



**UNIVERSIDAD  
PABLO  
GUARDADO  
CHÁVEZ**

**EDICIÓN 04**  
ENERO - JULIO 2025

# **SALUD CIENCIA INVESTIGACIÓN UPGCH**



**APLICACIÓN  
DEL ANOVA**  
en la población con  
discapacidad y condiciones de  
salud mental en el sur y sureste  
de México

**EL AMOR Y  
LAS NEURONAS**

**ABORDAJE INICIAL  
DEL PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA**  
a paciente gran-quemado  
adulto en primer nivel de  
atención

**PSICOANÁLISIS  
Y CULTURA**

**FACTORES DE RIESGOS DE VPH Y CÁNCER  
CERVICOUTERINO**



**UNIVERSIDAD**  
**PABLO**  
**GUARDADO**  
**CHÁVEZ**

---

**CONSEJO DIRECTIVO**

**RECTOR**

Dr. Enoch García Fernández

**VICERECTOR**

Dr. Alberto Antonio Ortiz Albarez







# CONFINZO

## 4 VPH Y CÁNCER CERVICOUTERINO

Factores de riesgo en mujeres chiapanecas según la edad.

## 11 APLICACIÓN DEL ANOVA

En la población con discapacidad y condiciones de salud mental en el sur y sureste de México.

## 16 EL AMOR Y LAS NEURONAS

## 21 ABORDAJE INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

A paciente gran-quemado adulto en primer nivel de atención.

## 27 PSICOANÁLISIS Y CULTURA

Comentario acerca de la "Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela" de Jacques Lacan.



## PORTADA UPGCH

**SALUD CIENCIA INVESTIGACIÓN UPGCH**, año 3, No. Enero - Junio 2025, es una publicación semestral, órgano de difusión y distribuida de manera digital, editada por la **UNIVERSIDAD PABLO GUARDADO CHÁVEZ, S.C.**, Libramiento Norte Salomón González No. 3450, Colonia Las Palmas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, CP 29040, teléfono: 9616141112. Página electrónica de la revista <https://publicaciones.upgch.edu.mx/index.php/salud-ciencia>, correo electrónico: [revistainst@upgch.mx](mailto:revistainst@upgch.mx). Editor responsable: **Daniel de Jesús López Ventura**. Certificado de Reserva de derechos al **Uso Exclusivo No. 04-2023-060714325500-102**, ISSN **3061-7162**, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de su última actualización, Consejo Editorial, Libramiento Norte Salomón González No. 3450, Colonia Las Palmas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, CP 29040. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja de manera alguna el punto de vista de la universidad. Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido por cualquier medio sin la autorización expresa de la **UNIVERSIDAD PABLO GUARDADO CHÁVEZ**.

## CONSEJO EDITORIAL

**DIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIVULGACIÓN**  
EPE

**SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DIVULGACIÓN CIENTÍFICA**  
EEN. Erick Vázquez Yáñez

**SECRETARIO TÉCNICO**  
M. en C. Daniel de Jesús López Ventura

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN**  
EPE

**SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**  
Dr. Eloy Bernal Díaz

**REPRESENTANTE JURÍDICO**  
Lic. Gustavo Andrés Cancino Camarena

**COORDINADOR DE DISEÑO GRÁFICO DE LA REVISTA**  
Mtro. Francisco Miceli Cerda  
Lic. Alexis Iván López Ruiz

**DESARROLLADOR WEB**  
Juan José Marín Piñeiro

**CORRECTOR DE ESTILO**  
Mtro. Luis Enrique Martínez Jiménez

## SALUD CIENCIA INVESTIGACIÓN UPGCH

### Ilustraciones

Universidad: portada, contenido, editorial, 30, contraportada.

Freepik: pp. 3, 6, 7, 11, 15, 16, 19, 20, 26, 27.





UNIVERSIDAD  
PABLO  
GUARDADO  
CHÁVEZ

Bienvenido al

TE  
RRI  
TO  
RIO

LECHUZAS

LICENCIATURAS ● POSGRADOS

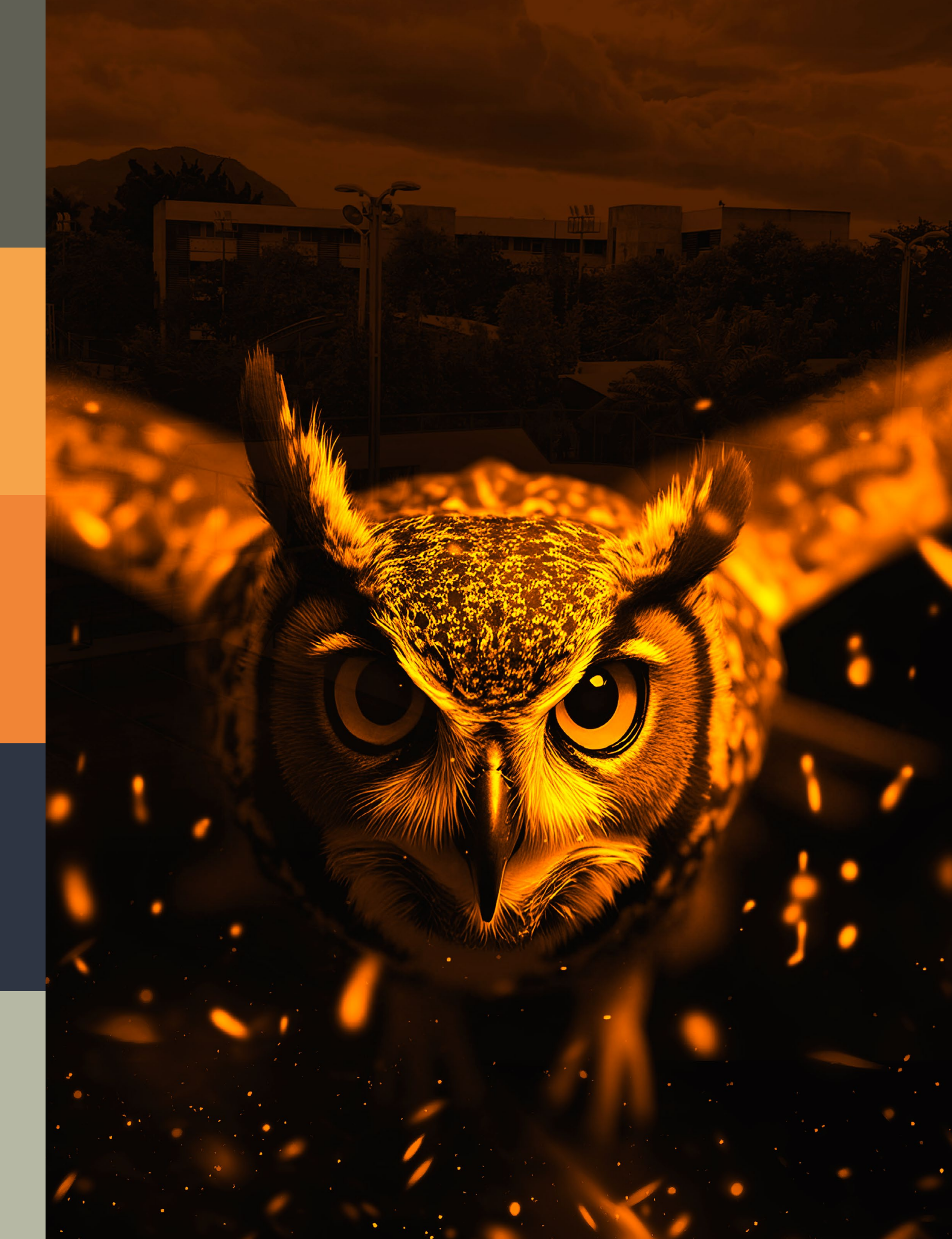


961 614 1112

| [WWW.UPGCH.MX](http://WWW.UPGCH.MX) |











# *Desde la Editorial*

---

## **Cáncer cervicouterino en México: oportunidades para fortalecer la prevención y la equidad en salud.**

El cáncer cervicouterino no debería ser una sentencia de muerte, sin embargo, México ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad entre las mujeres. Aunque la tasa de mortalidad se redujo de 12 a 9 casos por cada 100,000 mujeres mexicanas de 1979 a 2024, cerca de dos tercios de las pacientes siguen siendo diagnosticadas en etapas avanzadas. A pesar de que gran parte de este sufrimiento podría evitarse, la realidad se traduce en destinos de mujeres jóvenes, aspiraciones truncadas y futuros recortados.

Actualmente sabemos que, una combinación de acciones como la vacunación contra el VPH, las pruebas periódicas de Papanicolaou o la detección molecular, así como la atención médica oportuna, es posible reducir de manera significativa la mortalidad por cáncer cérvico uterino. Aun así, en zonas rurales la limitada disponibilidad de estos servicios y la desinformación siguen siendo una clara desventaja, que reduce de forma considerable las posibilidades de supervivencia. Además, durante la pandemia de COVID-19, la cobertura de prevención y diagnóstico se redujo de forma drástica, acentuando las desigualdades sociales, económicas y geográficas que impiden que el derecho a la salud sea una realidad para todas las mujeres. Esto pone de manifiesto la falta de acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, que perpetúa la desigualdad en salud.

Desde la universidad, espacio de conocimiento, conciencia y compromiso social, tenemos la responsabilidad de alzar la voz, exigir políticas públicas integrales, promover la educación y prevención desde nuestras comunidades y contribuir a derribar barreras de acceso. No basta con la existencia de vacunas o programas de tamizaje; estos deben ser efectivos, universales y equitativos. Porque prevenir el cáncer cervicouterino no es un lujo, es un derecho. Y cada mujer sana no es solo un número menos: es una vida, una familia y una historia.







*Factores de riesgo de*

# *VPH y cáncer cervicouterino*

*en mujeres chiapanecas según la edad*

Por:

Sonia Alejandra Aguilar Roblero

Reyna Berenice Suriano Natarén

Erick Ruiz Romero

## Resumen

La detección temprana del virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer cervicouterino representa un desafío significativo, especialmente en las zonas rurales, donde prevalecen la pobreza, la marginación y el acceso limitado a los servicios de salud. Estas condiciones contribuyen al aumento de casos, a lo que se suman otros factores de riesgo, como el inicio temprano de la actividad sexual y la presencia de múltiples parejas sexuales. Esta investigación se centró en identificar los factores de riesgo asociados con la adquisición del VPH y el desarrollo del cáncer de cuello uterino (CACU), así como en analizar los casos reportados según la edad. La muestra estuvo conformada por 207 expedientes de mujeres provenientes de diversos municipios de Chiapas, quienes se realizaron colposcopias en la Clínica de la Mujer Montecristo, ubicada en La Trinitaria. Se identificaron 35 casos de VPH y seis casos de CACU, en donde la falta de detección temprana fue el principal factor que influyó en este resultado.

