



UNIVERSIDAD  
PABLO  
GUARDADO  
CHÁVEZ

EDICIÓN 02  
ENERO - JUNIO 2024

# SALUD • CIENCIA INVESTIGACIÓN UPGCH

ICTERIA  
NEONATAL

EXPERIENCIAS DE  
FORMACIÓN

docente vs innovación  
tecnológica para la educación  
2030

NITROSAMINAS EN  
MEDICAMENTOS

Calidad del cuidado de  
enfermería en

HERIDAS DE PIE  
DIABÉTICO

La Melancolía:

ENTRE LA PSICOSIS  
Y EL SUICIDIO

SINDROME DE  
**BURNOUT**



**UNIVERSIDAD  
PABLO  
GUARDADO  
CHÁVEZ**

---

**CONSEJO DIRECTIVO**

**RECTOR**

Dr. Enoch García Fernández

**PRESIDENTE**

Dr. Roberto Tamayo Jimenez

**VICEPRESIDENTE**

DE. Cruz Elene Pérez Sánchez

**DIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DI-  
VULGACIÓN**

Dr. Luis Ángel de Jesús Teran Ortiz

**SECRETARIO TÉCNICO**

Dr. Javier Alejandro Luna Mancilla







# CONTENIDO

**06** ICTERIA  
NEONATAL

---

**09** EXPERIENCIAS DE  
FORMACIÓN  
Docente vs innovación  
tecnológica para la educación  
2030.

---

**13** Nitrosaminas en  
MEDICAMENTOS

---

**17** Calidad del cuidado de  
enfermería en  
HERIDAS DE PIE  
DIABÉTICO

---

**26** Síndrome de  
BORNOUT

---

**31** La Melancolía:  
ENTRE LA  
PSICOSIS Y EL  
SUICIDIO



## PORTADA UPGCH

**SALUD CIENCIA INVESTIGACIÓN UPGCH, año 2, No. Enero-Junio 2024**, es una publicación semestral, órgano de difusión y distribuida de manera digital, editada por la **UNIVERSIDAD PABLO GUARDADO CHÁVEZ, S.C.** Reserva de derechos al **Uso Exclusivo No. 04-2023-060714325500-102, ISSN 00007462**, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja de manera alguna el punto de vista de la universidad. Responsable de su última actualización, **Mtro. Luis Angel de Jesús Terán Ortiz**, con domicilio 4 sur-poniente No. 111B, Colonia Francisco I. Madero, CP 29094, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido por cualquier medio sin la autorización expresa de la **UNIVERSIDAD PABLO GUARDADO CHÁVEZ**, con domicilio Libramiento Norte Salomón González No. 3450, Colonia Las Palmas, Tuxtla Gutiérrez, CP 29040 Chiapas. [WWW.UPGCH.MX](http://WWW.UPGCH.MX)

## CONSEJO EDITORIAL

### SUBDIRECTOR DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Dr. Luis Ernesto Hernández Gamboa

### DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Dr. Eloy Bernal Díaz

### SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Dr. Jesús Miguel Leyva Cervantes

### ASESOR JURÍDICO

Lic. Cinthya Berenice González González

### COORDINADOR DE DISEÑO GRÁFICO

Mtro. Francisco Miceli Cerda

### VOCALES

Mtro. Julio Paredes Solís, Dra. Dora Luz Espinoza Utrilla, Mtro. Gonzalo Amarante Sánchez Méndez, Mtro. Javier Anaya Cantoral, Mtra. Marcia Molina Huerta, Dra. Rosalba Martínez Tapia. Mtro. Alejandro García Lara, DE. Cecilia Grajales Santibañez, Dra. Maria de los Angeles Coutiño Coutiño.

**SALUD·CIENCIA  
INVESTIGACIÓN  
UPGCH**

### Ilustraciones

Universidad, pp. 2, 3, 5, 24, 25, 36.

Freepik: pp. 6, 9,10, 11, 13, 16, 23, 27, 31, 32, 33, 34.





# *Desde la Editorial*

En la actualidad la información independientemente del área del conocimiento de que se trate, fluye de forma constante y vertiginosa, es así como los involucrados de cada área del conocimiento se exponen a grandes cantidades de datos que surgen por diversos medios, algunas veces diferentes de la academia, radicando aquí la importancia de filtrar dicha información por medio de la investigación, siendo esto imprescindible para proyectar cada una de las carreras que cada área íntegra.

Bajo este contexto las publicaciones científicas adquieren un rol fundamental pues dan a conocer los avances e investigaciones desarrollados de manera constante, siendo una ventana de oportunidad para la difusión de conocimiento científico que se genera en el interior de nuestra casa de estudios por parte de los docentes, egresados y estudiantes, lo cual posibilita la utilidad práctica de las investigaciones, al compartir los resultados del proceso de investigación, lo que representa un enriquecimiento para la academia y para nuestra comunidad en materia de salud.

