. Consumption of a diet high in fat and sugar is associated with worse spatial navigation ability in a virtual environment. *Int J Obes (Lond)* [Internet]. 2025;49(7):1354–62. [citado el 22 de julio de 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41366-025-01776-8>



*La obesidad
también*

COMIENZA EN LO INVISIBLE





Estefanía Noemí Solís Arenas
ALEM UDEM
estefania.solis@udem.edu

“La educación médica no existe para proporcionar a los estudiantes una forma de ganarse la vida, sino para garantizar la salud de la comunidad”. Rudolf Virchow (1).

Aunque el Dr. Virchow, mejor conocido como el padre de la patología moderna, falleció hace más de 100 años, esta cita no deja de tomar relevancia. Tomando la frase anterior como premisa, es pertinente reflexionar sobre la educación que recibimos: ¿cuántas veces te has preocupado por la educación que recibes? ¿Cuántas veces se nos han ocurrido ideas para mejorarla, pero no sabemos cómo hacerlas realidad? Más que futuros profesionistas, somos futuros médicos con la responsabilidad de salvaguardar la salud de los pacientes que atenderemos; por lo tanto, las deficiencias en nuestra educación no son algo que deba tomarse a la ligera. Las consecuencias no solo afectan de manera individual, sino que, en el peor de los casos, inciden en la salud de la comunidad que se nos ha encomendado, como lo indica el Dr. Virchow.

En los últimos meses, el Comité Permanente de Educación Médica ha realizado algo que, para muchos, no es muy común del comité; pero lo que no saben es que literalmente es su enfoque principal, pues un verdadero cambio en la educación se inicia con estudiantes comprometidos a buscarlo. Contrario a lo que muchos piensan, SCOME no solo se

dedica a impartir talleres o ponencias teóricas, sino también a forjar estudiantes capaces de abogar por mejorar la formación académica que se les ofrece. Por tal motivo, se creó el proyecto MedEd Advocacy, propuesto por la actual Oficial Nacional, Elisa González, con el objetivo de transformar todas las inquietudes en acciones.

El proyecto consiste en realizar un plan de abogacía en cada uno de los Comités Locales con el objetivo de abordar una necesidad que posean en la universidad, como la falta de espacios para prácticas clínicas en hospitales o simuladores, la falta de actualización de los cursos, entre otras necesidades; esto durante el año de gestión a nivel nacional. Ahora bien, ¿qué es un plan de abogacía? Se refiere a un documento con una metodología que permite analizar el contexto de la situación, los posibles aliados, los diferentes obstáculos que se pueden presentar, los objetivos que planeas alcanzar y, finalmente, la logística necesaria para lograrlo. Es una herramienta indispensable, dado que brinda una guía clara para que las buenas ideas no se queden en intenciones.

Sin embargo, para generar un cambio no solamente se necesitan buenas intenciones, sino también las herramientas adecuadas. Por tal motivo, las Coordinadoras de Capacity Building del

Nerd Team (Equipo Nacional de SCOME), Carmen Rocha y Violeta Alvarado, han realizado un training mensual titulado “MedEd Advocacy” con el objetivo de preparar a los Oficiales Locales y a sus Miembros Activos para que sean capaces de utilizar instrumentos que faciliten este proceso. Entre ellos destaca el árbol de problemas, que permite identificar el problema central con sus posibles causas y efectos; o los objetivos SMART, que son una estrategia para elaborar metas claras y concisas con un mejor alcance.

Nuestro compromiso con este proyecto actualmente se ve reflejado en 3 trainings en donde se vieron los siguientes temas: “¿Qué es la abogacía y cuál es la estructura de un advocacy plan?”, “Ejemplos de abogacía en la vida cotidiana y en medicina” y, finalmente, “Sustentabilidad y responsabilidad social”. Cada uno de estos eventos se realizó haciendo una mezcla perfecta de teoría y práctica para que los Oficiales Locales se sintieran confiados en el trabajo que están iniciando. Además, un proyecto tan grande como este requiere de ciertas tecnologías y acompañamiento constante, así que contamos con un Google Classroom creado por nuestro Coordinador de Innovación y Tecnología, Ángel López, en donde se pueden encontrar las grabaciones de las sesiones, el material utilizado y, lo más importante, los avances de los LOMEs, quienes actualmente ya cuentan con la problemática, con su respectivo análisis y los objetivos que quieren lograr con su proyecto.

Sabemos que, al ser un proyecto totalmente nuevo, puede llegar a causar muchas dudas y preocupaciones; por ende, se ha habilitado un espacio de asesorías

organizado por su servidora, Estefanía Solís, como Coordinadora de Calidad Académica y Estadística, para brindar consejos personalizados a los LOMEs sobre cómo pueden aplicar lo aprendido en los trainings en sus universidades o bien, si presentan alguna problemática para realizarlo, se les otorgan los materiales necesarios. Además, nuestra NOME también brinda un seguimiento en cada una de las RV 1:1. Es pertinente señalar que ningún proyecto nacional puede sostenerse únicamente por el trabajo de una persona y, en este caso, contamos con Olga Rodríguez, Hayde Cedillo, Karla Valdés, Demian Valdés, Alejandra Vega, Carolina Massieu, Luis Solís, Jazmín Fletes y Sonia Sotelo; es decir, el resto del Nerd Team ha estado a disposición de ayudar ante la más mínima duda, así como promoviendo el proyecto con actividades como el Making SCOME Shine, organizado por la Asistente de Asuntos Internos y los Coordinadores de Miembros.

Así que, si eres LOME o miembro de SCOME y te encuentras temeroso de tu proyecto, ten la total confianza de acercarte con algún miembro del Equipo Nacional, porque siempre encontrarás un equipo dispuesto a apoyarte. Y si eres parte del Consejo Ejecutivo Local o miembro de otro comité, te invito a que te unas y apoyes a todas estas personitas que están buscando un cambio, porque no solo es la educación de ellos, también es la tuya y puedes hacer algo.

Me despido con la siguiente frase de la autora J.K Rowling: "Solo somos tan fuertes como estamos unidos y tan débiles como estamos divididos" (2).

REFERENCIAS

1. Alzahrani A, Sinha A, Southern S. Innovating undergraduate pathology education through public engagement. *Virchows Arch.* 2018;473(5):569-572. doi:10.1007/s00428-018-2299-z.
2. Rowling JK. *Harry Potter and the Goblet of Fire*. London: Bloomsbury Publishing; 2000.



*Ser estudiante
también es*

**SER
AGENTE DE
CAMBIO**



Disautonomía: El desafío de vivir con una condición que no se ve



**Andrea Montserrat Salinas
Lara
ACEMJAL**

andrea.salinas4035@alumnos.udg.mx



**Estefania Jacqueline Olivares
Flores
ACEMJAL**

estefania.olivares4685@alumnos.udg.mx

¿Te imaginas despertar en un cuerpo que no reconoces como el tuyo? ¿Te imaginas cómo sería dormir durante 8 horas o más y despertar como si llevaras un mes sin dormir? ¿Te imaginas querer correr, salir a trabajar, salir a estudiar, y que tu cuerpo simplemente no responda? Que decidas ir con doctores y te digan "Solo estás estresada", "Es ansiedad", "Todo está en tu cabeza", "Es flojera"..

Estas fueron algunas de las frases que nos repetían los profesionales, pero nosotras seguíamos sintiendo que algo no estaba bien, cuando por fin tuvimos un diagnóstico supimos que nuestros corazones no latían rápido por miedo, que no era solamente estrés, nuestra corazonada de que algo estaba mal era verdad. Nuestro sistema nervioso autónomo no estaba funcionando como debía, nos diagnosticaron con **disautonomía**.

La disautonomía es un conjunto de trastornos del sistema nervioso autónomo, encargado de regular todas las funciones involuntarias de nuestro cuerpo como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración, la temperatura corporal, la digestión y la sudoración. (1) Cuando este sistema falla, el organismo pierde la capacidad de responder de forma adecuada a situaciones tan simples como ponerse de pie, caminar unas cuerdas o permanecer bajo el calor,

y a pesar de generar tantos síntomas siempre surge el mismo problema, la disautonomía no se ve, y las personas no creen en lo que no pueden ver.

Existen al menos 10 tipos diferentes de disautonomía; a nivel mundial, se estima que al menos 70,000,000 de personas viven con un diagnóstico de disautonomía. En México, esta condición afecta aproximadamente a una de cada 10 personas, y es más común en mujeres que en hombres con una media de 10 años para encontrar el diagnóstico. (2) A pesar de ser tantos en el mundo, lamentablemente todos tenemos algo en común, continuamos siendo poco conocidos y, con frecuencia, sub diagnosticados. Creemos que esto se debe a que la presentación de los síntomas es muy variada de persona a persona y fácilmente se confunde con otros diagnósticos como la ansiedad, epilepsia, hipertiroidismo, depresión, entre muchas enfermedades más; estamos seguras de que si más personas conocen nuestra condición, sabrán cómo ayudarnos, acompañarnos, reconocernos, y sobre todo ser empáticos.

Nosotras tenemos el subtipo de disautonomía Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática (POTS), y en resumen, la gravedad y la presión arterial son nuestras enemigas. Lo que para todos es normal, para nosotras cambia completamente;

ir al super, por mencionar un ejemplo, resulta una de las actividades más extremas; son la falta de aire, la cantidad de personas dentro de un espacio cerrado, el ruido, y las luces tan brillantes, lo único que se necesita para perder la poca energía que tenemos.

A veces, no se necesitan hacer mil cosas en el día para desatar una crisis, no son simples de manejar o predecir; las crisis pueden incluir un síncope, una taquicardia, un dolor de cabeza, dolor crónico por el estancamiento de la sangre, mareo, dificultad respiratoria, presentar lagunas mentales, entumecimiento, contracturas, intolerancia al frío y al calor, entre muchos otros síntomas más. Dentro de nuestras vidas es común estar en una crisis y tener síntomas todos los días.

Estamos aprendiendo a vivir en un cuerpo que no sigue reglas, que no obedece y que decide qué hacer por nosotras. Algo que tenemos que reconocer es que hay muchas personas que han diseñado estrategias para ayudarnos a entender la disautonomía; Christine Miserandino desarrolló la **teoría de las cucharas** como una metáfora para explicar la energía que tiene una persona con una enfermedad crónica para realizar actividades cotidianas. (3) Esta teoría se popularizó tanto que ya es como un mantra para las personas con nuestra condición. Habla de cómo las personas “normales” tienen una cantidad de cucharas ilimitadas, en donde las cucharas representan la cantidad de energía de la persona; pero nosotros, tenemos solamente 12 cucharas por día y las actividades dentro de tu rutina consumen ciertas cucharas.

Por ejemplo, para Estefania trasladarse a cualquier lugar gasta 4 cucharas; para Andrea bañarse con agua caliente que alivia su dolor gasta 4 cucharas; esto nos deja con 8 cucharadas para hacer el resto de nuestras actividades: ir al hospital, comer, estudiar, despertar, vestirse, leer, hacer tareas, socializar, ir al super, hacer ejercicio. Por eso la mayoría de las veces nuestro cuerpo es el que decide si vamos a ese plan con nuestros amigos o si es mejor quedarnos en casa a descansar.

Como estudiantes de medicina, esta experiencia también transformó nuestra forma de entender la relación médico-paciente. Aprendimos que detrás de un síntoma siempre existe una historia y que no porque la clínica o estudios iniciales parezcan normales, signifique que estén exagerando. La medicina requiere conocimiento científico, pero también **empatía, escucha y disposición** para considerar diagnósticos menos frecuentes (*Ver figura 3.1.1.*).

Para nosotras estudiar medicina ha sido un desafío; muchas veces nuestros profesores no nos entendían, muchas otras eramos nosotras mismas las que no comprendíamos porque no podíamos rendir lo mismo que nuestros compañeros. Cada día que nuestro cuerpo nos pedía descanso nosotras, nos exigíamos más y más, con el pensamiento constante de que si podíamos lograrlo, de que probablemente estábamos exagerando. Después llegaban las crisis, los días sin energía, los desmayos, las migrañas y la decepción de no poder seguir el ritmo; con el tiempo entendimos que estábamos presionando demasiado a nuestro cuerpo (*Ver figura 3.1.2.*).

Y la respuesta finalmente llegó a nosotras: **tu cuerpo no está roto... solo funciona con reglas diferentes, aprenderlas y reconocerlas también es parte de sanar.**

Después de entenderlo, con mucho esfuerzo, perseverancia y resiliencia, estamos aquí, cumpliendo nuestro sueño, inspirando a las personas que más lo necesitan, demostrando que lo imposible es solo lo que no se intenta.

Hablar de disautonomía es necesario porque aquello que no se conoce difícilmente se diagnostica. Cada vez que un paciente comparte su experiencia, contribuye a que más personas pacientes, estudiantes y profesionales de la salud reconozcan que esta condición existe y que merece ser identificada oportunamente.

Quizá el mayor aprendizaje que nos ha dejado vivir con disautonomía es que escuchar al cuerpo nunca es un signo de debilidad. Durante mucho tiempo pensamos que debíamos acostumbrarnos a sentirnos así.



Figura 3.1.1. Autoría propia: Andrea participando como asistente durante una cistoscopia.

Hoy sabemos que conocer nuestro diagnóstico nos permitió entender que nuestros síntomas tenían una explicación médica y que millones de personas viven una realidad similar.

Vivir con una condición crónica no significa renunciar a tus sueños. Quizá el camino sea diferente y, en ocasiones, más desafiante, pero eso no define hasta dónde puedes llegar. Y si hoy sientes que tu condición te está frenando, recuerda esto: **no eres menos capaz, solo estás aprendiendo a recorrer el camino de una manera distinta.** Tus tiempos son válidos, tus esfuerzos cuentan y tus metas siguen siendo tan posibles como el primer día que decidiste perseguirlas.

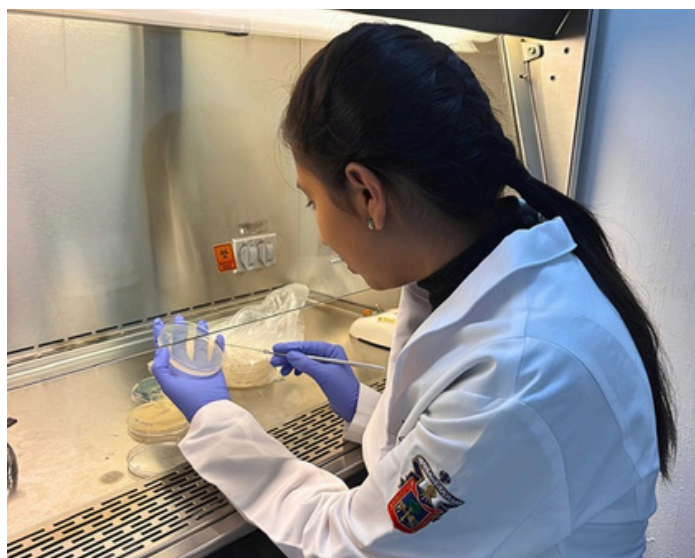


Figura 3.1.2. Autoría propia: Estefanía durante su estancia en el Programa Delfín.

Sigue preparándote, aprendiendo y creciendo. Porque el mundo necesita médicos, ingenieros, artistas, investigadores, maestros, emprendedores y profesionales de todas las áreas que, además de conocimientos, sepan lo que significa la **resiliencia**.

A veces avanzar será dar un gran paso; otras veces será simplemente no rendirse. Ambas formas son válidas. Sabemos que es difícil, que a veces las emociones controlan nuestros días, que lloramos de frustración, y que muchas veces nos dejamos llevar por la sensación de querer ser como el resto de personas, pero si algo tenemos para decirte si acabas de recibir tu diagnóstico es que **no es imposible**, que puedes hacer todo lo que quieras, tomando ciertas precauciones. Sobre todo y lo más importante que queremos hacerte saber es que **no estás solo en este camino**, que esta condición está llena de comunidades y de personas que te apoyan, te escuchan y saben que lo que sientes es real y se llama disautonomía.

REFERENCIAS

1. Sánchez-Manso JC, Gujarathi R, Varacallo MA. Autonomic Dysfunction. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Updated 2023 Aug 4 [cited 2026 Jul 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430888/>
2. Márquez MG. Una de cada diez personas padece disautonomía [Internet]. Gaceta UDG. 2022 [citado el 11 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.gaceta.udg.mx/una-de-cada-diez-personas-padece-disautonomia/>
3. Aliadas por la Disautonomía [Internet]. Aliadas por la Disautonomía. [citado el 11 de julio de 2026]. Disponible en: <https://disautonomia.com.mx/disautonomiaymas>



Hacia la actualización de los lineamientos clínicos nacionales: una propuesta para fortalecer el abordaje nutricional integral de las pacientes ambulatorias con cáncer de mama en México



**Nathassja Isaetel Guadalupe Piña
Martínez**
CEMUADY
nathassjam@gmail.com

El cáncer de mama (CM) es un problema de salud pública mundial y constituye la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, siendo una de las principales causas de mortalidad en países en desarrollo como México. Su progresión depende de alteraciones metabólicas, funcionales y de la presencia de comorbilidades, lo que complica el pronóstico. Por ello, el abordaje nutricional es fundamental para la prevención y manejo de la desnutrición, condición asociada con peores probabilidades de supervivencia. No obstante, este suele limitarse al monitoreo del peso corporal, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la prescripción de dietas generales, dejando de lado parámetros decisivos.

Si bien existen normativas para la atención del CM, la evidencia científica nos muestra que existe una necesidad de fortalecer y actualizar las recomendaciones relacionadas con la evaluación e intervención nutricional durante la atención ambulatoria.

Sesgos en el IMC: obesidad sarcopénica y caquexia neoplásica

Uno de los principales problemas en la práctica clínica en México es la dependencia del IMC como criterio central para evaluar el estado nutricional. Las Oncoguías, la Guía de Práctica Clínica (GPC)

del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM) y el Consenso de Colima promueven un abordaje integral y multidisciplinario para la atención de las personas con CM; sin embargo, las recomendaciones relacionadas con el abordaje nutricional se limitan al control del peso, con IMC como el principal indicador (1,2,3,4). Sin embargo el IMC resulta insuficiente en el contexto oncológico, ya que no distingue entre masa grasa y masa libre de grasa. Permitiendo que dos condiciones metabólicas de alto riesgo se oculten: la obesidad sarcopénica y la caquexia neoplásica (5,6).

La obesidad sarcopénica se define como la coexistencia de un exceso de grasa corporal a la par de una reducción significativa de la masa muscular esquelética, acompañada de una disminución en su funcionalidad (5). Este fenómeno es particularmente engañoso, ya que las pacientes pueden presentar un peso estable o incluso elevado mientras atraviesan un proceso de catabolismo proteico severo, lo cual impacta negativamente en la tolerancia al tratamiento y en la supervivencia global (5,7). Por otro lado, la caquexia neoplásica es un síndrome caracterizado por una pérdida progresiva de masa muscular, con o sin pérdida de grasa corporal, que no puede ser revertida totalmente mediante el

soporte nutricional convencional, ya que implica un gasto energético elevado y un estado inflamatorio sistémico que acelera el deterioro funcional (6).

Resulta entonces indispensable realizar una evaluación integral del estado nutricional, ya que un diagnóstico nutricional certero es determinante para asegurar una evolución clínica favorable. De hecho, organismos internacionales como la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (por sus siglas en inglés, ESPEN) y su homóloga americana, la Asociación Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (por sus siglas en inglés, ASPEN) recomiendan el uso de los criterios de la Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición (por sus siglas en inglés, GLIM). Justificando la necesidad de evaluar múltiples parámetros, estableciendo que la desnutrición no debe diagnosticarse mediante un solo indicador, sino que requiere la presencia de al menos un criterio fenotípico (como pérdida ponderal involuntaria, bajo IMC o reducción de la masa muscular), junto con un criterio etiológico, entre los que destacan la disminución de la ingesta alimentaria y la carga inflamatoria de la enfermedad (8,9).

Evaluación integral del estado nutricional

En México, la evaluación del estado nutricional se basa en la metodología conocida como el ABCD de la nutrición. Este acrónimo se deriva de los cuatro parámetros fundamentales que integra: Antropométricos, Bioquímicos, Clínicos y Dietéticos (10).

Antropométricos

En el ámbito ambulatorio, uno de los primeros datos que debe vigilarse es la pérdida ponderal involuntaria, más allá del peso aislado y del IMC registrados el día de la consulta. Los criterios GLIM consideran el porcentaje de pérdida de peso calculado a partir de la diferencia entre el peso habitual y el peso actual. Una disminución de entre 5 y 10% en un periodo de 6 meses, o de entre 10 y 20% en un lapso mayor, corresponde a desnutrición moderada. En cambio, una pérdida >10% en los últimos 6 meses, o >20% a nivel histórico, se clasifica como desnutrición grave (8).

También resulta imperativo determinar si existe una depleción de la masa muscular derivada del estado catabólico de la propia enfermedad. En este sentido, la bioimpedancia (BIA) complementa la valoración al ofrecer una aproximación de la composición corporal, siendo reconocida por los criterios GLIM como un método válido para documentar la reducción de la masa muscular. No obstante, el uso de la BIA exige un estricto rigor metodológico, ya que su interpretación está fuertemente condicionada por el estado de hidratación y la posible presencia de edema (8, 11).

Cuando no se dispone de un equipo de BIA de alta calidad, la valoración debe complementarse con medidas antropométricas estandarizadas (12). Los pliegues cutáneos pueden estimar el tejido adiposo subcutáneo, mientras que las circunferencias de cintura y cadera aportan información sobre la distribución de la grasa corporal (particularmente abdominal), y su riesgo cardiometabólico.

Asimismo, las circunferencias de pantorrilla y media del brazo permiten identificar posibles cambios en la masa muscular. (10) Lo anterior resalta que una evaluación nutricional integral no depende de la disponibilidad de tecnología avanzada, sino de saber integrar herramientas accesibles con un juicio clínico fundamentado.

Bioquímicos

De acuerdo con los criterios *GLIM*, no existen biomarcadores séricos únicos y específicos del estado nutricional. Proteínas como la albúmina y la prealbúmina presentan una validez limitada para diagnosticar desnutrición, dado que sus concentraciones pueden alterarse por la respuesta inflamatoria al CM. En este contexto, el uso de marcadores, particularmente la Proteína C Reactiva, puede contribuir a documentar y monitorear el criterio etiológico de inflamación crónica subyacente a la enfermedad (8).

Por lo tanto, la evaluación bioquímica no consiste en “buscar un marcador de desnutrición”, sino en integrar datos que permitan interpretar de mejor manera el entorno metabólico y catabólico de las pacientes, especialmente ante la presencia de comorbilidades como la Diabetes Mellitus.

Clínicos

El Examen Físico Centrado en la Nutrición (*por sus siglas en inglés, NFPE*) es útil para la valoración clínica de las pacientes con CM, ya que adapta los cuatro componentes clásicos de la exploración física:

inspección, palpación, percusión y auscultación.

La inspección y la palpación permiten identificar de manera temprana la pérdida de grasa subcutánea en regiones como la orbital y el tríceps, así como la depleción de masa muscular en áreas clave como sienes, clavículas, deltoides y pantorrillas. Facilitando la observación y revisión de la piel, el cabello, las uñas, las conjuntivas y las mucosas orales para detectar deficiencias específicas de micronutrientes y valorar el estado de hidratación. Finalmente, la percusión y auscultación permiten evaluar la motilidad gastrointestinal e identificar disfunciones que pueden comprometer la ingesta alimentaria (13).

Por otro lado, la dinamometría de mano evalúa la fuerza muscular y la capacidad funcional en las pacientes con CM. Esta herramienta no solo resulta fundamental para determinar la presencia de sarcopenia, sino también para predecir la supervivencia y el pronóstico clínico de la enfermedad (13, 14).

A esto se suma el registro sistemático de los síntomas de impacto nutricional como náuseas, vómitos, xerostomía, disgeusia, saciedad temprana, diarrea o estreñimiento, ya que estos pueden comprometer la ingesta alimentaria y dificultar el cumplimiento de los requerimientos nutricionales durante el tratamiento oncológico (15). En este contexto, herramientas como la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (*por sus siglas en inglés, PG-SGA*) permiten evaluar de manera estructurada el impacto

de estos síntomas sobre el estado nutricional (8, 16, 17).

Dietéticos

La evaluación dietética en las pacientes con CM requiere metodologías capaces de contextualizar la ingesta alimentaria en función de la sintomatología asociada a la enfermedad y al tratamiento (15). En este escenario, la integración del PG-SGA con herramientas orientadas a documentar la ingesta habitual permite obtener una estimación más representativa del patrón alimentario que un Recordatorio de 24 horas aislado, dado que el apetito y la tolerancia gastrointestinal fluctúan según el tratamiento y sus ciclos terapéuticos (18).

De igual forma, no solo se debe registrar qué comen las pacientes con CM, sino también qué texturas toleran mejor, en qué momentos del tratamiento disminuye su consumo y cómo se modifica su aceptación alimentaria entre ciclos terapéuticos. Esta evaluación detallada permite identificar necesidades específicas de densidad energética, distribución proteica, volumen, temperatura, consistencia y suplementación (15, 16).

Conclusión

En México, el abordaje del CM cuenta con una base normativa formal; sin embargo, el componente nutricional continúa siendo limitado, ya que el énfasis de la normativa es sobre control oncológico y atención sintomatológica, sin establecer recomendaciones específicas para el abordaje nutricional que contemplen las

diferencias según el subtipo tumoral, el estadio o el tipo de tratamiento (1, 4). Está limitada estandarización basada en evidencia refuerza la necesidad de que la intervención y el seguimiento nutricional sean conducidos de manera integral e individualizada por nutriólogos. Asimismo, es fundamental profundizar en la evaluación integral del estado nutricional, ya que un diagnóstico preciso constituye la base para establecer una intervención individualizada y un seguimiento adecuado.

REFERENCIAS

1. Bargalló Rocha JE, Esparza Arias N, Rivera D, Ramírez R, Espinosa R, García L, Cabrera Galeana P. Oncoguía de cáncer de mama 2020. *Lat Am J Clin Sci Med Technol.* 2020;2:126-44. doi:10.34141/LJCS1728869.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención [Internet]. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017 [citado 2026 Jul 27]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/232GER.pdf>
3. Consejo de Salubridad General. Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM): cáncer de mama [Internet]. 1a ed. Ciudad de México: Consejo de Salubridad General; 2026 [citado 2026 Jul 27]. Disponible en: <https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-cancer-de-mama.pdf>
4. Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario 2025. Undécima actualización [Internet]. Colima (México): Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario; 2025 [citado 2026 Jul 27]. Disponible en: https://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_11aRev2025a.PDF
5. Jurdana M, Cemazar M. Sarcopenic obesity in cancer. *Radiol Oncol.* 2024;58:1-8. doi:10.2478/raon-2024-0011.
6. Setiawan T, Sari IN, Wijaya YT, Julianto NM, Muhammad JA, Lee H, et al. Cancer cachexia: molecular mechanisms and treatment strategies. *J Hematol Oncol.* 2023;16:62. doi:10.1186/s13045-023-01454-0.
7. Liu C, Liu T, Deng L, Zhang Q, Song M, Shi J, et al. Sarcopenic obesity and outcomes for patients with cancer. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2417115. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.17115.
8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Pisprasert V, et al. The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. *Clin Nutr.* 2025;49:11-20. doi:10.1016/j.clnu.2025.03.018.
9. Yin L, Chong F, Huo Z, Li N, Liu J, Xu H. GLIM-defined malnutrition and overall survival in cancer patients: a meta-analysis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2023;47(2):207-19. doi:10.1002/jpen.2463.
10. Surveza A, Haua K. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. 2a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2023.

11. Branco MG, Mateus C, Capelas ML, Pimenta N, Santos T, Mäkitie A, et al. Bioelectrical impedance analysis (BIA) for the assessment of body composition in oncology: a scoping review. *Nutrients*. 2023;15(22):4792. doi:10.3390/nu15224792.
12. Barazzoni R, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Higashiguchi T, Shi HP, et al. Guidance for assessment of the muscle mass phenotypic criterion for the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) diagnosis of malnutrition. *Clin Nutr*. 2022;41(6):1425-33. doi:10.1016/j.clnu.2022.02.001.
13. Hamilton C, editor. *Nutrition-Focused Physical Exam for Adults: An Illustrated Handbook*. 2nd ed. Silver Spring (MD): ASPEN; 2022.
14. Champ CE, Peluso C, Hilton C, Rosenberg J, Krause R, Diaz AK, et al. Grip strength as a surrogate measure of strength, functional, and metabolic parameter increases in breast cancer survivors undergoing an exercise regimen. *Sci Rep*. 2025;15:15782. doi:10.1038/s41598-025-00867-w.
15. Blaauw R, Keller H, Mills CM, Bischoff G, Compher C, Schueren MVD, et al. Guidance for the assessment of the dietary intake and gastrointestinal or nutrition impact symptoms etiologic criterion of Global Leadership Initiative on Malnutrition: a modified-Delphi study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2026;50(5):614-24. doi:10.1002/jpen.70073.
16. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr*. 2021;40(5):2898-913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005.
17. Pellegrini M, Merlo FD, Agnello E, Monge T, Devecchi A, Casalone V, et al. Dysgeusia in patients with breast cancer treated with chemotherapy: a narrative review. *Nutrients*. 2023;15(1):226. doi:10.3390/nu15010226.
18. Okada E, Nakade M, Hanzawa F, Murakami K, Matsumoto M, Sasaki S, et al. National nutrition surveys applying dietary records or 24-h dietary recalls with questionnaires: a scoping review. *Nutrients*. 2023;15(22):4739. doi:10.3390/nu15224739.



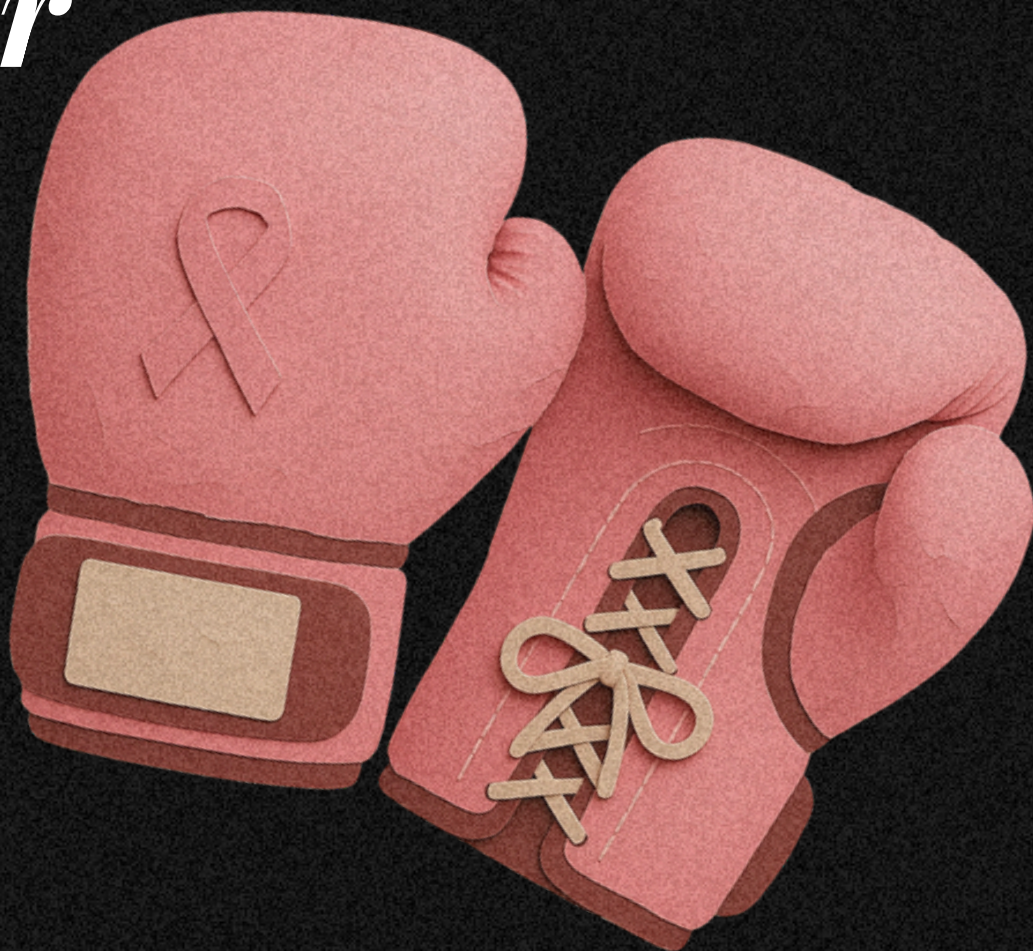
***“La vulnerabilidad no es
debilidad; es la forma
más pura de valentía”***

-Brené Brown



**MÁS CUIDADO
PARA QUIENES**

*nunca
dejan de
luchar*



La Inteligencia Artificial: Más respuestas, ¿menos razonamiento?



Mariana Ferreyra González
CEMAQ

mariana.ferreyra13@anahuac.mx

La inteligencia artificial empezó a incorporarse a la formación médica a partir de 2022, cuando ChatGPT se popularizó entre los estudiantes universitarios, aunque aún muchas escuelas de medicina todavía no han establecido formalmente su uso como apoyo en la educación. Los estudiantes la utilizan para resumir artículos, hacer preguntas tipo examen al estudiar, organizar apuntes, resolver dudas rápidamente y analizar casos clínicos. En esta última es donde surge el conflicto, sobre si la IA (inteligencia artificial) ayuda al estudiante a pensar o piensa por él. Su capacidad para explicar enfermedades, proponer diagnósticos diferenciales o generar preguntas, hace difícil pensar que simplemente dejará de usarse, por lo que su influencia plantea una pregunta más importante que decidir si debe permitirse o prohibirse su uso, ¿qué ocurre con el razonamiento clínico cuando una inteligencia artificial responde antes que el estudiante?

La IA puede funcionar como un profesor disponible en todo momento, el cual explica de manera muy sencilla y facilita el acceso a todo tipo de información. Por otro lado, su uso sin límites claros puede favorecer dependencia, aprendizaje superficial y una falsa sensación de dominio del tema. Por ello, el debate no consiste únicamente en determinar si vuelve más eficiente al estudiante, sino si realmente lo ayuda a pensar mejor

o solo lo acostumbra a recibir respuestas inmediatas (1).

El razonamiento clínico no consiste únicamente en llegar al diagnóstico correcto, este implica identificar datos clínicos relevantes, la integración de conocimientos, formular una hipótesis, jerarquizar los diagnósticos diferenciales, reconocer información clave y tomar decisiones frente en cuanto al curso de tratamiento. Durante la carrera, este proceso se desarrolla progresivamente, por lo que la inquietud aparece cuando el estudiante comienza a delegar ese trabajo antes de haberlo intentado.

La eficiencia no es igual a aprendizaje

Una de las mayores ventajas de la IA es la rapidez. Ante una pregunta difícil, se puede obtener una explicación clara sin revisar libros, y mucho menos artículos. Esto ahorra tiempo y facilita el acercamiento a temas difíciles.

Un estudio realizado en la Universidad de Leicester observó directamente a estudiantes preclínicos durante sesiones de aprendizaje basado en casos clínicos. Encontraron que los alumnos utilizaban la IA principalmente para responder con mayor rapidez las preguntas. Muchos copiaban la pregunta completa, recibían una respuesta y la pegaban a la actividad sin revisar lo que decía (2).

La IA, en este caso, era utilizada como un buscador que entregaba respuestas, no como un guía. Esto es preocupante, debido a que la formación médica requiere mucho esfuerzo cognitivo y la habilidad del razonamiento clínico, la cual no es fácil adquirir.

El riesgo de preguntar

Los estudiantes recurren a la IA en los temas en los que menos dominio poseen. Esto genera una contradicción alarmante, ya que, a menor conocimiento, más útil es la herramienta, pero también es menor la capacidad para reconocer información errónea.

En el estudio de Leicester, ChatGPT dio respuestas incompletas y, en una ocasión, información incorrecta (2).

Lo anterior nos hace percatarnos que respuestas generadas por IA no siempre parecen incorrectas. Pueden estar redactadas con seguridad, utilizar terminología médica y seguir una secuencia que pareciera lógica, aunque la conclusión sea incorrecta.

Nuevas herramientas, nuevos riesgos

A pesar de los riesgos antes mencionados, sería un error decir que la IA únicamente obstaculiza el razonamiento clínico, ya que también puede utilizarse para desarrollar habilidades que antes requerían de práctica constante.