**Palabras clave:** cáncer cervicouterino, virus del papiloma humano, colposcopía, factores de riesgo.

## Abstract

Early detection of the Human Papillomavirus (HPV) and cervical cancer represents a significant challenge, especially in rural areas, where poverty, marginalization, and limited access to healthcare services prevail. These conditions contribute to the increase in cases, further exacerbated by other risk factors such as early initiation of sexual activity and the presence of multiple sexual partners. This research focused on identifying the risk factors associated with acquiring HPV and developing Cervical Cancer (CACU), as well as analyzing the cases reported by age. The sample consisted of 207 medical records of women from various municipalities in Chiapas, who underwent colposcopies at the Clínica de la Mujer Montecristo in La Trinitaria. Thirty-five cases of HPV and six cases of CACU were identified, with the lack of early detection being the primary factor influencing this outcome.

**Keywords:** cervical cancer, human papillomavirus, colposcopy, risk factors.

El CACU se origina en las células del cuello del útero y a nivel mundial ocupa el cuarto lugar en frecuencia entre los tipos de cáncer en mujeres, siendo una de las principales causas de mortalidad por cáncer, con aproximadamente 600 mil nuevos casos reportados en 2022 (1). México (2020), ocupó el segundo lugar entre los cánceres más diagnosticados, con alrededor de 10 mil casos nuevos, y también fue la segunda causa de muerte oncológica, con casi 5 mil fallecimientos. Entre las entidades federativas, Chiapas presentó la mayor tasa de mortalidad en el país con 11.91 por cada 100 mil mujeres (2).

A pesar de estas alarmantes cifras, la incidencia y mortalidad podrían reducirse significativamente mediante la realización de estudios preventivos, como el examen de Papanicolaou o citología vaginal y la colposcopia. El Papanicolaou consiste en recolectar células del cuello uterino para su análisis, mientras que la colposcopia es un examen más detallado que se realiza cuando los resultados de la citología son anormales, permitiendo una visualización más precisa y si es necesario, la posibilidad de tomar muestras adicionales. Ambos procedimientos son sencillos, eficaces, gratuitos en centros de salud del país y cruciales no solo para detectar el cáncer, sino también para identificar la presencia del VPH y de células precancerosas. La detección temprana permite la aplicación de tratamientos preventivos y a tiempo, facilitando la intervención antes de que el cáncer se desarrolle plenamente (3).

El principal factor de riesgo para el cáncer cervicouterino es la infección persistente por el VPH, especialmente los tipos de alto riesgo. Esta infección se transmite principalmente a través del contacto sexual, y el riesgo aumenta con la exposición temprana al VPH, particularmente si la actividad sexual comienza antes de los 18 años o si se tiene múltiples parejas sexuales. Otros factores que incrementan la probabilidad de desarrollar la enfermedad incluyen el tabaquismo, un sistema inmunológico comprometido (como en el caso de mujeres con VIH), la infección por clamidia, el uso prolongado de anticonceptivos orales y la dieta pobre en frutas y verduras (4,5).

Otro factor de riesgo importante es el número de embarazos a término, ya que las mujeres con tres o más embarazos son propensas probablemente, debido a la exposición recurrente al VPH o a los cambios hormonales que favorecen la infección. También se ha observado que las mujeres que tienen su primer embarazo a una edad temprana (antes de los 20 años) presentan un mayor riesgo. A su vez, las mujeres con bajos ingresos enfrentan mayores dificultades para acceder a pruebas de detección y tratamiento, lo que empeora la situación.

En conjunto, estos factores aumentan la probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, pero la prevención y la detección temprana continúan siendo las herramientas más efectivas para reducir este riesgo de forma significativa (6).

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y cuantitativo, basado en la revisión de 1,035 expedientes correspondientes al periodo de enero de 2023 a enero de 2024. Estos expedientes representaban el total de mujeres provenientes de diversos municipios de Chiapas, que acudieron por diferentes motivos a la Clínica de la Mujer Montecristo, en La Trinitaria. De este total, se seleccionaron 207 expedientes de mujeres que se sometieron a la prueba de tamizaje por colposcopia, con un margen de error del 5.13% y un nivel de confianza del 90%.

## Resultados

En la muestra estudiada, se incluyeron pacientes de diversas edades, desde menores de 20 años hasta mayores de 60. En cuanto al inicio de la vida sexual activa, se observó que el 42.5% de las pacientes iniciaron antes de los 17 años, mientras que el 57.4% lo hicieron después de los 18 años. Respecto al número de parejas sexuales, el 50.7% ha tenido una única pareja, el 48.3% ha tenido de dos a tres parejas y el 0.97% ha tenido más de cuatro parejas.

Según los resultados de la colposcopia realizada a las 207 pacientes, como se muestra en la Figura 1, 35 de ellas (17%) presentaron presencia de VPH, seis casos (3%) fueron diagnosticadas con CACU y 166 pacientes no presentaron anomalías. Se estudiaron los tipos de cáncer detectados mediante corroboración de biopsia cervical, obteniéndose mayor predisposición al carcinoma epidermoide invasor (cuatro pacientes), seguido del

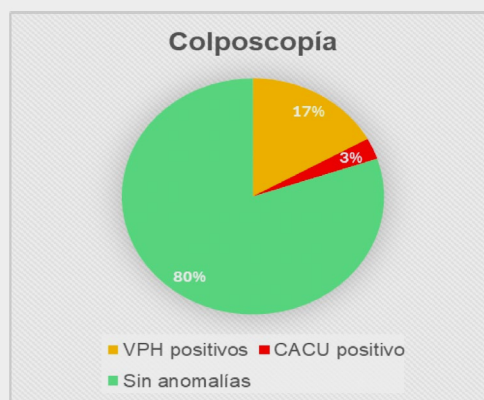


Figura 1. Distribución de pacientes según diagnóstico citológico



En cuanto a la frecuencia de revisiones en las pacientes, se observó que la edad en la que más mujeres acudieron por primera vez a consulta fue en los grupos de 21 a 29 años, con 26 casos (12.6%) y de 30 a 39 años, con 27 casos (13%). Sin embargo, fueron en estos mismos rangos de edad donde se registraron más pacientes que acudían anualmente (11 y 12 casos, respectivamente) o cada tres años (5 y 8 casos, respectivamente). Las visitas fueron menos frecuentes en los grupos de mujeres menores de 20 años y mayores de 60 años (Figura 2).

Es importante destacar que los seis casos diagnosticados con CACU fueron identificados en la primera revisión colposcópica: dos casos en mujeres de 30 a 39 años, tres en mujeres de 40 a 49 años y uno en una mujer mayor de 60 años. Además, dos de estas pacientes habían tenido solo una pareja sexual a lo largo de su vida, mientras que las otras cuatro mencionaron haber tenido de dos a tres parejas sexuales.

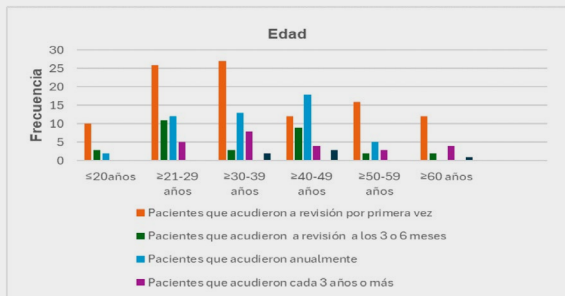


Figura 2. Frecuencia de asistencia a consultas

## Discusión

Tras la recolección y análisis de datos, se registraron seis nuevos casos de CACU, con una tasa de 28.9 casos por cada mil mujeres, siendo el cáncer epidermoide invasor el de mayor prevalencia. Esta tasa es más alta que la tasa nacional en México, que se sitúa en 23.3 casos por cada 100 mil mujeres. Comparativamente, en países en desarrollo, la tasa de incidencias es de 18.8 por cada 100 mil mujeres (7). Este hallazgo indica que la incidencia de cáncer cervical es mayor en México y en otros países con características socioeconómicas similares a las del país, lo que sugiere la necesidad urgente de mejorar los programas de detección y promoción, sobre todo en estados donde la pobreza y la marginación son mayores, como en el caso de Chiapas (3).

Los casos detectados se encontraron en los siguientes municipios: La Trinitaria (dos casos), Frontera Comalapa (uno), Las Margaritas (uno), Comitán (uno) y el Bulej (uno). Este patrón geográfico denota la importancia de la accesibilidad, ya que las zonas más alejadas enfrentan mayores dificultades para implementar programas de detección temprana. Vivir en zonas rurales incrementa la dificultad de accesos a los servicios de salud, lo que incide en la poca oportunidad de detectar esta patología en etapas tempranas y así reducir su mortalidad (8).

Es crucial señalar que muchas mujeres desconocen que el riesgo de cáncer cervical persiste a lo largo de los años y que, cuando se vuelven sexualmente activas, deben de iniciar con los estudios de citología vaginal de manera regular. Lo que resulta preocupante en este estudio, ya que casi la mitad de las pacientes (42.5%) se volvieron sexualmente activas desde los 17 años; sin embargo, acudieron por primera vez a realizarse el Papanicolaou después de los 20 años (26 casos) y 27 de ellas fueron entre los 30 y 39 años, siendo en este último grupo, donde se identificaron los casos de CACU. En este contexto, no es la edad la que influye en sí, sino la falta de madurez para realizarse los estudios de forma regular para la detección oportuna a lo largo de la vida, lo que permite que la infección por VPH evolucione en etapas más avanzadas del cáncer cervicouterino.

Se ha comprobado que el inicio temprano de relaciones sexuales es un factor de riesgo significativo para el cáncer cervicouterino, debido a que incrementa las probabilidades de adquirir una infección por VPH, la cual, con el tiempo, puede evolucionar y desarrollar la patología (6). En esta investigación, se observó que el 42.5% de las mujeres estudiadas iniciaron su vida sexual activa antes de los 17 años, y un 48% reportó haber tenido de dos a tres parejas sexuales a lo largo de su vida, lo que aumenta la probabilidad de exposición al VPH principal agente etiológico del cáncer cervical.