La Universidad Pablo Guardado Chávez, en su incesante crecimiento académico tiene el gusto de participar del inicio de nuestra publicación periódica intitulada: "Salud ciencia investigación UPGCH". Este ha sido un objetivo largamente acariciado y que

en estos momentos se dan las circunstancias propicias para concretarlo.

En ella, se dará difusión a todos los conocimientos producidos en los trabajos de investigación realizados conjuntamente entre docentes y alumnos de las diversas disciplinas de la salud, que en esta universidad se imparten.

Queremos con esta revista, incentivar la cantidad de trabajos, así como su calidad, para que, con el tiempo, se convierta en un referente bibliográfico, y difundir nuevos conocimientos que estamos seguros repercutirán positivamente en los contenidos disciplinares de estas carreras, contribuyendo así con el avance de la ciencia en nuestro estado.

Enhorabuena a los entusiastas colaboradores que han llevado a cabo este proyecto y deseamos larga vida a la revista SALUD CIENCIA INVESTIGACION UPGCH.

Dr. Enoch García Fernández.  
Rector



# Ictericia Neonatal

Nelva Leticia González Marroquín.  
Cruz Elene Pérez Sánchez.

Según las estimaciones, a nivel global se presentan alrededor de 481 000 casos de hiperbilirrubinemia e ictericia en recién nacidos cada año, de los cuales aproximadamente 63000 sobreviven, pero quedan con alguna discapacidad crónica grave. ( Salazar 2023), (Berthe 2021).

La ictericia neonatal se caracteriza por una elevación de los niveles de bilirrubina sérica en los recién nacidos, produciéndose una acumulación del pigmento amarillo-naranja de la bilirrubina en la piel, las escleróticas, y otros tejidos. A nivel mundial se reportan prevalencias



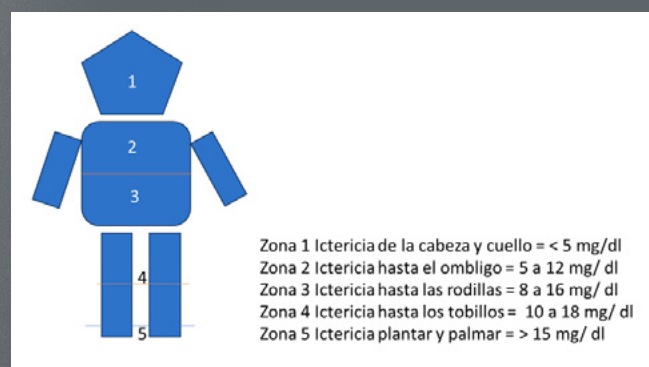


de ictericia neonatal de 55,2% en Estados Unidos, 29 % en Nepal, 6,7% en Nigeria y en Europa valores que van del 6% al 59%. Mientras que en América del Sur Bolivia y Chile han reportado altas prevalencias de 76,3% y 69,2%, y en Perú alrededor de 7%. Entre los factores de riesgo se detallan bebé de sexo masculino, grupo sanguíneo del sistema ABO o de factor Rh, defectos de la membrana del eritrocito (esferocitosis hereditaria), deficiencias enzimáticas (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa) y hemoglobinopatías. (Ñacari 2018).

En México la ictericia neonatal tiene cinco factores de riesgo que son las más relevantes: ictericia fisiológica con el 24.4 %, incompatibilidad con el grupo A 18.9%, con el grupo B 13.4 %, sepsis neonatal 11.3 % y bajo peso el 10 %. (Taipe 2022) .

El diagnóstico se realiza al observar la coloración amarillenta de piel y esclera, pero debe confirmarse por laboratorio y vigilar que la concentración de la bilirrubina no sobrepase los 5 mg/dl en su caso aplicar inmediatamente algún tratamiento, de lo contrario puede presentar encefalopatía con daño permanente en el sistema nervioso central o incluso la muerte. (García 2020).

La ictericia neonatal progresa en sentido céfalo-caudal y se puede estimar en forma aproximada y práctica aunque no siempre exacta, los niveles de séricos de bilirrubina según las zonas corporales comprometidas siguiendo la escala de Kramer (Acosta-Torres 2012).