Después de formular una hipótesis propia, un estudiante puede pedirle datos que omitió, que proponga diagnósticos diferenciales o modifique el caso para observar cómo cambia el diagnóstico.

La diferencia está en el momento y el propósito con el cual se usa la IA.

Un estudio transversal realizado en Kerala mostró una diferencia importante. El 91.4% de los estudiantes no había recibido preparación para el uso correcto de la IA y la mitad consideraba no tener conocimientos suficientes. Además, el 69.2% consideró que podía reducir el componente esencial de la medicina, el humano. Al igual, al 54.5% le preocupaba un deterioro de la relación médico-paciente y el 53.5% reportó posibles problemas de confidencialidad. Al igual, el 74.8% apoyó que se incorporaran clases para el uso IA a su formación (3).

Estos resultados muestran que usar una herramienta no equivale a comprenderla, y más importante, conocer los riesgos que implica su uso. La deshumanización de la medicina y la filtración de la información médica de los pacientes, son los más preocupantes.

La facultad no puede limitarse a prohibir

Prohibir completamente estas herramientas probablemente no impedirá su uso, solo lo desplazará a otros espacios sin supervisión. La alternativa más responsable es enseñar cómo y cuándo utilizarlas.

Una propuesta publicada en 2026 plantea que la educación sobre IA debe integrarse a materias como medicina basada en evidencia, ética y aprendizaje clínico. También recomienda utilizarla como comparador del razonamiento del estudiante y no como reemplazo (4).

La autora propone el esquema VERIFY: comprobar si la respuesta coincide con guías, contiene errores, es relevante para el paciente, está incompleta, presenta sesgos y, finalmente, decidir si debe aceptarse, modificarse o rechazarse (4).

La inteligencia artificial puede ampliar las oportunidades de aprendizaje, ofrecer retroalimentación inmediata y facilitar la práctica de casos clínicos. Sin embargo, cuando se utiliza como primera respuesta frente a cualquier duda, puede sustituir procesos fundamentales como recordar, relacionar, discutir y decidir.

La pregunta no debería ser si los estudiantes debemos usar IA, sino cómo y en qué momento hacerlo. Su mayor utilidad aparece cuando existe un razonamiento previo que pueda cuestionarse, no cuando evita que ese razonamiento ocurra.

Primero debemos intentar comprender el problema, identificar qué información falta y formular una hipótesis. Después podemos pedirle a la IA que la confronte. Así deja de ser un atajo para terminar una tarea y se convierte en una herramienta para desarrollar pensamiento crítico, metacognición y resolución de problemas.

La medicina del futuro probablemente será asistida por inteligencia artificial. Aun así, seguirá necesitando médicos capaces de pensar antes de preguntar y de reconocer que una respuesta convincente no siempre es una respuesta correcta.

REFERENCIAS

1. Anton MC. Is artificial intelligence making medical students smarter—or more dependent? Indian J Community Med [Internet]. 2026 [consultado 15 julio 2026];51(Suppl 1):S248-S249. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_324_25
2. Taylor AWR, Patel FY, Smyth EK, Gay S, Bird T. AI in the classroom: observing preclinical students' use of ChatGPT during case-based learning at a UK medical school. Clin Teach [Internet]. 2026 [consultado 15 julio 2026];23(2):e70360. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tct.70360>
3. Jackson P, Ponath Sukumaran G, Babu C, Tony MC, Jack DS, Reshma VR, et al. Artificial intelligence in medical education: perception among medical students. BMC Med Educ [Internet]. 2024 [consultado 15 julio 2026];24(1):804. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05760-0>
4. Feigerlova E. How to teach generative artificial intelligence in undergraduate medical education. Clin Teach [Internet]. 2026 [consultado 15 julio 2026];23(3):e70420. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tct.70420>





LA IA PIENSA
por nosotros



Natalia Daneli Valdez Montano
AEM UAD
monteztali0@gmail.com

La presidencia es un cargo solitario, uno en el que todos dependen del líder, uno en el que debes ser firme y, al mismo tiempo, flexible. Ser líder es el trabajo más difícil y menos enseñado en la vida, pero también el más indispensable. Está lleno de responsabilidades que no siempre se ven incluidas en los planes de trabajo. Algunas son decisiones tomadas en silencio y con mucho ruido externo; otras son responsabilidades que se deben asumir hablando con claridad mientras el resto calla. Sin embargo, eso no necesariamente es ser un líder.

Liderar un equipo significa no solo tomar decisiones, sino escuchar perspectivas diferentes; significa asumir errores propios y ajenos, gestionar conflictos internos y externos y, aun así, no desistir, incluso cuando las respuestas y los resultados de tan arduo trabajo no siempre se ven reflejados.

Se espera que los médicos lideren equipos en el quirófano, en la escuela, en la comunidad, en congresos, en programas e incluso en consulta. Sin embargo, ¿cómo hacerlo cuando nadie les ha enseñado? ¿Es el liderazgo una competencia relegada para las experiencias extracurriculares? ¿El liderazgo es exclusivo de aquellas personas a las que llamamos “extraordinarias”? ¿Un líder nace o se hace?

¿Por qué es indispensable hablar de liderazgo entre médicos? El liderazgo no debería ser sinónimo de un puesto importante o un cargo influyente; más bien, resulta ser el conjunto de habilidades y actitudes que deberían definir a los buenos médicos. Por otro lado, no se debería definir el liderazgo como “quien debe cargar con todo al mismo tiempo”, sino como una habilidad que permita a los médicos guiar al resto para alcanzar su mejor versión. Se espera que los médicos sean líderes capaces de transformar vidas, comunidades y romper con los esquemas establecidos en los sistemas de salud. Por ello, el liderazgo debería ser una competencia indispensable en la formación médica, y su desarrollo durante el pregrado, a través de organismos como AMMEF A.C., nos enseña que un líder no debe ser todo, sino que debe aprender a vivir su propia forma de liderazgo, incluso si resulta ser poco convencional y rompe con los esquemas de la educación tradicional, porque el médico busca su sentido de vida a través del servicio.

La falta de líderes que formen más líderes, la escasez de espacios donde estos se formen y, más importante aún, la carencia del interés de los médicos por desarrollar estas competencias conducen a una problemática en común: restarles importancia a las habilidades mínimamente

Indispensables para un médico. En este contexto, las asociaciones de estudiantes juegan un papel fundamental, al ser un espacio lleno de oportunidades donde los estudiantes se pueden convertir en el líder que llevan dentro. Las asociaciones son más que “actividades extracurriculares”; representan el cambio que los médicos deben ser y las oportunidades que incansablemente buscan a lo largo de su formación académica. Constituyen espacios de aprendizaje donde el liderazgo se aprende de manera teórica y práctica a través de la colaboración y el servicio comunitario.

En México, la Asociación Mexicana de Médicos en Formación (AMMEF A.C.) otorga esa formación mediante la capacitación constante de sus miembros, los intercambios profesionales, la enseñanza y la realización de proyectos y protocolos.

Si bien, existen habilidades y actitudes que se desarrollan a lo largo de la formación académica, algunas de estas surgen de la constante repetición de actividades escolares y otras aparecen de manera espontánea, como una habilidad oculta. Sin embargo, AMMEF A.C. va más allá de la repetición de actividades: abarca un concepto del liderazgo que trasciende la teoría y ofrece oportunidades desafiantes y entornos de aprendizaje para que los médicos en formación representen el cambio a lo largo de las generaciones de médicos.



SOMOS

TRAINERS



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.



Karine Guadalupe Osalde Ortiz

DNE

dse@ammef.mx

En medicina estamos acostumbrados a asumir que quien más sabe sobre un tema es quien mejor puede enseñarlo. La mayoría de las veces, las personas que nos explican algo o quienes más saben son profesores de nuestras universidades, especialistas de los hospitales en los que rotamos o profesionales con muchos años de experiencia. Sin embargo, creo que todos podemos recordar un momento en el que entendimos un tema gracias a alguien que estaba sentado a nuestro lado durante alguna clase. Algún compañero que encontró una forma diferente de explicarlo, que usó otras palabras o que simplemente entendía exactamente qué era lo que nos estaba costando tanto trabajo comprender.

En ese momento no aprendimos porque esa persona supiera más que nuestro profesor. Aprendimos porque logró hacer que ese conocimiento tuviera sentido para nosotros, porque no solo se trata de la información que tenemos en nuestra cabeza, sino que también se trata de la habilidad y la intención que tengamos al transmitirla.

Muchas veces, el aprendizaje no depende únicamente de cuánto sabe quien está al frente de una sesión. También depende de qué tan capaz es de hacer que las demás personas comprendan, cuestionen, participen y encuentren una forma de relacionar ese conocimiento con su propia realidad.

Esto cobra aún más sentido cuando hablamos de desarrollar habilidades. Las habilidades no se construyen únicamente escuchando a quienes ya recorrieron el camino hace muchos años, sino también aprendiendo de quienes lo están recorriendo al mismo tiempo que nosotros. Nuestros profesores pueden mostrarnos hacia dónde queremos llegar, pero nuestros pares pueden enseñarnos cómo están enfrentando hoy los mismos retos que nosotros vivimos.

El Capacity Building nos recuerda que aprender también puede significar escuchar la experiencia de alguien que está viviendo una realidad parecida a la nuestra, aunque su contexto sea completamente distinto o su manera de lidiar con los obstáculos no se parezca ni de cerca a la nuestra.

Un estudiante de medicina de Mérida nunca vivirá exactamente lo mismo que uno de Querétaro o de Lima. Tendrán hospitales diferentes, profesores diferentes, pacientes diferentes, oportunidades distintas y relaciones interpersonales que cambian la forma en la que ven las cosas. Pero todos estarán enfrentando retos similares: trabajar con otras personas, aprender a comunicarse, tomar decisiones, resolver conflictos, organizar proyectos o liderar equipos. Escuchar cómo otra persona ha vivido esos procesos no busca que adoptemos su

manera de hacer las cosas. Busca ampliar nuestra perspectiva para construir la nuestra.

Por eso, los entrenamientos y el aprendizaje entre pares son tan valiosos dentro de nuestra dinámica de trabajo, porque, si somos lo suficientemente valientes como para aceptar que no lo sabemos todo, tendremos la oportunidad de conocer la perspectiva de otro estudiante acerca de un tema que nos hará expandir nuestra visión y que se quedará con nosotros por mucho tiempo.

Al final, cuando facilitamos, se busca más que dominar un tema y explicarlo en un tiempo determinado; se busca que, en ese tiempo, podamos generar un cambio significativo en las personas participantes a través de metodologías de aprendizaje que les permitan comprender otra manera de ver el desarrollo de una habilidad.

El Capacity Building no pretende decirnos qué pensar ni convencernos de que existe una única forma correcta de hacer las cosas. Tampoco pretende demostrarnos que solo una persona con incontables años de experiencia tiene el derecho de enseñarnos algo. Nos invita a escuchar otras perspectivas y a aceptar que siempre podemos aprender de quienes nos rodean. El objetivo es salir con herramientas para desempeñarnos mejor en nuestro día a día y con la convicción de que nosotros también tenemos algo valioso que compartir con alguien más.

Por eso, mi conclusión es para todas las personas de nuestra asociación que facilitan entrenamientos, que construyen personas y que evalúan necesidades.

Para todos los que orientan sus esfuerzos a empoderar a los demás y hacerles ver lo capaces que son cuando confían en el desarrollo de habilidades. Porque lo que buscamos en la DSE y en el Capacity Building continuará creciendo si personas como ustedes siguen creyendo en lo que hacemos y continúan cambiando perspectivas, un entrenamiento a la vez.

TRAIN YOURSELF



Train it all

El primer año: aprender a ser estudiante otra vez



Sergio Alekzanders Saavedra López

ATLAS

sesaco2007@gmail.com

Transición a la carrera de medicina

Todos sabemos que la vida del estudiante de medicina es compleja académicamente ya que empiezan nuevos retos, siendo precisamente el primero de ellos el examen de admisión. Este mismo lo colocaría en el procedimiento más complicado en la vida de un estudiante en transición por ser una montaña rusa de emociones donde el miedo e incertidumbre predominan; simplemente no sabes si vas a lograr tener un lugar o si lo que estudiaste es suficiente, y, lo que considero que representa la mayor carga emocional al momento de realizar dicho examen, es no defraudar a su familia, pero una vez que logras tener ese lugar no hay felicidad que se compare.

Después tenemos que aprender a ser estudiantes otra vez. Al acceder a esta carrera te darás cuenta de que no es como los anteriores niveles educativos cursados: hay más exigencias, responsabilidades nuevas y si vienes de otro estado o “pueblo” llegas a un lugar donde no eres nadie, pero tienes que aprender a ser alguien. Además de sumergirte en aquellas materias que soñaste tener y comprender que no son tan fáciles como creías, sin embargo, rendirte no es una opción.

Primeros Semestres

Los primeros semestres son importantes porque te estás adaptando a algo nuevo y eso puede desencadenar otras emociones que no precisamente tienen que ser positivas. Todos hablan de algo positivo y lo es, hasta que llega la temporada de exámenes. Es ahí donde te das cuenta de lo que has aprendido y si es suficiente o no. Estoy seguro que al menos una vez te has preguntado: “¿Y si no paso ese examen?”. Es completamente normal, pero esa respuesta solo tú la puedes obtener. Otro factor importante son los maestros y doctores. Puedes encontrar personas apasionadas por enseñar, mientras que otros son lo contrario, sin embargo, es esencial que te adaptes a cualquier escenario y busques complementar lo visto en cada clase. Si en algún momento piensas que esta no fue lo suficientemente clara o no logras comprender del todo algún tema, siempre puedes indagar por tus propios métodos, jamás debes quedarte con dudas. ¿Será un camino difícil? sí, porque probablemente estés descubriendo cosas nuevas, pero si no lo haces se puede convertir en algo aún más tortuoso.

Un punto que puede hacer que la carrera sea un poco más tranquila son tus amistades. Al principio vamos a conocer muchas personas, por lo que es indispen-

sable relacionarte con aquellas con las que puedes trabajar y divertirte, eso solo lo hace el tiempo y la convivencia. Tener un buen grupo social te ayuda a reducir mucho el estrés, además de que al momento de realizar trabajos grupales puedes analizar la forma de desempeñarse en este tipo de actividades de cada persona. Asimismo, recuerda que no todo es el ámbito académico, sino que es fundamental divertirse y pasar tiempo de calidad, pues somos humanos, no máquinas.

Una vez que ya pasaste tu primer semestre y ya tienes la noción de cómo llevar tu vida siendo un nuevo estudiante, todo se vuelve un poco más fácil ya que conoces el espacio en el que estudias, las personas que te rodean y algunos modos de trabajo que fuiste manejando. En el terrible caso de haber reprobado una materia debes esforzarte por aprobarla ya que algunas se conectan con otras materias del semestre siguiente, y por consiguiente podrías retrasarte un semestre o, en el peor de los casos, hasta un año.

Ahora pasamos a segundo semestre donde ves cosas nuevas. En mi experiencia la mejor materia cursada en este semestre fue embriología, una materia increíblemente interesante llena de datos y cosas que nunca imaginaste. Tuve la fortuna de tener un increíble docente que hizo que fuera aún más interesante. Una de las cosas que más disfruté fue el laboratorio, lugar en donde diseccionábamos varias estructuras. Me resultaba fascinante haber visto justo antes la teoría de cómo se formó dicha estructura. Por otro lado, también estaba

la abrumadora cantidad de información que tenía que retener pero sabía que eso era algo bueno que me ayudaría a esforzarme más para lograr aprobar.

Por último, el cierre de tu primer año de medicina. Resulta increíble al mirar atrás y ver cómo ha pasado el tiempo. Aunque todavía queda un largo camino por recorrer, ahora estás más cerca de terminarlo y cumplir tu objetivo. Esto es un logro que puedes compartir con orgullo, pues fue resultado de todo tu esfuerzo y el de las personas que te apoyan en silencio.

Lector gracias por compartir tu tiempo leyendo este pequeño artículo. El camino inicial que cada uno compartimos en el primer año de esta increíble carrera es importante, tenemos que aprender paso a paso muchas cosas, vivir muchas experiencias buenas y malas, pero simplemente sé tu (tú) mismo y disfruta. Aun (Aún) si eres un lector que ya paso (pasó) por este año, recuerda cómo lo viviste tú, cada experiencia es única y es nuestro primer paso a ser unos grandes médicos, ¡gracias!





Jeshua Miguel Solano Luna

IIMP

slnjeshua@gmail.com

Nunca imaginé que un entrenamiento me iba a enseñar tanto sobre la medicina sin hablar de enfermedades.

Cuando acepté ser trainer en el SRT AMMEF Camp 2025: Where We Learn to Fly Together, pensé que iba a aprender nuevas herramientas para facilitar sesiones. Creía que Capacity Building consistía en diseñar mejores entrenamientos, conocer metodologías y compartir conocimientos. Al final, entendí que estaba viendo solo una parte de todo lo que realmente significa (1).

Llegué con muchísima emoción, pero también con muchos nervios. Era la primera vez que facilitaba un training en un evento nacional de AMMEF. Aunque ya contaba con una certificación internacional como trainer, sabía que muchas de las personas que estaban ahí contaban con más experiencia dentro de la federación que yo. La verdad, tenía miedo de no conectar con el grupo, de que las actividades no salieran como esperaba o de no estar a la altura del reto (*Ver figura 4.1.1.*).

Conforme fueron pasando los días, entendí que ser trainer no significa llegar con todas las respuestas. Significa tener la disposición de seguir aprendiendo junto con las personas que tienes enfrente.

Durante el SRT hablamos de Adult Learning Theory, Session Design, Experiential Learning, Feedback y diferentes estilos de aprendizaje. Al principio los veía únicamente como herramientas para construir mejores sesiones. Poco a poco me di cuenta de que también tenían un lugar muy importante dentro de la medicina.



Figura 4.1.1. Autoría propia, 2025: Participantes, trainers y comité organizador del SRT AMMEF CAMP 2025: Where We Learn to Fly Together, realizado del 20 al 24 de noviembre de 2025 en Torreón, Coahuila. La fotografía representa el inicio de una experiencia de aprendizaje colaborativo entre estudiantes de medicina de distintos estados del país.

Con frecuencia pensamos que estudiar medicina consiste solamente en aprender anatomía, fisiología, farmacología o interpretar laboratorios. Todo eso es indispensable, pero el SRT me hizo entender que también necesitamos

aprender a escuchar, comunicar y enseñar. Como futuros médicos, gran parte de nuestro trabajo será explicar diagnósticos, orientar tratamientos, resolver dudas y acompañar a personas en momentos muy difíciles. De poco sirve conocer mucho si no somos capaces de transmitir ese conocimiento de una forma que la otra persona realmente pueda comprender. Ese fue uno de los primeros aprendizajes que me llevé.

Otro fue entender el verdadero valor del feedback.

Antes pensaba que era únicamente la retroalimentación que recibíamos después de una sesión. Hoy lo veo como una habilidad que me acompañará durante toda mi formación y mi vida profesional. En medicina siempre estaremos aprendiendo de alguien y llegará el momento en que nosotros también tendremos la responsabilidad de enseñar a otros. Saber dar una retroalimentación con respeto, empatía y con el objetivo de ayudar a crecer puede cambiar por completo la forma en que aprendemos.

Lo mismo pasó con el aprendizaje experiencial.

Muchas veces creemos que aprender significa memorizar conceptos, pero el SRT me recordó que las experiencias son las que realmente dejan huella. La medicina también se aprende viviendo situaciones, reflexionando sobre ellas y mejorando cada día. Ningún libro puede enseñar exactamente lo que una experiencia compartida puede dejarte.

Hubo actividades que difícilmente voy a

olvidar.

Una de ellas consistía en cruzar un salón con los ojos vendados mientras las reglas cambiaban constantemente. Al principio podíamos hablar; después ya no. En algunos momentos había un líder; después aparecían nuevos obstáculos y cada vez era más complicado comunicarnos.

Lo interesante nunca fue llegar al otro lado.

Lo verdaderamente importante fue todo lo que ocurrió durante el camino.

Cada persona intentaba resolver el reto de una manera diferente. Algunos querían dirigir al grupo; otros preferían escuchar. Hubo incluso un momento en el que una persona terminó completamente inmóvil porque, sin darnos cuenta, el resto del equipo había dejado de tomarla en cuenta. Cuando terminó la actividad y comenzamos la reflexión, pensé inmediatamente en un hospital. Ningún profesional de la salud trabaja solo. Detrás de la atención de un paciente hay médicos, personal de enfermería, psicología, trabajo social, laboratorio y muchas otras personas. Cuando la comunicación falla o dejamos de escuchar a alguien, todo el equipo pierde. Esa actividad me recordó que aprender a trabajar juntos también significa aprender a brindar una mejor atención.

Otra dinámica consistía en armar una casa de campaña. Algunos podían hablar, otros podían ver y otros solamente podían actuar siguiendo instrucciones. Parecía un reto sencillo, pero terminó convirtiéndose en un ejercicio de comunicación, paciencia, liderazgo, creatividad y trabajo en equipo.

Ahí confirmé que muchas veces aprendemos mucho más viviendo una experiencia que escuchando una explicación.

Pero si alguien me preguntara qué fue lo más valioso del SRT, probablemente no hablaría primero de las sesiones. Hablaría de las personas.

Durante esos días coincidimos estudiantes de medicina de distintos estados del país. Todos llegamos con historias diferentes, formas distintas de pensar y experiencias completamente distintas. Sin embargo, compartíamos algo muy importante: las ganas de seguir creciendo y de convertirnos en mejores profesionales de la salud.

Poco a poco dejamos de ser únicamente trainers y participantes. Nos pusimos apodos, compartimos comidas, bailamos, cantamos, nos reímos, nos cansamos y celebramos los logros de los demás como si fueran propios. Sin darnos cuenta, terminamos sintiéndonos como una familia (Ver figura 4.1.2.).

Creo que el momento que más me marcó fue la sesión de graduación.

Todavía recuerdo que el primer día había personas que apenas se animaban a levantar la mano o a compartir una idea. Algunas preferían quedarse en silencio y otras dudaban mucho de ellas mismas. Cuatro días después estaba viendo a esas mismas personas facilitar sesiones, construir actividades, dar retroalimentación y defender sus ideas con una seguridad que al principio parecía imposible.



Figura 4.1.2. Autoría propia, 2025: Más allá de los conocimientos adquiridos, el SRT permitió construir redes de apoyo y amistades entre estudiantes de medicina de diferentes estados, fortaleciendo el trabajo colaborativo dentro de AMMEF.

Ver esa evolución fue uno de los momentos que más orgullo me dio como trainer, no porque todo saliera perfecto, sino porque era evidente cuánto habían crecido en tan poco tiempo.

Ahí entendí que el verdadero impacto de Capacity Building no se mide por la cantidad de conceptos que una persona puede repetir al terminar una sesión. Se mide por la confianza que alguien gana para creer en sí mismo, participar, equivocarse, volver a intentarlo y descubrir capacidades que ni siquiera sabía que tenía.

También me hizo reflexionar mucho ver todo el trabajo que existía detrás del evento. La planeación, las reuniones, las sesiones preparadas con tanto detalle, el compromiso de cada trainer y el esfuerzo del equipo organizador hicieron posible que

cada actividad tuviera un propósito. Ver esa pasión me recordó que los proyectos grandes no suceden por casualidad; suceden porque hay personas que creen en ellos y trabajan todos los días para hacerlos realidad.

Cuando terminó el SRT y me subí al avión sentí una nostalgia enorme. No era tristeza porque el evento hubiera terminado, sino la sensación de dejar atrás días llenos de aprendizaje, conversaciones que parecían durar horas, risas, cansancio, abrazos y personas que, en muy poco tiempo, habían dejado una huella muy grande en mí.

Antes del SRT pensaba que Capacity Building era aprender.

Hoy entiendo que Capacity Building es una experiencia. Es descubrir que todos tenemos algo que enseñar, pero muchísimo más por aprender. Es crear espacios donde las personas se sienten escuchadas, participan, se equivocan, reciben retroalimentación y descubren capacidades que no sabían que tenían.

Si hoy alguien me preguntara si vale la pena vivir un Subregional Training, mi respuesta sería un sí sin pensarlo dos veces, no solamente porque aprenderás nuevas metodologías o desarrollarás habilidades que te servirán durante todo tu ejercicio profesional.

Vale la pena porque conocerás personas que cambiarán tu forma de entender la educación, el liderazgo y la medicina.

Hoy estoy convencido de que un buen médico no solo necesita conocimientos

científicos. También necesita saber escuchar, comunicarse con claridad, trabajar en equipo, enseñar y nunca dejar de aprender.

Eso fue lo que realmente me dejó el SRT.

No aprendí únicamente a facilitar entrenamientos; aprendí que la medicina también se construye compartiendo conocimiento, aprendiendo de los demás y creciendo junto a otras personas.

Y entonces entendí el verdadero significado del lema Where We Learn to Fly Together.

Porque hay aprendizajes que solo tienen sentido cuando aprendemos a volar junto a otros.

REFERENCIAS

1. International Federation of Medical Students' Associations. *Capacity Building Development Program Manual* [Internet]. Ferney-Voltaire: International Federation of Medical Students' Associations; 2023]. Available from: <https://linktr.ee/IFMSA.CB>

SOMOS

SCOMPANIONS



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.



Francisco José Díaz García
NOMP
scomp@ammef.mx

Un médico en formación en búsqueda de su destino

Me gustaría iniciar mi relato explicando la necesidad de su interlocutor de impactar más allá de ser un estudiante de medicina. Cuando ingresé a la carrera llevaba conmigo grandes sueños e inmensos temores, pero también anhelos por trascender y ser un motor de cambio donde quiera que me encontrara. Fue en ese contexto que, durante mi primer semestre, tuve un primer acercamiento a mi Comité Local: CEMECH. Durante una sesión de nuevos miembros, algo llamó mi atención; CEMECH no solo era un grupo estudiantil, sino más bien un espacio donde mi voz tomaría acción y podría impactar en el desarrollo de los médicos en formación.

Sin embargo, al observar a las personas a cargo, sin entender lo que significaban dichos puestos, pensaba: “Quiero realmente participar, pero probablemente jamás llegue a ser como alguno de ellos, primero porque no sé en cuál comité me gustaría estar y segundo, no soy lo suficientemente extrovertido para poder realizar algunas de las tareas que ellos hacen y mucho menos pararse en un auditorio y hablar enfrente de un vasto público”. En un comienzo, elegí el Comité Permanente de Salud Pública (SCOPH), sin embargo no logré saciar esa hambre y sed

de cambio que me imaginaba.

Convocatoria tras convocatoria que anunciaban para poder participar en algo, no eran lo suficientemente impactantes en mí como para poder convertirme en un verdadero miembro activo, todo por el temor y miedo a lo desconocido.

Eso cambió a inicios de 2024. Después de una situación personal que me hizo replantearme muchas cosas, alguien me preguntó “¿Te gusta la investigación?” pensé: había hecho algunos trabajos; no me consideraba experto, pero siempre me ha gustado. Además, había decidido que, a partir de ese año, a todo diría que “sí” y después vería cómo lo solucionaba.

Por lo que al responder con afirmación la pregunta se me ofreció el puesto de Oficial Local de Publicaciones Médicas (o también conocido por su abreviatura como LOMP). CEMECH había regresado dos años después de unirme para ofrecerme directamente uno de esos puestos que alguna vez pensé que nunca podría lograr: Supongo que la historia tocó a mi puerta y tuve la decisión de formar parte de ella o verla pasar.

Yo no sabía nada de la AMMEF, de CEMECH o de ser Oficial Local; es más, no sabía tanto de investigación como para sentirme listo para ser “Oficial Local de Publicaciones Médicas”, pero ya vería cómo realizaba el trabajo.

HandOver, LOMPtracker, ROL, DaV, DAPI, Incubadora de Proyectos, AMMEF, IFMSA

La gestión inició en febrero de ese año y mi enfoque fue crear un equipo y conocer el estado de SCOMP en CEMECH. Había miembros, los cuales habían perdido la confianza después de más de un año sin proyectos ni Oficial Local. La situación no era óptima, pero con el tiempo comprendí que era justamente el tipo de escenario donde más brillaba: encontrar áreas de oportunidad.

Construí un equipo, me hice lo más extrovertido posible para fomentar la comunidad y fui añadido al grupo de HandOver nacional del Comité Permanente de Publicaciones Médicas (SCOMP). Ahí descubrí con mayor profundidad la AMMEF y se abrieron nuevas ideas: crear una revista, realizar protocolos de investigación, utilizar protocolos de actividades. Pero una me atrapó especialmente: crear mi propio protocolo y lograr que mis ideas pudieran trascender de Chiapas a Chihuahua.

Cazadores de Microbios

Descubrí que, para desarrollar proyectos, necesitaba combinar tres aspectos: 1) que fuera interesante, 2) que tuviera impacto y, 3) esencialmente, que fuera divertido. Siempre había sido fan de la microbiología y considero que la resistencia a los antibióticos es un tema que todo médico en formación debería conocer y analizar responsablemente. El proyecto tuvo estrategias de divulgación, medición de impacto y acuerdos con la facultad para laboratorio e insumos. Hubo pre-registro, equipos, evaluaciones pre y post, permisos escolares y apertura como actividad intercomité (Ver figura 5.1.1.).



Figura 5.1.1. Autoría propia, 2024: Cazadores de SCOMP, varios de ellos se convirtieron en personas muy importantes en mi vida.

Pero había algo más importante: corazón y alma; ganas de cambiar el mundo, divertirme, aprender y construir un SCOMP fuerte a nivel local. Lo que siguió, supongo, fue el efecto dominó para mi vida universitaria.

4 prácticas y una ponencia maldita

La idea original era capacitar un equipo que después realizará un muestreo en una comunidad vulnerable y evaluará la predominancia de resistencia bacteriana. El proyecto consistía en las siguientes fases: capacitación práctica con el Comité Permanente de Educación Médica (SCOME); conocimiento sobre antimicrobianos e impacto comunitario con SCOPH; y recabación de datos y reporte estadístico-epidemiológico, a cargo de SCOMP. Por situaciones logísticas, económicas e institucionales, “Cazadores” solo logró funcionar en su primera fase, con actividades enfocadas en flebotomía, identificación de bacterias Gram positivas y negativas y cultivos microbianos.

Mientras el proyecto iba viento en popa, también crecía el sentido de pertenencia: a los participantes se les conocía como

“cazadores” y se publicaban imágenes de sus actividades en laboratorio (Ver figura 5.1.2.).

Entonces surgió el primer gran bache. Ninguna planificación está exenta de errores o situaciones externas que obligan a replantear. El error no define al proyecto o a la gestión; lo hacen las acciones que tomamos para resolverlo o encontrar el área de oportunidad. La ponencia clave para culminar la primera fase sería una sesión sobre antibioticoterapia impartida por uno de los docentes de farmacología con mayor conocimiento de la facultad, además de una inspiración importante para mí. Sin embargo, por situaciones externas, la actividad se pospuso hasta su eventual cancelación. Aun así, el proyecto fue un éxito a nivel local y muchos se interesaron en unirse a SCOMP. Aunque aquello era apenas la punta del iceberg, decidí cerrar el proyecto por el momento, reorganizarlo y buscar después cumplir todas sus fases. Me propuse protocolizarlo y puse la mira en la FENAPRO. Quería darle a SCOMP un protocolo: un poco de lo mucho que sentía que ya me había dado.

Protocolizar “Cazadores” fue un viaje del cual, a veces, me pregunto si aún me recupero de su final.



Figura 5.1.2. Autoría propia, 2024: Un lugar al que puedo llamar hogar: El laboratorio.

Rumbo a la FENAPRO y a la primera Asamblea Nacional

Durante los siguientes meses desarrollé el protocolo de “Cazadores” mientras continuaba con otros proyectos de SCOMP. Ya existía cierto burnout y estrés por situaciones locales, personales y académicas, pero aparte de la FENAPRO había algo que me llamaba poderosamente la atención: la Asamblea Nacional. Esta era completamente nueva y emocionante para mí. Pensar que presentaría mi trabajo hacía que imaginara escenarios espectaculares, pero principalmente quería trascender y que el esfuerzo CEMECH se viera reflejado en la AMMEF (Ver figura 5.1.3.).

Así construí el protocolo: entre proyectos, estrés, dudas y el temor de presentarlo frente a un público, comprendí que la AMMEF ofrece tantas oportunidades, y entre estas el decidir si realmente quieres intentar realizar las cosas. Porque en cada candidatura y postulación que se envían, se encuentran sueños, esperanzas e ideas, pero también, se encapsulan los miedos.

Se enfrenta el terror de ser juzgado y al demonio de la inferioridad que te dice que tal vez no lo mereces. Y, con todo eso en juego, das clic en enviar tu documentación: un pedazo de lo que tu mente ha soñado y temido.

Redoble de tambores, el primer lugar de la FENAPRO es para...

Probablemente en situaciones así es cuando más puedes comprender cierta canción que dice: “*The winner takes it all, the loser standing small*”. Aquella FENAPRO, “Cazadores” no obtuvo ningún

podio. Y esa derrota me hizo encantarme todavía más con la Asociación y con los proyectos.

Fue un golpe de realidad. Incluso hoy, a veces siento que no me recupero emocionalmente de aquello, pero estaba satisfecho de haberlo intentado y de descubrir que, cuando amo algo y me comprometo, puedo buscar llevarlo hasta su mayor esplendor.

Después de salir un momento de la plenaria para despejar mi mente, simplemente sentí que ese lugar era mi hogar y que quería seguir buscando trascender en SCOMP, en CEMECH y en la AMMEF A.C. Aquel día borré mi carta de renuncia.



Figura 5.1.3. Archivo Nacional de la XVI AN: Integrantes de las sesiones permanentes del SCOMP nacional.

No hay puntos medios cuando amas a algo

“Cazadores” representó el inicio de mi trayectoria local y después nacional. Regresé a la siguiente Asamblea Nacional con otro protocolo, esta vez para la FENARE, y me convencí de que podía desempeñar un buen papel en un equipo

nacional. Mientras tanto, era electo VAI en mi Comité Local y veía acercarse el final de mi vida universitaria.

Pero también había ganado algo más valioso que el reconocimiento o el currículum: amigos, familia, gente que amaré y llevaré en mi corazón toda la vida. Personas de mi Comité Local y fuera de él; aquellas que SCOMP y AMMEF me dieron la oportunidad de conocer y que alimentaban mi impulso de seguir desarrollando proyectos y dando a conocer la Asociación. Fue a través de “Cazadores de Microbios”, SCOMP y CEMECH que encontré un hogar. El lugar donde sentía que pertenecía, podía volver a ser yo y tenía el potencial de cambiar el mundo.

Y así, hasta el día de hoy en que escribo este artículo, con el corazón en la mano y con la responsabilidad de ser Oficial Nacional de Publicaciones Médicas (NOMP), entre proyectos, problemas, ilusiones, desilusiones, victorias y derrotas, **sigo siendo un cazador de microbios** (Ver figura 5.1.4.).



Figura 5.1.4. Archivo Nacional de la XIX AN: Un efecto dominó y el lugar donde quede electo como Oficial Nacional de Publicaciones Médicas .



FROM

PUBLICATION TO

ACTION

PUBLIC



El Arte de Sanar entre Letras: La travesía detrás de Códice CEMECH



**Edwin Omar
Estrada Gómez**
CEMECH
eestrada.ed@gmail.com



**Fernando Martín
Ruíz Santiago**
CEMECH
ferzer808@gmail.com

Entre el espíritu y el cuerpo, un puente de conocimiento

Escribir sobre medicina suele evocar imágenes de dominio clínico, expedientes interminables y la rigidez técnica de los libros de texto. Sin embargo, quienes habitamos los pasillos de las facultades sabemos que la medicina no ocurre solo en el ámbito clínico; palpita en las historias de los pacientes, en los desvelos compartidos y en esa necesidad innata de encontrar belleza y sentido en medio de la vulnerabilidad humana, en encuentros como los que nuestra asociación nos hace vivir, llenos del estilo AMMEF, con amistades, retos y diversión, y que a su vez nos adentra en el activismo, la cultura y la academia que la medicina nos exige. Bajo esa premisa nació Códice CEMECH, la primera revista médico-cultural de nuestro comité, concebida no solo como una plataforma académica y cultural, sino como un refugio para el humanismo médico: las letras de bata blanca.