En México en el 2020, se registraron 10,349 nuevos casos de infección por el VPH, y Chiapas ocupó el tercer lugar nacional con 1,238 casos nuevos (2). Este dato resalta la prevalencia de la infección en la región y la necesidad urgente de implementar políticas públicas más efectivas en prevención, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, estos datos no reflejan en su totalidad el número real de casos, debido a que muchos de éstos no son reportados, sobre todo aquellos detectados en clínicas particulares. En esta investigación, se observó que las zonas con mayor número de diagnósticos de infección por VPH mediante colposcopia fueron Comitán de

Domínguez (12 casos) y La Trinitaria (9 casos), con un total de 35 casos (16.9%) de infecciones por VPH durante el periodo 2023-2024, según los 207 expedientes revisados. Estos resultados confirman que la incidencia de cáncer cervical es alta en las zonas estudiadas, lo que subraya la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, como la búsqueda intencionada de la infección por VPH, la promoción de la detección temprana y la mejora en el acceso a la atención médica.

## Conclusiones

Los hallazgos de este estudio sugieren que la incidencia de CACU en las zonas evaluadas es un reflejo de la combinación de factores como la falta de acceso a servicios de salud, la detección tardía del VPH, la alta prevalencia de factores de riesgo asociados al inicio temprano de relaciones sexuales y el número elevado de parejas sexuales. Es imperativo implementar políticas de salud pública que promuevan la educación sobre el VPH, mejorar la cobertura de pruebas de detección y fortalecer la infraestructura de salud en áreas rurales y de difícil acceso, para reducir la incidencia y mortalidad de este cáncer en la población.

## Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional del Cáncer. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? [sede web]. Bethesda (MD): Gobierno de Estados Unidos; 2023 [actualizada año 2023; acceso el 06 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de cuello uterino [sede web]. 2023 [actualizada año 2025; acceso el 06 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Epidemiología del cáncer cervicouterino [sede web]. Ciudad de México: El heraldo de México; 2022 [actualizada año 2022; acceso el 06 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino?idiom=es>

4. Mayo Clinic. Prueba de papanicolaou [sede web]. España: Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas; 2024 [actualizada año 2024; acceso el 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/pap-smear/about/pac-20394841>

5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Todo lo que debes saber sobre el PAP [sede web]. 2025 [acceso el 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/chile-tu-vida-importa-hazte-pap/todo-lo-que-debes-saber-sobre-pap>

6. BBC News Mundo. Sexo prematuro, más cáncer cervical. 2009 [actualizada año 2025; citado el 07 de febrero de 2025]. Disponible en: [https://www.bbc.com/mundo/ciencia\\_tecnologia/2009/12/091221\\_cervical\\_sexo\\_men](https://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2009/12/091221_cervical_sexo_men)

7. Secretaría de Salud. Cáncer de cuello uterino [sede web]. 2013 [actualizada año 2025; citado el 26 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino>

8. UNIR. La salud rural: gestión y desafíos de la salud en zonas rurales [sede web]. 2024 [actualizada año 2024; citado el 26 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/salud/salud-rural/>





# Especialidades en Enfermería

- Geriátrica
- Quirúrgica
- Pediátrica
- Obstetricia
- Urgencias



**UNIVERSIDAD  
PABLO  
GUARDADO  
CHÁVEZ**

**f UNIVERSIDAD  
PABLO GUARDADO CHÁVEZ**

**upgch\_oficial**

**Tel. (961) 614 1112/13**

**www.upgch.mx**

Lib. Nte. Ote. 3450 Fracc. Las Palmas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Aplicación de

# ANOVA

*en la población con discapacidad y condiciones de salud mental en el sur y sureste de México*

Por:

Erick Ruiz Romero

Hugo Rafael Montero Pérez

## Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar a la población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental, por entidad federativa y por edad del año 2020. La zona analizada comprende las entidades federativas de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. En el porcentaje de personas, Veracruz (25.78%) es el mayor contribuyente. Campeche (2.84%) y Quintana Roo (4.04%) contribuyen menos. Chiapas (11.20%) y Guerrero (11.19%) son los estados que más se parecen entre sí. El análisis de varianza indica que existe una diferencia significativa en la población con discapacidad y condiciones de salud mental entre los estados y entre las edades. Por consiguiente, analizar la discapacidad y condiciones de salud mental facilita la planificación de recursos y la mejora de los servicios de salud mental y rehabilitación, ajustándolos a las necesidades locales. Esto incluye tanto la infraestructura médica como los servicios de apoyo psicosocial.

Palabras clave: discapacidad, limitación en la actividad cotidiana, condición mental.

## Abstract

The objective of this work was to analyze the population with disabilities, with limitations in daily activities and with some mental problem or condition, by federal entity and by age in 2020. The area analyzed includes the federal entities of Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz and Yucatán. In the percentage of people, Veracruz (25.78%) is the largest contributor. Campeche (2.84%) and Quintana Roo (4.04%) contribute less. Chiapas (11.20%) and Guerrero (11.19%) are the states that are most similar to each other. The analysis of variance indicates that there is a significant difference in the population with disabilities and mental health conditions between states and between ages. Therefore, analyzing disabilities and mental health conditions facilitates resource planning and the improvement of mental health and rehabilitation services, adjusting them to local needs. This includes both medical infrastructure and psychosocial support services.

Keywords: disability, limitation in daily activity, mental condition



En México, la atención a las personas con discapacidad ha avanzado notablemente en los últimos años, adoptando un enfoque centrado en los derechos humanos y la inclusión social. Según el Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 6,179,890 personas viven con algún tipo de discapacidad, representando el 4.9% de la población total del país. De este grupo, el 53% son mujeres y el 47% hombres (1).

Las principales dificultades reportadas incluyen caminar, subir o bajar usando las piernas (64.1%) y otras limitaciones físicas. Los tipos de actividades con dificultad más conocidos son: caminar, subir o bajar, ver, oír, hablar o comunicarse, recordar o concentrarse y dificultad para bañarse. La salud mental en México es una preocupación creciente, con trastornos como la depresión y la ansiedad siendo prevalentes en la población. Según datos del Sistema de Salud, en 2024, se atendieron a 303,356 personas por diversas condiciones de salud mental, destacando la ansiedad (52.8%) y la depresión (25.1%) como las más comunes (2).

A pesar de los avances en políticas públicas y programas de apoyo, las personas con discapacidad en México continúan enfrentando barreras significativas en áreas como la educación, el empleo y la accesibilidad, lo que subraya la necesidad de fortalecer las iniciativas gubernamentales y sociales para garantizar su plena inclusión y participación en la sociedad.

Además, se estima que tres de cada diez personas en México padecen algún trastorno mental a lo largo de su vida, y más del 60% de quienes sufren de estos trastornos no reciben tratamiento (3).

Es importante destacar que las personas con trastornos mentales tienen una probabilidad de muerte prematura entre 40% y 60% mayor que la población general, en parte debido a problemas de salud física que a menudo no son atendidos, como cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes o VIH/SIDA (4).

A pesar de la alta prevalencia de trastornos mentales, el 85% de las personas con algún padecimiento mental en México no recibe atención, y quienes la reciben tardan en promedio 14 años en obtenerla (5).

El objetivo del trabajo fue analizar a la población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental en los estados del sur y sureste de México y rango de edades durante el 2020 mediante la aplicación del análisis de varianza (ANOVA) y prueba post hoc para identificar diferencias significativas entre las regiones y sus factores determinantes.

## Metodología

Se emplearon datos provenientes del sitio oficial del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (6), el cual proporciona información estadística, geográfica y económica tanto a nivel nacional como por entidad federativa.

A partir de esa fuente, se obtuvieron datos recopilados en el año 2020 de la población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental de los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán (Figura 1).



Figura 1. Mapa de los estados sur y sureste de México (6)

Para examinar la relación entre los problemas de salud y otra variable cuantitativa, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson (Walpole, Myers y Ye, 2007). Se obtuvo un valor de  $r$ , que permitió determinar tanto la intensidad como la dirección de la relación lineal entre ambas variables cuantitativas. Asimismo, se establecieron las siguientes hipótesis estadísticas respecto a la a la población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental

Para el caso de los estados del sur y sureste de la República:

Hipótesis nula ( $H_0$ ): No existen diferencias significativas en la población con discapacidad y condiciones de salud mental entre los estados del sur y sureste de México.

Hipótesis alternativa ( $H_1$ ): Existen diferencias significativas en la población con discapacidad y condiciones de salud mental entre los estados del sur y sureste de México.

Para el caso de las edades del sur y sureste de la República:

Hipótesis nula ( $H_0$ ): No existen diferencias significativas entre las edades de las personas con discapacidad y condiciones de salud mental

Hipótesis alternativa ( $H_1$ ): Existe diferencias significativas entre las edades de las personas con discapacidad y condiciones de salud mental

Para el caso de la comparación del estado de Chiapas y Guerrero:

Hipótesis nula ( $H_0$ ): No existen diferencias significativas acerca de las medias de las personas con discapacidad entre Chiapas y Guerrero.

Hipótesis alternativa ( $H_1$ ): Existen diferencias significativas acerca de las medias de las personas con discapacidad entre Chiapas y Guerrero.

Para evaluar las hipótesis estadísticas, se empleó el ANOVA (9) con dos factores, sin replicas y un nivel de significancia de 0.05. Esta herramienta ya había sido utilizada previamente en estudios relacionados con la salud (10, 11). El análisis se realizó utilizando el programa Excel (2024). La regla para rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) fue la siguiente: rechazar  $H_0$  si el valor del estadístico supera el valor crítico. Se realizó la prueba post hoc de Tukey en comparación de todos los estados.

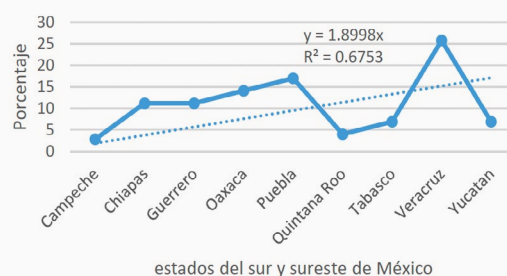
## Resultados

Se recopilaron los datos sobre población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental disponibles en el sitio web del INEGI (8) (Tabla 1).