En caso de ver una rápida progresión de los niveles de bilirrubina, aún antes de llegar a concentraciones de 5 mg/dl, es prudente aplicar el mejor tratamiento, no invasivo como la fototerapia, que consiste en exponer a intensas fuentes de luz al bebé desnudo, cubriendo sus ojos con la finalidad de evitar daño en la retina. (Sandoval 2018). Este tratamiento en la actualidad es el recomendado, sólo en casos de que la bilirrubina no bajara con la fototerapia, estaría indicada la exsanguíneo-transfusión, tratamiento complicado, invasivo, con grandes riesgos. Por otro lado, el fenobarbital es un potente inductor enzimático, especialmente de la glucuronil-transferasa mejorando la conjugación de la

bilirrubina. Sin embargo, no hay que excluir los efectos en sistema nervioso central, por lo que prácticamente no se usa. (Mazzi 2005)

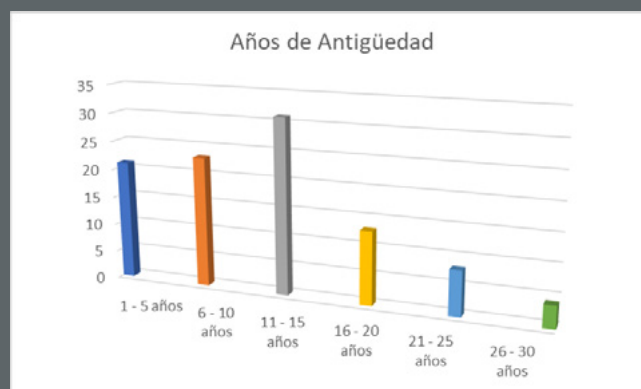
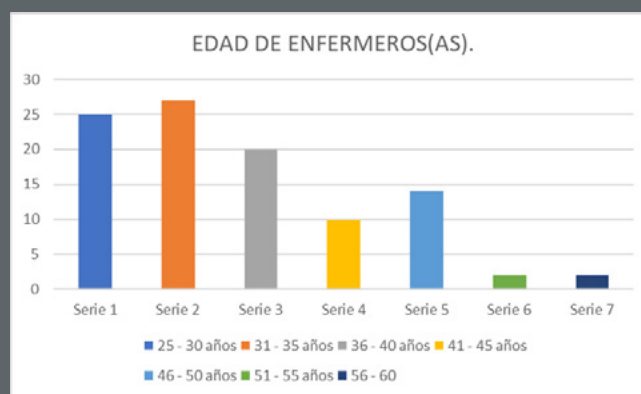
### Objetivo:

Por la alta frecuencia de este problema, así como las consecuencias que puede tener en el infante, es importante explorar el nivel de conocimiento en el diagnóstico y tratamiento de la ictericia neonatal en enfermeras en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

### Material y método.

Se invitaron a participar a las enfermeras a través de una carta de consentimiento informado para participar en esta investigación, respondiendo un interrogatorio, sin poner su nombre, a fin de mantener un anonimato en los resultados, habiendo aceptado 100 profesionales. La investigación es cuantitativa, transversal, realizada mediante una encuesta, dividida en dos capítulos, el primero socioacadémico, que consta de edad, género, máximo grado de estudios y antigüedad en el trabajo (en años). El segundo capítulo de conocimientos de 15 ítems, 6 preguntas de selección múltiple y 9 de correlación de dos columnas.

### Resultados.



| GENERO    |    | ESCOLARIDAD  |    |
|-----------|----|--------------|----|
| FEMENINO  | 80 | Técnico      | 1  |
| MASCULINO | 20 | Licenciatura | 72 |
|           |    | Maestría     | 6  |
|           |    | Especialidad | 21 |

| ACIERTOS                         |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| Definición de ictericia          | 9/ 100 acertaron. |
| Bilirrubina                      | 62                |
| Objetivo del tratamiento         | 90                |
| Ictericia patológica tratamiento | 17                |
| Efectos adversos fototerapia     | 50                |
| Ictericia fisiológica            | 60                |
| Promedio                         | 48.16             |

| ACIERTOS EN PREGUNTAS DE CORRELACIÓN. |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
| Secundario a alimentación materna.    | 100/ 100 acertaron. |
| Incompatibilidad de grupo o Rh.       | 68                  |
| Prematuro (bajo peso).                | 51                  |
| Coombs positivo.                      | 60                  |
| Kernicterus.                          | 88                  |
| Bilirrubina > 15mg/dl.                | 66                  |
| Ictericia por más de 7 días.          | 72                  |
| Exanguineotransfusión.                | 100                 |
| La más frecuente.                     | 84                  |
| Promedio                              | 76.55               |

## DISCUSIÓN.

Aunque como se vio en la introducción, la frecuencia varía mucho de un sitio a otro, pues muchos de los factores predisponentes son distintos, por ejemplo, las proporciones de las diferentes etnias, las frecuencias de los grupos sanguíneos, la presencia de desnutrición, la frecuencia de embarazos en adolescentes, la prevalencia de algunos padecimientos hematológicos, entre otros.