Dar vida a este proyecto desde cero ha sido una de las travesías más desafiantes, enriquecedoras y profundamente humanas de nuestra formación. En este viaje editorial hemos vivido la experiencia, los retos, los beneficios y los aprendizajes de un equipo comprometido con dejar huella.

La Experiencia: Germinar una Idea en Tierra Fértil

La gestación de la primera edición del Códice CEMECH estuvo impregnada de una mezcla de emoción y vértigo. Sabíamos que existía una necesidad latente en nuestra comunidad estudiantil: un espacio donde el rigor médico pudiera convivir en perfecta armonía con el arte, la historia y la literatura.

Desde el primer día, el comité editorial se propuso derribar el mito de que el estudiante de medicina solo debe consumir ciencia exacta. La respuesta de nuestros compañeros fue un recordatorio poderoso de que el arte, la cultura y la experiencia humana son un bálsamo necesario. Recibir los primeros textos fue una experiencia conmovedora. Descubrimos que detrás de los estetoscopios hay escritores ocultos, fotógrafos aficionados e historiadores verdaderamente natos. Coordinar este esfuerzo, especialmente con iniciativas tan sentidas como la modalidad especial "Estigmas del Médico en Formación", nos permitió palpar el sentir real, los miedos y las esperanzas de nuestra generación.

Los Retos: De la Intención Romántica al Rigor Técnico

Pasar del entusiasmo a la realidad operativa nos enfrentó a una curva de aprendizaje sumamente empinada. El primer gran obstáculo fue construir la estructura formal de una revista seria. No queríamos un blog estudiantil; aspirábamos

a fundar una institución editorial duradera. Esto implicó sumergirnos en un universo completamente ajeno a los planes de estudio tradicionales de medicina.

Estandarización y Procesos: Implementar sistemas de control interno, como la asignación de códigos secuenciales para el seguimiento minucioso de las colaboraciones, y diseñar políticas de privacidad robustas para proteger los datos de nuestros autores.

El Proceso Editorial: Adoptar flujos de trabajo profesionales inspirados en sistemas como Open Journal Systems (OJS), estableciendo el arbitraje mediante revisión por pares a doble ciego. Garantizar la imparcialidad mientras evaluábamos los textos de nuestros propios compañeros requirió una madurez institucional enorme.

La Identidad Visual y la Difusión: Traducir la esencia de la revista a las redes sociales. Diseñar estrategias de comunicación y marketing digital para instagram que logran capturar la atención de una comunidad estudiantil saturada de tareas y lecturas obligatorias.

El verdadero reto fue equilibrar las exigencias académicas de la carrera con las horas frente a la pantalla corrigiendo estilos, verificando referencias en formato Vancouver y puliendo los detalles del diseño editorial.

Los Beneficios: El Impacto en la Comunidad y el Crecimiento Profesional

A pesar de los tropiezos lógicos de toda primera edición, los frutos comenzaron a cosecharse mucho antes de que la revista

digital viera la luz. Los beneficios del Códice CEMECH se extienden en dos vertientes: el impacto comunitario y el crecimiento individual de quienes la integran.

Para la universidad y el Comité de Estudiantes de Medicina del Estado de Chiapas (CEMECH), la revista se ha convertido en un faro cultural. Ha brindado voz a temas que muchas veces se silencian en las aulas, como la salud mental de los estudiantes y los sacrificios de la formación médica.

En el ámbito profesional, el equipo editorial y los autores han adquirido competencias que raramente se enseñan en un anfiteatro o en una consulta. Como el pensamiento crítico y redacción, en la capacidad de estructurar ideas con claridad, argumentar con solidez y dominar la comunicación escrita, una herramienta indispensable para cualquier médico al redactar desde una nota clínica hasta un artículo de una revista o investigación.

Liderar equipos, coordinar departamentos (como la Dirección de Relaciones Exteriores), cumplir con calendarios editoriales estrictos y resolver conflictos bajo presión. Siempre a futuro y sentar las bases conceptuales y operativas para que, a mediano plazo, la revista pueda cumplir con los indicadores necesarios para aspirar a la indexación en bases de datos.

Los Aprendizajes: Lo que no Queda en la Bata pero sí en la Memoria Editorial

El aprendizaje más profundo que nos deja este primer volumen que estamos desarrollando, es que la medicina y la

cultura no son disciplinas aisladas, sino dos caras de la misma moneda. La técnica médica nos capacita para salvar cuerpos, pero las humanidades nos enseñan a cuidar almas. Hemos aprendido que la gestión editorial requiere tanta precisión como una sutura.

Un error en el proceso de revisión o un descuido en los derechos de autor puede comprometer la credibilidad de todo el proyecto. Aprendimos el valor de la empatía al retroalimentar a los autores, entendiendo que cada texto rechazado o sugerencia de corrección debía hacerse desde el respeto al esfuerzo del compañero.

Asimismo, comprendimos la importancia de la institucionalidad. Formar parte de redes más amplias como la Asociación Mexicana de Médicos en Formación, A.C. (AMMEF, A.C.) nos recuerda que el trabajo local que hacemos en Chiapas, resuena en un ecosistema nacional, y que nuestras publicaciones reflejan la calidad académica y humana de nuestra institución.

El Primer Capítulo de una Larga Historia

Código CEMECH ya no es solo un sueño plasmado en papel borrador; es una realidad vibrante que demuestra de qué estamos hechos los médicos en formación de nuestra universidad. Esta primera edición es el testimonio de un equipo que se atrevió a mirar más allá del microscopio para entender al ser humano en toda su complejidad.

A quienes han enviado sus textos, a quienes han dedicado noches enteras a la

revisión y el diseño, y a los lectores que encuentran en estas páginas un espejo de sus propias vivencias: gracias. Hemos escrito las primeras páginas que esperamos que nos sobrevivan, recordando siempre que la palabra escrita es, también, una forma de sanar (*Ver figura 5.2.1.*).



Figura 5.2.1. Códice CEMECH, 2026: Primer comité editorial de Códice CEMECH.

Códice CEMECH: El Despertar de una Identidad

En las tierras altas, donde el copal y el susurro de los ancestros detienen el tiempo, nace Códice CEMECH: más que una institución médica, un puente vivo entre dos mundos. Su nombre evoca los libros sagrados de la antigüedad que resguardan

el arte de la sanación, transformándose hoy en un decreto de vanguardia: Cuidado, Ética, Medicina, Evolución, Ciencia y Humanismo. (Ver figura 5.2.2.)

Su identidad visual narra esta unión a través de una simbología profunda:

- La Raíz Ancestral (La 'Ó'): Resguarda en su centro el Calendario Azteca y el legado de los Ticiotl (médicos prehispánicos), recordando que el cuerpo no se cura sin atender el espíritu.
- La Naturaleza que Cura: Letras entrelazadas con detalles florales y bordados tradicionales, símbolo de una medicina conectada a la tierra y a la calidez humana.
- El Vínculo Moderno: El estetoscopio y la vara de Asclepio integrados audazmente en sus letras, representando la ciencia estricta, la tecnología y el trabajo en equipo.



Figura 5.2.2. Códice CEMECH, 2026: Imagotipo de CÓDICE CEMECH: Despertar del Códice CEMECH: Una Unión de Dos Mundos

Códice CEMECH es el recordatorio de que el médico actual debe ser como un antiguo escriba: alguien que lee los signos del cuerpo con la precisión de un científico, pero que trata el alma con la delicadeza de un artista (Ver figura 5.2.3.).



Figura 5.2.3. Códice CEMECH, 2026: Portada de la primera edición de CÓDICE CEMECH.

SCOMP a través de las personas



Ximena Pacheco Quezada

SAMU

samu.scomp@gmail.com

Cuando inicié la carrera de Medicina, no era consciente de lo importante que llegarían a ser para mí SCOMP y mi comité local, SAMU. En ese momento, cuando solo entré como miembro activo, veía a SCOMP principalmente como un comité que podía ayudarme a fortalecer mis habilidades de investigación y aprender a buscar información científica para elaborar mejores presentaciones o trabajos académicos. Sin embargo, con el paso del tiempo descubrí que SCOMP era mucho más que un espacio para aprender investigación: era, en realidad, una comunidad donde podía crecer como estudiante, como futura profesional del área de la salud y también como persona.

Desde el primer momento me sentí bienvenida; encontré un grupo de personas que compartían el interés por aprender, crecer en conjunto y llegar a realizar grandes cosas en conjunto. Poco a poco fui comprendiendo que formar parte de una sociedad de alumnos no significa únicamente asistir a eventos o colaborar en proyectos, sino construir relaciones con personas que tienen objetivos similares, que enfrentan los mismos retos y que están dispuestas a impulsarse unas a otras.

En la carrera de Medicina es muy fácil caer en la idea de que cada estudiante debe recorrer su camino de manera individual.

Muchas veces pensamos que todo es una competencia, que todo gira en torno a obtener las mejores calificaciones o ser el mejor en las prácticas clínicas; ese punto de vista puede hacer que olvidemos la importancia de colaborar, compartir conocimientos y alimentar nuestro propio interés por descubrir nuevas cosas o abordar nuevos enfoques de lo que ya conocemos. Ahora entiendo que el verdadero crecimiento ocurre cuando aprendemos junto a otras personas y cuando somos capaces de construir una comunidad que promueva el interés y el emprendimiento científico.

Hay quienes ven la investigación únicamente como un requisito académico o una materia que debemos cursar, pero diría que es también una herramienta indispensable para mejorar la atención que brindaremos a nuestros pacientes y que nos permite contribuir a la generación de nuevo conocimiento. La medicina cambia todos los días; es una disciplina en constante cambio y evolución, así como las personas y nuestra sociedad, y es solo gracias a las personas que se atreven a cuestionar lo que ya está establecido, a formular nuevas preguntas, buscarles una respuesta y respaldar esos planteamientos, que podemos seguir avanzando. Los estudiantes también podemos formar parte de ese proceso y no es necesario esperar a ser especialistas para comenzar a

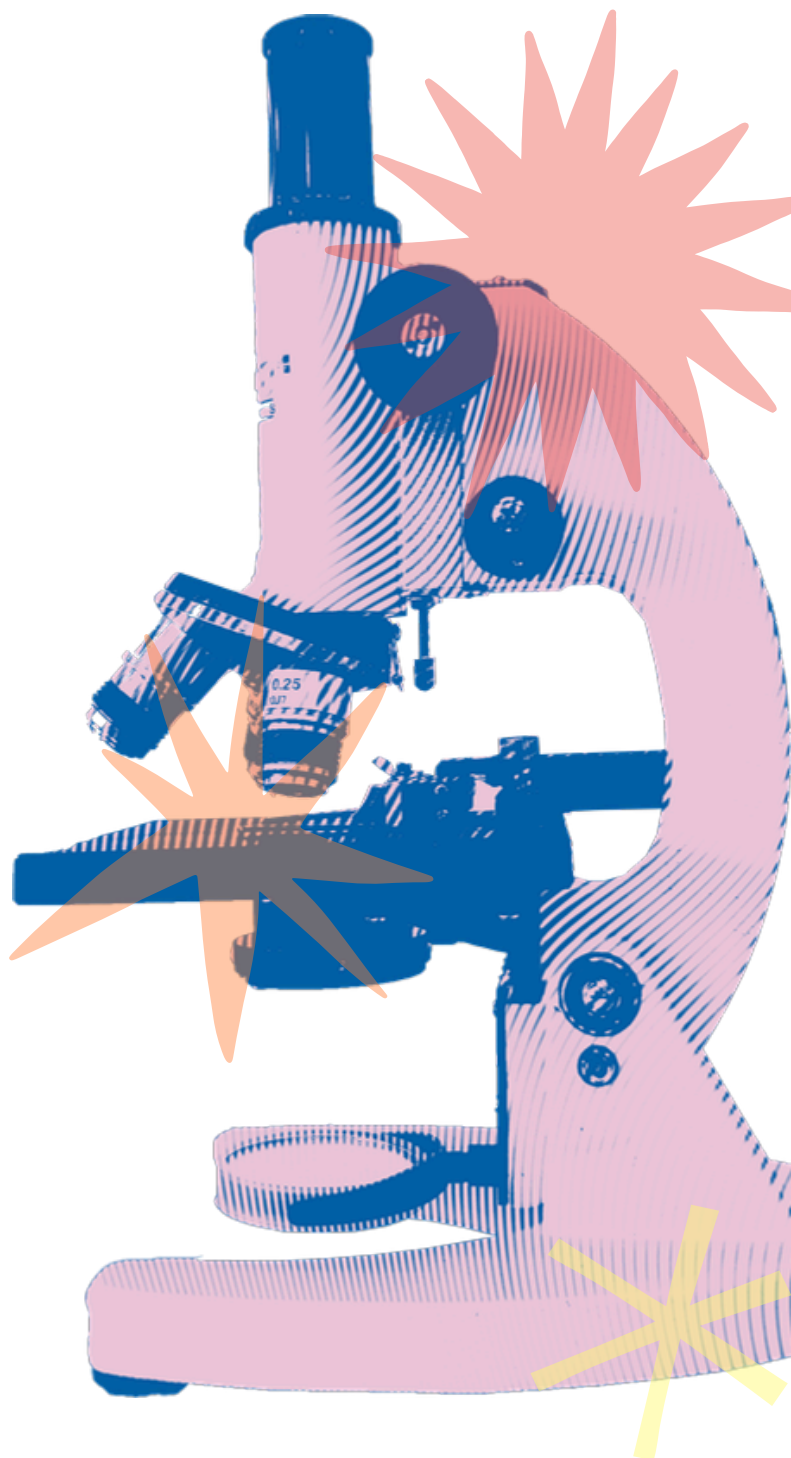
investigar o aportar nuevas ideas; siempre es una puerta abierta para todos.

Muchas veces tenemos miedo de intentarlo y pensamos que tal vez nuestras ideas no son lo suficientemente buenas o que no tenemos suficiente experiencia, pero fueron las personas dentro de SCOMP quienes me ayudaron a confiar en mis capacidades. Encontré muchas personas que siempre estuvieron dispuestas a orientarme, compartir sus conocimientos y recordarme que todos empezamos aprendiendo. Gracias a ellos entendí que cada pequeño paso suma, y que, cualquier contribución, por sencilla que parezca, puede generar un impacto positivo.

Durante la gestión pasada tuve la oportunidad de desempeñarme como Asistente Local de Publicaciones Médicas. Aprendí a trabajar en equipo, a organizar proyectos, a comunicarme con diferentes personas y a comprender la importancia que tiene la divulgación científica para acercar el conocimiento a otros estudiantes. Cada conversación, cada proyecto y cada actividad contribuyeron a fortalecer mi confianza y a motivarme a seguir mejorando como persona.

Estoy convencida de que quiero seguir creciendo de la mano de SCOMP. Deseo continuar impulsando espacios donde más estudiantes descubran que la investigación no es un camino exclusivo para unos cuantos, sino una oportunidad para todos aquellos que sienten curiosidad y desean generar un impacto en la medicina. Ahora, como LOMP, espero poder promover el interés científico y el emprendimiento en muchos estudiantes, así como seguir haciendo más grande la comunidad de SCOMP.

Cuestionar lo establecido también es hacer medicina



La gramaticalmente inexistencia del dolor: límites lingüísticos y fisiológicos de su estudio



Luis Alberto Armenta Hernández
SEMUACH

albertoh2o7armenta@gmail.com

Nunca comprenderemos lo que ocurre en la mente del otro. El dolor que causamos resulta inconcebible científica y filosóficamente; ni pensar en nuestro dolor, que no podemos acertadamente comunicar. Existen barreras que jamás podremos superar: la complejidad y el lenguaje que usamos para hablar.

Comenzando desde nosotros, poseemos 100 millones de neuronas en cada área sensorial primaria. Estos elementos, constantes y edificantes permiten una enorme cantidad de patrones neurales. De este modo, el número de combinaciones y patrones neurales resultantes, en términos teóricos, es prácticamente ilimitado (1). Lógicamente podemos imaginar lo que no existe, y lo más importante, podemos imaginar lo que sí teorizamos que pueda existir ahí afuera, más allá de los límites de nuestra propia piel. piel. En términos un poco más existenciales: estamos predestinados a percibir la materia de la cual, al mismo tiempo, estamos hechos. Un recíproco círculo de percepción universal. Poéticamente tierno, sin embargo, ¿Qué clase de percepción es el dolor? ¿Es mecanicista o subjetiva?

El dolor como experiencia y mecanismo

Si observamos las letras del texto, tenemos una capacidad aprendida para descifrar símbolos. Si miramos el color azul, recibimos el azul de forma pulcra y aisladamente. Mientras tanto, el dolor llega

por la lateral, por las costillas y se integra como picahielo en nuestras arcaicas estructuras emocionales: es mirar a alguien que extrañamos. El dolor tiene por naturaleza mayor rapidez que el acto de observar (Ver figura 5.3.1. y 5.3.2.).

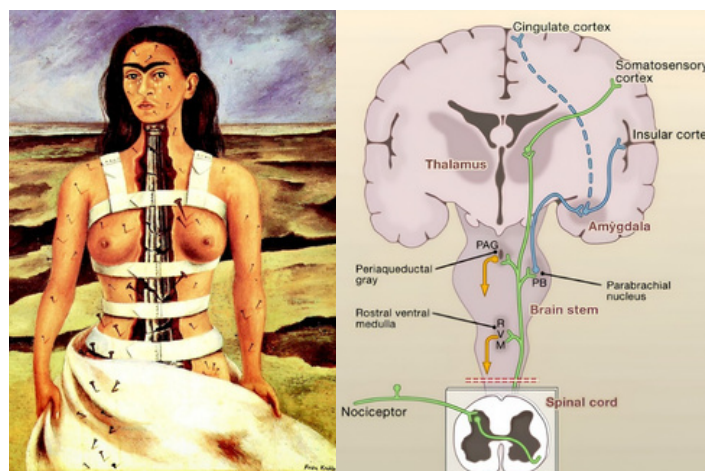


Figura 5.3.1. La columna rota (Frida Kahlo, 1944). Representación artística de la experiencia del dolor físico, en la que se observa la apertura del cuerpo y una columna jónica fragmentada en su interior. La obra refleja parte de la experiencia de Frida Kahlo, quien fue sometida a numerosas intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida.

Figura 5.3.2. Basbaumey ET AL, 2009: Procesamiento multidimensional del dolor, este implica la integración de señales nociceptivas con estructuras relacionadas con la percepción sensorial y respuesta emocional.

La palabra dolor es un sustantivo culturalmente invariable, pues es universal. Vayamos a Tailandia o Japón; vengan pacientes de aquí o de allá, una de las principales causas de la consulta, y quizás la más apremiante, es el dolor. Pero, ¿Cuál es su definición? “Una experiencia sensitiva y emocional asociada con, o que parecer ser similar a la asociada con, un daño tisular potencial” según la revisada definición de la Asociación Internacional

para el Estudio del Dolor (IASP) (2). Por tanto, es diferente a la clásica nocicepción (transducción de la señal) resultado de la despolarización de dos clases de fibras nerviosas: las amielínicas lentas y constantes de tipo C, encargadas del dolor crónico y prolongado, y las mielínicas rápidas de tipo A δ encargadas de la transmisión rápida y localizada del dolor (1,3). Entonces, puede existir un mecanismo biológico (nocicepción) pero sin percepción cognitiva (dolor). Además, interesadamente en las notas conceptuales de la IASP se añade: “la incapacidad para comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que un individuo experimente dolor”, en esta nota se hace entrever la natural característica subjetiva del dolor en los seres vivos y el paciente, concordante con los argumentos lógicos lingüísticos base de Wittgenstein, así como la definición de McCaffery (1979), donde nace la definición clínica moderna del dolor.

Las terminaciones nociceptivas viajan al asta posterior de la médula espinal, contactando con sus respectivas láminas de Rexed (I y II para las fibras C; I y V para las fibras A δ); de forma posterior, la neurona de segundo orden toma una vía ascendente y transmite la información a estructuras de procesamiento superiores, resaltando como estrella en cuanto a datos experimentales recolectados de la vía espinotalámica, encargada de su representación en la corteza somatosensorial; también la vía espinoparabraquial, que se encarga de llevar la información a la amígdala y la ínsula para su respuesta emocional y de apego al estímulo doloroso. También, está presente la espinorreticular, la cual está relacionada con la respuesta del Sistema

Nervioso Autónomo al dolor (1). Pero, no solo son tractos, también está presente el sistema monoaminérgico descendente para la regulación del dolor. Entre estas carreteras existe una estación de autoservicio, el grupo de neuronas medular rostro-ventral [RVM], el cual posee tres clases de células: on (que facilita las señales de dolor), off (inhibe las señales con su naturaleza GABAérgica) y las neutrales. La médula a lo largo del tiempo presenta “estados nociceptivos” que son establecidos por teorizados cambios temporales y estructurales en la *comunicación espino-supraespinal*. En experimentos medulares se observa que la administración de capsaicina, sustancia activadora del receptor TRPV1 y la misma presente en el picante, promueve una sincronización *temporal* entre RVM y el asta posterior de la médula espinal (4). El flujo de la información espino-supraespinal es una interrogante densa, pues a los 5 minutos de la estimulación nociceptiva se observa, mediante el modelado de la causalidad de Granger, que la información viaja ascendentemente para después ser un flujo descendente a los 45 minutos del dolor, con probable repercusión en los estados patológicos crónicos que nos muestran que el dolor es un tipo de memoria que puede ser reforzada o silenciada (*Ver figura 5.3.3.*)

Pero, ¿a qué van estos mecanismos si no podemos determinar objetivamente el dolor (como sí sucede con otros aspectos nosológicos medibles)? El punto es que, justamente eso, no podemos definir ni como médicos/médicas o individuos el dolor del otro. Únicamente poseemos aproximaciones a la experiencia orgánica, ya sea mediante lenguaje verbal, no verbal y las respuestas del organismo. Todo esto

recae en el problema de “la otra mente” y una cierta forma de solipsismo guiñando algunos rincones del problema. Si solo observo tu comportamiento, y mis observaciones son dependientes de mi propio estado mental, ¿Cómo puedo saber lo que pasa en tu mente u otras mentes si no estoy experimentando eso? ¿Cómo puedo afirmar que alguien que no sea yo siente dolor?

Wittgenstein argumenta:

Si tenemos que imaginar el dolor de alguien basado en nuestro propio modelo, no es algo fácil de hacer, porque tengo que imaginar un dolor que yo no siento en un modelo del dolor que de igual forma no siento (5).

Entonces, filosóficamente las deducciones son tajantes. Primero, la afirmación: “tengo dolor” o “*I am in pain*” son un error de tipo gramatical en el lenguaje mismo, porque le damos al dolor la cualidad de objeto en la oración. Siguiendo el análisis de Wittgenstein, imaginemos que todos tenemos una caja, y en esa caja tenemos un escarabajo, pero no podemos ver la caja de las demás personas, solo la nuestra (como sucede con la experiencia consciente). Si aprendemos por el lenguaje, que lo que hay en la caja se le nombra escarabajo, y a la caja de los demás también se dice que tienen un escarabajo (aunque no podamos verla), ¿Cómo sabemos que todos tenemos un escarabajo, o una mariposa o está vacía la caja? Esto demuestra lo imposible de un lenguaje individual para cada experiencia, entrando el concepto de “juegos de lenguaje”, y son juegos debido a que seguimos reglas implícitas y explícitas para

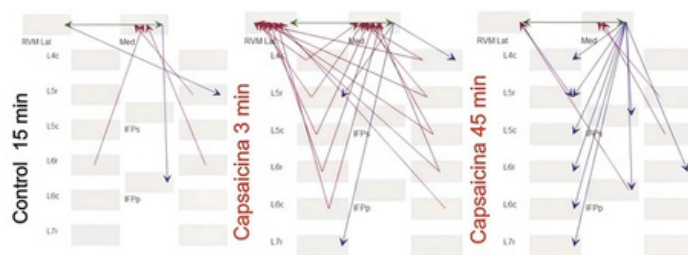


Figura 5.3.3. Tomado y adaptado de Donchev NP et al. [(2): Se observa un estado control en el minuto 15 del experimento en los niveles medulares de L4 o L7 de la médula espinal de un gato. Posteriormente a la administración del capsaicina en el minuto 3 hay un flujo de información ascendente, relacionado con los primeros instantes de procesamiento del dolor, para después observarse un flujo de información descendente al minuto 45, relacionado con la adaptación crónica del estado nociceptivo.

el uso de palabras como “dolor”, por tanto, dolor no es mi dolor, sino una herramienta de lenguaje que sólo cobra sentido en el contexto (si gritamos, lloramos, nos quejamos).

Aprendemos lo que significa “sentir dolor”, y eso mismo que aprendemos nos limita en nuestra forma de responder a esa experiencia. Resultando que la palabra dolor tiene una función social, más que una función descriptiva y personal.

Queda claro que es un incompleto error en el lenguaje referirse a lo individual de la experiencia que por sí misma es “inefable”. Lo importante es aclarar la función del lenguaje como un marco social para comunicar una experiencia construida (el dolor-objeto), para que, cuando se intente mirar de una forma cercana un contexto clínico o individual, se contemple en esa experiencia no solo el objeto del lenguaje (que exista el dolor solo si el paciente lo dice o lo expresa).

El dolor es una homeostasis emocional (6), que presenta factores psicofísicos y fisiológicos. Evitar un reduccionismo

lingüístico y práctico permite una empatía por el sufrimiento ajeno, así como una mejoría en la práctica clínica diaria.

No es un mecanismo, ni un juego de palabras: el dolor es una experiencia y debe de tratarse como tal, con respeto a quien lo está viviendo y con consciencia en quién lo está atendiendo.

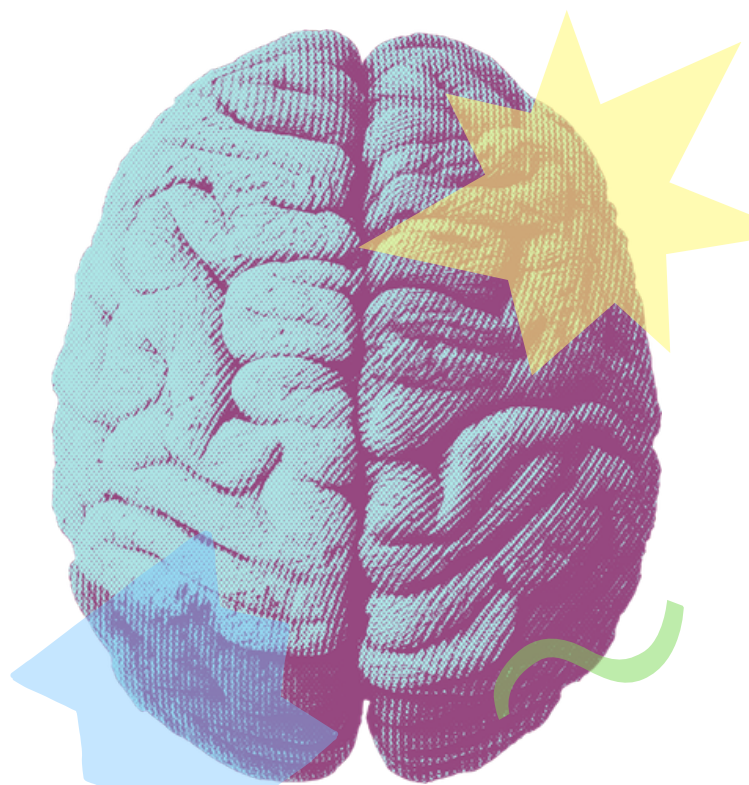
Pequeño epílogo: el dolor es solo definido por el paciente

A partir de lo anterior, se añade el análisis de McCaffery, definición clínica moderna del dolor: “El paciente es el único capacitado para poder definir qué es el dolor en cada situación (7)”. Ya se dijo que es imposible descartar la experiencia de dolor en el sujeto aunque haya ausencia de expresión verbal o no verbal. Inclusive, existen respuestas autonómicas de la frecuencia cardíaca que demuestran la existencia de un estímulo nociceptivo que puede ser percibido como dolor, aunque el paciente sea incapaz de decirlo, como por ejemplo, en una parálisis motora.

Concluyendo, el dolor no es solo una alarma que debe apagarse, pues su manejo constituye un análisis activo y emocional por parte del médico. Comprender los límites lingüísticos y fisiológicos de su estudio promueve una búsqueda de información actual en el lector, pues se evita caer en un reduccionismo estático del fenómeno, aproximándose a la realidad dinámica, social, lingüística y científica del mismo.

REFERENCIAS

1. Kandel ER, Koester JD, Mack SH, Siegelbaum SA. Principles of Neural Science. 6th ed. New York: McGraw Hill; 2021.
2. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy: Pain terms [Internet]. Washington, D.C.: IASP; 2020 [actualizado el 16 de julio de 2020; citado el 26 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
3. Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, Julius D. Cellular and Molecular Mechanisms of Pain. Cell. 2009;139(2):267-84. doi:10.1016/j.cell.2009.09.028
4. Donchev NP. La estimulación nociceptiva produce cambios no aleatorios (estructurados) en el tiempo y la dirección del flujo de información entre las neuronas del cuerno dorsal y los núcleos del tallo cerebral [Tesis de Maestría]. Ciudad de México: Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Unidad Zacatenco; 2018.
5. Wittgenstein L. Philosophical Investigations. Anscombe GEM, Rhees R, editores. Oxford: Blackwell; 1953.
6. Craig AD. A new view of pain as an homeostatic emotion. Trends Neurosci. 2003;26(2):303-7. doi:10.1016/S0166-2236(03)00123-1
7. McCaffery M. Nursing Management of the Patient with Pain. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1979.



“Y con dolor hemos vivido para comprender desde arriba o al revés, que el dolor del otro puede ser más fuerte que el propio.”

La investigación como escenario de formación: experiencia de una estancia en el INCMNSZ



Iker Santiago Colín Urquizú
AEMUAS
santiagourquizu@gmail.com

El proceso formativo médico contemporáneo va más allá de la adquisición de saberes clínicos y prácticos; demanda la consolidación de competencias en investigación, medicina basada en evidencia y pensamiento crítico. Ante esto, las estancias de investigación constituyen un valioso recurso para complementar la educación de pregrado, al otorgar a los futuros médicos la oportunidad de integrarse y colaborar con grupos de investigación consolidados, así como de ser partícipes en proyectos científicos de alto impacto. Estos programas no solo fortalecen las habilidades metodológicas, también facilitan el intercambio de ideas, trabajo en equipo y amplían el panorama del ejercicio profesional.

Situándonos en nuestro país, la exposición a la investigación durante el pregrado resulta heterogénea. Sí, esta es parte de los planes de estudios de las facultades de medicina; no obstante, las oportunidades para involucrarse de manera activa en proyectos son muy variables entre instituciones y, en gran parte de los casos, dependen de la iniciativa e interés del estudiante para aprovecharlas. Bajo este escenario, las movilidades en investigación ofrecen una vía que permite acercar a los estudiantes al método científico y entender el impacto de la generación constante de conocimiento en la atención sanitaria.

En este contexto, el pasado invierno tuve la oportunidad de realizar una estancia de investigación en el Departamento de Neurología y Psiquiatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), donde pude incorporarme a un grupo de investigación perteneciente a la clínica de disautonomía, dedicado al estudio de la amiloidosis hereditaria por transtiretina (hATTR).

Desde el inicio de la estadía, mis actividades estuvieron orientadas a estudiar los fundamentos científicos de esta enfermedad sistémica rara, pero que prevalece en nuestro país, y a comprender la metodología utilizada en la investigación clínica, permitiéndome comprender el proceso mediante el cual se ejecuta un protocolo de investigación en un instituto de alta especialidad.

Una de las primeras labores consistió en realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre la hATTR, con el objetivo de conocer los avances más actuales en su fisiopatología, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y alternativas terapéuticas. Asimismo, se incluyó la última cohorte publicada sobre la prevalencia de la hATTR en nuestro país. La información recopilada sería posteriormente organizada y presentada al equipo, ejercicio que

fortaleció mis habilidades para la búsqueda crítica, síntesis y comunicación de evidencia científica.

Además, esta no sería la única ocasión en que me asignaran esta labor a lo largo de mi estadía.

Conforme avanzó la estancia y ya me encontraba más familiarizado con esta patología y la manera en que se dirige la consulta médica tan específica para los pacientes que la presentan, pude participar más activamente en las labores relacionadas con los protocolos de investigación clínica, incluyendo la recopilación y organización de información en bases de datos y el llenado de los “Case Report Forms” de seguimiento de los participantes, lo cual me permitió profundizar en el conocimiento del proceso de documentación clínica y manejo de datos.

Sumado a ello, esta estancia me permitió conocer de cerca la dinámica científica y académica de un equipo multidisciplinario enfocado al estudio de enfermedades neurológicas poco frecuentes. La convivencia en el día a día con investigadores tan destacados y personal de salud favoreció un aprendizaje continuo que trascendió el ámbito metodológico (*Ver figura 5.4.1.*).

También durante ese periodo, desarrollé habilidades de aplicación e interpretación de estudios para fibra nerviosa delgada, empleados en la evaluación clínica de nuestros pacientes, como el “Sudoscan” y “Quantitative Sensory Testing” (QST), que valoran la función sudomotora y sensitiva,

respectivamente, así como la lectura de estudios de monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA), con el propósito de valorar una hipotensión ortostática en los pacientes, si era el caso.



Figura 5.4.1. Autoría propia: Equipo de investigación de la Clínica de Disautonomía INCMNSZ.

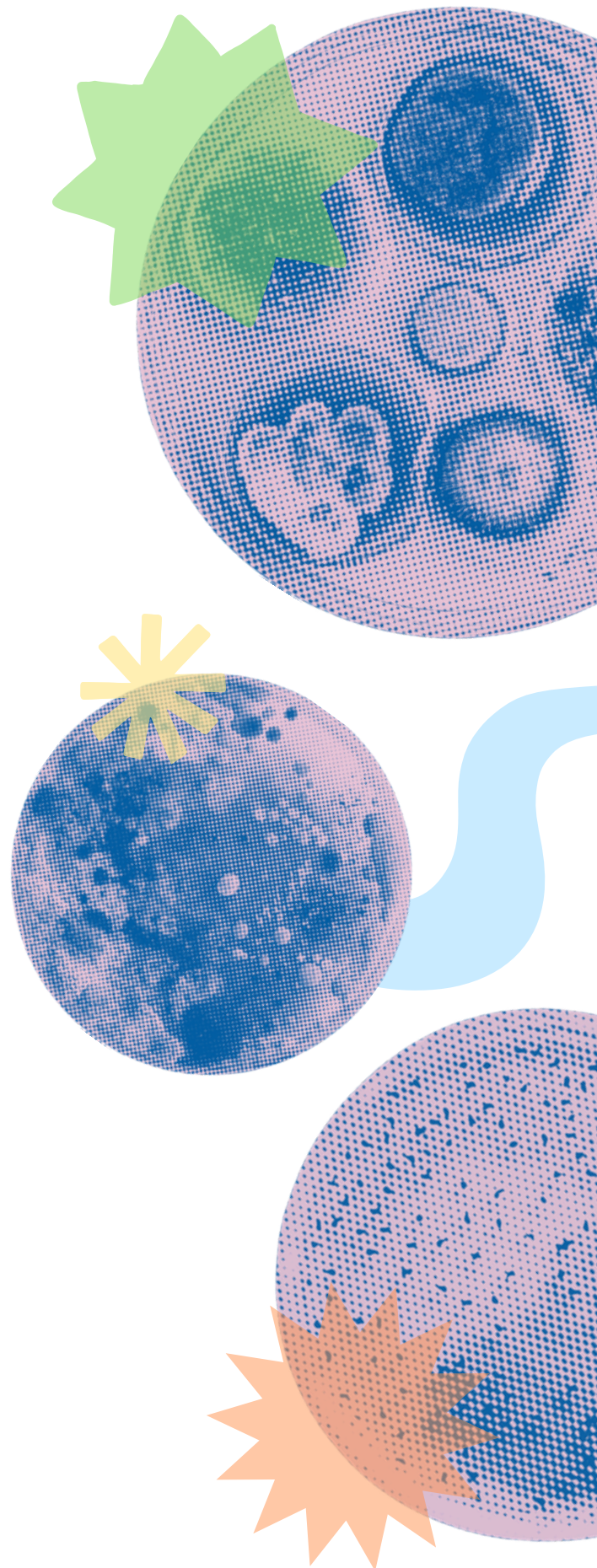
Así, estas actividades representaron un valioso complemento a mi participación principal, que favoreció la comprensión de la relación entre la investigación clínica y la práctica médica.