	Campeche	Chiapas	Guerrero	Oaxaca	Puebla	Quintana Roo	Tabasco	Veracruz	Yucatán
<b>Total</b>	170,452	670,314	669,526	842,598	1,016,831	241,795	413,069	1,542,272	414,852
<b>0 a 4 años</b>	4,608	28,799	17,419	16,955	23,505	9,162	10,832	32,841	9,840
<b>5 a 9 años</b>	6,081	28,559	22,407	26,607	36,082	9,293	15,752	51,295	13,476
<b>10 a 14 años</b>									
	6,968	29,723	26,373	34,309	44,893	11,301	18,053	60,704	15,134
<b>15 a 19 años</b>									
	7,106	27,599	26,244	33,239	48,589	11,939	17,407	59,901	16,344
<b>20 a 24 años</b>									
	6,989	24,437	23,915	29,023	45,649	12,832	14,648	50,736	16,850
<b>25 a 29 años</b>									
	6,508	23,328	22,450	29,571	42,955	13,979	13,751	48,834	16,378
<b>30 a 34 años</b>									
	6,993	24,963	23,953	32,512	43,287	13,879	14,955	52,108	16,978
<b>35 a 39 años</b>									
	7,961	26,602	26,988	36,352	46,681	13,802	18,238	59,132	18,445
<b>40 a 44 años</b>									
	11,641	38,521	39,081	49,325	55,782	18,175	28,740	85,143	27,112
<b>45 a 49 años</b>									
	14,597	49,969	50,542	63,612	70,742	22,162	36,219	118,904	33,981
<b>50 a 54 años</b>									
	15,573	56,587	58,461	72,407	83,728	22,835	39,598	141,991	34,611
<b>55 a 59 años</b>									
	15,180	56,426	59,322	73,241	83,123	19,834	38,511	141,657	34,758
<b>60 a 64 años</b>									
	14,861	57,617	59,935	74,807	87,894	18,060	37,644	145,417	35,878
<b>65 a 69 años</b>									
	13,787	55,068	57,400	71,187	81,761	15,133	33,848	137,414	35,683
<b>70 a 74 años</b>									
	10,927	45,134	49,410	60,408	70,631	11,457	25,130	116,245	31,300
<b>75 a 79 años</b>									
	8,532	38,736	41,552	53,260	58,832	7,906	20,247	96,028	24,375
<b>80 a 84 años</b>									
	6,012	27,216	31,180	41,301	44,413	5,385	14,369	70,949	17,599
<b>85 y más años</b>									
	6,148	29,031	32,880	44,472	48,314	4,846	15,126	72,970	16,107
<b>No especificado</b>									
	0	1	5	10	10	15	3	3	5

**Tabla 1.** Población con discapacidad y condiciones de salud mental en el sur y sureste de México, 2020

En la Figura 2 se puede observar que Veracruz (25.78%) y Puebla (16.99%) son los mayores contribuyentes con personas con discapacidad y condiciones de salud mental. Campeche (2.84%) y Quintana Roo (4.04%) tienen la menor participación, reflejando una menor población con estas dificultades. Y finalmente, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán tienen valores más cercanos, lo que sugiere similitudes en distribución.



**Figura 2.** Porcentaje de población con discapacidad y condiciones de salud mental en los estados

Una correlación positiva fuerte entre Chiapas y Oaxaca ( $=0.94$ ) lo cual significa que a medida que la población total aumenta, los valores asociados a Chiapas también tienden a aumentar.

También hay correlación positiva fuerte entre Chiapas y Tabasco ( $=0.96$ ) lo cual significa si un valor en Chiapas aumenta, es probable que en Tabasco también aumente, y viceversa.

Luego con el programa Microsoft Excel con ayuda de la herramienta "análisis de datos" se seleccionó "Análisis de varianza de dos factores sin replicas" (Tabla 2). Donde se encontró que existe una diferencia significativa entre las medias de los estados, así como entre las medias de los rangos de edades.

RESUMEN	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
Campeche	20	340904	17045.2	1321149684
Chiapas	20	1340628	67031.4	2.0377E+10
Guerrero	20	1339052	66952.6	2.0385E+10
Oaxaca	20	1685196	84259.8	3.2277E+10
Puebla	20	2033662	101683.1	4.6872E+10
Quintana Roo	20	483590	24179.5	2657444154
Tabasco	20	826138	41306.9	7772811100
Veracruz	20	3084544	154227.2	1.0841E+11
Yucatán	20	829704	41485.2	7822958497

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Filas	3.4323E+12	19	1.8065E+11	21.490941	8.3341E-34	1.65539098
Columnas	2.9494E+11	8	3.6868E+10	4.38597338	8.6511E-05	1.99979604
Error	1.2777E+12	152	8405792190			
Total	5.0049E+12	179				

**Tabla 2.** Análisis de varianza de dos factores con una sola muestra por grupo con un alfa de 0.05

Posteriormente se analizaron los datos en una prueba post hoc de Tukey que nos arrojó los subconjuntos homogéneos, realizada en el programa SPSS versión 25. Se encontró semejanza en las medias de los estados de Chiapas, guerrero, Yucatán y Tabasco, siendo Chiapas y Guerrero los que tienen mayores semejanzas en sus medias (Tabla 3).



Personas  
HSD Tukey<sup>a</sup>

Subconjunto para alfa = 0.05

Estados	N	1	2	3	4	5
Campeche	18	9469.5556				
Quintana	18	13432.2222				
Tabasco	18	22948.1111	22948.1111			
Yucatan	18	23047.0556	23047.0556			
Guerrero	18		37195.6111	37195.6111		
Chiapas	18		37239.6111	37239.6111		
Oaxaca	18			46810.4444	46810.4444	
Puebla	18				56490.0556	
Veracruz	18					85681.6111
Sig.		.333	.266	.777	.771	1.000

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 18.000

Tabla 3. Prueba post hoc (Tukey)

Se analizo en Excel a través de una prueba de hipótesis para dos medias considerando varianzas similares, obteniendo como resultado que Chiapas y Guerrero no tienen una diferencia significativa, por lo tanto, ambos comparten resultados muy parecidos.

Para los estados del sur y sureste de la República el valor de F fue 87.10 y su valor crítico para F fue de 2.00 Por lo que  $87.10 > 2.00$ , por lo tanto, se puede rechazar  $H_0$  y existe evidencia suficiente que demuestre que son diferentes.

Para las edades el valor de F fue 15.47 y su valor crítico para F fue de 1.69. Por lo que  $15.47 > 1.69$ , por lo tanto, se puede rechazar  $H_0$  y existe evidencia suficiente que demuestre que son diferentes.

## Discusión

El análisis de correlación reveló una relación positiva fuerte entre Chiapas y Guerrero ( $r = 0.97$ ), lo que indica que a medida que la población total aumenta, los valores de Chiapas también tienden a incrementarse. Este resultado sugiere que el número de personas con discapacidad y condiciones de salud mental en Chiapas sigue una tendencia proporcional a Guerrero, lo que podría estar relacionado con la alta marginación y las limitaciones en la atención médica en la región.

Asimismo, se observó una correlación positiva fuerte entre Chiapas y Tabasco ( $r = 0.96$ ), a pesar de que representan los extremos en la proporción de personas afectadas. Esto indica que ambos estados comparten patrones similares en la variación de los datos, lo que podría estar vinculado a factores estructurales comunes, como la distribución de los servicios de salud o el acceso a diagnósticos.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de políticas públicas diferenciadas y específicas para cada estado, considerando sus características poblacionales y sus niveles de acceso a servicios de salud. Además, la fuerte correlación entre algunas entidades sugiere que existen factores comunes que podrían estar influyendo en la prevalencia de estas condiciones, lo que merece un análisis más profundo para diseñar estrategias de intervención más efectivas.

En la prueba post hoc de Tukey, nos arrojó 5 grupos. El primer grupo fue de Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán. El segundo grupo fue de Tabasco, Yucatán, Guerrero y Chiapas. El tercer grupo fue de Guerrero, Chiapas y Oaxaca. El cuarto grupo fue de Oaxaca y Puebla. Y finalmente, Veracruz quedó solo, con un comportamiento muy diferente a los demás estados. Los dos estados más emparentados en cuanto a la población con estas condiciones de salud fueron Chiapas y Guerrero.

## Conclusiones

El análisis ANOVA es una herramienta estadística que nos permitió comparar las medias de la población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental del sur y sureste de la República.

Los resultados muestran una diferencia significativa en cuanto a la discapacidad y las condiciones de salud mental en los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Se observa una alta correlación entre Chiapas y Guerrero (0.97), así como con Tabasco (0.96), lo que indica que sus valores de población siguen un patrón similar, sugiriendo una evolución comparable en la variable analizada. Esto posiciona a Chiapas y Guerrero como los estados con mayor similitud en términos de población.

## Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Discapacidad-Población [sede Web]. México: INEGI; 2020 [actualizada año 2025; acceso el 07 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx>

2. Secretaría de Salud. Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones. Una mirada a la atención en salud mental en México: principales condiciones atendidas en el Sistema de Salud [sede Web]. México: Secretaría de Salud; 2024 [acceso el 07 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conasama/documentos/dia-mundial-de-la-salud-mental-380122?state=published>

3. Instituto Mexicano del Seguro Social. La punta del iceberg [sede Web]. México: IMSS [acceso el 07 de marzo de 2025]; 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/la-punta-del-iceberg?idiom=es>

4. Foro Consultivo Científico y Tecnológico. Salud mental en México. México: FCCyT; 2023. Disponible en: [FOROCONSULTIVO.ORG.MX](https://FOROCONSULTIVO.ORG.MX)

5. Instituto Nacional de Salud Pública. 10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental. México: INSP; 2022. Disponible en: [INSP.MX](https://INSP.MX)

6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI [Internet]. México: INEGI; [citado el 07 marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/>

7. Sur Sureste. Estrategia Regional para el Desarrollo de la Región Sureste y su Contexto Geográfico [Internet]. [fecha de publicación desconocida] [citado el 07 marzo 2025]. Disponible en: [https://sursureste.org.mx/sites/all/themes/fidesur/archivo/estrategia\\_regional/ENDRSSE-RSSE\\_y\\_contexto\\_geogr%C3%A1fico.pdf](https://sursureste.org.mx/sites/all/themes/fidesur/archivo/estrategia_regional/ENDRSSE-RSSE_y_contexto_geogr%C3%A1fico.pdf)

8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Tabulados interactivos sobre discapacidad [Internet]. México: INEGI; [citado el 07 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad\\_Discapacidad\\_01\\_29827fe7-b1cd-4bd2-81d6-9d08bda47df8&idrt=151&opc=t](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_01_29827fe7-b1cd-4bd2-81d6-9d08bda47df8&idrt=151&opc=t)

9. Martínez MR, López JS. Estadística aplicada a las ciencias sociales: Análisis de varianza y otros métodos multivariantes. 1a ed. Editorial Pearson; 2021.