Lo que, si es general, es que sea la causa más frecuente de readmisión hospitalaria de neonatos. En México se reporta entre un 50 a 60% de los nacimientos,afortunadamente son ictericias fisiológicas, que rara vez alcanzan concentraciones sanguíneas de bilirrubina peligrosas y en su gran mayoría cesan espontáneamente o con fototerapia (Gallegos 2009) (Guía de Práctica Clínica 2016)

Sin embargo, debido a que en algunos casos es grave pudiendo dejar secuelas en el sistema nervioso central o

inclusive terminar con la vida del neonato, es importante tener muy presente a) la existencia de este problema, b) saber diagnosticarlo, c) cuidar su evolución, d) contar con los recursos para su tratamiento.

Por lo anterior resulta importante verificar el nivel de conocimientos sobre este problema, en el personal de enfermería, ya que generalmente son quienes hace el diagnóstico.

Se aplicó un cuestionario de 15 ítems que incluían algunas definiciones, sobre el diagnóstico y sobre el tratamiento, y aunque se tiene mas de la mitad, con una antigüedad entre los cinco y los veinte años, los resultados del examen dejan mucho que desear, una calificación global promedio de 62. Quizá la frecuencia con que se ven estos casos nos provoque sentir cierta confianza, no está de más, actualizar nuestros conocimientos al respecto.

## Referencias.

Acosta-Torres Sara M., Torres-Espina Marco T., Colina-Araujo José A., Colina Chourio José A. Utilidad diagnóstica del método de Kramer para la detección clínica de la hiperbilirubinemia neonatal. *Invest. clín* v.53 n.2 Maracaibo jun. 2012

Berthe A. M. van der Geest, Imke M. Theeuwes, Irwin K. M. Reiss, Eric A. P. Steegers and Jasper V. Been. Assessing knowledge and skills of maternity care professionals regarding neonatal hyperbilirubinaemia: a nationwide survey. *BMC Pregnancy and childbirth*. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03463-0>

Gallegos Dávila José Alfredo, Rodríguez Balderrama Isaías, Rodríguez Bonito Rogelio, Abrego Moya Valdemar, Rodríguez Camelo Gabriel. *Medicina Universitaria*. 2009; 11: 226-30.

García Méndez Carmen. *Ictericia Neonatal y Cuidados de Enfermería. Trabajo de fin de grado. Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria.2019-2020*. file:///C:/Users/UPGCH/Documents/Ictericia%20neonatal/Universidad%20de%20Cantabria.pdf

Guía de Práctica Clínica. *Ictericia Neonatal*. CENETEC. Secretaría de Salud SS-372-16. (2016).

Mazzi Gonzales de Prada Eduardo. *Hiperbilirubinemia neonatal*. *Rev. bol. ped.* v.44 n.1 La Paz ene. 2005.

Ñacarí Vera Miguel, *Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término*. *Rev méd panacea* 2018; (2): 63-68).

Salazar Porras Daniela, Aguilar Hernández Liliana Marcela, González Alfaro Fernando José. *Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría*. *Revista Médica Sinergia* Vol. 08, Núm. 08, agosto 2023.

Sandoval-Vargas Paola, Benítez-Guerrero Verónica, Espericueta-Medina Maritza, Ruiz-García Martha, Magaña-Lemus Lucía, Ofelia Valle Solís Martha. *Conocimientos del profesional de Enfermería en cuidados al recién nacido en fototerapia*. *Rev. Salud y Bienestar Social / vol. 2 no. 2, julio-diciembre 2018*.

Taipe Paucar Alexandra, Toaquiza Alvarado Adriana, Merchán Coronel Graciela. *Ictericia Neonatal a Nivel de América Latina*. *Facsalud unemi*. Volumen 6, N° 10, junio - noviembre 2022, pp. 76-84).



*Experiencias de formación*

# *docente vs innovación tecnológica*

*para la educación 2030.*

Dr. Rodolfo Jiménez Zepeda\*

Dra. Verónica Nevares Ares\*\*

Dr. Roberto Tamayo Jiménez\*\*\*

Docentes de la licenciatura de Médico Cirujano.  
Universidad Pablo Guardado Chávez.





El docente siempre se ha considerado como un protagonista dentro de cualquier sistema educativo, su participación ha permitido en los modelos (Montoya) sociedad que basa sus principios en los valores éticos y espirituales. El surgimiento de la Pandemia por COVID 19, lo obligó a enfrentar un número de retos y amenazas dentro del campo académico que actualmente se nos presenta, haciendo suyo e integrándose al avance y crecimiento tecnológico sin precedentes, que hizo posible tener una nueva visión en los modelos pedagógicos sobre todo en las tecnologías de la informática y comunicación (TIC) como herramientas para el trabajo académico.