Más allá de los saberes teóricos y técnicos obtenidos, esta movilidad representó una valiosa oportunidad para visualizar el alcance y comprender el verdadero objetivo de la investigación clínica en la práctica médica contemporánea. Al ser parte de un equipo de investigadores de este instituto, ampliamente reconocido, pude apreciar el rigor metodológico, la colaboración multidisciplinaria y la gran responsabilidad que conlleva el trabajar con información clínica, datos personales y resultados en pro de la generación de evidencia científica de calidad (*Ver figura 5.4.2.*).

Como bien se mencionó al inicio, las estancias en investigación son una herramienta que perfectamente complementa la formación en el pregrado y, en el contexto actual, donde la generación del conocimiento es lo que dicta la evolución de la práctica médica, es esencial que el estudiante busque vivir estas oportunidades académicas. Esta experiencia en el INCMNSZ reafirmó la necesidad de integrar la investigación como parte de mi desarrollo académico; la medicina también se trata de involucrarse, contribuir y desarrollar avances en el conocimiento científico que mejore la atención en salud.

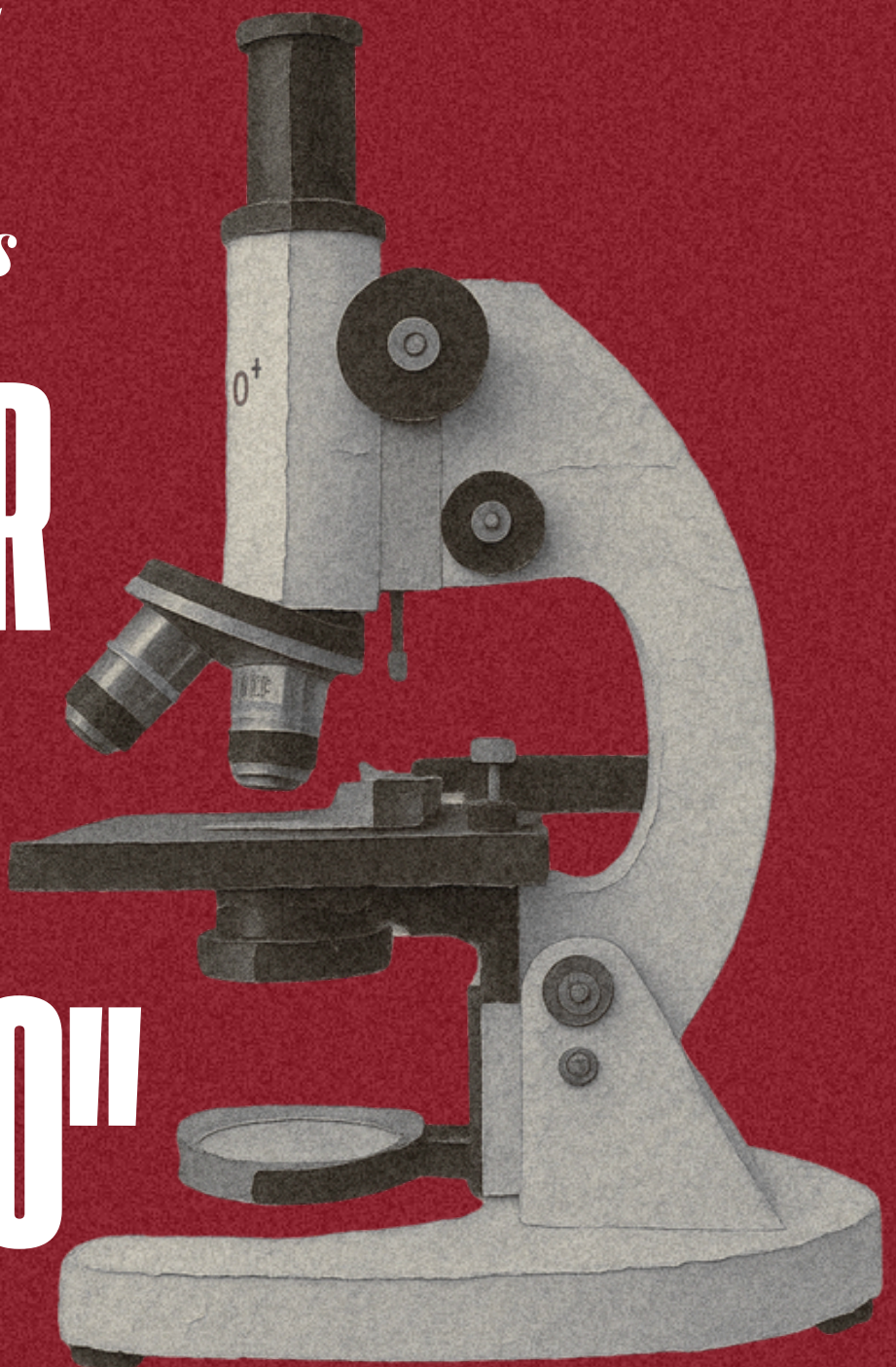


Figura 5.4.2. Autoría propia: Equipo de investigación de la Clínica de Disautonomía INCMNSZ.



*"Esa
oportunidad
para
investigar,
también lo es
para*

**CRECER
COMO
MÉDICO"**



La neurobiología del desapego: ¿puede la ferropenia influir en la responsabilidad afectiva?



**Abril Scarlett Calderón
Hernández**
SAESIC

ariscarlettch@gmail.com



**Yaretzi Donashi Jarquín
López**
SAESIC

lopezdonashi@gmail.com

Introducción

Al escuchar la frase “responsabilidad afectiva”, es común que pensemos en una persona en particular. En una época en la que las relaciones interpersonales ocupan un lugar central en la conversación pública, solemos explicar el comportamiento afectivo desde los valores, la personalidad, la ética o la educación emocional. Sin embargo, en este escrito nos gustaría abordar una pregunta distinta: ¿existe también un componente biológico detrás de nuestra capacidad para empatizar, regular nuestras emociones y construir vínculos saludables?

Clasificación de las anemias y relevancia de la ferropenia

La anemia se clasifica de acuerdo con el volumen corpuscular medio (VCM) en macrocítica, normocítica y microcítica. Las anemias macrocíticas, que suelen presentar un VCM mayor de 100 fL, se relacionan principalmente con la deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico. Las anemias normocíticas, asociadas con un VCM entre 80 y 100 fL, pueden observarse en enfermedades crónicas y en la insuficiencia renal, entre otras causas. Por último, las anemias microcíticas, caracterizadas por un VCM menor de 80 fL, incluyen principalmente a la anemia ferropénica (1).

Dentro de estos grupos, la anemia ferropénica representa un modelo de gran interés para la neurobiología, pues se considera un posible factor biológico relacionado con procesos cognitivos, emocionales y conductuales que podrían influir indirectamente en la responsabilidad afectiva.

¿Deficiencia de hierro o irresponsabilidad afectiva?

Lejos de reducir el amor a una simple reacción química o de justificar conductas dañinas, es importante reconocer que el cerebro necesita un delicado equilibrio de nutrientes para funcionar adecuadamente; entre ellos, el hierro. A lo largo de la historia de la medicina se han descrito múltiples funciones de este elemento. Además de participar en la síntesis de hemoglobina y mioglobina, proteínas encargadas del transporte y almacenamiento de oxígeno, también interviene en la producción de diversos neurotransmisores.

Es entonces cuando surge una pregunta: ¿podría una deficiencia de hierro influir, aunque sea de manera indirecta, en la forma en que nos relacionamos con los demás?

Aunque el hierro suele asociarse casi exclusivamente con la prevención de la

anemia y el transporte de oxígeno, su importancia trasciende estas funciones.

En el sistema nervioso, este micronutriente participa en procesos esenciales para el adecuado funcionamiento cerebral, como la producción de energía neuronal, la síntesis de neurotransmisores —entre ellos la dopamina, la serotonina y la noradrenalina— y, de manera especialmente importante, en la formación de mielina, estructura indispensable para la adecuada conducción de los impulsos nerviosos.

Diversas investigaciones han demostrado que la deficiencia de hierro puede afectar el funcionamiento cerebral. La disminución de este mineral altera la disponibilidad de neurotransmisores y otros mecanismos relacionados con la plasticidad neuronal, lo que, desde un punto de vista teórico, podría favorecer cambios en el estado de ánimo y aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos (2). Asimismo, se ha descrito que este déficit puede modificar el funcionamiento del hipocampo y del cuerpo estriado, regiones cerebrales involucradas en procesos como la memoria, el aprendizaje, la motivación y la regulación de las emociones (3).

Pero, volviendo a la pregunta inicial, ¿qué relación tiene todo esto con la responsabilidad afectiva?

Aunque la evidencia científica disponible no demuestra que la ferropenia provoque directamente una falta de responsabilidad afectiva, sí permite plantear una reflexión interesante. La responsabilidad afectiva implica habilidades como escuchar,

comunicarse con empatía, regular las propias emociones y asumir las consecuencias de nuestros actos.

Todas estas capacidades dependen, en gran medida, del adecuado funcionamiento de los circuitos cerebrales relacionados con el autocontrol y la regulación emocional.

Imaginemos la siguiente situación: sales con tu pareja, pero, a pesar de haber descansado, te sientes constantemente cansado, con poca energía y escasa capacidad para concentrarte. Tu pareja interpreta esa actitud como falta de interés o desatención. Sin embargo, ¿es realmente desinterés o podría existir un problema de salud subyacente, como una deficiencia de hierro? (4).

Este ejemplo no pretende justificar comportamientos que puedan afectar a otras personas, sino ilustrar cómo determinadas alteraciones biológicas pueden influir, al menos parcialmente, en nuestra forma de interactuar con quienes nos rodean.

Conclusión

La deficiencia de hierro tiene diversas consecuencias clínicas, entre las que destacan la anemia, la astenia, la fatiga, la disminución del rendimiento cognitivo y la irritabilidad. Por ello, vale la pena plantearnos la siguiente pregunta: ¿podría la ferropenia influir, aunque sea de manera indirecta, en la responsabilidad afectiva?

Como estudiantes de medicina solemos abordar la responsabilidad afectiva desde

la psicología, los valores, la personalidad, la ética o la educación emocional. Sin embargo, este tema también podría analizarse desde una perspectiva neurobiológica, considerando que algunas alteraciones nutricionales pueden modificar procesos cerebrales relacionados con la regulación emocional.

Comprender esta posible relación nos invita a ampliar nuestra visión sobre la salud humana. Cuidar la alimentación y prevenir las deficiencias nutricionales no solo favorece el bienestar físico, sino también el adecuado funcionamiento cerebral y la salud mental.

Esto no justifica conductas que dañen a los demás ni elimina la responsabilidad individual. No obstante, sí nos recuerda que el comportamiento humano es el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En este sentido, cuidar de nuestra salud física también representa una forma de cuidar nuestra salud mental.

REFERENCIAS

- 1.Wycik M, Kondratiuk G, Kruk A, Łupińska M, Stępień K, Kucińska J, et al. Iron Deficiency in Depressive Disorders: A Review of Mechanisms, Clinical Relevance, and Treatment Perspectives. *Quality In Sport* [Internet]. 12 de julio de 2025;43:62357. Disponible en: <https://doi.org/10.12775/qs.2025.43.62357>
- 2.Berthou C, Iliou JP, Barba D. Iron, neuro-bioavailability and depression. *eJHaem* [Internet]. 5 de diciembre de 2021;3(1):263-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jha2.321>
- 3.Shah HE, Bhawnani N, Ethirajulu A, Alkasabera A, Onyali CB, Anim-Koranteng C, et al. Iron Deficiency-Induced Changes in the Hippocampus, Corpus Striatum, and Monoamines Levels That Lead to Anxiety, Depression, Sleep Disorders, and Psychotic Disorders. *Cureus* [Internet]. 20 de septiembre de 2021;13(9):e18138. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.18138>
- 4.Jogu P, Kamran MT. Iron-deficiency anemia [Internet]. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026* [actualizado 2026 Feb 15; citado 2026 Jul 15]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448065/>



*“El amor
no está en
el corazón,
sino en el*





Gerardo Granillo Yañez
CAEM UAEH
gr422523@uaeh.edu.mx

Contrariando el aparentemente irrefutable conocimiento que ha llegado a definir los límites de la práctica médica, es necesario hacer ver que los principios que rigen a la medicina son humanos y, por ende, incluye a manifestaciones del espíritu humano como son el arte, la literatura y la historia. La búsqueda continua de estos saberes no es una trivialidad; es un catalizador neurocognitivo y, seguramente, una de las mayores defensas en contra del desgaste emocional que es tan común entre los médicos.

La paradoja del técnico y el humanista

Es natural que, como seres humanos, compartamos (al menos idealmente) la fascinación por descubrir la más profunda de las incógnitas: el funcionamiento del cosmos y, por ende, de la arquitectura biológica del hombre. En el caso de mis colegas y de quienes nos formamos en las aulas de las ciencias de la salud, nos enfrentamos a un entorno marcado por un pragmático reduccionismo que intenta encasillar la medicina en un dogma biomédico estricto. Parece querer perpetuar la noción de que el verdadero valor del médico radica exclusivamente en el dominio de algoritmos y semiología, dejando de lado la sensibilidad por considerarla, erróneamente, una desviación ineficiente del rigor académico (1).

Sin embargo, frente al prejuicio de que la dimensión artística entorpece la destreza o la eficacia del clínico, la evidencia empírica demuestra una realidad diametralmente opuesta. Lejos de ser un esfuerzo banal, la inmersión en la literatura, la música y las artes visuales se correlaciona de forma significativa con el florecimiento de virtudes fundamentales en el médico, tales como una mayor capacidad empática, templanza frente a la ambigüedad, agudeza en la autoevaluación emocional y fortaleza contra la extenuación profesional o *burnout* (2). La vivencia de la cultura no resta pragmatismo a la ciencia; por el contrario, humaniza la técnica y consolida la maestría de la praxis médica.

No es necesario un escrutinio riguroso para ver que el desempeño de los profesionales es de naturaleza errática; al final del día, no ejercemos una ciencia exacta y no existe una única respuesta. Frente a un mismo cuadro clínico, hay quienes ven solo una lista de síntomas y quienes logran descifrar la historia completa del paciente. Estas diferencias no se explican solamente por el número de horas en un simulacro, sino por la flexibilidad de la mente. La excelencia médica, esa que va más allá del simple oficio mecánico, se fortalece mediante el desarrollo integral de la identidad profesional, donde la reflexión y el contacto con las humanidades amplían la capacidad de análisis y respuesta humanística del clínico (3).

El efecto del arte en la mente clínica

La medicina es, en su esencia más pura, un ejercicio de observación e interpretación. La literatura y las artes visuales enseñan a mirar donde otros solo pasan la vista. Investigaciones en educación médica revelan que los estudiantes que participan en talleres estructurados de observación de obras de arte desarrollan una capacidad significativamente mayor para realizar observaciones visuales precisas, aumentando en un 38% la cantidad de detalles identificados en comparación con sus pares sin dicha capacitación. Esto se traduce directamente en una mejor capacidad para identificar un signo clínico anormal, una lesión dermatológica atípica o un detalle sutil en una radiografía (4).

De la misma manera, la literatura y la historia nos otorgan las herramientas de la hermenéutica, que es el arte de interpretar textos y contextos. La consulta médica nunca es un cuestionario de opción múltiple; es una historia fragmentada, a veces contradictoria, de la cual a veces el mismo paciente no está seguro. Un médico que ha caminado por las páginas de las obras literarias ejercita profundamente su Teoría de la Mente (ToM), perfeccionando su habilidad para inferir y comprender los estados emocionales y cognitivos de otros (5). Esto le permite leer entre líneas, descifrar detalles ocultos y comprender las complejidades narrativas del paciente.

El arte como refugio

Mirando la realidad desde la perspectiva de una salud colectiva, no podemos ignorar que los hospitales se han vuelto entornos hostiles.

El síndrome de desgaste profesional, habitualmente denominado con el anglicismo *burnout*, y la despersonalización erosionan silenciosamente la salud mental del personal de salud (6), mientras que la depresión, los síntomas depresivos y la ideación suicida afectan gravemente a los estudiantes y médicos en formación (7).

Es aquí donde la práctica artística deja de ser meramente recreativa para convertirse en una herramienta para la preservación del bienestar propio. Se ha observado que la creación artística visual representa un mecanismo modulador que reduce de forma cuantitativa y estadísticamente significativa las concentraciones de cortisol en adultos (8). Esto es especialmente relevante, ya que la gestión adecuada del estado emocional y de la carga cognitiva resulta determinante para la conservación de la memoria de trabajo y el rendimiento en la toma de decisiones clínicas (9).

Una medicina que no olvide ser humana

Los grandes nombres que construyeron la historia de nuestra profesión entendían que la ciencia y el arte son dos caras de la misma moneda. Santiago Ramón y Cajal no habría revolucionado la neurociencia sin su formación e intuición artística para la interpretación y representación gráfica del tejido cerebral (10); y Antón Chéjov no habría diseccionado el alma humana en sus cuentos sin su ojo de médico rural.

Al separarlos en la educación moderna, hemos empobrecido la formación de los futuros médicos, transformándolos en ejecutores de protocolos en lugar de pensadores críticos (11).

No se pretende saturar más la ya densa carga curricular, sino propiciar un catalizador para que el estudiante procese el sufrimiento cotidiano y consolide una identidad donde el rigor científico coexiste en perfecta armonía con la sensibilidad humana.

Conclusión

Lo escrito aquí resulta insuficiente para explicar la vastedad y la complejidad del ser humano. Pese a ello, podemos afirmar que la praxis médica alcanza su máximo potencial en el momento donde convergen la rigurosidad de la evidencia científica y la sutil calidez de la experiencia humana. Las manifestaciones artísticas y los saberes culturales no son solo datos curiosos, sino herramientas heurísticas vitales que expanden nuestros horizontes y salvaguardan la integridad del espíritu. Al converger en plataformas de difusión como esta revista, los médicos en formación somos capaces de expresar que no aspiramos a aislarnos del mundo, sino a conectar y dialogar con él y todo lo que lo comprende. Al final del día, para seguir creciendo como profesionales y como humanos, el secreto sigue siendo el mismo que nos movía en la infancia: mantener la avidez por el descubrimiento y nunca renunciar a la curiosidad.

REFERENCIAS

1. Ousager J, Johannessen H. Humanities in undergraduate medical education: a literature review. *Acad Med*. 2010 [citado 2026 jul 10];85(6):988-98. doi:10.1097/ACM.0b013e3181dd226b
2. Mangione S, Chakraborti C, Staltari G, Harrison R, Tunkel AR, Liou KT, et al. Medical students' exposure to the humanities correlates with positive personal qualities and reduced burnout: a multi-institutional U.S. survey. *J Gen Intern Med*. 2018 [citado 2026 jul 10];33(5):628-34. doi:10.1007/s11606-017-4275-8
3. Wald HS. Professional identity (trans)formation in medical education: reflection, relationship, resilience. *Acad Med*. 2015 [citado 2026 jul 10];90(6):701-6. doi:10.1097/ACM.0000000000000731
4. Naghshineh S, Hafler JP, Miller AR, Blanco MA, Lipsitz SR, Dubroff RP, et al. Formal art observation training improves medical students' visual diagnostic skills. *J Gen Intern Med*. 2008 [citado 2026 jul 12];23(7):991-7. doi:10.1007/s11606-008-0667-0
5. Kidd DC, Castano E. Reading literary fiction improves theory of mind. *Science*. 2013 [citado 2026 jul 12];342(6156):377-80. doi:10.1126/science.1239918
6. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Wang H, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. *Mayo Clin Proc*. 2022 [citado 2026 jul 12];97(3):491-506. doi:10.1016/j.mayocp.2021.11.021
7. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016 [citado 2026 jul 13];316(21):2214-36. doi:10.1001/jama.2016.17324
8. Kaimal G, Ray K, Muniz J. Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Ther (Alex)*. 2016 [citado 2026 jul 13];33(2):74-80. doi:10.1080/07421656.2016.1166832
9. Fraser K, Ma I, Teteris E, Baxter H, Wright B, McLaughlin K. Emotion, cognitive load and learning outcomes during simulation training. *Med Educ*. 2012 [citado 2026 jul 13];46(11):1055-62. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04355.x
10. Hunter D, DeFelipe J, Mehta AR, Conway BR. Art, intuition, and identity in Ramón y Cajal. *Neuroscientist*. 2025 [citado 2026 jul 14];31(2):125-40. doi:10.1177/10738584241234049
11. Meites E, Bein S, Shafer A. Researching medicine in context: the arts and humanities medical scholars program. *Med Humanit*. 2003 [citado 2026 jul 14];29(2):104-8. doi:10.1136/mh.29.2.104

**CREAR PARA
SENTIR,
EXPRESAR Y
SANAR**



SOMOS

SCONEXION



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.

La importancia de los Intercambios Nacionales



Luz María Astorga Velarde
AMFOMUAS
luzmaasvel@gmail.com

Querido lector:

Te preguntarán: **“¿Qué hace la Editora en Jefe de SoyAMMEF en esta sección?”**

Bueno, la respuesta es fácil: soy un camaleón.

Está bien, me descubriste. De forma literal no soy para nada ese animal, pero sí tengo la habilidad de estar en todas partes y camuflarme para poder adaptarme a diversas situaciones. Por lo tanto, con este preámbulo gracioso, hablemos ahora sí de la importancia de los intercambios. Así que, bienvenidos al mundo de las publicaciones médicas rodeadas de largos trayectos donde lo importante es... **“Aprender Viajando”** ¡Comencemos!

La palabra **“intercambio”** proviene del *latín*. Sus componentes léxicos son el prefijo latino *inter-* (entre) más *cambium* (cambio), por lo que, según el diccionario de la Real Academia Española, es la acción y efecto de intercambiar de manera recíproca (1,2). Remontémonos a la historia: desde el comienzo de la humanidad, los movimientos migratorios de las poblaciones posibilitaron el intercambio de conocimientos y, con ello, una de las innovaciones tecnológicas más importantes en la evolución humana: el fuego. La evidencia arqueológica de su uso se hace visible a partir de unos 400,000 años atrás, lo que estableció curiosamente la

existencia de un patrón espacio-temporal entre diversos grupos de homínidos de gran parte del Viejo Mundo, África y Eurasia occidental (3).

En México, los medios de intercambio en la época prehispánica y la colonia se basaron en diversos materiales y objetos que usaban para obtener cosas. Se incluían entre éstos: granos de cacao, mantas de algodón, cobre, animales, piedras preciosas, etcétera (4).

Trasladándolos a la medicina, los intercambios estudiantiles son programas educativos que permiten a los estudiantes de esta carrera cursar parte de su formación (rotaciones clínicas, preclínicas, de investigación, entre otras) en una institución de otro país o región, con el objetivo de ampliar su exposición a distintos sistemas de salud, poblaciones de pacientes y enfoques pedagógicos.

El Comité Permanente de Intercambios Nacionales (SCONE, por sus siglas en inglés: *Standing Committee on National Exchange*) es el encargado de vincular nacionalmente estudiantes que pertenecen a distintos Comités Locales de la asociación. Dentro de este, al igual que en otros comités y divisiones, existe una organización detrás del mismo que permite hacer accesibles los Intercambios Nacionales (5).

Como estudiantes, muchas veces nos intriga el realizar algún tipo de intercambio durante nuestro trayecto universitario. Se nos habla de experiencias, anécdotas y aprendizajes en las estancias donde otros compañeros han estado, y no podemos esperar para vivirlas. Un estudio cualitativo realizado en Japón a un total de 23 profesionales médicos que participaron en alguna práctica electiva internacional cuando eran estudiantes estableció que este tipo de experiencias promovieron cinco factores principales: transformación de la perspectiva, diseño de carrera, autodesarrollo, diversidad de valores y liderazgo. Se concluyó que realizar un intercambio les brindó oportunidades profesionales tanto como médicos como en sus propias identidades subyacentes (6).

La importancia de los Intercambios Nacionales radica en conocer el contexto de la salud en nuestro país y desarrollar habilidades profesionales, sociales, culturales y personales que nos permitan ejercer y practicar la medicina en México. Como médicos en formación tenemos la obligación de informarnos y aprender sobre ello, y no hay nada más asombroso que hacerlo de la mano de un intercambio que favorece recibir aprendizajes y aportar nuestra esencia. Porque sí, no solo se nos brindan herramientas para desarrollarnos en el ámbito de la carrera que hemos elegido, sino que también aportamos conocimientos que adquirimos a través de la educación, los valores, gustos y la cultura de nuestra propia identidad. Por lo que, si recuerdas como comencé este artículo, podrás descifrar que, efectivamente, un intercambio nacional es recibir y dar de manera recíproca tu

experiencia como médico en formación y ser humano. Conoces un nuevo lugar, te relacionas con personas diferentes, tienes un mentor en una estancia que te llama la atención, practicas la manera de dirigirte a un paciente, socializas con otros estudiantes de tu misma área y, sobre todo, fortaleces y afianzas lo que eres como persona.



Figura 6.1.1. Archivo Nacional de la XIX AN, Queretán, 2026: Equipo Nacional de SCONE (Purple Team) e integrantes de las sesiones permanentes.

Pero, ahora sí: **¿qué hace la Editora en Jefe de SoyAMMEF en esta sección?** La respuesta verdadera a esta pregunta es que me enamoré de los intercambios de una forma inherente, algo que no tenía ni idea de que sucedería, pero sucedió. Un día conocí la historia detrás de este grandioso comité y lo resiliente que ha sido a lo largo de los años; quedé intrigada y con ganas de involucrarme en él. Para mí, las mejores historias son las que se viven viajando, y mi viaje por AMMEF A.C., hizo que conociera a la persona indicada, en el momento indicado, para adentrarme en este proyecto. Tal vez en ese momento me sentía completa y para nada buscaba los intercambios, pero estos llegaron a mí sin esperarlos ni pedir nada a cambio, y eso

los hizo especiales. Así es como inician los verdaderos amores, las grandes anécdotas y sobre todo lo que se queda plasmado en el corazón para siempre (Ver figura 6.1.1.).

Nunca imaginé ese gran “*plot twist*” en mi vida, pero agradezco las oportunidades que se me han brindado durante este tiempo en los Intercambios Nacionales. Con el anhelo de conocer y aportar al comité, he llegado a estar en dos Equipos Nacionales en distintas gestiones y a fusionar lo que tanto amo: ser de bendición en este mundo y adquirir conocimientos en donde sea que esté, por lo que en realidad, ya he realizado un **verdadero intercambio** (Ver figura 6.1.2.).

Para concluir, quiero incentivar al lector a que, si tiene la fortuna de hacer un intercambio nacional, lo haga. Que encuentre en él el deseo de seguir formándose como profesional y ser humano, pero sobre todo la dicha de: **“Aprender Viajando”**.

REFERENCIAS

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española “Intercambio” [Internet]. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 2001 [citado el 8 de primavera de 2026]. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/intercambio>
2. Etimología de Chile. Radicación de la palabra INTERCAMBIO [Internet]. Etimología de Chile. 2026 [citado el 17 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://etimologias.dechile.net/?intercambio>
3. MacDonald K; Scherjon F; Van Veen E; Roebroeks W. El uso del fuego durante el Pleistoceno medio: la primera señal de difusión cultural generalizada en la evolución humana [Internet]. PNAS. 2021 [citado el 17 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1073/pnas.2101108118>
4. Berdan F. LOS MEDIOS DE INTERCAMBIO EN LA ÉPOCA PREHISPÁNICA Y LA COLONIA [Internet]. arqueología MEXICANA. 2023 [citado el 17 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://arqueologiamexicana.mx/mexico-antiguo/los-medios-de-intercambio-en-la-epoca-prehispanica-y-la-colonia>
5. Ibañez I; Jiménez J. Reglamento Interno [Internet]. Archivo Nacional AMMEF A.C. 2026 [citado el 17 de agosto de 2026]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/16hvpFZvfHrm4rGpcY0e2Mlve-PdqDWLB/view?usp=drive_link
6. Hayashi M; Son D; Nanishi K; Eto M. Contribución a largo plazo de las prácticas internacionales para estudiantes de medicina en la formación de la identidad profesional: un estudio cualitativo [Internet]. 2020 [citado el 17 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039944>



Figura 6.1.2. Autoría propia, 2026: Equipo Nacional de SCONE (Purple Team) y NONE de la gestión 2025-2026 en la XIX Asamblea Nacional, Queretán.



CREA
HISTORIAS,
aprende
viajando



SOMOS

SCOPEANS



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.

Del otro lado del intercambio: la historia que comienza antes de viajar



César Augusto Castro Sánchez

NEO IN

scopein@ammef.mx

Sabemos que existen momentos que marcan el inicio de historias. Para muchos estudiantes que buscan realizar un intercambio, esta historia comienza al recibir su carta de aceptación o enviar su carta de confirmación. Durante mucho tiempo pensé lo mismo; sin embargo, cuando escribes desde una experiencia internacional auténtica y conoces todo el trasfondo, entiendes que esa historia inicia mucho antes.

El primer acercamiento a este mundo ocurre muchas veces desde un puesto local o siendo apoyo de la propia mesa directiva. Es ahí donde aparecen los verdaderos retos: activar un programa cuando no existe precedente, consolidar acuerdos entre la universidad y el hospital, gestionar procesos y convencer a las personas de apostar por un proyecto cuyos resultados quizá disfrutarán otros estudiantes antes que nosotros.

Para muchos, el mayor desafío es coordinar todos los aspectos necesarios para cumplir con los estándares de calidad que representan los programas de nuestra asociación y federación. Para otros, lo son las interminables reuniones con las direcciones de la facultad, el seguimiento al hospital o institución interesada y la gestión administrativa; para algunos más, la mayor prueba es la constancia y la paciencia. Como persona que ha esperado, acompañado y observado este proceso, sé

que cuando finalmente llega su culminación resulta imposible contener la emoción: recibir a tus primeros incomings, enseñarles tu ciudad —que temporalmente también será la suya— y acompañarlos en todo lo posible.

Es una etapa que, sin duda, nos enseña que los intercambios no nacen de la noche a la mañana. Sabemos que detrás de cada plaza disponible existe una historia, horas de trabajo voluntario, planeación y personas convencidas de que abrir una oportunidad para alguien más también transforma a quienes la hacemos posible.

Una experiencia inolvidable rara vez depende solo de una institución o de las actividades que se organizan. En muchas ocasiones, son los pequeños gestos los que dejan una huella más profunda y duradera: recibir a un incoming en el aeropuerto bajo una lluvia intensa, compartir una comida típica o simplemente hacerle saber que no estará solo durante su estancia.

Las experiencias que construimos al convivir con uno o más incomings y compartir momentos con ellos cambian nuestra forma de entender el liderazgo. Servir también significa hacer posible que otros puedan concentrarse en aprender, crecer y disfrutar una experiencia que recuerden toda su vida. Nada te prepara completamente para lo que significa convertirte en intercambista internacional.

Hablando del otro lado de los intercambios, por primera vez soy yo quien llega a un hospital diferente, quien intenta comprender la dinámica de otro sistema de salud y quien debe adaptarse a una cultura distinta. Lo que durante tanto tiempo observé desde la organización hoy lo experimento desde una perspectiva completamente diferente.

Uno de los aspectos que más enriquecen estas experiencias es el aprendizaje clínico. He tenido la oportunidad de observar pacientes con enfermedades que hasta hace poco solo conocía a través de clases, libros o casos simulados durante la facultad. Encontrarme frente a situaciones reales ha cambiado mi manera de aprender medicina. Cada paciente representa una historia única, como siempre repetimos; pero comprender un contexto tan diferente al que estaba acostumbrado, su evolución y su tratamiento permite que el conocimiento deje de ser teórico para convertirse en una experiencia profundamente humana.

Este tipo de rotaciones también me ha enfrentado a otro reto que suele pasar desapercibido: comunicarse en un idioma distinto del propio o con el que normalmente uno se siente cómodo. En un entorno multicultural resulta indispensable participar, preguntar y compartir ideas. El miedo a equivocarse puede convertirse en un obstáculo, especialmente cuando se trata de la gramática; sin embargo, en la práctica nadie espera perfección. Lo que esperan es disposición para colaborar y construir una comunicación genuina. Como futuros médicos, también debemos desarrollar capacidades como la

adaptación, la escucha y la comunicación con personas provenientes de distintos contextos culturales.

Siendo NEO de AMMEF, existe una responsabilidad que me permite observar los intercambios desde otra dimensión. Ya no pienso únicamente en mi propia rotación, sino en cada estudiante que desea realizar una movilidad y mueve todo lo que está a su alcance para lograrlo.

Siempre he dicho que un intercambio representa mucho más que una estancia académica en otro lugar. Es un espacio para la cooperación, el liderazgo, la formación y el intercambio cultural. Mirando atrás, descubro que cada etapa de este recorrido fue necesaria para comprender la siguiente. Primero aprendes a construir oportunidades; después, acompañas a quienes las aprovechan; más tarde, asumes la responsabilidad de fortalecer esos programas para otros estudiantes o tienes la oportunidad de vivir en primera persona aquello que durante tanto tiempo ayudaste a hacer posible.

Quizá esa sea la enseñanza más valiosa que AMMEF e IFMSA me han dejado. No solo fortalecen nuestra formación médica; forman profesionales capaces de adaptarse, colaborar y aprender en cualquier parte del mundo. Nos enseñan que el conocimiento no conoce fronteras y que crecer también implica salir de nuestra zona de confort, aceptar la incomodidad y contribuir a que esa cadena de oportunidades continúe.

Actualmente sabemos que la medicina no se limita a los libros, así como la palabra

“intercambio” no significa únicamente viajar a otro país. Debemos cuestionar lo que creemos saber y descubrir las múltiples formas que existen de entender el mundo.

Hoy sé que nunca hubo un solo lado del intercambio. Existe el lado de quien construye oportunidades por primera vez, el de quien acompaña, el de quien coordina y el de quienes finalmente se atreven a vivir la experiencia. Haber transitado por cada uno de ellos me ha permitido comprender que el verdadero valor de los intercambios no radica únicamente en cruzar fronteras o sellar un pasaporte, sino en construir puentes entre personas, culturas y distintas maneras de ejercer la medicina.

Ese es, para mí, el verdadero significado de estar del otro lado del intercambio.



EXCHANGE

*the
world*



Viviendo y no sobreviviendo a mi primer intercambio



Blanca Marina Rodríguez Acosta

AEFMUAC

marina.enero11@gmail.com

Todos hemos escuchado de gente que se va de intercambio, vemos sus fotos y escuchamos sus experiencias, pero ¿qué pasa cuando nos atrevemos a vivir esta experiencia por primera vez? Este verano fue mi turno y lo considero una de las experiencias más enriquecedoras que se pueden tener en la carrera, más allá de lo académico. Implica dejar el país por un mes (o poco más), enfrentarse a un destino desconocido (a veces hasta un idioma distinto), organizar actividades y estar listo o no para muchas sorpresas. Y claro, lo desconocido da miedo, pero no hay nada mejor que construir esos momentos que en un año, cinco, diez o más se convertirán en nuestros recuerdos de estudiante.