10. Juárez-Lucero JJ, et al. ANOVA en la comparación de tres métodos para rastrear COVID-19 en nueve países. Rev Mex Ing Bioméd. 2021;42(1): e1110. Disponible en: <https://doi.org/10.17488/rmib.42.1.4>

11. Saturno-Hernández PJ, et al. Calidad de la información en salud de México en el contexto de la OCDE: 2017-2021. Gac Sanit. 2024; 38:102372. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102372>





*El amor y las*

# *neuronas*

Por:

María Fernanda Pascacio Martínez

El amor no es un momento o hecho, es solo una construcción social impuesta por la misma sociedad, que dentro de nuestro cuerpo no es más que solo la reacción de este ante estímulos a causa de factores externos; experiencias placenteras y dolorosas que nos transportan en diferente sintonía debido a las sustancias liberadas. Quizá muchos erróneamente se refieren a la fase del enamoramiento inicial y la idealización del momento, pero lo que piensan que es "amor verdadero" no es más que una experiencia biográfica causada por una amplia gama de neuropéptidos y neurotransmisores.



Nuestro eje hipotálamo-hipofisiario es un sistema encargado de mantener una homeostasis de los niveles hormonales hipofisiarios los cuales coordinan diversas funciones dentro de nosotros. Entre ellas destacan hormonas sexuales, hormonas, el estrés y recompensa como la dopamina, norepinefrina, cortisol y sistemas serotoninérgicos. Cada una de ellas participan estimulando o inhibiendo procesos en nuestro cuerpo, como la menstruación, la reproducción sexual, situaciones de estrés, lactancia, entre muchas cosas más. Podemos confundir el amor con lujuria, apego y atracción, debido a que cada uno está mediado por sus propios neurotransmisores que en el cerebro se interrelacionan.

Es importante tomar en cuenta que la fase temprana del amor ingresa en un modo automático, un estado neurobiológico en el que las células de nuestro sistema nervioso se organizan en circuitos funcionales que van a procesar información y con esto modular nuestro comportamiento, aunque un tanto contradictorio en el sentido fisiológico de las fases y estados posteriores. Por lo tanto, cuando nos encontramos bajo una situación de estrés, un mecanismo de defensa de nuestro propio cuerpo es la búsqueda de placer, proximidad y cercanía; estableciendo que la interacción social es producto de un estrés moderado. El amor romántico es necesario para la supervivencia de la especie humana que se asocia al apropiamiento y retención de las emociones necesarias para sobrevivir y reproducirse. Por lo tanto, para alcanzar su objetivo, estas emociones deben modificar nuestro comportamiento de acuerdo las necesidades de nuestro cuerpo.

Aunque el amor verdadero no tiene una definición real, basado en la ciencia no es más que el producto de la acción de múltiples neuropéptidos y neurotransmisores, el amor es la enfermedad y la recompensa. Cuando estamos enamorados estas hormonas se elevan en ciertas áreas dentro de nuestro cerebro en múltiples regiones que son sensibles al comportamiento lo que induce el placer como el sexo, consumo de alimentos y el consumo de drogas. Al elevarse los niveles hormonales, induce palpitaciones de amor-ansiedad y el aumento de la peristalsis como respuesta ante estrés de manera placentera, sobre todo un aumento considerable del cortisol. Al final de todo, la finalidad del enamoramiento es el apareamiento humano.

El amor romántico en etapas tempranas es muy similar a los cambios que ocurren en una persona adicta, aunque en este caso con forme transcurre el tiempo se va desvaneciendo dentro de las relaciones. Por lo que la base neurofisiológica del amor romántico son las alteraciones funcionales en el circuito de la recompensa y la emoción y el sistema de dopamina lo que nos hace sentirnos extasiados y estallar de amor, ocasionando un círculo vicioso. Esta adicción conductual desencadenada por sustancias químicas implicadas en el circuito funcional de nuestro cerebro nos hace responder de una manera física y emocional relacionadas al amor, taquicardias, hiperhidrosis palmar, rubor, ansiedad y deseo. Con forme aumenta el cortisol, la serotonina va

disminuyendo, precipitando pensamientos, esperanzas, terrores, pensamientos intrusivos, obsesionándose y encaprichándose. La vasopresina y oxitocina implicadas en el embarazo y lactancia también tienen una función importante en este proceso. La oxitocina aumenta durante el sexo, esto estimula los sentimientos de apego ocasionando que las parejas de relacionen a un más después de tener relaciones sexuales, además de provocar satisfacción, calma y seguridad.

Cuando nos enamoramos vemos la vida desde otra perspectiva cuando los niveles de dopamina se encuentran elevados, disminuyendo la autocrítica y pensamientos negativos como en la intoxicación por cocaína. Considero que es de relevancia en el ámbito médico tener conocimiento sobre qué pasa en nuestro cuerpo cuando "estamos enamorados", aunque quizá sea una sensación primorosa, cuando esto termina, todo toma un giro radical. En las decepciones amorosas entender lo que puede estar ocurriendo desde un punto de vista hormonal de igual manera un apego ansioso cuando ya no es normal. Esto sería la clave para un tratamiento adecuado y oportuno en cuanto a situaciones de depresión, ansiedad o apego ansioso derivado de una ruptura amorosa o en relaciones en las que dependan emocionalmente de alguien y solo sea costumbre.







*Abordaje inicial del profesional de*

# *enfermería*

*a paciente gran-quemado adulto en primer nivel de atención*

Por:

Julio César Martínez Hernández

María de los Ángeles Coutiño Coutiño

## Resumen

Las quemaduras representan un grave problema de salud pública, causando aproximadamente 180,000 muertes anuales a nivel mundial. Por ello, la atención en hospitales es crucial, y el abordaje inicial realizado por el profesional de enfermería, es fundamental. En el Hospital Básico Comunitario de Oxchuc, Chiapas, se analizó el nivel de conocimiento y las habilidades de los enfermeros del área de urgencias, así como los factores sociodemográficos que influyen en el abordaje inicial de pacientes adultos clasificados como "gran quemado", durante el año 2023. Esta investigación se llevó a cabo mediante una encuesta aplicada a 27 profesionales de enfermería de los diferentes turnos, para evaluar su conocimiento, y con la observación del procedimiento realizado mediante una lista de cotejo. Ambos instrumentos fueron elaborados tomando como referencia la Guía de Prácticas Clínicas ISSSTE-678-13.

El estudio reveló que los profesionales de enfermería tienen un conocimiento insuficiente sobre el manejo de quemaduras graves, con solo el 14.8% alcanzando un nivel alto. Además, se identificaron deficiencias en habilidades clave, como la clasificación de quemaduras y la reposición de líquidos. El nivel educativo fue el factor sociodemográfico más relevante, con mejores resultados entre enfermeros con licenciatura o especialidad.

Palabras Claves: enfermeros, gran quemado adulto, abordaje inicial.

## Abstract

Burns represent a serious public health issue, causing approximately 180,000 deaths annually worldwide. Therefore, care in hospitals is crucial, and the initial approach performed by nursing professionals is fundamental. At the Oxchuc Community Basic Hospital in Chiapas, the knowledge level, skills, and sociodemographic factors influencing the initial management of adult patients classified as "major burns" were analyzed during 2023. This research was conducted through a survey applied to 27 nursing professionals from different shifts to assess their knowledge, as well as by observing the procedure using a checklist. Both instruments were developed based on the ISSSTE-678-13 Clinical Practice Guidelines.

The study revealed that nursing professionals have insufficient knowledge of the management of severe burns, with only 14.8% reaching a high level. Additionally, deficiencies in key skills such as burn classification and fluid resuscitation were identified. The educational level was the most relevant sociodemographic factor, with better results among nurses with a bachelor's degree or specialty.

Keywords: nurses, adult major burn, initial approach.



A nivel mundial, las lesiones por quemaduras causan aproximadamente 180,000 muertes al año, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. Además, las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad y ocupan el decimotercer lugar entre las causas de muerte en México (1). Cada año, alrededor de 9 millones de personas en todo el mundo quedan con algún tipo de discapacidad a causa de quemaduras (2). En México, se registran cerca de 13,000 casos de quemaduras anualmente, de los cuales más de 1,000 corresponden a niños, posicionando al país en un nivel intermedio en comparación con naciones desarrolladas y en desarrollo (1).

La Organización Mundial de la Salud (3) define a las quemaduras como "lesiones en la piel u otros tejidos orgánicos que son causados principalmente por el calor, así como la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con sustancias químicas".

La guía de prácticas clínicas ISSSTE-678-13 define a un paciente como "paciente gran quemado" a aquel que presente quemadura que abarcan más del 20% de la superficie corporal total en adultos. En el caso que el paciente sea un adulto mayor de 65 años, se considera en esta categoría cuando la superficie corporal quemada es del 10% o más. También se clasifica como gran quemado a cualquier paciente que sufra quemaduras respiratorias o por inhalación de humo, quemaduras eléctricas de alta tensión, quemaduras que afecten el cuello y/o la cara, así como a aquellos pacientes con enfermedades graves o traumatismos asociados (4).

La atención adecuada y oportuna en los primeros momentos tras una lesión por quemaduras es crucial para mejorar el pronóstico del paciente. En el área de urgencias, tanto médicos como enfermeros desempeñan un papel fundamental en la evaluación y el manejo inicial. Una respuesta rápida y efectiva puede reducir el riesgo de complicaciones, como infecciones y shock hipovolémico, que pueden ser mortales para el paciente.

La estabilización del paciente incluye el control del dolor, la valoración de la extensión y profundidad de las quemaduras, y la administración de líquidos intravenosos para prevenir la deshidratación. Además, la atención temprana contribuye a una mejor recuperación funcional y estética, minimizando las secuelas a largo plazo. Por lo que la coordinación entre el equipo de salud es esencial para garantizar un manejo integral, optimizando los recursos y mejorando los resultados clínicos del paciente gran-quemado (5).