Esto implicó crear políticas y estrategias que permitieron estimular y desarrollar en el docente sus máximas capacidades humanas, idóneas para responder a los retos globales, y así recobrar o hacer más aparente el estatus social que al docente le pertenece como jefe fundamental de la sociedad. Es apremiante rescatar el rol docente, para así, dar cumplimiento a los propósitos que persigue la educación, los cuales pueden perder su esencia al separar lo ético de lo académico y espiritual, sobre todo en los primeros años de formación del estudiante, durante los cuales, padres de familia y docentes deben realizar un trabajo conjunto, aspecto indispensable para la formación futura del estudiante.

Las tecnologías de la información y comunicación han jugado un papel importante dentro de la innovación educativa, esto se refleja en la evolución de las herramientas y plataformas educativas, que han permitido pasar de una educación presencial ágil a múltiples opciones en espacios digitales, aunque separa lo ético, académico y espiritual de la educación ha sido una necesidad obligada por la pandemia, orillando que nuestros estudiantes pierdan la esencia de lo que representa la figura del docente dentro del aula y de su rol educativo, si la educación presencial tiene limitaciones, las herramientas tecnológicas se han planteado como un remedio para reducir esas limitaciones de conocimiento. (Montoya M.S. 9(2) 2020).

Los nuevos recursos y herramientas digitales dentro de la innovación educativa, hacen posible una oferta más amplia de opciones virtuales para la formación académica, así como una matrícula grande que favorece el acceso a dicha oferta educativa, convirtiendo a la educación virtual o mediada por la tecnología, como una solución viable para responder al incremento de la demanda educativa, abriendo un campo muy importante a las plataformas digitales educativas así como dentro del campo laboral ya que posibilita el trabajar mayor tiempo en casa.

Si bien la educación a distancia a partir de la pandemia por COVID 19 incrementó su matrícula, se continuó con la presencia del formador en un rol advenimiento de tutor virtual o docente virtual, ahora con la automatización digital, al surgir nuevos modelos basados en inteligencia artificial han permitido mejorar los servicios educativos pero distancian el concepto espiritual y ético del proceso de enseñanza-aprendizaje ya que la retroalimentación y el soporte a los usuarios (antes alumnos o docentes), ya no depende de una persona o de límites en los horarios, sino que la atención para los procesos académicos y administrativos se realizan por asistencia inteligente, esto permite que la Inteligencia Artificial realicen estas actividades antes desarrolladas por humanos, no se trata de simples acciones cotidianas sino de procesos complejos que análisis de datos, monitoreo y toma de decisiones



en tiempo real, pareciera complicarse la fantasía que teníamos del futuro, en el sentido de que dependiéramos de las máquinas, pero está surgiendo una forma diferente de interactuar entre los seres humanos, se opta por enviar un mensaje, que visitar o llamar a las personas, preferimos las compras en línea que la molestia de ir a hacer filas (para escoger, probar, pagar el producto), se opta por solicitar una tarea en línea que comentar las fallas de las tareas, aún estamos a tiempo de que el sentimiento humano pueda ser el intermediario del docente-alumno y no el calor del microprocesador. (Bonilla-Guachamin 2020).

No hay que olvidar que con el avance tecnológico se trae consigo un incremento en los riesgos, tanto en los datos personales como en la privacidad de la educación, los cuales en un momento, pueden ser alterados o saturados de información ficticia que favorecen al fraude y la extorsión entre otros. La realidad virtual, la realidad aumentada hacen una interacción multisensorial, incorporando hologramas que crean una experiencia distinta, quizás apegada a la realidad pero muy distante a los conceptos bioéticos que puede transmitir un docente con su actuación frente al grupo. (La llamada tecnología inmersiva) (Selzer, 2018).

La pandemia, la gran culpable, ha convertido la actividad diaria del ser humano como se conocía, en una actividad que nos ha legado el gran paradigma de la inteligencia artificial y de las plataformas virtuales, un giro en nuestros hábitos y costumbres que está marcando un rezago en la población de educadores de mayor edad.

De la aparición de la WEB desde 1954 y que surge restringida a universidades y a centros estatales militares con fines de resguardar información clasificada y para mantener comunicación con los diferentes centros de investigación en el mundo, a la aparición de la WEB al resto del mundo en 1989, cuando el inglés Tim Berners y el belga Robert Cailliau vinculan la información de varios ordenadores con la finalidad de poder intercambiarla y ponerla al alcance de toda la humanidad, para eso transcurrieron cerca de 30 años, tiempo que permitió ir de la mano con el avance tecnológico, pero de la aparición de la internet, redes sociales, y la presencia de la pandemia solo transcurrieron meses, tiempo en que la aparición de la inteligencia artificial y las plataformas digitales se dieron a conocer con el consabido crecimiento tecnológico que aún el docente no alcanzaba a comprender y que ya tenía que implementarlo en su práctica diaria a distancia, práctica que realizaba con la ayuda de sus hijos o del algún alumno que lo auxiliaba, pero que no lograba entender y mucho menos dominar. (O. Bernal, 2014).