El proceso previo a un intercambio es largo y complejo, pero no en el sentido que normalmente pensamos. Las ideas con las que más me encuentro en el día a día en mi escuela son "Yo no puedo hacer eso", "No sé qué se necesita", "Es algo que no es para mí", y todo esto se debe principalmente a un desconocimiento del proceso. Por ello, me gustaría mencionar algunos aspectos que, más que ser técnicos, encuentro genuinamente útiles para sobrellevar el proceso de intercambio de meses o incluso años. Todo empieza cuando un día nace en nuestra cabeza el "Me gustaría irme de intercambio". Después vienen todos los miedos e ideas negativas que te dicen que nunca lo vas a lograr o

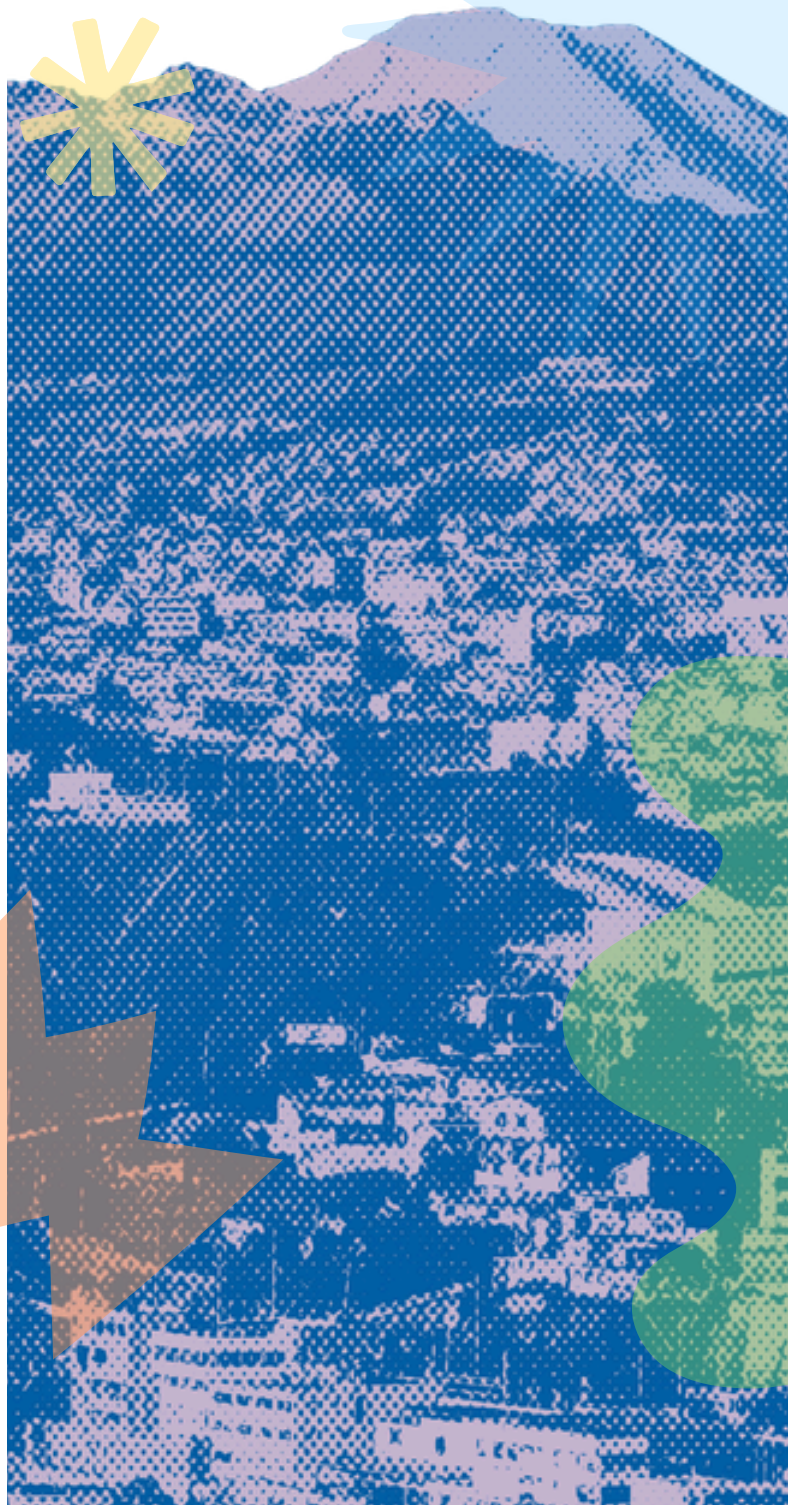
que no deberías siquiera intentarlo, pero ¿y si sí? No hay nada más bello que intentarlo, intentarlo siempre, no porque en el 100% de las ocasiones lo vayas a conseguir, sino porque puede que en un 1% de las veces lo consigas. Otro aspecto que escucho con frecuencia es la documentación: se piensa que se necesita juntar una cantidad imposible de documentos, pero la verdad es que, aunque de país a país puede cambiar, no es nada que no se pueda resolver. Luego vienen los largos meses de incertidumbre en los que no sabes a qué ciudad y hospital vas a ir, pero no es cuestión de preocuparse de más; esa carta de aceptación llegará, un poco más temprano o un poco más tarde, pero llegará. Y una vez que llega, el miedo no se va, y es normal, pero es importante no rendirse y estar orgulloso por haberlo conseguido; organizar un viaje puede ser estresante: pensar en qué lugares quieres visitar, cómo llegar a ellos, qué cosas llevar en la maleta y cómo serán las personas del hospital.

Pisar tu lugar de destino es uno de esos momentos que uno nunca olvida; es como ver a tu perro por primera vez cuando lo adoptas, o como probar esa receta que te gustará toda la vida: es un momento especial en el que uno puede pararse y decir "Lo he logrado, estoy aquí". Estar en Madrid fue una experiencia única; sus calles, su arquitectura, sus museos, su

cultura y, claramente, no podría faltar su tarta de queso. No hay nada más bonito que, viajando, encontrar ciudades que se sientan como un segundo hogar, donde puedes vivir una faceta de ti que no experimentarías en ningún otro lado. Esta ciudad es de las más caminables; sin embargo, caminar por las calles madrileñas no es solo acumular pasos en el día, sino llenar la mente y el corazón de pensamientos y recuerdos que se quedarán con nosotros para siempre.

El hospital fue un lugar magnífico donde conocí médicos excelentes y una forma de trabajar en la que siempre se incluye a todos, desde el estudiante más joven hasta el doctor con toda una vida en el hospital; verdaderamente me hicieron sentir en casa. Conocer a los pacientes y sus historias es una excelente oportunidad para aprender un poco de todo: datos médicos, formas de abordar ciertos temas, pautas para la anamnesis o exploración física, pero lo más importante es desarrollar empatía por quien está en una cama de hospital lejos de su casa y luchando por seguir adelante.

*Tu medicina
también puede
cruzar fronteras*



SOMOS

SCOPHIANS



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.



Alan Alejandro Gómez Estrada

CEMECH

alan.gomez85@unach.mx

"La medicina no es solo una ciencia; es un apostolado de caridad y un deber sagrado hacia quienes sufren", decía Matilde Montoya (1). El 24 de enero de 2026, se llevó a cabo una pequeña campaña sobre la prevención y la detección temprana del cáncer de mama en la localidad de "Cuauhtémoc", en la que se improvisó una clínica en uno de los recintos escolares. Esta brigada, que empezó con un objetivo claro y delimitado a una patología en concreto, terminó dando un giro de 180°, ya que pronto descubrimos en carne propia la realidad de la salud pública en nuestro país.

Aunque cumplimos las metas propuestas, que fueron reconocer a mujeres con factores de riesgo, realizar exploración mamaria autoguiada y promover la salud de las mujeres vulnerables, las necesidades de la comunidad reescribieron el curso de acción de nuestra labor.

Iniciamos como una jornada de tamizaje y detección oportuna del cáncer de mama, pero en cuestión de horas pasó a ser un proyecto de consulta externa, pues los pacientes vieron en esto una oportunidad para acceder a los servicios de salud a los que no pueden darse el lujo de recurrir cada vez que enferman. Fue así como tuve la oportunidad de adentrarme en el ejercicio de la práctica clínica. Fue en ese preciso instante cuando todos los conocimientos aprendidos en propedéutica cobraron sentido, porque es muy fácil

memorizar las maniobras y técnicas para presentar un examen, pero solo delante de un paciente se graban en la memoria y se asimila su importancia. Dejamos de ver casos oncológicos aislados y apareció ante nosotros un mosaico de enfermedades que aquejan a la población más indefensa. Como estudiante de medicina, por supuesto que fue una experiencia fascinante; sin embargo, aprendimos que no tratamos enfermedades, sino pacientes.

Muchas de las mujeres que acudieron a la consulta, preocupadas por el cáncer de mama, mencionaron haber mentido a sus esposos para que las dejaran ir, debido al estigma que aún persiste en las comunidades. Esto evidencia que el trabajo de detección temprana no solo se ve obstaculizado por la falta de programas y recursos, sino también por la propia población, que no acude al sector salud.

Recuerdo muy bien a una paciente de 55 años que acudió a consulta porque había presentado, en sus propias palabras, una "pelotita" entre la axila y su mama, que le causaba dolor; también mencionó que "salía un líquido blanco" de su pezón, que su piel se asemejaba a la de una naranja, y que sentía de vez en cuando un "calor que recorría su cuerpo". Al realizar la historia clínica de la paciente, notamos que tenía antecedentes directos de este cáncer, por lo que la clínica y la historia heredofamiliar reforzaron la sospecha. Parte de la ayuda que la campaña había logrado fue que una

empresa financiara las mastografías y el transporte de aquellas mujeres con mayor probabilidad de desarrollar este cáncer, por lo que la paciente fue candidata a dicha prueba.

Me pareció curioso que varias de las pacientes se hubieran sometido a una histerectomía y tuvieran claros los riesgos que ello conllevaba; sin embargo, no tenían a su alcance consultas con especialistas para dar seguimiento a su condición.

Llegado a este punto, los pacientes que estaban en la "sala de espera" ya no eran pacientes objetivo, y se planteó comunicarles que de momento no se estaban realizando consultas para el público en general. Al final, el doctor a cargo decidió ofrecer consultas gratuitas y enseñarnos lo que se requiere para el contacto con los pacientes.

Llegaron pacientes con diversas dolencias; algunos presentaban enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión y acudieron para dar seguimiento al control de sus valores. Otro caso interesante fue el de una mujer joven de 30 años que refería dolor al orinar, olor desagradable y presencia de sangre en la micción. Mencionó que ya había acudido al médico, pero que el tratamiento no había mejorado los síntomas. Por el contrario, aparecieron otros: refirió dolor en la zona lumbar que se irradiaba al abdomen. Fue ahí cuando pudimos pasar de la teoría a la práctica, ya que tuvimos la oportunidad de hacer exploración y aplicamos la maniobra de puño-percusión de Giordano.

Pero la consulta que marcó el día fue la de una niña de 8 años que ya había recibido el

diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) de nivel 1. La niña presentaba ciertos comportamientos en el consultorio: se mostraba incómoda en la interacción con el médico, mantenía comunicación exclusiva con las personas en quienes confiaba y parecía molesta con la luz y el aire acondicionado. Esto planteó un reto, pues parecía imposible comunicarse con la niña. La historia clínica tuvo que realizarse a través de la madre, tanto por su condición como por su edad (*Ver figura 8.1.1.*). Entre lo más destacable, narró que la niña no quería hablar con nadie, pese a su edad, y eso fue lo que la motivó a llevarla a un especialista. Era tanta su preocupación que incluso tuvo que cocinarle un loro, porque en el pueblo se decía que, si los niños comían uno, empezarían a hablar; según contó la madre, fue a partir de ese momento que la niña comenzó a comunicarse. Al cuestionarle por qué no había hablado antes, ella solo le respondió que no tenía nada que decir. Anécdotas como estas hacen que los médicos no solo tomen en cuenta los signos y síntomas, sino el ambiente social en el que se desarrolla



Figura 8.1.1. Autoría propia, 2026: Explicación a la paciente del procedimiento tomando de ejemplo a su madre, para generar confianza al proceso.

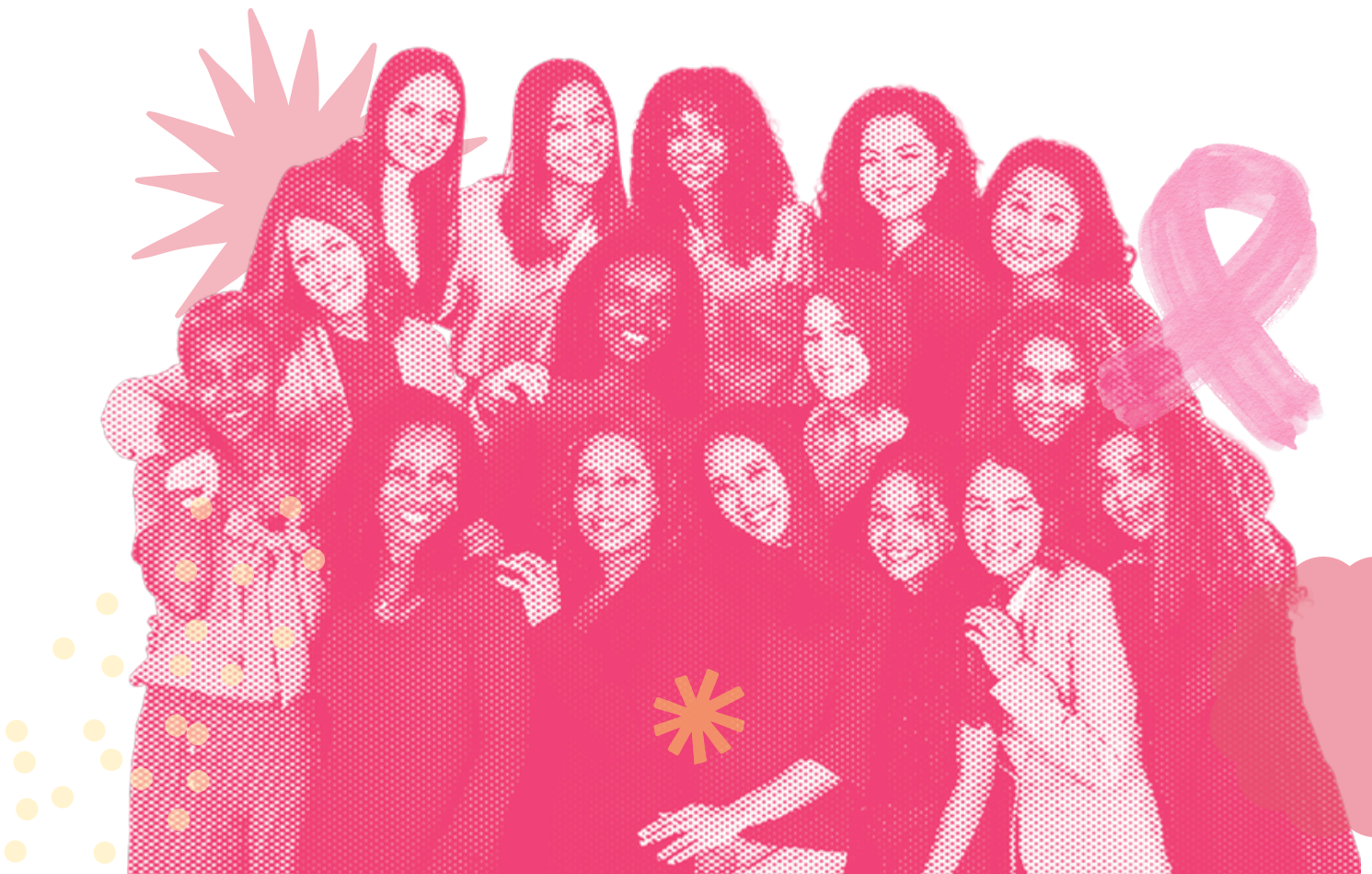
cada individuo.

Todo lo ocurrido en este viaje me hizo reflexionar sobre la gran cantidad de personas que requieren atención médica: niños que, como ella, necesitan ayuda especial para una formación adecuada, pero que por falta de infraestructura y apoyo ven afectado su desarrollo; adultos mayores que, por falta de apoyo, se niegan a acudir solos a consulta; y mujeres que viven situaciones de violencia frecuentes en la zona y no logran externar sus padecimientos por miedo a su pareja y al qué dirán.

Pero también me fui de ahí con más ganas de aprender y mejorar todo lo que pueda en la carrera y, así, un día, pueda devolver un poco de lo mucho que me ha dado estudiar medicina.

REFERENCIAS

1. Facebook. La medicina no es solo una ciencia; es un apostolado de caridad y un deber sagrado... [Imagen en Facebook]. Facebook; [s.f.] [citado el 24 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.facebook.com/100080381233774/posts/%EF%B8%8F-la-medicina-no-es-solo-una-ciencia-es-un-apostolado-de-caridad-y-un-deber-sagr/923752850314081/>



"LA MEDICINA
NO ES SOLO
UNA CIENCIA,



*es un apostolado
de caridad y un
deber sagrado
hacia quienes
sufren"*

-Matilde Montoya

PROMESA: Sin dudarle, después de la tormenta, viene la calma



Indira Natyhelli Terrazas Tovar
ASEMUACJ
vastyterrazas@gmail.com

Dicen que una PROMESA, es lo más valioso que podemos hacer por alguien más, es el comprometerse totalmente con alguien o con algo, y el día de hoy, como estudiante de medicina a punto de entrar al internado médico, lo puedo confirmar. Hay momentos en los que la medicina trasciende los libros, las aulas y los hospitales. Momentos en los que basta una mirada, una conversación o una mano tendida para recordar por qué decidimos dedicar nuestra vida al servicio de los demás.

El día en que entré a medicina, me hice la promesa a mi misma de que trataría de ayudar lo más que pudiera a las personas a través de mi profesión, sin embargo, nunca imaginé que ASEMUCJ y AMMEF, me darían la oportunidad de ayudar a mi segundo hogar, justo, realizando un PROMESA, palabra que hasta el día de hoy llevo en mi corazón (Ver figura 8.2.1.).



Figura 8.2.1. ASEMUCJ, 2026: Comité Organizador del 1er PROMESA, organizado por ASEMUCJ en la colonia Juárez, Casas Grandes, Chihuahua, 2026

Durante el mes de septiembre de 2025, Colonia Juárez, ubicada en el municipio de Casas Grandes, Chihuahua, enfrentó una de las contingencias más difíciles de los últimos años. El desbordamiento del río Piedras Verdes, ubicado en Colonia Juárez, provocó severas inundaciones que afectaron a decenas de familias, dañando viviendas, derribando árboles y dejando a muchas personas con la incertidumbre de haber perdido gran parte de su patrimonio. Ante la magnitud de los daños, Protección Civil declaró al municipio en estado de emergencia.

Para mí, esta tragedia tuvo un significado profundamente personal. Mi papá nació en Casas Grandes y gran parte de mi familia continúa viviendo ahí. Recibir videos enviados por mis tíos, en los que el agua invadía sus hogares y mostraba los estragos que había dejado a su paso, fue impactante. Escuchar a mi papá hablar con preocupación sobre vecinos, amigos y familias que habían perdido tanto me hizo comprender que un hogar es mucho más que cuatro paredes: es el lugar donde se construyen recuerdos, donde se encuentra la seguridad y donde habita una parte de nuestra historia.

Meses antes, dentro de mi comité local habíamos comenzado con las preparaciones para lo que sería nuestro primer PROMESA (Proyecto México Saludable) de ASEMUCJ. Yosmar Usla, Oficial Local de Salud Pública;

Nevárez, Vicepresidenta de Asuntos Externos; Mariana Villalobos fungiendo como tesorera; y yo, fungiendo como Secretaria General, habíamos puesto en marcha la preparación. (Ver imagen 8.2.2.) Sin embargo, al ver aquella comunidad afectada, decidimos cambiar de rumbo y apoyar a aquella comunidad que tanto Naxca, ella de igual forma nacida y con su familia en Casas Grandes, como yo, consideramos nuestro hogar.

Fueron meses de mucho trabajo, días en donde no sabíamos si lograríamos nuestro propósito, llevar un poco de alegría y bienestar a las personas que habían pasado por momentos difíciles, y encender la Salud Pública en nuestro hogar. Sin embargo, gracias a la disposición de brigadistas, médicos, enfermeros, psicólogos, y personas que se acercaron a donar medicamento, ropa y despensa, pudimos llevar esa PROMESA a la Colonia Juárez.

Durante el proyecto, habiéndose llevado a cabo los días 29 de noviembre al 1ero de diciembre, brindamos atención médica conformada por toma de signos vitales, vacunación, pruebas rápidas de VIH, consulta de medicina familiar, pediatría y de especialidad en angiología, así como atención psicológica, atención odontológica y atención nutricional, logrando recolectar alrededor de 3000 medicamentos, y atendiendo a alrededor de 150 personas. (Ver figura) Durante la brigada médica, fue muy impactante el escuchar “El agua nos llegaba a la mitad del cuerpo” y posteriormente ver salir lágrimas de los ojos. El haber podido brindar servicios de salud a esa comunidad fue algo que sin duda, me hizo hacerme la PROMESA, de siempre servir a los demás con amor.

PROMESA nos enseñó que la salud pública comienza cuando una comunidad decide cuidar de otra. Que cada acción solidaria, por pequeña que parezca, tiene el poder de transformar vidas. Y que, mientras existan personas dispuestas a servir con empatía, siempre habrá esperanza después de la tormenta. Las inundaciones dejaron una huella en Colonia Juárez; sin embargo, también evidenciaron la capacidad que tenemos para unirnos y reconstruir. En donde una vez más compruebo que la salud va más allá de la atención clínica: también se construye mediante la solidaridad, la educación y el compromiso con quienes más lo necesitan, y nunca olvidar que, después de la tormenta, siempre viene la calma (Ver figura 8.2.3.).



Figura 8.2.2. ASEMUCJ, 2026: Módulos de consulta general, para atención a la población afectada.



Figura 8.2.3. ASEMUCJ, 2026: Asistentes al PROMESA 2026

El rebote invisible: trastornos de la conducta alimentaria y el protocolo que debe volver a la consulta



Andser Fernanda Avilés Martínez

AEMUAS

andseraviles@gmail.com

Durante mi internado tuve varios casos de pacientes con desnutrición o alteraciones electrolíticas cuyo motivo de consulta inicial era gastritis o golpes de calor. Casos de anemias rechazadas en banco de sangre, que al interrogar tenían el mismo origen: su alimentación. Desde comidas chatarra, horarios irregulares, hasta ayunos autoinducidos de 16 horas (o más) sin nunca haber consultado al personal de salud, todo “investigado” por ellos mismos y vistos como una rutina de *fitness* o autocuidado normal. Estos casos son el reflejo de una problemática social desatendida, de un México donde uno de cada cincuenta adolescentes vive con riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), en la capital del país la estadística sube a casi 3 de cada 100 (1), según la fuente más representativa sobre el tema: la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022.

Actualmente se sigue hablando sobre los 20 mil casos anuales de anorexia y bulimia que reporta la Secretaría de Salud, pero la última vez que hicieron el conteo fue hace casi una década (2). Muestra del abandono institucional, esta desactualización estadística es solo uno de los muchos factores que contribuye a la persistencia de los TCA en México.

En Países Bajos, un estudio de cohorte con registros de atención primaria no encontró un aumento estadísticamente significativo en la incidencia de anorexia y bulimia

durante la pandemia (3). A diferencia del Reino Unido, en donde un estudio poblacional con registros hospitalarios encontró un aumento durante los dos años posteriores al inicio de la pandemia, consolidándose los TCA como la tercera causa de trastorno mental más frecuente entre adolescentes mujeres (4), mostrando la falla en la identificación temprana desde el primer contacto (5). Un patrón similar fue encontrado en Cataluña, España (6). Aunque a primera vista uno podría creer que estos estudios son contradictorios entre sí hay que recordar que estos estudios fueron concebidos de distintas maneras algunos se basan en información de primer nivel, mientras otros esperan hasta que el paciente esté hospitalizado. Además vale la pena recordar que la prevalencia e incidencia de los TCA dependen de factores socioculturales, los cuales varían a lo largo del mundo. Si la incidencia en atención primaria se mantiene plana mientras la hospitalaria sube, la interpretación más verídica no es que no haya más casos, sino que el primer nivel los está dejando pasar desapercibidos hasta que se vuelven una urgencia, o un diagnóstico secundario durante una hospitalización.

México no cuenta con un estudio de incidencia longitudinal, pero sí con muestras sobre las secuelas que dejó la pandemia. Sotomayor-Terán et al. encuestaron a 2,710 adolescentes de la Ciudad de México tras el final de la

cuarentena, encontraron que 34,4% presentaba síntomas de depresión, 47,2% de ansiedad, 10,6% mostraba conductas alimentarias de riesgo, y el otro 18,1% estaba en riesgo de desarrollarlas, con mayor probabilidad entre mujeres adolescentes con IMC elevado (7). No es un estudio de incidencia longitudinal como los europeos, es un corte transversal, una población única y no una comparación del antes y después, sin embargo llega a demostrar las consecuencias que dejó la pandemia, como ansiedad y depresión sin tratar, en el mismo grupo etario donde los TCA suelen debutar. Otro factor es el sesgo en varones, presente en el 1,2% contra a 2,0% en mujeres, según la misma Ensanut (1), debido a que suele expresarse diferente, menos restricción visible, más vigorexia y ejercicio compulsivo, un patrón que un médico no capacitado en nutrición puede pasar por alto. Tratar a cada paciente sin ese sesgo, sin dejar que los prejuicios cieguen el ojo clínico, es algo que se debe fomentar entre todos los médicos, ya formados o en formación.

A lo largo de mi internado, en un hospital de segundo nivel, la alimentación casi nunca aparecía en la historia clínica, más allá de una pregunta clasificada como buena, regular o mala (excepto en Pediatría, donde preguntar por la ingesta y los hábitos del paciente sí se consideraba necesario), dedicarle tiempo a esas preguntas se sentía casi como perderlo al no ser tomado en cuenta para el manejo del paciente, o su nota de ingreso. Esta falta de preocupación por una alimentación de calidad no se quedaba allí, también se extendía hacia los mismos médicos del hospital, para no solo nosotros internos, sino también incluso médicos de mayor jerarquía, desayunos de apenas unas

galletas por falta de tiempo, y cenas copiosas, después de no haber comido en todo el día (tratada más como recompensa que como una necesidad), eran parte del día a día en el hospital. Si el entorno donde nos formamos normaliza saltarse comidas y comer por urgencia en vez de por hambre, no sorprende que esto llegue a nublar nuestro juicio. Lo más desconcertante, no es la ausencia de una respuesta institucional, sino su invisibilidad y desvalorización. El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) tiene desde 2008, una guía de práctica clínica específica para la prevención y el diagnóstico oportuno de anorexia y bulimia nerviosas (8). México no necesita un nuevo protocolo de tamizaje. La cuestión es otra ¿Cuántos pasantes de servicio social, los primeros médicos en enfrentarse al camuflaje del trastorno como pérdidas de peso justificadas por el paciente, amenorrea secundaria o consultas repetitivas por "gastritis" atribuidas al tratamiento, conocen esta guía, o la han aplicado alguna vez en consulta?

El coordinador de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz declaró que el confinamiento por COVID-19 incrementó los trastornos alimentarios, porque las redes sociales facilitaron el acceso a información poco confiable sobre pérdida de peso, y estimó que hasta 25% de los adolescentes en el país presenta algún grado de TCA (9). Ya hay un reconocimiento del problema y un protocolo oficial para atenderlo desde el primer contacto, y aun así, el trastorno sigue llegando tarde, camuflado en síntomas que rara vez se integran como un síndrome.

Incorporar la guía del CENETEC a la capacitación formal de pasantes antes de iniciar el servicio social, como parte del protocolo de bienvenida igual que el soporte vital básico o la notificación epidemiológica. Debemos afrontarlo, como a muchos mi primer instinto frente a una paciente es esperar a que las señales sean claras antes de preguntar directamente sobre purgas o distorsión de la imagen corporal, por miedo a incomodar, en especial a adolescentes, pero ese mismo instinto, multiplicado por cada médico de primer contacto que piensa igual, es lo que sostiene el subdiagnóstico. Por eso se debe integrar de forma sistemática una herramienta breve y validada como el cuestionario SCOFF (10), que identifican casos probables de anorexia o bulimia con una sensibilidad de 84,6% y especificidad de 89,6% (11), en el interrogatorio habitual de todo adolescente, no solo en quien despierta sospecha, no añade más de un minuto a la consulta, y evita que ese minuto dependa del miedo a incomodar de quien pregunta. Es importante, tener claro qué sigue si el tamizaje resulta positivo. Se debe educar brevemente sobre alimentación con una referencia a psicología.

Terminó el internado y comienzo el servicio social, en el hospital aprendí a curar la enfermedad, pero en el servicio social debo aprender a educar y prevenir. Para este cambio es necesario no restar importancia a ningún síntoma ni dejar que los prejuicios afecten nuestro actuar. Si algo pretendo hacer llegar al pasante que lee esto en su primera semana, es el valor de la sospecha, de dar una pregunta de más, mirar al paciente y no solo a su motivo de consulta.

REFERENCIAS

1. Villalobos-Hernández A, Bojórquez-Chapela I, Hernández-Serrato MI, Unikel-Santoncini C. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Ensanut Continua 2022. Salud Pública de México. 2023;65:s96-101. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/14800>
2. Secretaría de Salud. Anorexia, un trastorno de la conducta alimentaria [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2017 [citado el 01 jul 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/29920>
3. Meier K, Van Hoeken D, Kager CCM, Van Eeden AE, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Incidence of Anorexia and Bulimia Nervosa in Dutch Primary Care. International Journal of Eating Disorders. 2025;58(6):1155-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.24431>
4. Trafford AM, Carr MJ, Ashcroft DM, Chew-Graham CA, Cockcroft E, Cybulski L, et al. Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the UK in the 2 years since onset of the COVID-19 pandemic: a population-based study. The Lancet Child & Adolescent Health. 2023;7(8):544-54. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(23\)00126-8](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(23)00126-8)
5. Ford T. Worrying post-pandemic trends in eating disorders and self-harm in adolescents. The Lancet Child & Adolescent Health. 2023;7(8):521-3. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(23\)00149-9](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(23)00149-9)
6. Raventós B, Abellan A, Pistillo A, Reyes C, Burn E, Duarte-Salles T. Impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders diagnoses among adolescents and young adults in Catalonia: A population-based cohort study. International Journal of Eating Disorders. 2022;56(1):225-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23848>
7. Vázquez CCR, Terán DGS, Lazarevich I, Tolentino RG, Alva GL, Meléndez JAB. Evaluation of depression, anxiety, risky eating behaviors, eating habits and physical activity after the COVID-19 pandemic among adolescents in Mexico City. Nutrición Hospitalaria. 2024;41(5):1052-61. Disponible en: <https://doi.org/10.20960/nh.05083>
8. Secretaría de Salud. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2008 [citado el 01 jul 2026]. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SSA-113-08. Disponible en: https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/ssa_113_08_eyr_0.pdf
9. Secretaría de Salud. Trastornos de la conducta alimentaria afectan a 25% de adolescentes [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2023 [citado el 02 jul 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-afectan-a-25-de-adolescentes>
10. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319(7223):1467-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
11. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. International Journal of Eating Disorders. 2009;43(4):344-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.20679>

*"Escucha al
paciente, te
está
diciendo*

An illustration on an orange background featuring a stethoscope, a digital thermometer showing 95, a glucose meter, and a bowl of fruit including a red bell pepper, green bell pepper, yellow and orange fruits, and small round fruits.

EL DIAGNÓSTICO"

-Sir William Osler.



Martha Lizeth Aguilar Solar
CEMECH
marthalizeth103@gmail.com

Hay algunos días en los que la facultad deja de ser ese lugar donde los estudiantes toman clases, donde hay exámenes, ese conjunto de salones llenos de estudiantes, hay días en que todo eso cambia de significado. Ese 15 de febrero fue uno de esos. En lugar de ver solo compañeros vestidos de blanco, ahora se escuchaban las conversaciones de compañeros, algunos vestidos de amarillo. Se veían por todos lados carteles y globos que les daban color a las paredes. Además de las decoraciones que animaban el lugar.

Desde muy temprano empezamos con las preparaciones de los pasillos, mis compañeros iban acomodando las mesas que se necesitaban una al lado de otra, cada grupo se encontraba preparando su stand, colocando manteles en las mesas, decorando con más globos amarillos, escarchas y cortinas metálicas, luego en las paredes se colgaban las infografías y los carteles con la información, algunos acomodaban los modelos anatómicos que habían preparado y sus actividades didácticas. Todo se había preparado con semanas de anticipación para que quedara listo para el gran día. No solo era una exposición cualquiera, detrás de cada cartel, de cada infografía, de cada folleto, teníamos ese deseo de compartir el mensaje con todas las personas y que pudieran tomar conciencia. Esta feria salió de una idea de un proyecto para el semestre, convirtiéndose en una experiencia colectiva para aprender del

tema y generar conciencia al coincidir con el Día Internacional del Cáncer Infantil.

El lazo amarillo estuvo presente en todos lados, en cada rincón de los pasillos de la facultad, para cada persona que estaba presente ahí, sin embargo, para nosotros no era un adorno si no que representaba esa fortaleza de todos esos niños y niñas que enfrentan esta enfermedad, que detrás de cada diagnóstico existe una historia de valentía que merece ser escuchada y representada (Ver figura 8.3.1.).



Figura 8.3.1. Autoría propia, 2026: Feria de la Salud | Facultad de Medicina Humana Dr. Manuel Velasco Suárez C-II.

Cada stand era diferente, algunos explicaban como tal la enfermedad; otros más didácticos, que explicaban características, signos de alarma; otros sobre los tratamientos; otros donde se hablaban y se desmentían los mitos que rodean al cáncer.

El color amarillo era el protagonista: ya sea en cada stand o en las distintas prendas que llevábamos, como blusas, pulseras, pañuelos, etc. Las personas se acercaban con curiosidad, con experiencias personales, hablábamos de todo lo que rodea a la enfermedad, algunos comentando sobre personas cercanas que tienen niños con la enfermedad, y todo el día, en esos pasillos, esos diálogos eran los que realmente queríamos transmitir, su verdadero propósito.

Como estudiantes de medicina, siempre medimos nuestros aprendizajes con los exámenes, las prácticas clínicas, pero, algunas actividades como esta, siempre nos recuerdan que, lo importante de la medicina no es solo curar y dar tratamiento, sino que el poder comunicar la información relevante y apoyar a las personas a entender todo. Organizar la feria nos mostró todo lo que conlleva detrás de estos proyectos, el coordinar los horarios, realizar los materiales, y lograr que todo estuviera listo para el gran día. Cada integrante aportó algo distinto y en conjunto el resultado fue una actividad construida para todos y con un valor especial. Cada persona que se detenía unos minutos en cualquier stand se iba con algún dato nuevo aprendido, con una reflexión o alguna razón para prestarle mucha más atención a la enfermedad.

Las actividades didácticas no faltaron: ruletas con preguntas, pequeños retos, trivias y hasta memoramas, y lo que más apoyaban, la recolección de botellas de plástico (Ver figura 8.3.2.) y tapitas para donarlos a una asociación importante del estado y poder costear los medicamentos de los niños del estado; la proyección de

una película que era abierta a cualquier público, además de los snacks brindados por nuestros compañeros de la carrera de gerontología.



Figura 8.3.2. Autoría propia, 2026: María Fernanda Peña, Camila Vázquez, AMANC Chiapas, Viviana Ruíz, Valeria Coutiño y Martha Aguilar en el recibimiento del cesto de recolección de plástico en la Facultad de Medicina Humana Dr. Manuel Velasco Suárez C-II.

Pero uno de los espacios que más llamaba la atención a todos fue el mural, donde todos podían dejar su huella con pintura amarilla y debajo de esta, un mensaje para los niños. Poco a poco empezaron a aparecer frases como “Eres más fuerte de lo que piensas”, “No estás solo”, “Eres un guerrero/a”, entre otras, que aunque quizás no llegaron a los pacientes, el escribirlos hizo que nos detuviéramos a pensar un poco sobre lo que esos niños viven cada día (Ver figura 8.3.3).

A medida que el día avanzaba, todo era movimiento.



Figura 8.3.3. Autoría propia, 2026: Mural sobre el Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer Infantil.

Estudiantes de otros semestres de medicina, de gerontología, docentes de ambas carreras, y el personal administrativo y directivo de la facultad se acercaban a ver y a conocer, recorrían todos los stands, algunos se detenían más tiempo que otros, pero la emoción de nosotros como organizadores disipaba ese cansancio al responder las preguntas cada uno. Quizá lo más valioso de la feria no fue la información compartida, sino que nos hizo reflexionar sobre lo que pasan los niños, demostrando lo valientes y fuertes que son. En varios momentos alrededor de los stands varias conversaciones espontáneas surgían entre todos. Los pasillos llenos de curiosidad. El Día Internacional de la Lucha Contra el Cáncer Infantil no solo invita a recordar a los pequeños que enfrentan esta enfermedad, sino a recordar la responsabilidad de nosotros como profesionales de la salud para educar y cuidar de la sociedad.

Ese día nos llevamos muchas experiencias y satisfacción. Al final, cuando la feria culminó y empezamos a recoger cada globo o cartel, nos invadió una sensación difícil

pues nos habíamos preparado con esmero, sin embargo, el interés de cada persona convirtió esa sensación en algo positivo, demostrándonos que nuestro arduo trabajo había sido valorado (*Figura 8.3.4.*).