El manejo inicial de pacientes gran-quemado en el área de urgencias es crucial para evitar complicaciones y garantizar la supervivencia del paciente. La valoración primaria debe de ser completa e incluir la evaluación de la vía aérea, la ventilación, la circulación, el déficit

neuroológico, la exposición y la reposición de líquidos. El primer paso consiste en clasificar las quemaduras según su profundidad, extensión y localización (6), para poder determinar la gravedad y pronóstico de recuperación del paciente.

Con respecto a la profundidad, las quemaduras pueden clasificarse en tipos A, AB-A, AB-B y B según la clasificación de Benaim (7), la extensión se mide en función del porcentaje de superficie corporal quemada, dividiéndose en benignas (menos del 10%), graves (entre el 10% y el 33%), muy graves (más del 33%) y mortales (más del 50%). Por otro lado, la clasificación de Converse-Smith (4) las clasifica en quemaduras de primer grado, segundo grado superficial, segundo grado profundo y tercer grado. Las zonas especiales del cuerpo, como la cara, los genitales y las áreas de flexión, requieren una atención especial, ya que estas áreas son muy sensibles y también pueden generar secuelas funcionales o estéticas en el paciente, aunque no siempre representen un riesgo vital (6).

La evaluación de la vía aérea es esencial, especialmente con quemaduras faciales o inhalación de humo, ya que el edema en las vías respiratorias superiores puede causar obstrucción (8). Si el paciente tiene edema facial o signos de quemaduras por inhalación, debe de recibir oxígeno al 100% y, si es necesario, proceder con la intubación (9). Las maniobras no invasivas, como la elevación del mentón y la protrusión de la mandíbula, pueden ser útiles para mantener la vía permeable, pero, si estas medidas no son suficientes, se deben considerar opciones invasivas, incluyendo la intubación endotraqueal (8).

La evaluación circulatoria y la reposición de fluidos son fundamentales. Los pacientes con quemaduras graves, especialmente aquellos con más del 20% de superficie corporal quemada, necesitan una reanimación hídrica inmediata para restaurar el volumen intravascular y prevenir la deshidratación. La fórmula de Parkland es ampliamente utilizada para calcular la cantidad de líquidos necesarios para el paciente durante las primeras 24 horas. Se debe administrar un volumen adecuado para evitar la isquemia y la insuficiencia renal, sin sobrecargar al paciente y provocar edema o cualquier otra complicación (8,10).

La evaluación del déficit neurológico es esencial para detectar posibles lesiones cerebrales, pérdida de conciencia o alteraciones neurológicas. El déficit neurológico puede ser un indicativo de shock, intoxicación por inhalación de productos tóxicos o complicaciones por la quemadura (11).

La exposición y la protección del paciente al entorno son también factores críticos de gran importancia. Es necesario retirar cualquier ropa quemada y cubrir al paciente con mantas térmicas para evitar la pérdida excesiva de calor, que podría causar hipotermia. La protección del paciente debe de ir acompañada de estrictas medidas de bioseguridad para prevenir infecciones, especialmente en pacientes con quemaduras extensas que pueden presentar un riesgo elevado de septicemia (12).

En algunos casos, el paciente necesitará ser trasladado a un centro especializado si las quemaduras son muy graves o requieren atención quirúrgica avanzada. La decisión de realizar el traslado debe de considerarse si el hospital de origen no tiene lo necesario para manejar casos complejos y con la evaluación de la viabilidad del transporte.

### Materiales y métodos

Para el análisis del nivel de conocimiento, la muestra estuvo constituida por 27 profesionales de enfermería de distintos turnos, distribuidos de la siguiente manera: seis del turno matutino, cuatro del turno vespertino, cuatro del turno nocturno A, cuatro del turno nocturno B, cinco del turno fin de semana especial A y cinco del turno especial B. Para el análisis de la habilidad del profesional en el abordaje inicial, se observaron a ocho profesionales en los diferentes turnos, debido a la baja frecuencia de casos presentados durante el periodo de estudio.

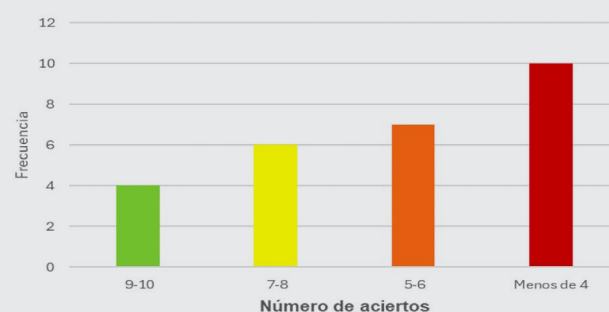
Para estudiar el abordaje inicial que realiza el profesional de enfermería en el área de urgencias a pacientes adultos gran-quemados, se aplicaron dos instrumentos, los cuales fueron elaborados con base en los criterios establecidos en la guía de práctica clínica ISSSTE-678-13 para la atención de este tipo de pacientes. El primer instrumento consistió en una encuesta con 10 preguntas de respuestas politómicas. El método de evaluación fue asignar un punto por cada respuesta correcta, y cero puntos cuando la respuesta fuera incorrecta o no contestada, con un rango de puntuaciones de 0 a 10. El segundo instrumento fue una lista de cotejo, conformada por 14 puntos a evaluar, con el fin de registrar de manera detallada el abordaje inicial realizado por los profesionales de enfermería.

### Resultados y discusión

En primer lugar, se detallan los resultados relacionados con el nivel de conocimiento sobre el abordaje inicial en primer nivel de atención de pacientes adultos con quemaduras graves. Posteriormente, se exponen los resultados obtenidos mediante la aplicación de la lista de cotejo, utilizada para registrar las acciones realizadas durante el manejo en este tipo de pacientes.

En esta investigación, se evaluaron a 27 profesionales de enfermería, de los cuales solo 10 de ellos (37%) obtuvieron una puntuación entre siete y diez aciertos en la prueba de conocimiento. El resto de los enfermeros presentó una calificación significativamente baja, lo que evidencia una deficiencia en el conocimiento relacionado con el abordaje inicial a paciente gran quemado en el área de urgencias. Estos resultados indican una falta de preparación adecuada para enfrentar este tipo de situaciones críticas (Figura 1).

Los hallazgos en este estudio coinciden con investigaciones previas que subrayan la importancia de la capacitación continua del personal de enfermería en el manejo de emergencias, en especial en situaciones de quemaduras graves (13). Según Ibarra (14), la formación del personal de enfermería es fundamental, ya que son de los primeros en entrar en contacto con los pacientes, y su intervención temprana puede influir significativamente en las probabilidades de supervivencia, ya que un manejo adecuado en las primeras horas posteriores a la lesión puede reducir la mortalidad y las complicaciones a largo plazo en los pacientes quemados.



**Figura 1.** Aciertos obtenidos por los profesionales de enfermería sobre el abordaje inicial de pacientes con quemaduras graves en el primer nivel de atención

En la Tabla 1 se representan las preguntas de conocimiento realizadas a los profesionales de enfermería, junto con la frecuencia de respuestas correctas y el porcentaje de estas. Los resultados indican que los puntos a reforzar son aquellos en los que se obtuvieron malos resultados. Por ejemplo, solo el 48.1% de los encuestados identificó correctamente las características para clasificar a un paciente gran quemado. Así mismo, en relación con la clasificación de las quemaduras, solo el 51.9% respondió correctamente, lo que genera preocupación, ya que este conocimiento es esencial para un tratamiento adecuado (14).

Por otro lado, las preguntas sobre la reposición de líquidos en pacientes gran quemados evidencian un conocimiento deficiente, con solo el 40.7% y el 29.6% de los participantes que respondieron correctamente, lo que resalta la falta de familiaridad con los protocolos de tratamiento básicos y necesarios en este tipo de atención.



Pregunta	Frecuencia	Porcentajes (%)
Son lesiones producidas en los tejidos vivos por agentes físicos, químicos y eventualmente biológicos.	19	70.4
¿Cuáles son las características que se deben de considerar para identificar a un paciente como gran quemado?	13	48.1
¿Cuáles son las medidas de seguridad para el personal de primer contacto con el paciente gran quemado adulto?	19	70.4
¿Cómo se clasifican las quemaduras?	14	51.9
¿Cómo se le conoce a la lesión causada por la exposición directa de la piel, ojos y cualquier otro órgano con sustancias como ácidos, álcalis y otros agentes corrosivos o irritativos, que provoquen lesiones a nivel sistémico?	16	59.3
¿Cómo se les conoce a las lesiones producidas por el paso de la corriente a través del organismo (voltaje)?	27	100
¿Cómo se les conoce a las quemaduras en donde se produce la exposición de los tejidos a diferentes temperaturas ya sea por frío o calor?	13	48.1
¿Cuál es el tipo de solución a utilizar en el paciente gran quemado?	14	51.9
¿Cuál es la fórmula para realizar la reposición de volumen de líquido en los pacientes gran quemado?	11	40.7
¿Cuál es la fórmula para realizar la reposición de volumen de líquido en los pacientes gran quemados adultos por 8 electricidad?	8	29.6

**Tabla 1.** Resultados por ítem evaluado del nivel de conocimiento sobre el abordaje inicial a paciente gran quemado

Con respecto a si existe relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería, los resultados demostraron que: En cuanto a la edad, los resultados sugieren que no existe una correlación clara entre este factor y el nivel de conocimiento, aunque los enfermeros mayores de 40 años presentan un mayor número de aciertos, la diferencia entre grupos etarios no es estadísticamente significativa.

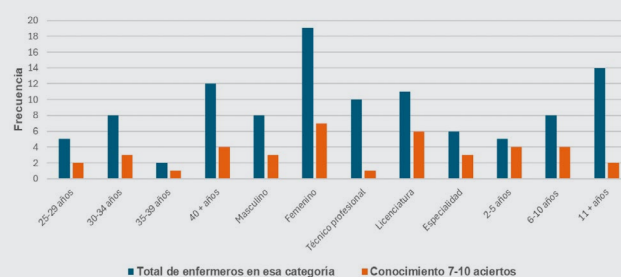
Esto concuerda con estudios previos que indican que, si bien la experiencia en el campo de trabajo podría asociarse con un mayor conocimiento, la edad en sí misma no siempre es un factor determinante en el desempeño profesional en situaciones de urgencias que, aunque los enfermeros mayores cuenten con más años de experiencia, no necesariamente reciben la capacitación continua que les permita mantenerse actualizados o bien pudieron haber laborado en otros servicios (13).