En este tenebroso despertar post pandemia, de muchos docentes de mayor edad y no tan mayores, que no habían contemplado dentro de su práctica educativa a la innovación tecnológica como la nueva alternativa dentro de la educación, se constata que la evolución de la tecnología educativa no va de la mano de la capacitación docente, dejando desprotegido al profesionalista de la educación que hace frente de forma autodidacta. El papel del docente hacia el futuro, conlleva diversos retos que no pueden ser ignorados, los procesos académicos deben ir acordes a los desafíos sociales que emergen del avance científico y tecnológico, para evitar procesos formativos descontextualizados de la realidad y por otra parte no podemos ignorar la brecha social que se incrementa en la desigualdad de oportunidades con la llegada de la tecnología en los diversos ámbitos de la sociedad. El docente debe tomar en cuenta el ámbito geográfico, cultural, social y tecnológico al implementar la propuesta educativa, rescatar los valores, la cultura de cada lugar, a fin de conservar lo que hace única cada comunidad, etnia y grupo social, en este sentido es necesario plantear una educación intercultural donde el respeto mutuo sea el punto de partida para comprender la visión del otro y crecer como personas.



***“La pandemia, la gran culpable, ha convertido la actividad diaria del ser humano como se conocía, en una actividad que nos ha legado el gran paradigma de la inteligencia artificial y de las plataformas virtuales.”***

Por ello el compromiso es desarrollar soluciones siempre pensando en un propósito común tomando en cuenta los retos que enfrentamos todos como sociedad, es necesario contar con cuadros docentes con posgrados, capacitados en los diferentes grupos disciplinarios en educación, que dominen las TICs y se agrupen en cuerpos colegiados para el trabajo inter y multidisciplinario con la única finalidad de compartir los mismos intereses, propósitos, valores éticos y morales así como actuación profesional centrada en las relaciones humanas, en pocas palabras que todos trabajen bajo la misma Misión, Visión y con un gran compromiso social (Bonilla-Guachamin, 2020).

Es necesario contar con grupos de estudiantes seleccionados con actitudes, aptitudes y deseos para lograr su desarrollo profesional, así como la integración de la familia la cual se responsabilice en seguir y vigilar su formación académica, sin olvidar los valores éticos y humanísticos, fortaleciéndose así las prácticas pedagógicas con herramientas tecnológicas seleccionadas adecuadamente para cumplir las competencias necesarias que requiere el futuro profesionista en su desempeño profesional, esto logrará que la comunicación constante y el sentimiento de pertenencia en los encargados de normar la educación identifiquen las líneas de actuación pedagógica que deberán de tomarse y nunca olvidar que los conceptos bioéticos y espirituales son parte fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

#### Referencias

Bonilla-Guachamin, J.A. *Las dos caras de la educación en el Covid-19*, Ciencia America (Vol 9, núm. 2, 2020).

D. Bernal, A.C. (22 de 04 de 2014). *WEB semántica, mas de una década de su aparición. Grupo de Investigación en el manejo de la información. Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia* 61-69.

Montoya, M.S. (28 d 10 2020). *Transformación digital e innovación educativa en Latinoamérica en el marco del Covid-19. Campus virtuales*, 123-139

Selzer, M.N. (04 de 2018). *Tecnologías Inmersivas aplicadas: realidad virtual y aumentada. Repositorio institucional de la UNLP, Universidad Nacional de la Plata*, 366-370.

Orrego Correa, CL (2006), *El ser humano y la innovación. Semestre Económico*, 9 (18), 133-144.

Briceño V. G. (2018). *Tim Berners-Lee*. Recuperado el 1 de agosto 2023 de Euston96: <https://www.euston96.com/tim-berners-lee/>



# Nitrosaminas en medicamentos

Dr. David Terán-Escandón, Dra. Mónica Gutiérrez-Cadena

## Resumen

Las nitrosaminas son impurezas ocasionalmente encontradas durante la síntesis de ingredientes farmacéuticos activos entre otros lugares; su importancia radica en su potencial carcinogénico, lo que a su vez, implica un riesgo para todo paciente que consuma tales medicamentos, precisamente por ello, en 2018 hubo un retiro mundial de varias marcas de losartán que impactó profundamente a la industria farmacéutica, sin embargo, posteriormente, se han hallado nitrosaminas en otros medicamentos. A cinco años de distancia, si bien se ha incrementado el conocimiento con respecto a estas impurezas, también éstas han sido halladas en cada vez más productos.