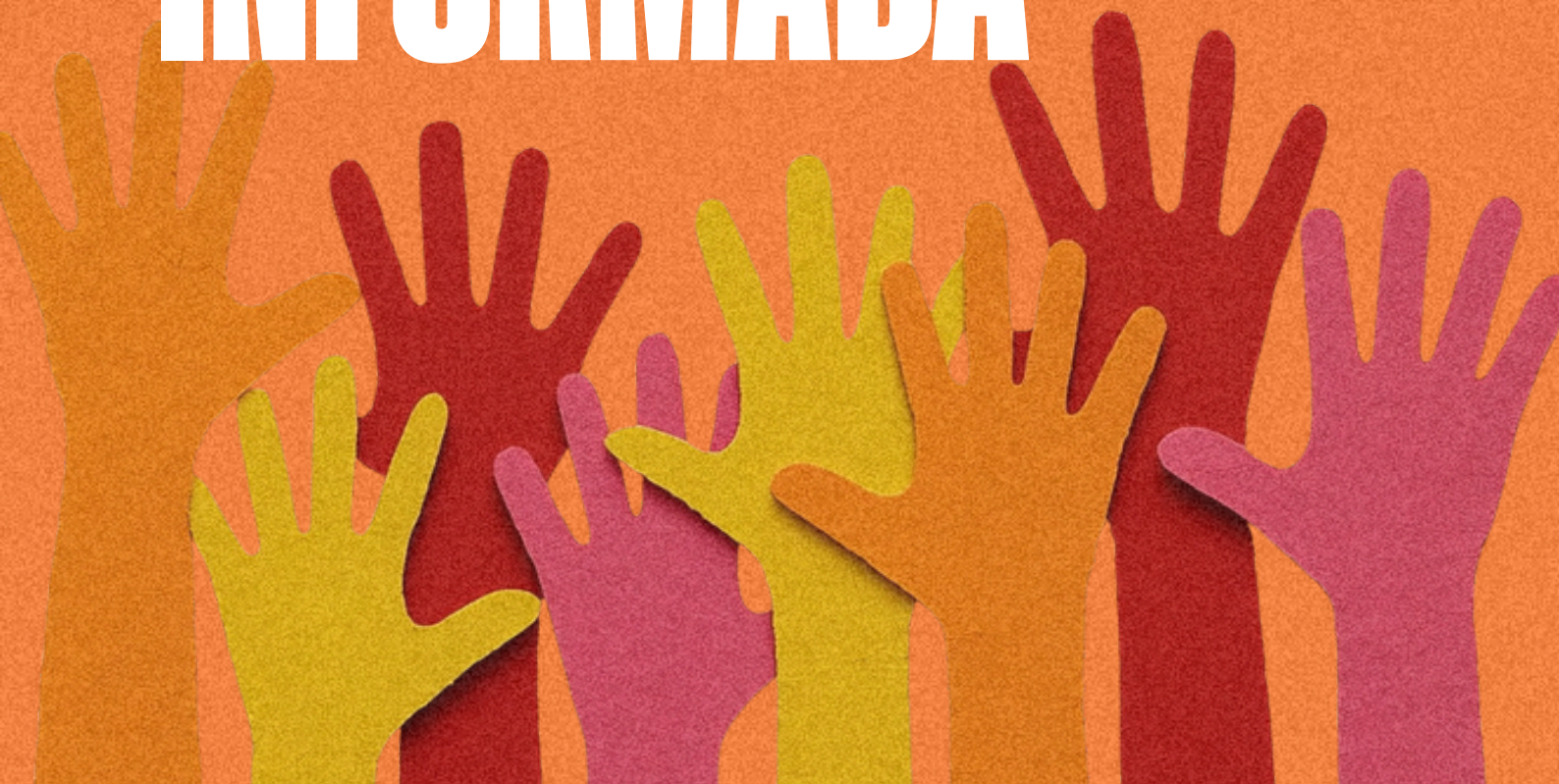


Figura 8.3.4. Autoría propia, 2026: Collage sobre el Día Internacional de la Lucha Contra el Cáncer Infantil.

Nos recordó que la medicina no solo es curar y tratar, sino que todo empieza en el momento en que te permites escuchar, informar y tender la mano a quien lo necesita, un pequeño granito de arena que puede ser un gran apoyo para alguien.

*"La
detección
oportuna
comienza
con una*

**COMUNIDAD
INFORMADA"**



Triada epidemiológica: huésped, agente ¿y el ambiente?



Andrea Lorenia Chávez Topete
SOCEN UNISON
andrealorenia@gmail.com

No es novedad hablar de cómo el ser humano interactúa con el entorno que lo rodea, ya sea adaptándose a él o haciendo que el ambiente se adapte a nuestras necesidades. Con el paso del tiempo hemos aprovechado los recursos encontrados en los diferentes ecosistemas del planeta; esa obtención de insumos nos ha permitido formar viviendas, tener alimento y ser la causa o la cura para las enfermedades a las que nos hemos enfrentado. Estos avances se han ido refinando con el paso del tiempo. La tecnología y la ciencia han hecho parecer, ante los ojos del espectador, que existe una gran distancia entre el entorno natural y la comodidad de nuestros hogares, nuestros alimentos enlatados y nuestros medicamentos.

Esto ha provocado ciudades con pocas áreas verdes y/o con gran cantidad de contaminación ya sea de suelo, agua, aire, visual o auditiva que afecta a diversos sistemas de nuestro organismo; se resaltan problemas respiratorios como la rinitis alérgica, afecciones cutáneas y, por último pero no menos importante, el estrés. Como aprendimos durante la pandemia, el medio en el que nos desarrollamos influye directamente en nuestro bienestar; por ello, disponer de cada vez menos áreas verdes limpias y seguras resulta sumamente negativo para nuestro estado físico y mental (1,2).

Por otro lado, muchas publicaciones en Instagram u otras redes sociales sugieren de forma aspiracional que mantener una habitación ordenada es indicio de una mente tranquila. Entonces, ¿una ciudad contaminada da indicio de una sociedad quebrada? O dicho de otro modo, ¿una ciudad limpia es sinónimo de una comunidad sin conflictos? Hasta el momento, estas ideas nos invitan a analizar un poco más nuestra salud y a observar los diferentes aspectos del medio que nos rodea, ya sea físico o digital, dado que la contaminación ha abarcado ambos espacios. Es sabido que el uso de redes sociales representa un factor de estrés, mayormente si se usan para mostrarse, hacerse conocido y ganar notoriedad, más que para interactuar con otros (3).

Diversas experiencias me han orientado a analizar cómo, por lo menos en mi comunidad, las personas interactuamos con el medio ambiente. Existen personas interesadas en marcar un cambio, hay quienes fingen ayudar, y de igual forma, se encuentran quienes ignoran el tema, ya sea por desinterés o por falta de acceso a la información adecuada. Para reconocer a estas personas no es necesario salir a la calle a explorar; basta con entrar a redes sociales para ver todo el progreso o retroceso que se tiene respecto a la relación de nuestra sociedad con el medio ambiente.

De forma general podemos observar teorías y hechos sobre el impacto de las grandes empresas, hasta tutoriales de cómo realizar productos caseros para disminuir nuestro impacto ambiental, pasando por críticas radicales hacia quienes se preocupan por cambiar las tendencias consumistas o hacia quienes las siguen sin cuestionar. Por lo anterior, no trato de polarizar bandos, sino de plantear que en temas tan relevantes para la sociedad son muchos los factores que intervienen. Aquí no hay blanco ni negro, ni respecto al ecologismo ni al consumo de redes sociales. No se trata de ser amigos o enemigos de estos elementos que ya forman parte de la salud humana; si bien se han convertido en grandes detonadores de problemas físicos y mentales, también pueden transformarse en herramientas valiosas para conectar con los demás y con nosotros mismos.

En la actualidad, México atraviesa por dinámicas mediáticas en contra de megaproyectos que afectan los ecosistemas, al tiempo que se evidencian cada vez más las consecuencias de la contaminación: la presencia de microplásticos hasta en la sopa, literalmente (4), la flora y fauna en peligro de extinción, y los cambios en la temperatura y en las estaciones del año. Con esto podemos ver que la semiología que estudiamos en nuestros pacientes también debe aplicarse a las señales de ayuda que el mundo nos está dando; de ahí la necesidad de atender estos problemas, cuya mayor solución es el trabajo colectivo dentro y fuera de nuestras casas.

Correr a cambiar todos nuestros plásticos por materiales ecológicos no debería ser la primera opción. No se trata solo de erradicar el uso de plásticos, sino de procurar no generar más daño y tomar conciencia de que todas nuestras acciones tienen un impacto, ya sea social, emocional al compartir un post en alguna red social, o ambiental. Si bien es cierto que las grandes industrias y el sistema económico en el que vivimos son los verdugos de arroyos, ríos y mares, la verdadera roca en el camino hacia una sostenibilidad real es no vivir con la nobleza suficiente para actuar con empatía y respeto hacia aquello y aquellos que nos rodean.

Quienes forman parte del personal de la salud conviven a diario con diferentes historias de vida: adultos mayores narrando historias de su juventud, a veces con opiniones con las cuales ya no nos identificamos, personas con dificultades económicas o quienes no se preocupan tanto por ello. Todos hemos tratado con diferentes pacientes, tal vez superando el número recomendado al día; en esos momentos, el único factor común fuimos nosotros. Un médico puede ver a 15 o 20 pacientes en una sola jornada, pero el paciente solo vio a un médico en todo su día.

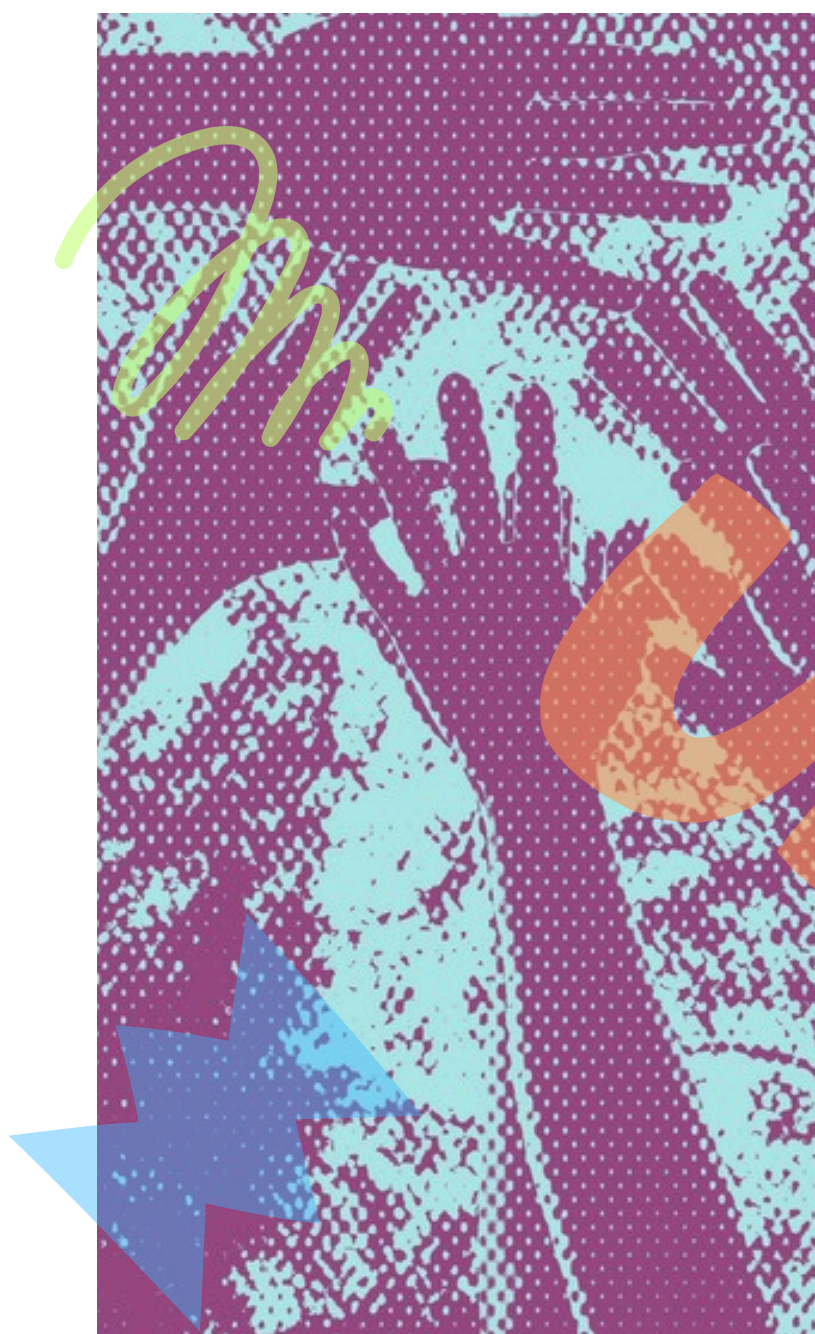
Tomar conciencia ecológica y promoverla no es labor del médico, ya es demasiada la carga que se posee como para tomar otro rol en la sociedad. Sin embargo, no es necesario ponernos la camiseta del ecologismo para preocuparnos y ocuparnos en cambiar por el bien de nuestro entorno. Basta con recordarle al paciente que caminar o andar en bicicleta para ir a lugares cercanos, en vez de tomar su carro,

le ayuda a realizar más actividad física, mejorar su ánimo y, al mismo tiempo, puede contribuir a disminuir su huella de carbono. Del mismo modo, sugerir la compra en el mercado local puede permitirle adquirir fruta fresca y de temporada con mayor aporte nutrimental, economizar en su despensa e incluso disminuir su impacto ecológico (eso sí, le suma el ir preparado con sus propias bolsas).

Como estudiante de medicina me es común aprender que muchos de los factores de riesgo para patologías altamente relevantes en la salud pública vienen del medio ambiente en el que nos desarrollamos y del estrés al que estamos expuestos. Por eso me pregunto: ¿por qué no contribuir activamente a esa mejora? Quizá el hecho de que solo yo deje de usar desechables o comparta buenas noticias en mis redes no haga que los centígrados bajen en el termómetro o que todos sean felices; pero ¿qué tal si, dentro del paradigma biopsicosocial que influye en mis tratamientos como médico, tomo en cuenta no solo lo que el ambiente le hace al ser humano, sino también lo que el humano le hace al ambiente? Cada quien apoyará con lo que pueda a la causa que elija; no se necesitan giros de 180 grados, solo algo a lo que estamos acostumbrados, ciencia basada en evidencias y beneficencia hacia nuestro presente y nuestro futuro.

REFERENCIAS

1. Moreno Trobo J. Efectos causados por la polución ambiental aérea sobre la piel [Internet]. Handle.net. 2020 [cited 2026 July 14]. Available from: <http://hdl.handle.net/11000/8065>
2. González-Díaz SN, De Lira-Quezada CE, Villarreal-González RV, Canseco-Villarreal JI. Contaminación ambiental y alergia. *Revista Alergia México*. 2022 Jan 8;69(Supl1):s24–30.
3. Lupano Perugini ML, Castro Solano A. Uso pasivo de redes sociales y malestar psicológico. El rol de la comparación social. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines* [Internet]. 2023 Mar 30 [cited 2026 July 14];40(2). Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v40n2/1668-7027-Interd-40-02-00558.pdf>
4. Farray Rodríguez P. Deposición de fibras antrópicas en la superficie de los alimentos. [Internet]. Riull.ull.es. 2024 [cited 2026 July 14]. Available from: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/39314>



*“El ambiente
no es
únicamente un
determinante
de enfermedad,
también es una*



**CONSECUENCIA
DE NUESTRAS
DECISIONES
COMO SOCIEDAD”**



SOMOS

SCORANGELS



SCORA
SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS, INCLUYENDO VIH Y SIDA

SOYAMMEF



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.

¿Cómo una infección de transmisión sexual puede llegar al cerebro?



Meredith Astrid Oviedo Pérez
ACEMJAL
mastridovp@gmail.com

“Lo importante es no dejar de hacerse preguntas. La curiosidad tiene su propia razón de existir.” — Albert Einstein

Siempre pensé que la sífilis era únicamente una infección de transmisión sexual; sin embargo, mientras investigaba sobre esta enfermedad, descubrí algo que jamás habría imaginado: la sífilis puede afectar el sistema nervioso central y provocar alteraciones neurológicas graves. Fue entonces cuando me hice una pregunta: ¿Cómo una infección de transmisión sexual puede llegar al cerebro?

Mi sorpresa fue aún mayor al descubrir que esta enfermedad continúa representando un importante problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2022 se estimaron alrededor de 8 millones de nuevos casos de sífilis en personas de entre 15 y 49 años en todo el mundo (1). Saber esto me hizo comprender que, aunque existe un tratamiento eficaz, la enfermedad continúa afectando a millones de personas.

Para responder mi pregunta, primero era necesario comprender qué es la sífilis. Se trata de una enfermedad infecciosa causada por *Treponema pallidum*, una bacteria perteneciente al grupo de las espiroquetas (2,5). Su característica forma helicoidal le permite desplazarse entre los tejidos y diseminarse por el organismo,

favoreciendo la invasión de distintos órganos.

Uno de los aspectos que más llamó mi atención fue descubrir que los síntomas iniciales pueden desaparecer por sí solos sin que la infección haya sido eliminada. Esto puede generar una falsa sensación de tranquilidad, ya que la bacteria permanece en el organismo y puede continuar avanzando silenciosamente durante meses o incluso años (2,5).

La enfermedad atraviesa distintas etapas. La sífilis primaria suele aparecer unas semanas después del contagio y se caracteriza por la presencia de un chancro, una úlcera indolora que desaparece incluso sin tratamiento. Posteriormente, durante la sífilis secundaria, pueden presentarse erupciones cutáneas, especialmente en las palmas de las manos y las plantas de los pies, además de otros síntomas generales. Después puede entrar en una fase latente, en la que la persona no presenta signos evidentes de enfermedad, aunque la bacteria continúa presente en el organismo (2).

Fue precisamente al leer sobre las complicaciones de la enfermedad cuando descubrí la neurosífilis, una condición de la que jamás había escuchado hablar y que cambió por completo la forma en la que veía esta enfermedad. Me costó creer que

una infección que siempre había asociado únicamente con la transmisión sexual pudiera llegar a afectar el sistema nervioso central.

La neurosífilis puede presentarse en cualquier etapa de la infección, aunque es más frecuente cuando la enfermedad no recibe tratamiento oportuno (3). Sus manifestaciones son muy variadas y pueden incluir meningitis sifilítica, alteraciones visuales y auditivas, problemas motores, deterioro cognitivo e incluso trastornos neuropsiquiátricos. En algunos casos también puede producir inflamación de los vasos sanguíneos cerebrales, aumentando el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (3,5).

El diagnóstico puede ser complejo, ya que muchos de sus síntomas son similares a los de otras enfermedades neurológicas. Por ello, además de realizar una historia clínica detallada y conocer los antecedentes del paciente, es necesario recurrir a pruebas serológicas y, cuando existe sospecha de afectación del sistema nervioso central, al análisis del líquido cefalorraquídeo obtenido mediante una punción lumbar (3).

Afortunadamente, la penicilina continúa siendo el tratamiento de elección para la sífilis y, en determinados casos, también puede emplearse ceftriaxona (2,3). No obstante, la existencia de un tratamiento eficaz no significa que la enfermedad haya dejado de representar un problema de salud pública.

El diagnóstico tardío, la falta de educación sexual, las dificultades para acceder oportu-

namente a los servicios de salud y el estigma que aún rodea a las infecciones de transmisión sexual favorecen que muchas personas retrasen la búsqueda de atención médica o eviten hablar abiertamente sobre sus síntomas y antecedentes sexuales (4,6). Como consecuencia, el diagnóstico se posterga, aumenta la transmisión de la enfermedad y disminuyen las oportunidades de iniciar un tratamiento oportuno.

Otro aspecto que me sorprendió fue descubrir que la sífilis congénita continúa representando un importante desafío sanitario. Cuando la infección no se detecta y trata durante el embarazo, puede transmitirse al feto y ocasionar aborto espontáneo, muerte fetal o graves complicaciones en el recién nacido (1,4). Esto demuestra que combatir esta enfermedad no depende únicamente de la disponibilidad de medicamentos, sino también de fortalecer la educación sexual, facilitar el acceso a los servicios de salud y promover el diagnóstico temprano.

Antes de investigar sobre este tema pensaba que la sífilis se limitaba a ser una infección de transmisión sexual. Hoy entiendo que detrás de una enfermedad aparentemente conocida pueden existir complicaciones capaces de cambiar por completo la vida de una persona. Descubrir la neurosífilis no solo amplió mis conocimientos, sino que también me recordó que la medicina exige mantener la curiosidad, cuestionar lo que creemos saber y continuar aprendiendo constantemente. Después de todo, basta una simple pregunta para descubrir un mundo completamente nuevo.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections: strategic information — Updated adult and congenital syphilis estimates, 2016 to 2022 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado 23 Jul 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/strategic-information>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Syphilis [Internet]. Atlanta: CDC; 2021 [citado 23 Jul 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis.htm>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Neurosyphilis, Ocular Syphilis, and Ootosyphilis [Internet]. Atlanta: CDC; 2021 [citado 23 Jul 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/neurosyphilis.htm>
4. World Health Organization. Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022–2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 23 Jul 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>.
5. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17073.
6. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. N Engl J Med. 2020;382(9):845–854.



*“¿Cuántas
cosas damos
por
sentadas
hasta que
descubrimos
que apenas*

**COMENZAMOS A
ENTENDERLAS?”**



¿Qué Significa Educar Cuando El Silencio Ya Enseñó Primero?



Ana Paola Arce Lujano
AMES XXI

anapaola.arlu@gmail.com

¿Qué significa educar cuando el silencio ya enseñó primero?

13 de febrero de 2026.

Imagínate conmigo detrás de una mesa con mantel rojo, condones, frases sobre sexualidad, un dildo, premios para una rifa, formularios y Vulvette, la mascota de SCORA.

En su momento lo sentí así. Mi única tarea era lograr que contestaran el formulario y repartir condones. Pero no me sentía cómoda. Tenía miedo al qué dirán. Sentía una máscara pesada de quien no sabe nada, pero se siente responsable de enseñar.

Al llegar con mis compañeros, los veía tan despreocupados y relajados que, sin saber cómo, me compartieron su buena disposición, y de un momento a otro ya estaba llevando tiras de condones a todos lados. No me importaba a quién se los daba. Me importaba que quien los recibiera aprendiera conmigo todo aquello que por mucho tiempo callamos.

No fue sencillo. Me causaba incertidumbre llegar a ofrecer condones y respuestas a personas que nunca había visto, pero después ese sentimiento se convirtió en una voz interna diciéndome: "tal vez no eres experta en esto, pero si Dalo con Amor llegó a tu vida, seguramente es por algo".

Al regresar a la mesa, me encontré con todo tipo de personas: desde quienes se pasaban de largo, hasta quienes seguían caminando pero con interés, y algunos que, cuando veían que se trataba de responder preguntas, desaparecían. Me pregunto si se iban por flojera, por miedo o por vergüenza.

Por supuesto, no todos eran así. Varias personas se quedaban, escuchaban, y ante todo, no dejaban que el tabú se interpusiera en su curiosidad.

El grupo de personas que me llamó la atención fue el de quienes ocultaban su interés con chistes. Muchas veces, llegaban grupos de estudiantes con el afán de comprobar quién era el o la mejor. Aunque no era experta, sentía una ola intensa de impotencia que me erizaba la piel. Pero eso no era todo. ¿Sabes qué era lo peor? Que, en su mayoría, eran estudiantes de medicina.

Ese día fue una montaña rusa de emociones. Pero también me permitió observar a mi comunidad universitaria. Ese día supe que "Dalo con Amor" no era solo repartir condones. Sin saberlo, estaba por descubrir que, a veces, el tabú es simplemente el silencio.

Retrocedamos un poco. Acompáñame a ver cómo era yo antes de SCORA. Como a la mayoría de nosotros, a mí también me daban "clases de sexualidad" en la escuela, y lo pongo en comillas porque no recuerdo

haber aprendido algo realmente.

Tal vez a ti también te tocaron esas actividades en primaria, secundaria o preparatoria, donde te daban papeletas para hacer preguntas anónimas o pláticas largas llenas de teoría.

¿De qué crees que sirve saber qué es un preservativo, si nunca te enseñan a usarlo correctamente? Hoy en día puedes investigar en todos lados cómo ponerlo, pero ¿Qué hacer si se rompe o si el empaque viene abierto? Existen miles de preguntas que no se resuelven únicamente viendo un video o preguntando a Google.

La sexualidad era algo que conocía, pero nunca fue un tema de conversación y, en consecuencia, sentía que no tenía derecho a hablar de ella.

Fue hasta que llegué a SCORA que descubrí el poder de nuestra sexualidad. Ahí encontré una familia y aprendí algo nuevo cada día. Aprendí que la sexualidad abarca diferentes ámbitos, no solo el sexo, el ciclo menstrual o los condones. Que debe ser disfrutable y no preocupante (porque sí, yo pensaba que con el primer contacto quedaría embarazada). También que las redes sociales influyen en cómo vivimos nuestra sexualidad. Y, sobre todo, me di cuenta de la falta de información, educación y libertad.

Aunque al inicio fue incómodo, yo pensaba: "O lo hago ahorita y voy conociéndome más, o dejo que el tabú crezca conmigo hasta que llegue alguien a preguntarme, y no sepa qué contestar".

Con el tiempo entendí que necesitamos más capacitación en estos temas.

Al final, lo que nos hace falta son lugares para preguntar sin miedo y hablar sin incomodidad. Tal vez por eso SCORA significa tanto para mí: porque me dio la libertad de hablar de libertad.

Llegó el momento de hablar de la rifa que mencioné, y puede que te impacten los premios. El tercer lugar ganó una caja de condones. El segundo, un vibrador con batería recargable. Y el primer lugar, un vibrador con control remoto.

Hoy te puedo decir esto con naturalidad, pero antes de la rifa yo era esa persona para la que un dildo era un tema tabú, ni siquiera sabía para qué servía. Creo que mi extrañeza no era por el objeto, sino por el juicio que me daría la sociedad.

Para promocionar la rifa tuvimos que subir alrededor de cuatro historias que hablaban de placer y juguetes sexuales. El primer día que tuve que publicarlas, tenía tanto miedo que pensaba en mil excusas para evitarlo, porque no solo las veían mis amigos, también mi familia y mis maestros.

Al decidir subirlas, puse mi teléfono en "No molestar" y lo aventé tan lejos como pude. Cuando creía que publicarlas era cavar mi tumba en redes sociales, no imaginaba lo que estaba por venir. Al día siguiente, abrí Instagram y sí, había respuestas. Emocionada pensaba: "Venderé muchos boletos". Pero estaba equivocada. Todas las respuestas coincidían en una misma idea: "¿Por qué estás subiendo esto, si tú no eres así?"

Qué cara crees que ponía llegando a mi casa, sabiendo que mis padres las habían visto. No tienes idea de lo abrumada que me sentía por los comentarios, las miradas

y la sonrisa que tenía que mantener cuando internamente solo quería desaparecer.

Varios días después, cuando quería borrarlo todo, entendí que hoy no sería la persona que soy si no hubiera vivido todo eso. Aunque esas ideas no han desaparecido completamente, todavía pienso en personas y digo: "esa persona seguramente las vio, ¿Qué pensará ahora de mí?"

Me tomó tiempo descubrir que esa experiencia era una invitación a madurar. Entendí que el problema nunca fue hablar de sexualidad. El problema era lo que la sociedad había aprendido a callar sobre ella.

Y si eso es cierto, ¿por qué crees que un vibrador nos incomoda más que un embarazo adolescente?

Viví tantas cosas con ese protocolo que no solo me hizo conocer una nueva versión de mí, sino que me permitió dar el primer paso para entender cómo quería que fueran mis metas en el futuro.

Pasé de evitar el tema a querer dedicar parte de mi vida a que otras personas no tengan que evitarlo. Y eso me motiva a seguir aprendiendo. Hoy hablar de aquello que otros aún no pueden nombrar es un privilegio y una responsabilidad para mí.

Quiero contarte una meta que tengo: dejar una huella en alguna persona. La medicina me enseñará a diagnosticar enfermedades. Pero SCORA me enseñó que un médico no solamente prescribe medicamentos. También habla de sexualidad; también responde preguntas incómodas;

también te acompaña.

Tal vez suene iluso, porque apenas terminé el primer año, pero estoy convencida de que quiero que mis pacientes sepan que pueden acercarse a mí sin vergüenza, y que, si no sabemos la respuesta, la podremos investigar juntos. Porque si yo como médica tengo pena por preguntar lo que no sé, ¿Cómo espero que mi paciente no la tenga?

"Dalo con Amor" no fue una actividad más. Fue el lugar donde yo, una estudiante que apenas comenzaba medicina, descubrí que quería ser una médica que no tuviera miedo de las conversaciones difíciles. Porque entendí que, muchas veces, cuidar empieza con una simple conversación.

Solo nos faltaba sentirnos libres de preguntar.

¿Por qué crees que nos enseñan a escondernos detrás de un papel para hacer una pregunta sobre nuestro propio cuerpo? Tal vez podrías pensar que esa es una solución, pero creo que también refleja el problema, porque termina reforzando la idea de vivir la sexualidad en silencio.

No digo que debamos enseñar a practicar la sexualidad antes. Creo que no necesitas haber vivido algo para reconocer su importancia. Eso fue lo que cambió en mí. Ahora sé que educar en sexualidad es educar para conocerse. Que la educación sexual empieza cuando abres un espacio seguro para alguien. Porque ¿Cuántas decisiones siguen tomándose por el miedo a preguntar? Dime, ¿Qué significa educar cuando el silencio ya enseñó primero?

*"El conocimiento
responde
preguntas; la
educación
primero le
enseña a alguien
que tiene*



**DERECHO A
HACERLAS"**

-Ana Paola Arce Lujano



Pedro Emmanuel Peraza Ucán
CEMUADY

emmanuelxc0202@gmail.com



Isaías Mercado Herrada
CEMUADY

mercadoherradaisaías@gmail.com

¿Dónde y cuándo empieza la vida? Desde una perspectiva biológica, el inicio lo situamos en la propia unidad celular. Sin embargo, este hito no se celebra ni se piensa fuera de un laboratorio. En cambio, sí se tiene presente el momento en que una madre se sabe embarazada, o cuando comparte la noticia, concibiendo igualmente esperanza.

No obstante, es el nacimiento el instante que queda grabado en la historia. Y no solo en la historia de quien nace, sino también en la de todas las personas a quienes les importa y les interesa su llegada. Y surge otro personaje, desempeñando un papel más o menos relevante según a quién se le pregunte: el médico. Aquel que lo recibe, evalúa, vigila, y también quien, en muchos casos, ya lo había acompañado meses antes de este momento. Cuando aún nadie lo conocía, él procuraba su vida. Difícilmente puede negarse que el primer rostro que una persona encuentra al llegar a este mundo es esta figura médica.

Recibir una vida representa, al mismo tiempo, el nacimiento de una nueva relación entre el médico y quien deposita su confianza en él. Conforme el tiempo transcurre, el paciente crece; cambian sus necesidades, sus dudas y sus inquietudes. Los primeros años, ese vínculo se construye a través de terceras personas, pues son los padres quienes acercan a sus hijos al consultorio.

Posteriormente, la relación evolucionará paralelamente para convertirse poco a poco en una interacción y encuentro entre dos personas. Ahora es la propia persona quien, junto al médico, resuelve sus inquietudes, toma decisiones y participa en el cuidado de su salud. Y así, aquel que recibió su vida un día, es ahora quien lo acompaña en su crecimiento y desarrollo.

Con el paso del tiempo, quien dependía por completo de otros comienza a asumir nuevos roles, que no solo transforman su vida, sino que influyen directamente en quienes lo rodean. De esta manera, la relación vuelve a cambiar; y aunque la dinámica sea diferente, esta permanece. Ahora el médico escucha y orienta. Su papel no consiste únicamente en prescribir una receta, sino en ayudar a que cada persona tome decisiones sobre sí misma y continúe construyendo su propia historia.

Porque la medicina no puede limitarse a la salud y a la enfermedad. El propósito del médico va mucho más allá, hasta donde el significado mismo de acompañar lo permite. Consiste en procurar que una persona conserve las capacidades necesarias para desarrollarse plenamente, que cuerpo y mente confluyan para lograr construir una vida con sentido.

El objetivo no es solamente tratar y prevenir enfermedades, sino que el paciente continúe su camino, que fortalezca sus relaciones y crezca en todos los ámbitos de su vida, porque este no es únicamente un diagnóstico o un resultado de laboratorio, sino un devenir de experiencias, proyectos, responsabilidades y personas.

Entonces, aquella alma que un día fue recibida al llegar a este mundo regresa años después para revivir la llegada de una nueva vida; esta vez no la suya. Nuevamente, la persona deposita su confianza en el médico, que no recibe únicamente un recién nacido, sino sueños, alegrías y un futuro con grandes expectativas. Son pocas las personas y profesiones que tienen el privilegio de contemplar y participar en la continuidad de este ciclo llamado vida.

Sin embargo, navegar por la existencia trae consigo momentos de tormenta; la enfermedad, incertidumbre y vulnerabilidad son inevitables. Y aquí, nuevamente ya no basta con vigilar el crecimiento, ahora el médico debe interpretar síntomas, establecer un diagnóstico y proponer tratamientos. También está en su humanidad acompañar decisiones que generan temor y angustia. Sobre sus hombros recae la responsabilidad de comunicar y explicar con empatía, de guiar al paciente y a su familia sobre los caminos a recorrer y los posibles desenlaces a afrontar.

En esos momentos, vemos con mayor claridad lo humano de la medicina. Detrás de cada paciente no existe solo un padecimiento, sino una persona que deposita en manos de otro su salud,

y muchas veces su mayor esperanza. Se requiere una admirable labor que no se limita a ofrecer soluciones, sino que también brinda serenidad ante la incertidumbre, honestidad ante la realidad y esperanza, aunque esto no siempre signifique curar.

Por lo que, a medida que la vida avanza, el galeno continúa encontrándose con el paciente bajo escenarios distintos, y es precisamente esa diferencia de situaciones la que revela la singularidad de esta profesión, que tiene el privilegio de acompañar una misma vida en muchas de sus etapas más significativas. La presencia del médico se encuentra estrechamente ligada tanto a los momentos de alegría como a aquellos que se ven marcados por la adversidad. Es precisamente esa capacidad de permanecer junto al ser humano, cualquiera que sea la circunstancia, donde radica la verdadera esencia de esta bella ciencia.

¿Y dónde y cuándo termina la vida? Así como su comienzo no puede entenderse únicamente desde lo biológico, tampoco su final puede reducirse al último latido. Son quienes permanecen junto a la persona los que otorgan el verdadero significado a ese último tramo del camino. Así como el médico estuvo presente en el momento en que una nueva vida abrió los ojos por primera vez, muchas veces también lo está cuando esos mismos ojos se disponen a cerrarse definitivamente. La muerte es el desenlace de toda existencia sobre este plano; sin embargo, incluso ahí, cuando la curación es imposible, permanece la posibilidad de aliviar el sufrimiento, preservar la dignidad y ser compañía del paciente y su familia.

Resulta inevitable, en estos momentos finales, volver al principio. Así como aquel primer rostro que una persona vio al llegar al mundo quedó fuera de su memoria, este último quizá también permanezca en el olvido. Sin embargo, entre ambos transcurrió toda una vida, en la que el médico apareció una y otra vez, y aunque este no es el protagonista, es una presencia constante en algunos de los capítulos más trascendentes de las personas. Y podemos hallar la verdadera grandeza de la medicina: el privilegio de recibir una vida cuando apenas comienza, acompañarla mientras crece y permanecer a su lado hasta su final. Y así, el médico que ya cuidaba de una vida incluso antes de que pudiera abrir los ojos, permanece junto a ella por breves momentos, hasta que finalmente llega el momento de cerrarlos.



*“El
privilegio
médico de
acompañar
LA VIDA”*



SOMOS

SCOREANS



SCORE
INTERCAMBIOS DE INVESTIGACIÓN

SOYAMMEF



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.