En cuanto al sexo, los resultados demuestran que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la cantidad de aciertos. Estos hallazgos coinciden con otros estudios que han reportado que el sexo no influye de manera significativa en el nivel de conocimiento en enfermería. Si bien, hay estudios que sugieren que las mujeres tienen una mayor representación en el ámbito de la enfermería, esto no parece tener un impacto en el desempeño de conocimientos específicos, como se observa en este estudio (16).

El nivel educativo muestra una correlación más clara, ya que los enfermeros con mayor formación académica (licenciatura y especialidad) obtuvieron un porcentaje significativamente mayor de aciertos. Este hallazgo es consistente con otras investigaciones que indican que los enfermeros con estudios superiores tienden a tener mejores desempeños en diversas áreas del

conocimiento, especialmente en situaciones de alta complejidad como el manejo de pacientes clasificados como gran quemado (17). Esta ventaja está asociada con una mayor comprensión teórica y práctica, lo que, en la mayoría de las veces facilita una mejor capacidad para tomar decisiones rápidas y efectivas en situaciones de urgencias.

La relación entre la antigüedad laboral y el nivel de conocimiento presenta resultados interesantes, aunque se podría esperar que la experiencia se traduzca en mayor conocimiento, los resultados en esta investigación muestran que los enfermeros entre dos y cinco años de experiencia fueron los que obtuvieron mejores resultados. Por el contrario, aquellos con más de 11 años de experiencia fueron los que presentaron el porcentaje más bajo de aciertos. Esto puede sugerir que la experiencia laboral por sí sola no garantiza que se hayan capacitado durante ese periodo o que esa experiencia acumulada sea en ese servicio.



**Figura 2.** Relación entre características sociodemográficas y nivel de conocimiento en enfermeros

Los resultados obtenidos en este estudio (Figura 3) reflejan una notable diferencia en el desempeño de los profesionales de enfermería al abordar a pacientes con grandes quemaduras en el servicio de urgencias. De un total de ocho profesionales evaluados, solo una persona (12.5%) obtuvo entre 12 y 14 aciertos, lo que sugiere un desempeño excelente en cuanto a las habilidades requeridas para atender a este tipo de pacientes en situaciones de emergencia. Sin embargo, este porcentaje es bajo, lo que indica que el nivel de preparación en este aspecto específico es insuficiente.

Por otro, lado 2 personas obtuvieron entre siete y 11 aciertos (25%), estos resultados, aunque son aprobatorios, reflejan una competencia baja, sugiriendo que, aunque algunos enfermeros tienen cierta comprensión en cómo deben de ser atendidos estos casos en el servicio de urgencias, son muy pocos los que alcanzan un nivel óptimo de habilidad.

El hallazgo más preocupante es que el 62.5% de los profesionales de enfermería obtuvieron menos de siete aciertos, lo que indica un mal desempeño en la aplicación de habilidades en el manejo de pacientes clasificados como gran quemados. Esto pone de manifiesto que existe una brecha significativa en la formación y preparación de los enfermeros en el manejo adecuado de este tipo de emergencias, lo que puede generar consecuencias graves en la atención y supervivencia de estos pacientes (8).

Estos resultados indican la urgente necesidad de implementar programas de capacitación específicos y continuos en el manejo de pacientes quemados en el ámbito de urgencias, ya que la atención adecuada y oportuna en las primeras horas es crucial para mejorar las probabilidades de supervivencia y recuperación de los pacientes (14).



**Figura 3.** Aciertos del profesional de enfermería al ejecutar el abordaje inicial a paciente gran-quemado adulto

En la Tabla 2 se representan los ítems evaluados mediante una lista de cotejo utilizada para registrar lo observado durante la atención realizada por el profesional de enfermería a pacientes gran quemados. Los resultados muestran que, en general, los profesionales de enfermería tuvieron dificultades significativas en la correcta aplicación de procedimientos y protocolos fundamentales para el manejo de este tipo de pacientes, lo que subraya la necesidad de mejorar la formación en estas áreas.

Un aspecto destacado es la valoración inicial de la extensión de la quemadura utilizando la escala de la regla de los 9 de Wallace, en la que solo el 12.5% de los observados (una persona) la realizó correctamente. De manera similar, el cálculo de fluidoterapia, vital para la reposición de líquidos en pacientes con quemaduras graves, también presentaron un desempeño deficiente, con solo un 12.5% que utilizó la fórmula adecuada.

Por otro lado, algunos ítems reflejan un nivel de competencia más alto. Por ejemplo, el lavado de manos antes de cada procedimiento fue realizado correctamente por el 81.7% de los profesionales observados, lo que demuestra que, en términos de higiene básica, se sigue un protocolo adecuado. Igualmente, en procedimientos

como la aplicación de agua corriente o solución salina al 0.9% en la zona afectada o el retiro de la ropa quemada, el 100% de los profesionales observados cumplieron con estas acciones, lo que demuestra que, al menos en estos aspectos, existe un cumplimiento adecuado en las pautas iniciales de atención.

No.	Pregunta	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Realiza el lavado de manos cada vez que ejecute algún procedimiento.	7	87.1
2	Utiliza las medidas de seguridad como (mascarilla, bata, botas y guantes estériles antes de manipular al paciente.	2	25
3	Solicita el consentimiento al paciente o familiar antes de algún procedimiento.	8	100
4	Recoge la mayor información posible de como ocurrió los hechos con el paciente o familiar.	8	100
5	Conoce la clasificación de la quemadura.	2	25
6	Aplica el protocolo en la valoración primaria al paciente mediante A, B, C, D, E según la guía de práctica clínica.	2	25
7	Retira la ropa quemada, tanto como anillos, pulseras, cadenas y calzados.	8	100
8	Aplica agua corriente o solución salina al 0.9 % en la zona afectada.	2	25
9	En la valoración inicial de la extensión de la quemadura, utiliza de forma adecuada la escala de la regla de los 9 (Wallace).	1	12.5
10	Asegura 2 vías de acceso intravenoso periférico corto con catéter de grueso calibre.	7	87.5
11	La solución de elección en la reposición de líquidos parenterales es la adecuada según la guía de práctica clínica.	6	75
12	Utiliza la fórmula adecuada para el cálculo de fluidoterapia.	1	12.5
13	Vigila de manera continua la temperatura corporal para reducir el riesgo de la hipotermia.	2	25
14	Conoce los criterios de traslado del paciente gran quemado adulto a segundo nivel de atención.	2	25

**Tabla 2.** Resultados por ítem evaluado de las acciones realizadas por los profesionales de enfermería en el abordaje inicial a paciente gran quemado

## Conclusiones

Los resultados de este estudio subrayan la importancia de la formación continua y especializada para los enfermeros que atienden a pacientes clasificados como gran quemado. A pesar de la experiencia de los profesionales, el conocimiento teórico y la actualización constante parecen ser determinantes en la calidad del cuidado que se brinda. Se recomienda implementar programas educativos que refuercen las áreas de mayor deficiencia, como la clasificación de quemaduras y la reposición de líquidos.



## Referencias Bibliográficas

1. Úlceras. Mx. Epidemiología [sede web]. México; 2024 [actualizada año 2024; acceso 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://ulceras.mx/monografico/quemaduras-epidemiologia/>
2. Secretaría de Salud. Cuenta México con centro de alta especialidad para atender quemaduras graves [sede web]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2021 [actualizada año 2021; acceso 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/170-cuenta-mexico-con-centro-de-alta-especialidad-para-atender-quemaduras-graves>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Quemaduras [sede web]. OMS; 2023 [actualizada año 2024; acceso 30 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns#:~:text=Una%20quemadura%20es%20una%20lesi%C3%B3n,el%20contacto%20con%20sustancias%20qu%C3%ADmicas>
4. Hernández JA, Guerrero MN, Hernández C, Reyes JC, Rosales NL. Guía de práctica clínica. Atención prehospitalaria al paciente "gran quemado adulto" [internet]. México: Secretaría de salud; 2013 [citado el 30 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-678-13/ER.pdf>
5. Zavala M, Triana CY, Luna LA, Espinoza G, Gorordo LA. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería para la atención del adulto gran quemado en el tercer nivel de atención [internet]. México: Secretaría de salud; 2017 [citado el 30 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/375GER.pdf>
6. Fernández Y, Melé M. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Quemaduras [internet]. 2020 [citado el 30 de octubre de 2024]; 1:275-287. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-arturo-michelena/analisis-e-interpretacion-de-datos-cualitativos/quemaduras-pdf/33401970>
7. Benaim F. Contribución a la Identificación de las Quemaduras según su Profundidad, Evaluación de su Gravedad (Global y Regional), y a Formular un Diagnóstico y Pronóstico (Presuntivo y Definitivo) [internet]. 2022 [citado el 30 de octubre de 2024]; 32 (1): 1-9. Disponible en: <https://raq.fundacionbenaim.org.ar/vol-32-Abril-2022/RAQ-2022-CLASIFICACION-DE-LAS-QUEMADURAS.pdf>
8. Marín-Landa OM, Vargas-Torres ES, Rojas T, Díaz-Ramírez A, Robledo-Madrid P, García CF. Puntos clave para el abordaje inicial del paciente quemado en el servicio de urgencias [internet]. 2022 [citado el 31 de octubre de 2024]; 4(2):165-177. Disponible en: [https://medicinadeemergencias.com/portadas/reie\\_22\\_4\\_2.pdf](https://medicinadeemergencias.com/portadas/reie_22_4_2.pdf)
9. Gaibor PM, Curicho DA, Cajas VD, Roldán FE. Actualización en el manejo del paciente quemado en urgencias [internet]. 2023 [citado el 31 de octubre de 2024]; 7(1), 207-217. Disponible en: <https://doi.org/10.26820/recimundo/7>
10. Zulunga M, Hidalgo JE, Quintero S, González N, Aranzazu M, Robledo JM, et al. Medicina de urgencias e innovación. Abordaje al paciente crítico en urgencias [monografía en internet]. 2a ed. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana; 2023 [acceso 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/11007/actualizacio%CC%81n%20en%20urgencias%20da%20ed%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Reinoso KA, Herrera AE, Suárez EG, Pacheco NV. Actualización en el manejo de paciente quemado [internet]. 2022 [citado el 06 de noviembre de 2024]; 6(4): 123-131.
12. Carbajal J, Lepe JA, Navarro D, Gasch A, Amaya R, Gil MV, et al. Prevención y control de la transmisión de infecciones en unidad quemados [sede web]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2018 [actualizada año 2018; acceso 06 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.guiapiroam.com/indice/prevencion-y-control-de-la-transmision-de-infecciones-en-unidad-quemados/>
13. Ramírez PM, Moreira J, Mora CM, Corozo X. Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado. 2021; 5(1): 118-124. Disponible en: <https://doi.org/10.26820/recimundo/5>. (Suple1). oct.2021.118-124
14. Metrodora FC. La importancia de la formación continua en enfermería [Internet]. 2024 [acceso el 09 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://metrodoraenfermeria.com/blogs/blog-enfermeria/formacion-continua-enfermeria>
15. Ibarra LG, Tinajero MC. La importancia de la rehabilitación en el paciente quemado. Boletín 2022;92 [acceso el 09 de diciembre de 2024].
16. Arroyo A, Lancharro I, Romero R, Morillo MS. La enfermería como rol de género [internet]. 2011 [citado el 10 de diciembre de 2024]; 20 (4). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008)
17. Cavalcanti GS, Viana LO, Garcia I. Las especialidades y los vínculos con la formación continua del enfermero: repercusiones para la actuación en el municipio de Rio de Janeiro [internet]. 2010 [citado el 10 de diciembre de 2024]; 19. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200022)