Las nitrosaminas son compuestos formados por la reacción entre nitritos, nitratos y ciertas aminas, resultando en la estructura mostrada en la figura 1. [1]

Fig. 1.- Estructura general de las nitrosaminas

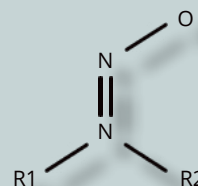
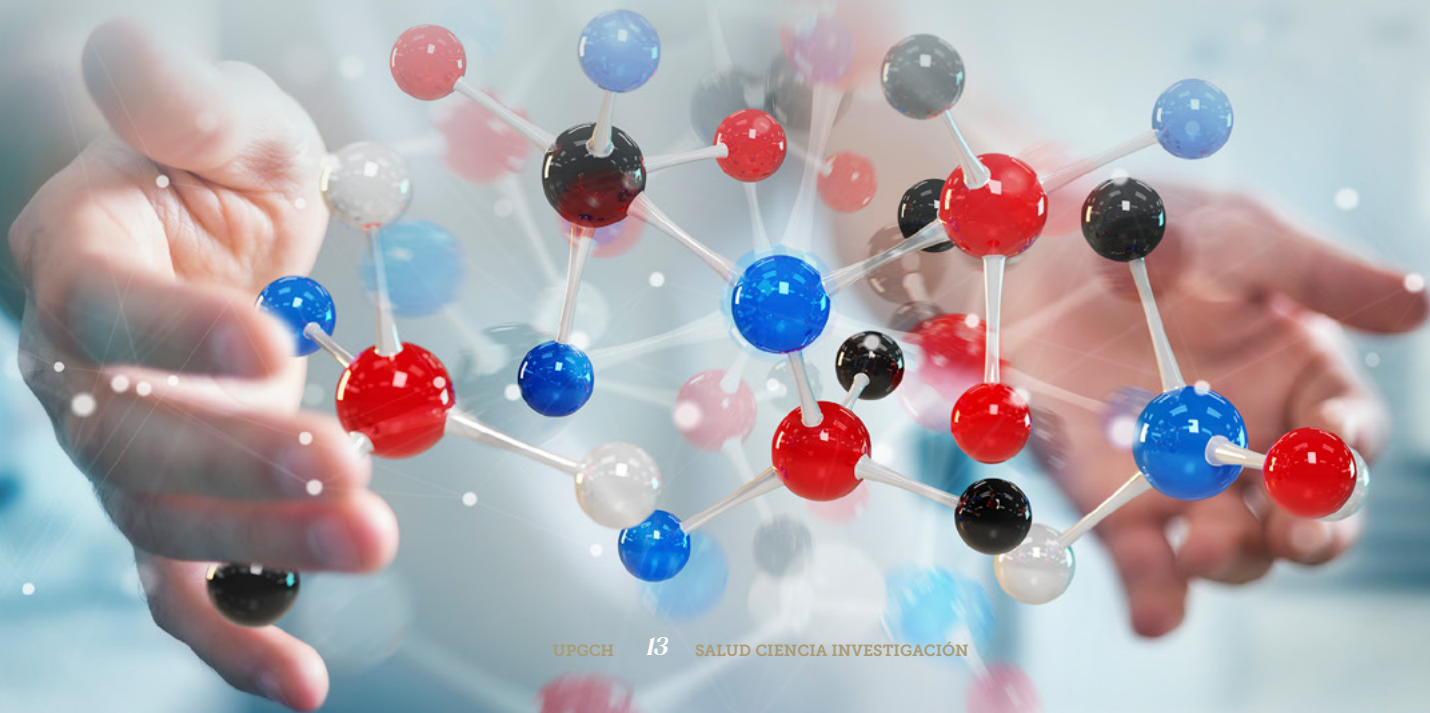
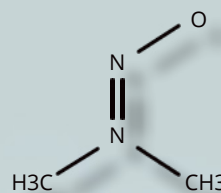


Fig. 2.- N-nitrosodimetilamina



Las nitrosaminas o sus precursores se encuentran en multitud de productos de consumo diario como carnes procesadas, bebidas alcohólicas, cosméticos y humo de cigarrillo. En años recientes, se ha descubierto que la desinfección del agua potable con dicloramina puede resultar en la formación de trazas de nitrosaminas [1]. Desde hace varios años se sabe que las nitrosaminas, en particular la N-nitrosodietilamida (NDMA) son cancerígenos en animales y, se espera, también lo sean en el humano [2].

Sin embargo, no todas las nitrosaminas tienen el mismo potencial carcinogénico, de hecho, se calcula que hasta 18% de ellas no lo tienen en absoluto [3].