Más allá de la publicación: una nueva visión de los intercambios de investigación



**Iván A. D. Medrano
Robledo
NORE**

score@ammef.mx



**Grecia Betsabe
Talamantes Jimenez
ACEM UNISON**

betsabetalamantes@gmail.com



**Alan Casillas
Rodríguez
AEMA UCA**

casillasalan0316@gmail.com

Durante décadas, el éxito de la investigación científica ha sido evaluado mediante indicadores tradicionales como el número de publicaciones, el factor de impacto de las revistas o la cantidad de citas recibidas. Aunque estas métricas continúan siendo fundamentales para medir la producción científica, reflejan únicamente una parte del verdadero alcance del conocimiento generado.

En un contexto caracterizado por desafíos globales cada vez más complejos, como el cambio climático, las enfermedades infecciosas emergentes, la resistencia a los antimicrobianos o las crecientes desigualdades en salud, resulta necesario preguntarnos si publicar un artículo científico representa realmente el final del proceso de investigación o, por el contrario, el inicio de su impacto en la sociedad (1).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce que la ciencia, la innovación y la cooperación internacional constituyen herramientas esenciales para responder a estos desafíos. Más allá de generar nuevo conocimiento, la investigación debe contribuir a la formulación de políticas públicas, fortalecer los sistemas de salud, impulsar el desarrollo sostenible y mejorar la calidad de vida de las poblaciones (2). Bajo esta perspectiva, el verdadero valor de la ciencia no reside únicamente en producir

evidencia, sino en su capacidad para transformarla en acciones que generen beneficios tangibles para la sociedad.

Esta visión plantea nuevos retos para la formación de los futuros investigadores. En el ámbito de la educación médica, ya no basta con enseñar metodología o promover la publicación científica; es necesario formar profesionales capaces de comprender el impacto social de su trabajo, colaborar en equipos multidisciplinarios y responder a problemas de salud global. En este contexto surge una pregunta fundamental: ¿cómo podemos transformar la investigación estudiantil en una herramienta de cambio social?

Los intercambios internacionales son una estrategia educativa de alto valor al ofrecer a los estudiantes la oportunidad de integrarse temporalmente en grupos de investigación con diversos enfoques y contextos culturales. La evidencia demuestra que estas experiencias fortalecen las competencias científicas, estimulan el pensamiento crítico, favorecen el desarrollo de habilidades interculturales y promueven la colaboración internacional (4,5).

Sin embargo, incluso dentro de los intercambios de investigación persiste un desafío importante. Aunque estas estancias permiten desarrollar competencias

metodológicas y generar productos académicos, como carteles o manuscritos (6), el proceso formativo con frecuencia continúa centrándose en la producción científica como objetivo final. Muchos estudiantes concluyen su intercambio habiendo fortalecido sus habilidades como investigadores, pero con pocas oportunidades para reflexionar sobre el impacto que ese conocimiento puede generar una vez que abandona el laboratorio.

Con el propósito de reducir la distancia entre la generación de evidencia y las necesidades de la sociedad, la International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) impulsó el desarrollo de los Global Action Projects (GAPs). Esta modalidad dentro de los intercambios de investigación está diseñada para fortalecer la conexión entre la producción científica y el impacto social. Los GAPs se desarrollan a partir de proyectos de investigación cuya temática aborda una problemática prioritaria de salud pública, adaptada al contexto epidemiológico local (desde enfermedades infectocontagiosas y no transmisibles hasta salud ambiental o materno-infantil) (7).

A diferencia de las modalidades convencionales, los GAPs integran dos componentes inseparables: 1) Desarrollo del proyecto científico: El estudiante participa en el trabajo de laboratorio, revisión de literatura, recolección y análisis de datos, manteniendo intacto el rigor metodológico y generando los productos académicos tradicionales (carteles, reportes o manuscritos); y 2) Intervención comunitaria: El estudiante colabora en

actividades dirigidas a la comunidad para traducir el conocimiento científico en acciones concretas de promoción de la salud, educación o prevención. Como estándar indispensable de IFMSA, todos los GAPs deben incluir un mínimo de cinco días de trabajo de campo (7).

Este enfoque bivalente asegura que el estudiante no solo comprenda la metodología científica, sino también el contexto social, cultural y epidemiológico en el que dicho conocimiento será aplicado.

Los GAPs representan una evolución del concepto tradicional del intercambio de investigación. No buscan reemplazar la excelencia ni modificar la rigurosidad científica, sino ampliar la perspectiva del investigador para que comprenda que detrás de cada experimento, base de datos y publicación existen comunidades y sistemas de salud que pueden beneficiarse del conocimiento generado. En este sentido, el estudiante deja de ser un observador del proceso científico para convertirse en un actor capaz de identificar oportunidades donde la investigación se traduzca en acciones de impacto.

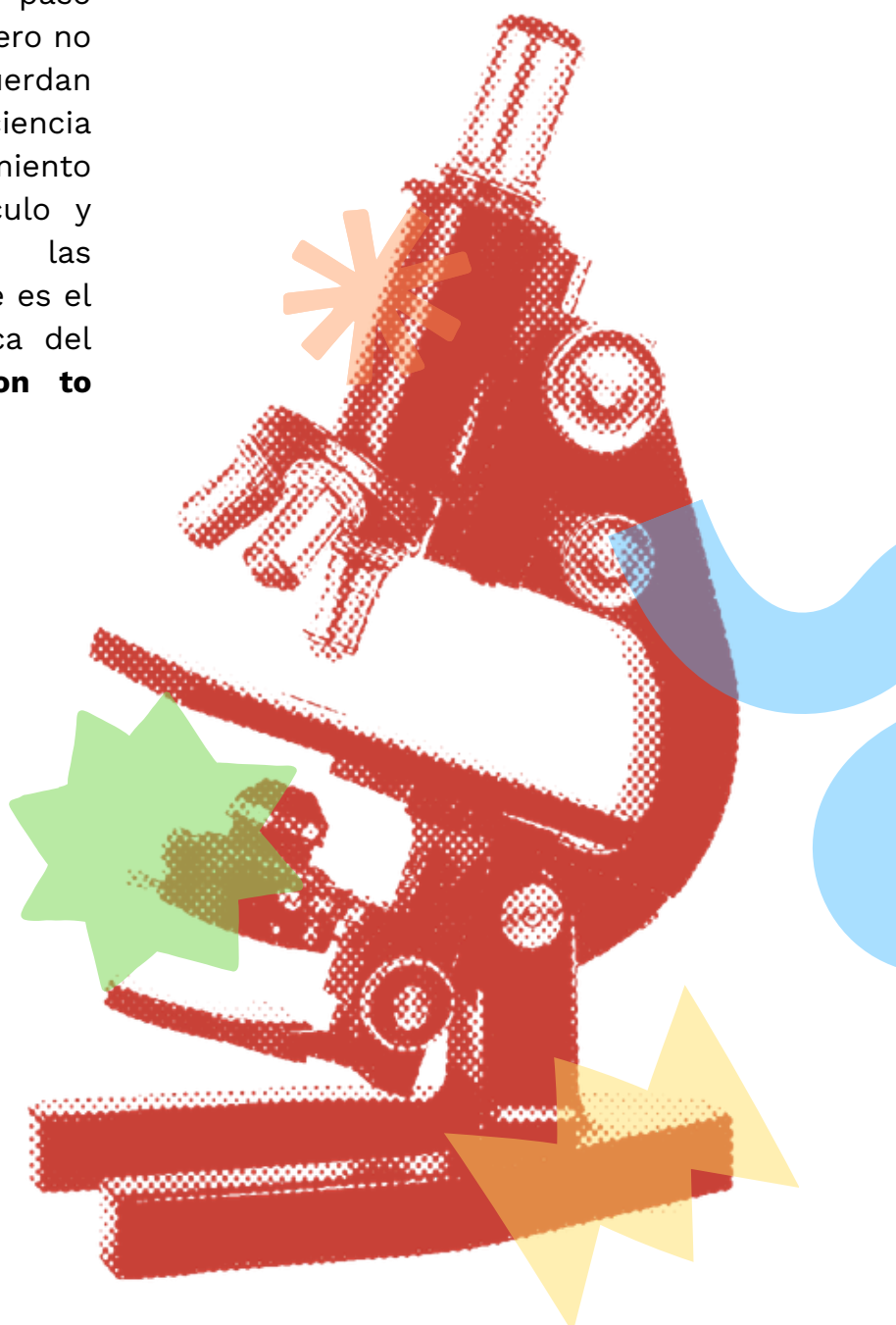
En lugar de limitarse a preguntar qué resultados obtendrá su investigación, los GAPs impulsan al estudiante a reflexionar sobre qué impacto puede generar ese conocimiento una vez que abandona el laboratorio. Es precisamente ahí donde la investigación deja de entenderse como un mero producto académico y comienza a concebirse como una herramienta para transformar realidades.

Como asociación, tenemos la oportunidad y la responsabilidad de demostrar que los intercambios de investigación no solo forman mejores científicos, sino también profesionales capaces de poner la ciencia al servicio de la sociedad.

El éxito de una investigación no debería medirse únicamente por la revista en la que se publica o el número de citas que recibe, sino por su capacidad para responder a problemas reales, orientar decisiones y mejorar la vida de las personas. Publicar seguirá siendo un paso fundamental del proceso científico, pero no su destino final. Los GAPs nos recuerdan que el verdadero potencial de la ciencia comienza cuando el conocimiento trasciende las páginas de un artículo y encuentra su camino hacia las comunidades y políticas públicas. Ese es el gran reto de la investigación médica del siglo XXI: avanzar **from publication to global action**.

REFERENCIAS

1. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015.
2. UNESCO. UNESCO Recommendation on Open Science. Paris: UNESCO; 2021.
3. World Health Organization. Global strategy on research for health. Geneva: WHO; 2012.
4. Amgad M, Tsui MMK, Liptrott SJ, Shash E. Medical student research: an integrated mixed-methods systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(6):e0127470. doi:10.1371/journal.pone.0127470.
5. Lumb A, Murdoch-Eaton D. Electives in undergraduate medical education: AMEE Guide No. 88. Med Teach. 2014;36(7):557-572. doi:10.3109/0142159X.2014.907887.
6. Drain PK, Primack A, Hunt DD, Fawzi WW, Holmes KK, Gardner P. Global health in medical education: a call for more training and opportunities. Acad Med. 2007;82(3):226-230.
7. International Federation of Medical Students' Associations. Global Action Projects Manual. Amsterdam: International Federation of Medical Students' Associations; 2021.



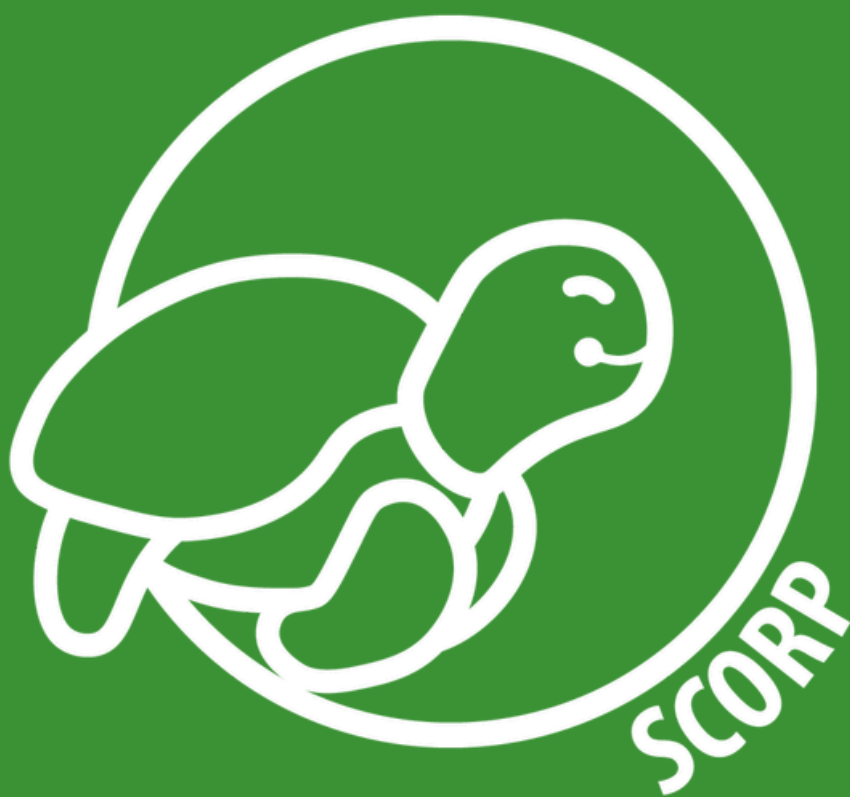
SEARCHING
FOR THE
EXTRA IN



*the
extraordinary*

SOMOS

TURTLES



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.

Isla basura: la actividad que me generó un cambio



Odalyzz Salas García
AMFOMUAS

odalyzzgarcia14@gmail.com

Isla Basura es un islote de dos hectáreas con manglares ubicado en el sur de Mazatlán, Sinaloa. Su nombre tiene origen en un proyecto con causa; por un lado, alberga un gran sistema de manglares; por el otro, recibe una gran cantidad de residuos industriales y turísticos que terminan en el islote. Un lugar que en su momento fue un paraíso, ahora está dominado por desechos generados por la población y arrastrados por la marea.

Limpieza de Isla Basura en conmemoración del Día Internacional de la Mujer

El 8 de marzo de 2026, decidí participar en la limpieza del islote, sin saber lo que me esperaba. Fue una actividad realizada por el proyecto “Isla Basura”, en la que participé desde mi comité local a través de SCORP (Comité Permanente de Derechos Humanos y Paz).



Figura 11.1.1. Autoría propia, 2026: Exterior de Isla basura: un sistema de manglar que es dominado así, debido a la acumulación de los desechos que provienen de la ciudad de Mazatlán, Sinaloa.

Fue toda una experiencia, desde llegar al embarcadero y subir a la lancha, hasta cruzar la bahía y llegar al sitio. Por fuera se veía hermoso, los manglares muy verdes y el mar alrededor (Ver figura 11.1.1.) ; sin embargo, al adentrarnos en la isla, había una gran cantidad de plásticos, corchos, bolsas y todo tipo de residuos. Nos recibieron las organizadoras muy amables y se recalcó que en esta actividad había más mujeres que hombres (el 75 % de la asistencia), algo muy significativo en el día conmemorativo, debido a que queremos ser parte del cambio y defender el derecho a un lugar digno y mares limpios (Ver figura 11.1.2.).



Figura 11.1.2. Autoría propia, 2026: Interior de Isla basura, lugar donde acaban todos los residuos del turismo y la industria.

Éramos una gran cantidad de voluntarios. Nos dividieron en equipos y, para hacerlo más dinámico, nos mencionaron que el equipo que recogiera más basura en kilogramos ganaría un rosario de plata. Me tocó el equipo rosa. Recuerdo que no conocía a nadie y comenzamos a presen-

tarnos. Un integrante propuso una estrategia para ganar: dividirnos en parejas y que cada pareja tomara solamente basura de una clasificación específica: corcho amarillo, corcho blanco y plástico PET, cada uno en diferente costal. Otra estrategia fue ir directo a la orilla del islote, ya que ahí llegaban mayores cantidades de basura y era más fácil recolectarla. Al llegar a la orilla quedé sorprendida: jamás me había percatado del volumen de objetos y residuos que terminaban en los manglares. Había de todo tipo, y llenábamos los costales muy rápido por todos los desechos. Algo muy triste para mí fue ver seis caparazones de caguama en el lugar, una tortuga marina cuya caza está completamente prohibida y que se utiliza para preparar de forma ilegal un platillo conocido como "caguamanta" (Ver figura 11.1.3.).

Después de dos horas de limpieza, terminó la actividad. Mi equipo ganó la dinámica, aunque no tuve la suerte de ganar el rosario de plata. En conjunto, esta actividad recolectó alrededor de 500 kilogramos de basura, destinados al sitio de reciclaje en la ciudad. Solo veía todos los costales enormes alrededor de la carpa de conteo y del sitio de hidratación (Ver figura 11.1.4.). Espero que le hayamos dado un pequeño respiro al manglar.



Figura 11.1.3. Autoría propia, 2026: Restos de caparazones de Caguamas, tortugas marinas cazadas ilegalmente.

Lo que Isla Basura me enseñó

Cuando estaba en la lancha abandonando el islote, me quedé viéndolo por unos segundos, ¡Qué lugar tan bonito!, pensé. El cielo azul contrastaba con los manglares y su mar.

Tuve un sentimiento de cambio: pude haber dado una pequeña acción, pero de eso se trata, de actuar de forma local con nuestros recursos; de no quedarnos sentados esperando a que alguien más lo haga.

Ese día retomé mi interés por el cuidado del medio ambiente, del cual me había distanciado hacía años. Me parece sorprendente cómo, desde mi carrera universitaria, también puedo actuar en otras áreas por el bien de la población. Ese 8 de marzo, le tomé cariño al Comité Permanente de Derechos Humanos y Paz: entendí el potencial que tiene y quiero ser parte de él.

Sin duda alguna, regresaré próximamente al lugar a seguir dejando mi granito de arena.



Figura 11.1.4. Autoría propia, 2026: Parte de la basura recolectada, encontramos botellas de plástico PET, corcho amarillo y blanco, bolsas de plástico, entre otros. Un trabajo colaborativo.

El día que las cajas volvieron vacías



Ana Paula Castro Luna

CEUMED

Anyu0347@gmail.com

Cajas llenas de sándwiches, agua, bebidas y algunas palomitas ocupaban el espacio de nuestros vehículos. Éramos cuatro estudiantes rumbo a una gasolinera ubicada en la salida noreste de Hermosillo, pero ninguno sabía con certeza qué encontraríamos al llegar. Entre el calor, los nervios y la incertidumbre, nos acompañaba una intención sencilla: compartir lo que habíamos reunido con personas en situación de vulnerabilidad. Ese viernes 13 de marzo de 2026 todavía no sabíamos que regresaríamos con las cajas vacías y con una manera distinta de comprender la ayuda.

La entrega formó parte de “Las penas con pan son menos”, un protocolo de SCORP, el Comité Permanente de Derechos Humanos y Paz. Su propósito es fomentar la empatía, la solidaridad y la responsabilidad social entre estudiantes de medicina mediante la entrega de alimentos y el acercamiento a personas que atraviesan momentos difíciles. En esta ocasión, adaptamos el propósito de la actividad a un lugar donde habíamos identificado una necesidad: una gasolinera cercana a la carretera, en la que se encontraban personas expuestas a condiciones de vulnerabilidad. Como Oficial Local de SCORP, me correspondió coordinar al equipo, reunir los recursos necesarios y planear el traslado hasta el lugar. Éramos solamente cuatro integrantes y todo lo que entregaríamos había sido recaudado por nuestro comité local.

Un día antes, parte del equipo preparó los sándwiches y organizó las cajas que llevaríamos a la gasolinera. Las tareas se distribuyeron procurando mantener la higiene y asegurar que los alimentos estuvieran listos para transportarse. Cada paquete reflejaba una parte del esfuerzo colectivo, desde la recaudación de los ingredientes hasta la preparación y el traslado en nuestros propios vehículos. Nuestra principal preocupación era que alcanzaran para el mayor número posible de personas; en ese momento, todavía no imaginábamos el significado que adquirirían al día siguiente (Ver figura 11.2.1).



Figura 11.2.1. Autoría propia; Alimentos y bebidas recaudados y preparados por integrantes de SCORP) para su entrega a personas en situación de vulnerabilidad en la salida noreste de Hermosillo, Sonora.

Conforme nos acercábamos a la gasolinera, comenzaron a aparecer los nervios. No sabíamos cómo reaccionarían las personas ni si aceptarían lo que llevábamos. También sentíamos cierta preocupación por nuestra seguridad, pues era un entorno

que no conocíamos completamente. El calor de Hermosillo hacía más pesada la jornada, pero tratábamos de transmitirnos tranquilidad. Al bajar de los vehículos y sacar las cajas, notamos que varias personas nos observaban a la distancia. Algunas se acercaron con cautela, sin saber qué llevábamos ni por qué estábamos ahí. Nosotros también dudamos sobre la mejor manera de aproximarnos, hasta que comenzamos a ofrecer los alimentos y más personas se acercaron.

Poco a poco la desconfianza inicial fue desapareciendo y se formó una fila en la que esperaban adultos y niños. Los nervios con los que habíamos llegado comenzaron a desaparecer al escuchar los primeros agradecimientos. Las personas nos recibieron con una amabilidad que no esperábamos: sonreían, nos bendecían y nos pedían que regresáramos más seguido. Para nosotros, lo que llevábamos podía parecer algo sencillo, como un sándwich y una bebida; para algunas de las personas que se acercaron, representaba alimento para ese momento y la posibilidad de racionar algo para después. Sus reacciones hicieron que cada entrega adquiriera un significado distinto al que habíamos imaginado antes de llegar (*Ver figura 11.2.2*).

Entre todas las escenas de aquella jornada, hay una que permanece especialmente presente en mi memoria. Cuando comenzamos a servir el agua, las personas buscaron cualquier recipiente que tuvieran disponible. Se acercaron con botellas, distintos envases e incluso con cubetas que utilizaban para limpiar, esperando que pudiéramos llenarlos. Ver aquellos recipientes extendidos hacia nosotros me hizo comprender que algo tan cotidiano como conseguir agua puede convertirse en



Figura 11.2.2 Autoría propia; Entrega de alimentos y bebidas por integrantes de SCORP a personas en situación de vulnerabilidad en la salida noreste de Hermosillo, Sonora.

una necesidad difícil de cubrir. Para muchos de nosotros, abrir una llave o comprar una botella es algo automático y rara vez pensamos en la posibilidad de no tenerla disponible. Ese día, en cambio, observé a personas que aprovechaban cada recipiente porque no sabían cuándo podrían volver a llenarlo. Fue una imagen sencilla, pero suficiente para mostrarme una realidad que hasta entonces había permanecido fuera de mi mirada.

Por otro lado, me sorprendió la solidaridad que existía entre ellos. A pesar de sus propias necesidades, mantenían el orden, esperaban su turno y nos trataban con profundo respeto. Aquello rompió la idea de que la ayuda ocurre únicamente en una dirección. Nosotros habíamos llegado pensando en lo que podíamos ofrecer, pero también recibimos una lección de gratitud, amabilidad y sentido de comunidad. Mientras avanzaba la entrega, nuestro equipo también fue adquiriendo mayor seguridad. Nos apoyamos, distribuimos las tareas y procuramos que cada persona recibiera algo. El nerviosismo, la preocupación inicial y el calor pasaron a segundo plano cuando comenzaron a aparecer las sonrisas (*Ver figura 11.2.3*).



Figura 11.2.3. Autoría propia; Integrantes de SCORP compartiendo alimentos con personas en situación de vulnerabilidad como parte de la actividad “Las penas con pan son menos”, en la salida noreste de Hermosillo, Sonora.

Nuestra principal dificultad fue la falta de recursos. Nos habría encantado llevar más alimentos y bebidas, contar con más voluntarios y llegar a un mayor número de personas. Fue difícil aceptar que nuestra ayuda tenía un límite. Tal vez no podíamos resolver por completo su situación, pero sí atender una necesidad inmediata y decidir no permanecer indiferentes. Entendí que entregar alimentos una sola vez no resuelve las causas por las que una persona se encuentra en situación de vulnerabilidad; sin embargo, eso no significa que la acción no tenga valor. Podíamos acercarnos con respeto, reconocer una necesidad y responder con lo que teníamos. La actividad no pretendía transformar toda su realidad, pero sí hacer un poco más llevadero uno de sus días.

Para mí, “Las penas con pan son menos” representa un acto de empatía y solidaridad, pero también un momento para encontrarnos desde la igualdad. Al compartir alimentos, aunque fuera durante unos minutos, dejamos de lado los títulos, las ocupaciones y las diferencias para

reconocernos simplemente como personas. Ese día no sentí que fuéramos estudiantes de medicina colocándonos por encima de quienes recibían la ayuda; éramos personas compartiendo con otras personas, con respeto, sin juzgar su situación y reconociéndonos desde la igualdad. Comprendí que ayudar no consiste únicamente en entregar algo material: también implica acercarse, escuchar y reconocer la dignidad de quien se encuentra frente a nosotros.

Esta experiencia fortaleció mi manera de comprender el propósito de SCORP. La defensa de los derechos humanos no ocurre únicamente mediante discursos, documentos o campañas; también comienza cuando dejamos de ignorar lo que sucede a nuestro alrededor, identificamos una necesidad y decidimos actuar. No siempre se requieren grandes recursos para comenzar; en ocasiones basta con la voluntad de organizarse, escuchar y ofrecer lo que se tiene sin esperar una recompensa. Las sonrisas, las bendiciones y las peticiones para que regresáramos fueron el mayor reconocimiento que recibimos. Saber que, al menos durante ese día, algunas personas se sintieron vistas, respetadas y acompañadas reforzó mi compromiso con SCORP y con los derechos humanos. La respuesta fue tan positiva y empática que la actividad volvió a realizarse posteriormente.

Esta experiencia cambió parte de mi manera de entender la medicina. En la universidad aprendemos a interrogar, realizar una exploración física, reconocer signos y síntomas y llegar a un diagnóstico.

Para comprender verdaderamente su enfermedad necesitamos además conocer las condiciones en las que vive: la alimentación, el acceso al agua, la vivienda, el trabajo, los recursos económicos, la educación y las redes de apoyo influyen en la salud. De hecho, pueden determinar si una persona logra acudir a consulta, seguir un tratamiento o recuperarse. Por eso considero que ejercer una medicina humana requiere escuchar qué llevó al paciente a solicitar ayuda, qué necesita y qué dificultades enfrenta fuera del consultorio. Un medicamento puede ser necesario, pero quizá no sea suficiente si esa persona no tiene alimentos, agua segura, transporte, un lugar donde descansar o los recursos para continuar su tratamiento. Reconocer esas condiciones no disminuye nuestro trabajo como futuros médicos; nos ayuda a mirar al paciente de manera más completa, consciente y responsable.

Alimentarnos es una necesidad que todos compartimos, pero la comida puede convertirse en un punto de encuentro, cercanía y convivencia. Tal vez una sola actividad no pueda cambiar por completo la vida de una persona, pero sí puede hacer que uno de sus días sea un poco mejor, a la vez que transforma a quienes deciden participar. En mi caso, aquella experiencia reafirmó mi compromiso de no permanecer indiferente ante las necesidades de los demás y de llevar el respeto por los derechos humanos a mi futura práctica médica.

Ese viernes regresamos con las cajas vacías. Sin embargo, cada agradecimiento, cada sonrisa y cada recipiente que pudimos llenar nos dejó algo que no llevábamos al comenzar el recorrido:

una forma distinta de comprender la ayuda, los derechos humanos y la medicina. Aprendimos que cuidar no siempre comienza dentro de un consultorio y que no tenemos que esperar a contar con recursos ilimitados para actuar. A veces, el cambio comienza con cuatro personas, algunas cajas y la decisión de no pasar de largo.

“Un gesto puede parecer pequeño en nuestras manos y significar esperanza en las de alguien más.”

— Ana Paula Castro Luna



Campaña Unidos por Venezuela: Médicos en formación por la acción humanitaria



Liliana Guadalupe Madera Palma
CEMUADY

liliana.maderapalma@gmail.com

El 24 de junio de 2026, Venezuela fue impactada por dos terremotos de magnitudes 7,2 y 7,5 con apenas segundos de diferencia, provocando una de las mayores emergencias humanitarias que ha enfrentado el país en los últimos años (1).

La destrucción afectó gravemente a ciudades como Caracas y La Guaira, ocasionando miles de víctimas, decenas de miles de personas desplazadas y el colapso parcial de hospitales, viviendas e infraestructura básica. Organismos internacionales estiman que millones de personas requieren asistencia humanitaria urgente, principalmente en forma de atención médica, agua potable, alimentos, refugio e insumos de higiene (1).

Días después de enterarnos del terremoto, nuestra NORP Varani nos impulsó a crear una iniciativa y pensar si, como Asociación, AMMEF podía hacer algo. Con esa idea dije que sí, porque hace algunos años aprendí algo que solamente entienden quienes han vivido un desastre: mientras estudiaba en CDMX, me tocó vivir uno de los peores sismos. Recordé los días que siguieron al sismo, cómo pasan las horas y no puedes comunicarte con tu familia, no sabes si tus amigos y las personas que quieres se encuentran bien.

También recordé como muchas personas nos unimos para apoyar en lo que podíamos; algunos estudiantes nos reunimos en el estadio universitario para

apoyar, otros como los de ingeniería, iban a supervisar las casas y edificios, los de psicología atendían a las personas que habían tenido pérdidas.

Creo que fue ahí donde confirmé que la acción humanitaria no consiste en hacer cosas extraordinarias; consiste en hacer entre muchos aquello que una sola persona jamás podría lograr sin ayuda. De ese sentimiento y de esa experiencia nació “Campaña Unidos por Venezuela: Médicos en formación por la acción humanitaria”.

Fueron pasando los días y nuestra NORP Varani nos compartía información de que algunos de nuestros compañeros de IFMSA-Venezuela, médicos en formación como nosotros, habían sufrido el sismo desde la zona cero y que vivían también entre las comunidades más afectadas. Son compañeros de Federación, estudiantes como cualquiera de nosotros; un día estaban en sus hospitales o universidades y, al siguiente, estaban viviendo una emergencia que cambiaría por completo su realidad. Dentro de IFMSA nunca hablamos de personas desconocidas, hablamos de colegas, de amigos y de personas que comparten lo mismo que a nosotros nos gusta y nos interesa.

A pesar de que ellos vivían también la tragedia, estaban organizándose, apoyando, llevando ayuda, y compartiendo información desde sus redes oficiales (2).

Por eso, cuando se explicó en qué consistiría esta campaña, algo muy importante que mencioné en la presentación fue que esta actividad no era una competencia, ni buscaba medir qué Comité recaudaría más dinero.

Lo que importaba era otra cosa: que alguien decidiera detener su día para pensar en personas que probablemente jamás conocerá; que una Mesa Directiva se reuniera en vacaciones para imaginar cómo organizar una rifa; que un Oficial Local convenciera a su comité de que valía la pena intentarlo; que alguien pidiera ayuda sin miedo a externos y quizás obtuviera fondos.

Conforme fueron pasando los días, recibíamos mensajes de los LORPs, preocupados, diciendo:

“Solo conseguimos esto.”

“Nos preocupa no recaudar mucho.”

“Creemos que podríamos hacer más.”

“No he podido recaudar nada, ¿Qué hago?”

Cada vez que leía uno de esos mensajes, pensaba exactamente lo mismo: en el enorme esfuerzo que los LORPs estaban poniendo en esta campaña y en que quizás algunos no estaban entendiendo la magnitud de lo que ya habían hecho.

Porque la acción humanitaria nunca empieza cuando entregas una despensa grande o recaudas mucho dinero; empieza mucho antes: cuando tomas la decisión de involucrarte, cuando reúnes a tu comité, cuando llamas a alguien para pedir apoyo, cuando organizas una actividad o cuando dedicas parte de tus vacaciones a ayudar a personas que viven al otro lado del continente.

Eso también salva vidas. Quizá nunca sepamos quién recibirá esa ayuda, nunca conoceremos su nombre, nunca escucharemos su historia.

Tal vez jamás sepan que un grupo de estudiantes de medicina en México decidió pensar en ellos mientras organizaba rifas, vendía postres o reunía donativos.

Y quizá eso sea precisamente lo más hermoso de la acción humanitaria: no esperan un reconocimiento, no necesitan aplausos ni alguna publicación con su foto. Existe porque alguien comprende que el sufrimiento de otra persona también le pertenece.

También he visto al “Green Team” sumar esfuerzos desde distintas áreas; a marketing preparando materiales para facilitar el trabajo local, a quienes responden dudas o comparten los flyers de los distintos comités locales. Todo suma.

Pero, sobre todo, he visto a los LORPs convertirse en el corazón de esta campaña. Son ellos quienes reúnen a sus equipos, quienes convencen, quienes imaginan actividades, quienes tocan puertas y quienes transforman una campaña nacional en acciones concretas dentro de cada comité local.

A veces creemos que el liderazgo consiste en dirigir y mandar; sinceramente pienso distinto.

Creo que liderar consiste en recordarles a los demás que sí pueden cambiar algo, aunque sea pequeño; aunque parezca insuficiente, podemos hacer la diferencia.

Un líder que inspira a hacer lo correcto.

Porque ninguna ayuda es pequeña para quien lo ha perdido todo, y si algo me dejó esta campaña fue la certeza de que la solidaridad tampoco conoce fronteras.

Hay terremotos que ocurren lejos de nosotros, pero la humanidad nunca debería sentirse lejos, porque cuando la humanidad nos necesita, la distancia deja de importar. Lo único que realmente importa es que alguien decida responder.

Que esta campaña no se quede como un evento más en nuestro calendario, sino como un recordatorio de por qué elegimos la medicina. No nos preparamos solo para entender la enfermedad y la anatomía; nos preparamos para sostener la vida cuando todo lo demás colapsa.

Hoy es Venezuela, pero mañana puede ser cualquiera de nuestras comunidades. Tenemos que recordar que la diferencia no la hacen los grandes presupuestos ni las estructuras perfectas; la hacen los profesionales de la salud que deciden no ser indiferentes ante el dolor y la necesidad. Que la empatía y la humanidad sigan siendo nuestros mejores instrumentos clínicos y que, ante cada emergencia, jamás dudemos en dar un paso al frente, porque sanar no empieza en un consultorio o en un quirófano: empieza en la voluntad de actuar.

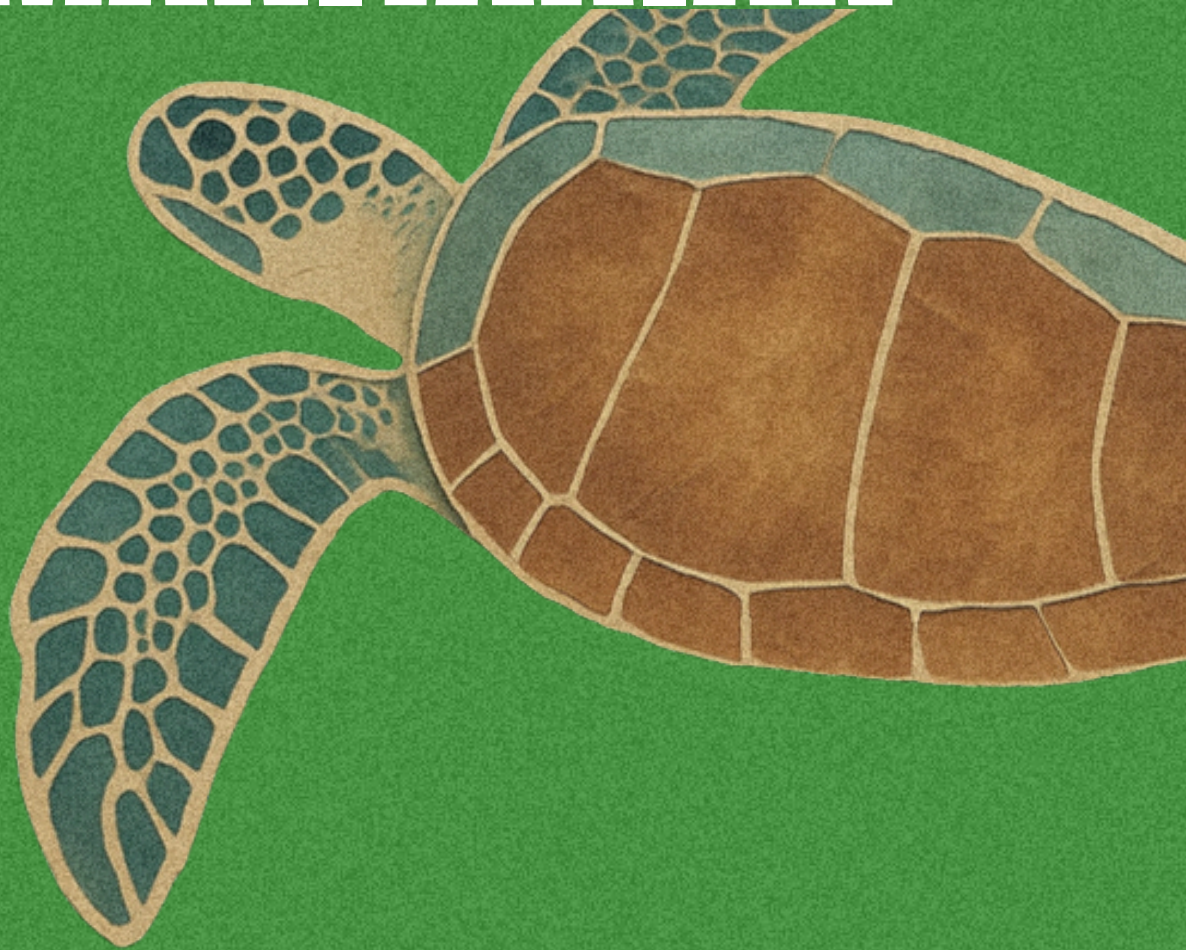
REFERENCIAS

1. López OA. Venezuela: un terremoto entre tantas tormentas [Internet]. North American Congress on Latin America (NACLA); 2026 Jul 27 [citado 2026 Jul 27]. Disponible en: <https://nacla.org/venezuela-un-terremoto-entre-tantas-tormentas/>
2. Federación Venezolana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina [@fevesocem_]. Instagram [Internet]. Caracas: FEVESOCCEM; [citado 27 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.instagram.com/fevesocem>

“Lo que nos hace humanos no es vivir en el mismo mundo, sino ser capaces de sentir el dolor del otro y decidir que no queremos dejarlo solo.”