# *Psicoanálisis y Cultura*

COMENTARIO ACERCA DE LA "PROPOSICIÓN DEL 9 DE OCTUBRE DE 1967 SOBRE EL  
PSICOANALISTA DE LA ESCUELA" DE JACQUES LACAN

Por:  
Galileo Becerril Vargas





La formación de los psicoanalistas por muchos años ha generado una serie de preguntas que toda persona interesada y con poco conocimiento en ello nos hemos hecho, preguntas acerca del sin número de opciones que salen a la luz. ¿Cuál es la mejor?; ¿cuál nos brinda la mayor de las satisfacciones en torno a la solución de nuestros problemas?; ¿cuál de todas las que se dicen llamar corrientes psicoanalíticas ayuda a dar mejor solución a los problemas interpersonales? para ser psicoanalista ¿debo hacer una maestría que me de, al final de ésta, un título que me avale como psicoanalista? para ser psicoanalista ¿debo analizarme? Y si es así ¿quién será el analista adecuado? Y después de analizarme, en la orientación lacaniana, ¿cuándo me podré autorizar a mí mismo?; ¿cuál garantiza la mejor formación de los psicoanalistas? preguntas todas ellas que siempre surgen a lo largo de nuestra vida de estudiantes y que alguno que otro profesor ha intentado responder pero, en ocasiones, su respuesta no concuerda con lo que escuchamos acerca de lo que hace en su clínica particular y que muchas de las veces hace dudar de que la respuesta que nos dio fue la mejor. Estarán de acuerdo de que la mejor orientación siempre vendrá del docente que de muestras de que lo que hace en su clínica lo expone sin mayores tapujos, y que mucho lo avala el sustento teórico y el bagaje conceptual que sostiene y soporta su decir, siempre en contraposición con el del discurso vulgar del docente que queda reducido tan solo a la experiencia de vida, la comedia y las frases caricaturescas.

Para Lacan siempre fue una preocupación la formación de los analistas, por ello le dedicó 24 años de su vida a dictar seminarios tanto en Europa, principalmente en Francia, y en América. Por ello funda su Escuela en 1964, luego de sufrir la excomunión de la que fuera objeto por parte de la IPA.

"Fundo –tan solo como siempre he estado en mi relación con la causa psicoanalítica– la Escuela Francesa de Psicoanálisis, cuya dirección ejerceré, personalmente, durante los cuatro años venideros, pues nada en el presente me impide responder por ella" (1).

Esta fundación es la respuesta a todos los analistas que seguían a Lacan, era la forma en que Lacan agrupó e hizo lazo con todos los analistas y no analistas que lo siguieron después de la excomunión. Fue la agrupación por la convocatoria a trabajar por la causa freudiana:

"En el fondo, la Escuela apareció en el campo freudiano como un espacio llamado a poblarse en nombre de un trabajo, palabra clave de esta institución [...] que está al comienzo, en el medio, y al final. Es un llamado a los trabajadores decididos, y la Escuela misma es definida por un objetivo de trabajo. No se trata, sin embargo, de cualquier trabajo, sino del que se hace en nombre del deber y la verdad, que implica resistir y criticar los compromisos de este deber y las desviaciones de esta verdad [...] (2).

El cartel aparecerá, entonces, como herramienta, si se nos permite llamarla así, de trabajo por y para la escuela; por y para la causa psicoanalítica. Para ello Lacan hizo tres divisiones: El psicoanálisis puro, el psicoanálisis aplicado y el de recesión del campo freudiano. Cada una con una misión específica y, a su vez, con el mismo objetivo... el trabajo por la causa freudiana.

Algunos conceptos que se despejaron en el «Acto de fundación» y que en la "Proposición" se acentuó, es la transmutación del análisis didáctico, éste deja de cobrar el sentido que aun en la International Psychoanalytical Association (IPA) se sigue dando. Para Lacan el análisis didáctico es el "Análisis puro" esto es logrado por él al analizar las dos supuestas demandas. La primera, la de el análisis individual y, por otro lado, la demanda de formación, así pues, la demanda de ser analizado y la demanda de la formación es sólo una, la demanda de analizarse. Éstas dos distinciones quedaron en desuso al señalarse que ambas demandas son una sola, que es la misma demanda. Hay que señalar que cuando uno acude al analista no siempre es para ser psicoanalista, pero la transmutación, como diría Lacan, que sufre el sujeto hace que al llegar al final de su análisis, y luego de haber cruzado los escollos de éste, el analizando, logre poseer una formación y una escucha distinta.

Miller dice:

[...] De aquí que la finalidad propia de un análisis sea la transformación del sujeto en analista y que en relación con esto el terapéutico sea una forma restringida del psicoanálisis [...] (2).

Ser analista no siempre es la puerta de entrada para el analizante; pero si su salida, aunque ello no implique que el sujeto termine poniendo un consultorio llegado al final de su análisis.

[...] De todos modos, la idea de Lacan es que uno se vuelve analista para aprender a hablar, incluso para aprender a bien decir. Este bien decir no tiene que estar por fuerza confinado en el consultorio del analista, sino que puede, en efecto, exponerse [...] (2).

En 1967 publica su «Proposición...» acerca del analista de la escuela y cómo debía de funcionar la formación de los analistas, por quien debía de ser respaldada esa formación y cuáles eran las responsabilidades de los miembros. Miller dice que la «Proposición...» es la respuesta a la hiancia que en el «Acto de fundación» quedó abierta acerca de la formación de los analistas y el sentido que se le da a la sentencia: "el psicoanalista no se autoriza sino a sí mismo".

Para muchos esta sentencia fue la puerta de entrada para un auto reconocimiento, para una asunción a una función, la del analista. El problema es que esta frase permite que cualquiera se diga psicoanalista, y que funcione sin ningún tipo de sustento, sin ningún tipo de formación y mucho menos, y muchas de las veces, sin vivir la experiencia.

A partir de este cuestionamiento es que se construyen los gradus, no las jerarquías, que éstas últimas son utilizadas en los campos religiosos, militares e institucionales propiamente dichas.

El gradus viene a ser colocado como una desigualdad en la comunidad de analistas, posiciones que se toman como Analista Miembro de la Escuela, Analista de la Escuela y Analista practicante; surgen para que la desigualdad tenga efecto. Para ello Miller dice lo siguiente:

[...] Todos iguales, pues, respecto del trabajo, aunque no es posible afirmar lo mismo en relación con la experiencia analítica, que varía según el compromiso asumido en ella como sujeto, el ejercicio -o no- del psicoanálisis, el tiempo que hace que se lo practica [...] (2)

Lo que hace notorio que todos iguales en el trabajo, pero desiguales en relación con la experiencia analítica, el propio análisis y sus vicisitudes; con la causa, con el tiempo que se ha llevado en la práctica analítica.

El Analista practicante es el que dice ser, el que se autoriza así mismo, y la escuela le responde, tu lo dices. En tanto que el Analista Miembro de la Escuela es el título que se otorga sin tener que pedirlo y la Escuela lo avala porque éste dio pruebas de aptitudes, de que funciona como analista. El Analista Miembro de la Escuela, dice Lacan:

[...] (es) constituido simplemente por el hecho de que la Escuela lo reconoce como psicoanalista que ha dado pruebas de serlo (1).

Para Lacan el acento debía de ser puesto en el AE, en el Analista de la Escuela, en los que recaía la responsabilidad de reinventar el psicoanálisis, en los que tendrían que discutir nuevamente los principios base de la práctica y los conceptos teóricos de la formación. Lacan dice:

El AE, o analista de la Escuela, al cual se imputa estar entre quienes pueden testimoniar sobre los problemas cruciales en los puntos vivos en que se encuentran para el análisis, especialmente en tanto ellos mismos están en la tarea, o al menos en la brecha, de resolverlos. (1).

Es así como el grado de AE es solicitado a la Escuela mediante el pase, instituido por Lacan, y en el que el propio analista da cuenta de la transformación que sufrió a lo largo de su análisis, es la exposición de la resolución, es dar cuenta cómo su síntoma devino sinthome y fue dirigido hacia el compromiso del trabajo con la causa,

con la difusión del pensamiento psicoanalítico, análisis en extensión; y con la formación del psicoanalista y los psicoanalistas, análisis en intención; todo esto pasado por el atizador de la escuela.

Las respuestas a las preguntas que nos hicimos el principio de éste texto la encontramos en la "Proposición del 9 de octubre" de Lacan, aunque de difícil desmenuzamiento, permite observar que la mejor clínica es la que se sostiene en el deseo por la causa, la formación contante y la apertura a la discusión en cualquier foro al que se es invitado; es el llevar al psicoanálisis y su conceptos hasta sus últimas consecuencias.

#### Referencias Bibliográficas

1. Lacan J. *Otros Escritos*. Esperanza G, traductor. Buenos Aires: Paidós; 2012.
2. Miller JA. *El Banquete de los Analistas*. González NA, traductor. Buenos Aires: Paidós; 2001.



**UNIVERSIDAD**  
**PABLO**  
**GUARDADO**  
**CHÁVEZ**

# Vívelo!

Conoce más de **30** países



Movilidad  
**Estudiantil**



**961 614 1112**

**WWW.UPGCH.MX**





LECHUZAS  
EST. 1991

*juntos  
somos  
invencibles*



WWW.  
UPGCH  
.MX