TAKE A
HUMANITARIAN



action

Sembrando el mañana: cuidemos los derechos de los niños



Odalyzz Salas García
AMFOMUAS

odalyzzgarcia14@gmail.com

¿De qué depende que se respeten los derechos de los niños? Es multifactorial, pero uno de los factores más importantes es la educación; tenemos que enseñarles a todos los niños sobre los derechos que tienen y la importancia de alzar la voz cuando están siendo violentados. Con esta meta en mente es que surge el protocolo conocido como “Los derechos del mexicano del mañana”, el cual plantea usar una educación dinámica para facilitar el aprendizaje de nuestras infancias. Tuve la suerte de ser partícipe en este protocolo y me di cuenta de la cantidad de niños con sueños y aspiraciones.

Esta actividad fue realizada en una escuela primaria de mi ciudad; estábamos emocionados, fue mi primera participación en un protocolo en el equipo local de SCORP. Llegamos al lugar y nos asignaron dos grupos de quinto año; empezamos con dinámicas para romper el hielo y me dejaron a cargo a un grupo de niñas muy amables, con las cuales hice una bonita amistad. Jugamos a la lotería de los derechos humanos y los voluntarios se repartieron en cada grupo de niños para darles información de cada derecho humano; los niños estuvieron muy pendientes a la actividad y respondían adecuadamente a las indicaciones. Como siguiente actividad, los pequeños realizaron dibujos y pinturas de algún derecho humano; estuvimos dándoles ideas y retroalimentación a cada uno (Ver figura 11.3.1.).



Figura 11.3.1. Autoría propia; Actividad “Pintando un Derecho Humano”

Fue muy divertido interactuar con ellos y escuchar sus opiniones del dibujo que estaban llevando a cabo. Finalmente, les realizamos preguntas para evaluar lo aprendido y todos los niños conocían perfectamente sus derechos; me sorprendió que todos contestaran correctamente a los cuestionamientos que les hicimos.

Me parece muy importante este tipo de acercamiento con los niños porque, si ellos no conocen sus derechos, ¿cómo sabrán que nadie tiene la capacidad ni el poder de restringir alguno de ellos y que tienen toda la libertad de luchar por que se respeten? Necesitamos seguir educando a todos los pequeños para que defiendan la vida digna que merecen.

Pero no basta con un solo día de actividades o clases; tenemos que ser

constantes y repetitivos para garantizar que quede grabado en su memoria.

Recuerdo haber visto estos temas de pequeña, pero siempre fueron tratados como un tema más del plan de estudios; no les dieron mucha importancia en el momento, por lo que yo tampoco se la di. Fué hasta varios años después que entendí la importancia de esta información y la falta que hace difundirla.

Mi reflexión al terminar la actividad

Actualmente hay tantas problemáticas en el mundo que impactan negativamente en ellos, desde que son obligados a trabajar y abandonar la escuela, hasta aquellos menores de edad que no cuentan con vivienda o familia. Estos pequeños no tienen el apoyo para poder exigir que se cumplan sus derechos, es aquí donde quiero que reflexionen, que cuando estén en un suceso donde se estén violentando los derechos de un niño, actúen. Hay que ayudar a estos niños llenos de sueños y ambiciones, démosle la oportunidad que merecen de ser libres y felices (Ver figura 11.3.2.).



Figura 11.3.2. Autoría propia; Despedida y resultados finales de las pinturas y dibujos de los derechos de los niños.

Los infantes son el futuro del país; como médicos en formación es de suma importancia guiarlos para que reconozcan sus valores y derechos. Convivir con ellos me demostró la energía, creatividad y respeto que cuentan estos pequeños llenos de ilusiones.

Para aquella primaria, espero que sigan con esa alegría con la que nos recibieron y con la que nos despedimos. Llevaré siempre en mi corazón esta actividad que me enseñó a ser parte del cambio, a darles voz a quienes más nos necesitan y ser una guía. Me gustaría seguir apoyando en otras primarias y enseñarle a cada niño todos los derechos que tiene y deben ser respetados sin importar las circunstancias.

Los invito a unirse a este tipo de actividades que tienen impacto en una población blanco; por más diminuta que sea la acción que hagan, serán parte del cambio (Ver figura 11.3.3.).



Figura 11.3.3. Autoría propia; Equipo de Trabajo local SCORP. Fernanda Quezada, Odalyzz Salas, Perla Rodríguez, Camila Pérez, Perla Ornelas y Marianne Cerna.

Anímense a orientar y apoyar a los niños de su comunidad; necesitan un empujón de valentía y confianza que solo nosotros como adultos podemos brindarles. Mientras más seamos los que nos involucremos y estemos dispuestos a ayudar, más serán los niños, a lo largo de todo el país, que podamos apoyar con algo que les servirá para toda la vida.

Quiero agradecer a SCORP por enseñarme que puedo ser un agente de cambio. Me gustaría terminar este escrito con la frase de este impactante y bello comité permanente: *“Take a Humanitarian Action”*.



“La educación no cambia el mundo, cambia a las personas que van a cambiar el mundo”

– Paulo Freire



*La niñez no
necesita
promesas,*

**NECESITA
DERECHOS
GARANTIZADOS”**



SOMOS

FLAMINGOS



DSRE
RELACIONES ESTUDIANTILES

SOYAMMEF



Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.

¿Qué significa ser DLRE?



Jean Karlo Dojaquez
DNRE
dsre@ammef.mx



Axel Emiliano Mendoza Garnica
SAESIC
emilianomg7@hotmail.com

Ser Director Local de Relaciones Estudiantiles (DLRE) en un Comité Local de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación (AMMEF) es mucho más que un puesto; es ser la chispa que tiene la capacidad de encender a los demás, una luz que guía a cada miembro desde el primer día y el motor que les inspira a sentirse parte de algo más grande. A decir verdad, a veces es un trabajo invisible: la gente no siempre ve todo lo que hacemos y, sí, muchas veces se nos menosprecia, se nos dice que “no somos necesarios” o que solo estamos ahí para organizar actividades. Es parte de una triste realidad que enfrentamos algunos DLREs, pero la cruda realidad es que, sin nuestra presencia, los comités perderían fuerza, participación y dirección.

Nuestro rol se basa en tres pilares: reclutar, guiar y amplificar. Reclutamos y damos la bienvenida a los nuevos miembros, asegurándonos de que se sientan escuchados y motivados. Guiamos a quienes toman responsabilidades dentro del comité, acompañando, aconsejando y mostrando el camino para que puedan crecer y cumplir sus metas; y, finalmente, amplificamos su trabajo, sus ideas y su impacto para que se visibilice, se reconozcan sus logros y la comunidad se fortalezca.

Ser DLRE significa inspirar, acompañar y encender la pasión de los miembros. Cada vez que vemos a un estudiante que llega

tímido o inseguro y poco a poco se atreve a proponer ideas, liderar proyectos o animar a sus compañeros, sentimos el verdadero impacto de nuestra labor. Cada miembro motivado tiene detrás a un DLRE que creyó, apoyó y guió desde el inicio.

A veces, ser DLRE se siente como estar en mil cosas a la vez: tener que mediar entre miembros que no se entienden, motivar a quienes se sienten cansados, desconectados o invisibilizados y asegurarnos de que todos sigamos adelante. Es un cúmulo de pequeñas cosas que, a simple vista, no se perciben, pero que, sin embargo, dentro de un Comité Local causan una enorme diferencia. A pesar de que existen momentos donde parece que nuestro trabajo no vale nada o que somos prescindibles, la realidad es que, sin nosotros, el comité pierde su chispa y seguramente se sienta apagado. Es así que los comités que no tienen DLRE activo suelen ser aquellos que tienen problemas de asistencia, poca participación, baja fidelización o un cúmulo de proyectos que no terminan de avanzar; una realidad difícil de ignorar, pero de la que poco se habla.

Lo más bonito de ser el Director Local de Relaciones Estudiantiles es que también somos la primera cara que ve un miembro nuevo. Nuestra sonrisa, nuestras palabras y nuestra guía pueden ser la diferencia entre que alguien se quede, participe y se atreva a aportar, o que se pierda.

Somos ese mechero que prende motivación, ilusión y ganas de crecer desde el primer día, con la primera interacción (Ver imagen 12.1.1.).

Somos las personas que acompañan a todos, incluso cuando nadie más lo nota; a pesar de que a veces eso implique brindar tiempo, paciencia y amor para que cada miembro sienta que pertenece, que importa y que tiene ese talento de brillar, cuando tal vez nunca se creyó capaz de hacerlo. Cada proyecto que avanza, cada idea que se convierte en algo real y cada miembro motivado tiene detrás a alguien que creyó en ellos, los guió y los apoyó. Somos los que hacemos que la energía del comité se sienta, que los proyectos avancen y que todos crezcan juntos.

A nosotros, como DLREs, nos nace el inspirar, guiar y amplificar; reclutamos, damos la bienvenida, acompañamos, celebramos los logros y sostenemos a los miembros cuando flaquean. Nuestra labor es hacer que las cosas dejen de realizarse por la fuerza para empezar a crear desde el amor; es por ello que ser DLRE significa ser el corazón de cada comité.



Figura 12.1.2. Archivo de la XVIII AN: Asistentes de las Sesiones Permanentes de la División de Soporte de Relaciones Estudiantiles de la XVIII Asamblea Nacional de la AMMEF, A.C., en Morelia Michoacán.

Ser DLRE es ser chispa, luz y guía al mismo tiempo. Al final, aunque nadie lo vea, somos quienes mantienen latente la vida de un comité, de la DSRE y de toda AMMEF (Ver imagen 12.1.2.).



Figura 12.1.2. Archivo de la XIX AN: Sesiones Permanentes de la División de Soporte de Relaciones Estudiantiles de la XIX Asamblea Nacional de la AMMEF, A.C., en Querétaro, Querétaro

*Donde cada
estudiante
encuentra
apoyo,
conexión y
oportunidad*

Crear Comités Locales es encender a la AMMEF



Jean Karlo Dojaquez
DNRE
dsre@ammef.mx



Astrid Estefanía Rodríguez Solís
AEFMUAC
astridera2112@gmail.com

Ser Director Local de Relaciones Estudiantiles (DLRE) en un Comité Local tiene un rol muy importante, pues este debe centrarse en dar la bienvenida a los nuevos integrantes, motivarlos, guiarlos, y asegurar que cada estudiante encuentre su lugar dentro del comité; teniendo un papel de acompañamiento y de impulso dentro de un comité ya existente; la DSRE mantiene la esencia del mismo e ilumina a los nuevos miembros, ayudándolos a sentirse parte de algo más grande.

Hoy, como DNRE y asistente de Asuntos Externos, esa labor se amplía y se vuelve aún más emocionante; es decir, ya no solo se trata de unir miembros a un comité existente, sino de crear un nuevo Comité Local desde cero, para que estudiantes en lugares donde AMMEF aún no tiene presencia puedan integrarse a la red más grande de estudiantes de medicina en México.

Esto implica identificar personas con ganas de crecer, con verdadera vocación de servicio y liderazgo, para juntos poder construir la estructura y la cultura de un equipo que funcione de manera sólida desde el primer día. Cada contacto con estudiantes interesados es un momento lleno de emoción y responsabilidad, ya que no solo se trata de explicar cómo funciona AMMEF o qué oportunidades ofrece, sino de mostrar un camino donde puedan lide-

rar, aprender y generar impacto real dentro de su comunidad académica. Cada conversación es la chispa que puede encender su motivación y compromiso.

Estar ahí para escuchar, retroalimentar y apoyar es lo que hace que una organización funcione y que cada miembro se sienta parte de un todo. Somos quienes damos el primer contacto, la primera impresión, quienes mostramos la importancia de involucrarse y quienes inspiran a cada estudiante a creer en sí mismo y en lo que puede aportar para transformar su entorno.

Crear un Comité Local desde cero es también un desafío lleno de recompensas, porque ser parte de este proceso es increíble, permite ver cómo estudiantes se animan a participar, proponer ideas y liderar proyectos; es inspirador acompañarlos desde el primer momento, celebrar sus logros y ver cómo salen de su zona de confort y crean una familia, un grupo unido con ideales y valores compartidos. Cada comité sólido que nace es un reflejo directo del impacto de este acompañamiento.

Crear un Comité Local permite que los estudiantes conecten con oportunidades reales: mentoría, proyectos, aprendizaje, colaboración y experiencias que trascienden en sus vidas, en el comité y en la universidad. Es una manera de expandir

AMMEF, llegar a nuevos lugares, generar nuevas oportunidades y garantizar que más estudiantes tengan acceso a la asociación. La labor de la DSRE no solo fortalece los comités actuales, sino que es la chispa, el eje y el motor principal que permite que la AMMEF siga creciendo, atrayendo nuevos miembros y creando nuevas oportunidades académicas y personales para todos.

En definitiva, fundar nuevos Comités Locales y asistirlos en el proceso es una inversión a futuro, ya que cada estudiante que se integra, cada equipo que se consolida y cada proyecto que se ejecuta representa crecimiento, participación y oportunidades. La DSRE está ahí para asegurar que esa luz no se apague y que cada miembro sienta que pertenece y puede brillar con su propia luz. Seguir impulsando afiliaciones y nuevas oportunidades no es solo algo “administrativo”: es garantizar que AMMEF siga creciendo, innovando y dejando huella, una marca indeleble en cada mente, corazón y comunidad médica del país, creando un presente fuerte, que asegura un futuro sólido para cada vida y profesión. Es por eso que fomentar las relaciones interpersonales y estudiantiles es nuestro compromiso constante, pues día con día ponemos nuestro empeño para asegurarnos de crear redes que sean sostenibles y duraderas por sí mismas.

*"Sé la
chispa que
enciende a
los demás"*





Mónica Cruz Alcocer
CEMUADY

monicacruzalcocer16@gmail.com

Era un jueves, 21 de agosto de 2025, en la bella ciudad de Mérida, Yucatán. Los equipos de trabajo del Comité de Estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán (CEMUADY) y yo llegamos desde las siete de la mañana a nuestra querida facultad con un propósito: preparar los espacios para nuestra tan esperada Feria de Comités. Este protocolo se considera uno de los más queridos dentro de la División de Soporte de Relaciones Estudiantiles (DSRE), ya que tiene como objetivo dar a conocer el comité entre la comunidad estudiantil. Mi función, en ese entonces, fue ayudar a mi Directora Local de Relaciones Estudiantiles (DLRE) a armar y decorar el espacio de la DSRE. Llegué a la hora acordada, a las siete de la mañana, y saludé a la Vicepresidenta de Asuntos Externos. Después del encuentro, empezó el verdadero trabajo: organizar las mesas según el croquis diseñado unos días antes y, junto con mis compañeros de equipo, logramos acomodar todo según lo planeado (Ver figura 12.2.1).



Figura 12.2.1. Autoría; David Noh. Interactuando en el puesto de la Feria de Comités junto con Yanely Valencia, Directora Local de Relaciones Estudiantiles de CEMUADY 2025-2026

La temática se había acordado en una reunión celebrada días antes con la Mesa Directiva de la gestión vigente: un casino. Al ser la única Coordinadora de Marketing de la DSRE durante esa gestión, dediqué el tiempo necesario a elaborar las decoraciones y no lo hubiera logrado sin la ayuda de quien hoy en día es mi asistente. Afortunadamente, contábamos con un cubículo en nuestra facultad, por lo que no fue difícil guardar los adornos durante los días previos a la feria. Así, empezamos a trabajar de la forma más rápida y eficiente posible para tener el puesto listo a tiempo. Al ser una mañana de agosto, el ambiente en nuestra facultad era tranquilo. Comenzaba un nuevo semestre y un nuevo año escolar, el momento perfecto para atraer nuevos integrantes a nuestro comité local, dar una cálida bienvenida a los estudiantes de nuevo ingreso y mostrarle a nuestra comunidad estudiantil el trabajo que realizamos cada día para fortalecer nuestra formación.

Eran las diez de la mañana y, como no tenía clases durante la jornada de la feria, me ofrecí de forma voluntaria para estar en el puesto de la DSRE y así fortalecer mi habilidad de comunicación con personas nuevas. Poco a poco empezó a aumentar la afluencia de alumnos, doctores y personal administrativo, por lo que me di cuenta de que era hora de trabajar. Saludé a los primeros compañeros que llegaron para conocer más sobre el comité local.

Eran de primer semestre de Medicina. En ese entonces, apenas estaba en tercer semestre, por lo que no había pasado mucho tiempo desde que yo había estado en su lugar y entendía perfectamente ese miedo a perderse algo que podía resultar beneficioso a largo plazo. Los saludé y me presenté, siempre con una cálida sonrisa, y empecé con una pregunta simple:

¿Saben qué es CEMUADY?. Me contestaron con un no, por lo que supe que era el momento oportuno para hablarles sobre el comité local. Primero les hablé de las Divisiones de Soporte, luego de los Comités Permanentes de Proyectos y, por último, aunque no menos importantes, de los Comités Permanentes de Intercambios. Me llenaba de alegría escuchar sus preguntas y poder responderlas con base en las experiencias que había vivido durante las actividades del comité, y explicarles cómo participar de forma activa nos ayuda a fortalecer nuestras habilidades como médicos en formación para convertirnos en los profesionales que deseamos ser.

Después de una exhaustiva sesión de preguntas y respuestas, les proporcioné el código de acceso a nuestro grupo oficial y, con la misma calidez, me despedí de ellos mientras continuaban su recorrido por los otros puestos de la feria. Estaba alegre porque había podido darles la bienvenida a dos personas nuevas a nuestra comunidad, y repetí esa experiencia con cada grupo o persona que se acercaba a conocer un poco más sobre CEMUADY. De vez en cuando, me tomaba un descanso o iba a bailar con mis compañeros de equipo, lo cual nos ayudó a relajarnos y, en lo personal, me permitió despejar la mente por un instante.

Más tarde nos enteramos de que al personal administrativo le había parecido agradable vernos tan enérgicos y unidos. Despedí, junto con la DLRE, a la última persona que se acercó a nuestro puesto y, poco a poco, empezamos a bajar el volumen de la música y a desmontar el espacio. Desarmarlo fue mucho más rápido que montarlo y, a pesar del cansancio, sabíamos que habíamos dado una buena imagen de nuestro comité.

Pasaron los días y, cada vez que recordaba las sonrisas y la disposición de los estudiantes para conocer todo lo que teníamos para ofrecerles, sentía una gran satisfacción al saber que había aportado de forma positiva al crecimiento de CEMUADY. Fue entonces cuando me di cuenta de que quería seguir haciéndolo por mucho tiempo. Un día, mientras estaba con mi antecesora en nuestro cubículo, le compartí mi sentir y una de las decisiones más importantes de mi vida estudiantil: - “Quiero ser DLRE”. Siempre estaré agradecida con ella por haber sido mi apoyo y mi amiga y, sobre todo, por convertirse en la inspiración del tipo de Directora Local que quiero ser.

Actualmente llevo unos meses siendo Directora Local de Relaciones Estudiantiles de CEMUADY y me considero una persona plena en este puesto, a pesar de los retos y adversidades que conlleva. Hoy me encuentro preparando mi propia Feria de Comités y espero que, así como aquella feria me inspiró a formar parte de la Mesa Directiva, la que ahora organizo pueda convertirse en ese mismo impulso para alguien más que necesite dar el paso de ser DLRE y, sobre todo, de ser parte de AMMEF.

DSRE: el puente que conecta a toda AMMEF



Jean Karlo Dojaquez
DNRE
dsre@ammef.mx



Frida Estefania Nolasco Díaz
CEFMMA
fridaexnd@gmail.com

La DSRE es el hilo que mantiene todo conectado dentro de AMMEF. No somos solo otra división; somos el puente que une a las Vicepresidencias, la División de Soporte, los Comités Permanentes de Proyectos (SCOME, SCORA, SCOMP, SCOPH, SCORP) y los Comités Permanentes de Intercambios. Nuestro trabajo es asegurar que la información fluya, que los proyectos se coordinen y que nadie se sienta aislado. Cada decisión que se toma, cada recurso que se comparte y cada proyecto que se organiza pasa, de una u otra manera, por la DSRE, garantizando que todo funcione de manera armoniosa y colaborativa.

Ser puente no significa solo transmitir información; significa crear vínculos entre personas, ideas y áreas. Organizamos reuniones, facilitamos la comunicación, aclaramos dudas y ayudamos a que los equipos trabajen juntos sin fricciones. Por ejemplo, cuando colaboramos con SCOPH, acompañamos a los comités en proyectos de salud pública, conectando iniciativas locales con oportunidades nacionales. De esta manera, nuestra labor hace que los esfuerzos se potencien y que todo fluya de manera coherente.

Además, ser puente significa visibilizar y amplificar el trabajo de cada área. Cada proyecto de un CPP o CPI, cada actividad de una vicepresidencia y cada iniciativa local recibe acompañamiento y retroalimentación.

Ayudamos a que los logros de todos se reconozcan y a que las ideas se conviertan en acciones que impacten a toda la comunidad. Sin este puente, muchas veces los proyectos se estancan, los comités pierden fuerza y las oportunidades se diluyen. Con la DSRE, cada área sabe que tiene respaldo, que existe coordinación y que su trabajo genera impacto. Ese es el mayor valor que podemos ofrecer como asociación: ser un puente que no solo conecta personas y áreas, sino que impulsa el crecimiento conjunto de toda AMMEF.

Nuestro rol también es crear comunidad y sentido de pertenencia. Una DSRE Local, cuando está consolidada, hace que todo su Comité Local encuentre un propósito en cada una de sus actividades. La DSRE facilita que todas las áreas se sientan parte de algo más grande, que los estudiantes comprendan cómo su trabajo conecta con el resto de la asociación y que cada proyecto tenga visibilidad y apoyo. Desde la coordinación de actividades hasta la alineación de proyectos, estamos ahí para que cada miembro y cada área se sientan parte de una red sólida y viva.

La verdadera esencia de ser puente cobra sentido cuando logramos construir una comunidad con identidad y pertenencia. Porque conectar áreas, proyectos y personas no tendría el mismo valor si quienes forman parte de AMMEF no sintieran que pertenecen a ella.

Cuando existe un sentido de pertenencia sólido, cada actividad deja de ser una tarea aislada para convertirse en una oportunidad de construir algo que trasciende a una persona o a un comité. Es ahí donde entendemos que ser puente no solo consiste en comunicar, sino también en inspirar a que todos avancen en la misma dirección.

También comprendemos que el sentido de pertenencia no siempre permanece intacto. Hay momentos en los que puede debilitarse por los retos, la falta de participación o el desgaste propio de una gestión. Sin embargo, es precisamente en esos momentos cuando la DSRE cobra mayor relevancia. Acompañar, escuchar, motivar y recordar por qué vale la pena seguir construyendo nuestro Comité Local también es parte de nuestra labor. Porque fortalecer un comité, creer en su potencial y no permitir que pierda su esencia significa seguir tendiendo puentes entre las personas, los proyectos y la misión que compartimos. Al final, cada vínculo que fortalecemos y cada estudiante que vuelve a sentirse parte de AMMEF representan un puente más que contribuye al crecimiento de toda la asociación.

En pocas palabras, la DSRE es la chispa y la luz que mantiene viva a AMMEF. Somos quienes conectamos, guiamos y coordinamos, asegurando que las Vicepresidencias, los CPP, los CPI y los comités locales trabajen juntos de manera efectiva. Cada proyecto que avanza, cada acción que se concreta y cada estudiante que se siente acompañado demuestran que la DSRE no solo conecta áreas, sino que fortalece la esencia y el impacto de toda AMMEF.

*“Seamos el
puente que
une la
AMMEF”*



ASAMBLEA NACIONAL PROXIMA



SOYAMMEF

A large, dark silhouette of a jaguar is positioned in the background, facing right. It serves as a backdrop for the title text.

XK AN TUXKTLAN

Las opiniones expresadas en los artículos publicados en esta sección son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura oficial de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C.



SOYAMMEF

Conoce Chiapas, sede de nuestra XX Asamblea Nacional



**Keira Vanessa Reyes
Constantino
AEMECH**

keiravane31@gmail.com



**Victoria Maria Penagos
Viveros
AEMECH**

viverosv805@gmail.com

Las Asambleas Nacionales de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C. (AMMEF) son mucho más que un espacio de reunión; representan un punto de encuentro donde estudiantes de medicina de toda la República Mexicana se reúnen para aprender, intercambiar experiencias y fortalecer las ideas que comparten sobre el presente y el futuro de nuestra profesión. En ellas se generan discusiones, se construyen proyectos y se toman decisiones que contribuyen a nuestro crecimiento como asociación.

En esta ocasión, nuestro bello estado de Chiapas tiene la dicha de recibirlos y darles la más cordial bienvenida a la XX Asamblea Nacional. Esperamos que su estancia en Chiapas sea una oportunidad para fortalecer su formación académica y profesional, pero también para vivir una de las grandes experiencias que ofrece AMMEF: la creación de amistades, el intercambio cultural y el desarrollo de proyectos.

Chiapas no es solo la sede de una asamblea; es una experiencia que los acompañará a lo largo de su vida. Sus paisajes, la hospitalidad de su gente, la riqueza de sus tradiciones, su gastronomía y su extraordinaria biodiversidad hacen de este estado un lugar único.

Por todo lo anterior, los invitamos a conocer un poco de lo mucho que Chiapas tiene para ofrecerles.

Encontrarán un lugar donde la naturaleza, la historia y la cultura se unen para brindarles una experiencia inolvidable.

Los imperdibles

Chiapas es un lugar donde la naturaleza nos sorprende, comenzando por el Cañón del Sumidero (*Ver figura 13.1.1.*), una maravilla natural que impresiona con sus paredes de hasta mil metros de altura. En este sitio encontramos una gran diversidad de flora y fauna, como cocodrilos, monos araña y una gran variedad de aves. Sin duda, un recorrido en lancha es una experiencia que no pueden perderse.



Figura 13.1.1. 2026: Paisaje del Cañón del Sumidero observado desde uno de sus miradores.

Para quienes aman caminar

Si te encanta el senderismo y acercarte a la naturaleza, Chiapas tiene grandes cosas para ti. Las Cascadas El Aguacero, ubicadas aproximadamente a una hora de la capital, se encuentran en la Reserva de la Biosfera La Sepultura y ofrecen una experiencia única. Para llegar a este lugar, es necesario descender 740 escalones en una caminata por el bosque de aproximadamente 40 minutos, en medio de una vegetación exuberante. Al llegar, podrás admirar las cascadas y los paisajes naturales. También puedes caminar bajo los chorros de agua, atravesar cuevas, contemplar las paredes del cañón y refrescarte en sus aguas.

Y, si prefieres visitar un sitio más cercano a la ciudad, los miradores del Cañón del Sumidero ofrecen vistas espectaculares. Puedes recorrer sus senderos y disfrutar de panorámicas impresionantes. Al finalizar el recorrido, podrás disfrutar de un desayuno en cualquiera de los cinco miradores disponibles.

Un lugar mágico

San Cristóbal de las Casas, Chiapas, es un lugar lleno de tradiciones ubicado a 45 minutos de Tuxtla Gutiérrez. Este Pueblo Mágico ofrece una combinación de historia, cultura y arquitectura colonial que enamora a quienes lo visitan. Sus calles empedradas, casas coloridas, iglesias, mercados artesanales y la calidez de su gente lo convierten en uno de los destinos más visitados de Chiapas. Además, su ubicación, a tan solo unos minutos de comunidades indígenas, permite conocer la riqueza de sus tradiciones y su diversidad cultural (Ver figura 13.1.2.).



Figura 13.1.2. Autoría propia: Atardecer desde uno de los andadores del Pueblo Mágico de San Cristóbal de las Casas.

Visitar San Cristóbal de las Casas es adentrarse en la esencia de Chiapas y vivir una experiencia que permanecerá en la memoria de quienes nos acompañan en esta XX Asamblea Nacional (Ver figura 13.1.3).



Figura 13.1.3. Autoría propia: Jardín central de una casa en San Cristóbal de las Casas.

Consejos para tu vida

Para que disfruten al máximo su visita a Chiapas, les recomendamos llevar ropa y calzado cómodos, especialmente si tienen planeado recorrer alguno de los grandes destinos que nuestro estado ofrece. Debido a las variaciones del clima, es conveniente llevar una chamarra, usar protector solar y portar un termo para mantenerse hidratados y, al mismo tiempo, cuidar el planeta.

No olviden respetar las costumbres y tradiciones de los lugares y comunidades que visiten. Si tienen la oportunidad, apoyen al comercio local comprando artesanías y productos elaborados por manos chiapanecas.

Esperamos que, además de participar en la XX Asamblea Nacional, tengan la oportunidad de descubrir un estado lleno de historia, naturaleza, cultura y tradición. Chiapas los espera y deseamos que cada experiencia vivida durante estos días se convierta en un recuerdo inolvidable. Que, además de nuevos conocimientos, se lleven muchas amistades y el deseo de seguir aportando al presente y al futuro de nuestra asociación.



CHIAPAS, DONDE LA HISTORIA

*cobra
vida*



Chiapas a mordidas: lo que debes probar en la Asamblea



Naomi Madalí Pérez Barrios
AEMECH
naomi.barrios.u.2006@gmail.com

¡Llegamos a la edición 20! Y una asamblea de esta magnitud merece celebrarse con un menú tan digno como ella.

Este septiembre, Chiapas y el OC les abre las puertas a un estado con una gran riqueza tanto cultural, académica, turística y sobre todas las cosas, gastronómica.

Antes de que llegues a la asamblea, queremos que abras tu imaginación y prepares tu paladar para probar la esencia de Chiapas.

Reposición de líquidos

Chiapas tiene un clima cálido, y tras una larga jornada la ingesta de líquidos es fundamental. Deja de lado los refrescos o energizantes, saca tu jícara y ve por una de estas:

- **Pozol:** Una bebida ancestral por excelencia. Cumple todos los requerimientos necesarios para sobrevivir a otra sesión plenaria. Te quita sed, hambre, calor y antojo. Está hecha a base de maíz y cacao, bien fría y bien preparada se convertirá en tu nueva bebida favorita.
- **Tascalate:** Se compone de maíz tostado, cacao, achiote, piñones y canela. Desde que lo ves en la mesa de otros con su color naranja vibrante característico no lo puedes sacar de tu cabeza. Su sabor dulce y refrescante harán que te quieras llevar un kilo (Ver figura 13.2.1.).

- **Café chiapaneco:** El principal productor de café en el país merece una mención honorífica. Las tierras altas de Jaltenango, Zaragoza o Siltepec son la cuna de granos de especialidad. Probar una taza de este café es entender el por qué ha conquistado incluso los paladares más exigentes del mundo.



Figura 13.2.1. Autoría propia: Tascalate y Café

Ingesta calórica

Ya que te hidrataste y disfrutaste las bebidas refrescantes, es momento de pasar al platillo principal chiapaneco. Todo lo que estás por probar es un abrazo al alma y al estómago. Presentan ingredientes endémicos, hierbas aromáticas y recetas que han sido mejoradas de generación en generación.

- **Adobado:** Un clásico imperdible. La carne se marina en un adobo rojo a base de chi-

les secos, especias, achiote y vinagre para luego dejarse cocer. El sabor del adobo, la carne jugosa, un arroz y ensalada de repollo harán que repitas el plato hasta ya no dar más.

- **Sopa de chipilín con bolita:** Platillo que sabe a hogar y familia. El chipilín (usado en múltiples platos en Chiapas) es una hierba con un sabor inconfundible. Se presenta como un caldo calentito que lleva granos de elote, queso fresco y bolitas hechas de masa de maíz, que desde la primer cucharada hará que no quieras levantarte de la mesa (Ver figura 13.2.2.).
- **Pepita con Tasajo:** Originario de la fiesta grande de Chiapa de Corzo, es historia hecho plato. Son tiras de carne de res salada y seca (tasajo) que se bañan en una salsa espesa hecha a base de semillas de calabaza (pepita) tostada y achiote.



Figura 13.2.2 Velasco, O. (2022), Directo al Paladar México: *Sopa de chipilín con bolita.*

- **Tamales:** Sin lugar a dudas, los invitados de honor en esta lista. Servidos bien calientes, envueltos en su aromática hoja de plátano y con una enorme variedad de ingredientes y texturas. Los que sí o sí tienes que pedir son el de chipilín, el de bola y el de cam-

bray; acompañados de una buena taza de café, serán justo el abrazo que tu estómago y tu mente necesitan después de una larga jornada (Ver figura 13.2.3.).



Figura 13.2.3. Autoría de chicharrones_los_de_otay_vista: *Tamales*

La sobremesa chiapaneca

En muchos estados del país, cuando se menciona “una botana” se piensa en una bolsa de frituras o cacahuates, pero en Chiapas es cosa seria. La botana puede llegar a convertirse en tu platillo principal con comidas elaboradas, guisos y porciones generosas.

En cuanto llegues a cualquier restaurante, podrás probar algunas de las siguientes botanas:

- **Quesillo preparado:** Se sirve una montaña de quesillo, bañado en una mezcla de limón, cebolla morada, tomate y chilitos picados. Es fresco, ácido y adictivo, perfecto para acompañarlos con totopos.
- **Carne tártara:** La gran estrella de las botanas. Se trata de carne de res molida y curtida en jugo de limón, mezclada con tomate, cebolla, cilantro y chile. Servida en un totopo, es el bo-

cado acidito que necesitas antes de cualquier cosa.

- **Nuegados y suspiros:** Para los que buscan “algo dulce” después de cada comida, esta es su recomendación. Los nuegados son pequeños buñuelos inflados y crujientes cubiertos con un característico glaseado de azúcar rosa o blanca. Los suspiros, haciendo honor a su nombre, son merengues horneados tan ligeros y aireados que literalmente se deshacen en la boca.



Figura 13.2.4 Publicación de Facebook Socoltenango: Botanas Chiapanecas

Para paladares aventureros

Como última mención, la reserva exótica de la gastronomía chiapaneca te tiene preparada una gran sorpresa.

- Primero el famoso “**Nucú**”, una hormiga gigante de lluvia, que se tuesta en comal con sal y limón. Con su textura crujiente y un sabor específico, puede

elevar el precio del kilo hasta los \$1500-\$3000. Y si aún tienes ganas de probar más, pide el “**Zats**”, un gusano endémico frito con chile y limón, crujiente por fuera y suave por dentro. Con estas últimas recomendaciones, te llevarás a casa la dicha de probar todo Chiapas en tan pocos días. (Ver figura 13.2.4.).

Dicen que las decisiones más importantes no se toman en las salas de conferencia, sino alrededor de una buena mesa. Esta edición 20 no será la excepción. **Chiapas y el Comité Organizador los esperan con los manteles largos y el corazón abierto.** Vengan dispuestos a debatir, aprender y a llevarse en la memoria (y en el paladar) la inmensa calidez de nuestra tierra.

Nos vemos en septiembre para celebrar juntos.

REFERENCIAS

1. Directo al Paladar México. Caldo de chipilín con bolitas y crema: receta chiapaneca tradicional [Internet]. Ciudad de México: Webedia México; 2023 [citado 21 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.directopaladar.com.mx/cocina-popular-mexicana/caldo-chipilin-bolitas-crema-receta-chiapaneca-tradicional>

*Una cocina
de herencia
que no
necesita
presumir*



**PARA
CONQUISTAR”**