En los últimos años, las nitrosaminas han llamado más la atención después de que se descubriera que varios medicamentos de uso común contenían niveles inaceptables de nitrosaminas, lo que, a su vez, ha llevado a un marco regulatorio actualizado [2]. Uno de los problemas que acarrea este marco es el uso del umbral de toxicidad de preocupación (TTC, por sus siglas en inglés), un estándar desarrollado por la Autoridad Europea de Seguridad en Alimentos para establecer un límite aceptable sobre sustancias con riesgo de toxicidad en productos de consumo diario, pero que además, son sustancias sobre las que no se tienen datos definitivos sobre la magnitud de riesgo, y este “nivel aceptable” es el consumo de 1.5 ug/día de la sustancia en cuestión [4]. Sin embargo, dada la heterogeneidad de la estructura de las nitrosaminas, es posible que las más comunes de ellas, en particular NDMA, representen un riesgo con dosis mucho menores al TTC [5], mientras que otras, como se ha dicho, no poseen riesgo en absoluto.

En 2018, se hallaron trazas de NDMA en el inhibidor de receptores de angiotensina II valsartán, posteriormente también se hallaron en otros medicamentos de la misma clase, especialmente en el más usado de ellos a nivel mundial, el losartán [6, 7]. Este hallazgo llevó a un retiro masivo de productos de esta clase terapéutica en todo el mundo, así como el establecimiento de límites aceptables de exposición a NDMA a través de medicamentos. La investigación duró poco más de un año y se descubrió que muchas compañías farmacéuticas subrogaban sus productos a otras fábricas, particularmente en India, que, a su vez, compraban el ingrediente farmacéutico activo a una fábrica en China llamada Zhejiang Huahai. Prácticamente todos los lotes contaminados se relacionaron de alguna u otra manera a Zhejiang Huahai [8].

Lo que hacía esta compañía era sintetizar los sartanes a partir de un anillo tetrazol, en lugar de azida de sodio, lo que aumentaba considerablemente la posibilidad de obtener NDMA durante el proceso, mismo que después, no podía eliminarse. El método del anillo tetrazol permite sintetizar grandes cantidades de sartanes, en menor tiempo y a menor costo [8].

Cabe señalar que estos retiros produjeron una escasez de este tipo de productos, lo que condujo a un alza de precios y a problemas de tratamiento en un número aún no cuantificado de pacientes [9]. Nótese que esto sucede justo antes de la pandemia de COVID-19, por lo que, las disrupciones consecuencia de las cuarentenas a nivel mundial aún no habían ocurrido.

Posteriormente, a finales de 2018 y principios de 2019, hubo retiros similares, aunque en menor escala y con menor cobertura mediática al detectarse nitrosaminas en pioglitazona y ranitidina [10].

Las lecciones aprendidas del caso de losartán llevaron a varias modificaciones regulatorias, enfatizando los controles de calidad en las plantas fabricantes, particularmente en el control de impurezas y el cómo manejar contaminaciones inesperadas, la importancia de una rápida comunicación con las autoridades regulatorias, los colegios médicos y los propios pacientes. En su momento la rápida colaboración internacional podría ser crítica en reducir la exposición



de pacientes a impurezas de riesgo [8]. Sin embargo, ¿esto es suficiente? Quizá no, veamos un ejemplo.

El 5 de septiembre de 2022 el Comité De Productos Medicinales Para Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) tuvo una sesión en la cual, en su minuta, pone como objetivo a futuro establecer límites permisibles de nitrosaminas en varios medicamentos: moxifloxacina, fluoxetina, nebivolol, bisoprolol, biotina, diclofenaco, betahistina y bupropión [11].

Llama la atención este último medicamento, un inhibidor de recaptura de dopamina y noradrenalina que se usa como antidepresivo y auxiliar en dejar de fumar porque, en un comunicado fechado en diciembre de 2022, el Centro Nacional para la Capacitación y Cesación del Tabaquismo del Reino Unido emitió un comunicado a sus médicos sobre el desabasto de este medicamento manufacturado por GSK debido a la presencia de nitrosaminas a partir del día 1 de diciembre de 2022 [12]. Esto lleva a una pregunta obvia: ¿la necesidad de establecer límites aceptables por parte del CHMP está relacionado con el retiro del producto de GSK? La respuesta más probable es que sí, como veremos más adelante.

Cabe señalar que, en México, GSK comercializa también el bupropión bajo la marca Wellbutrin, la cual, cayó en desabasto más o menos en la misma fecha que se retiró del Reino Unido, aunque GSK no anunció la razón para que no esté disponible el producto, cabía preguntarse si la razón no haya sido también la presencia de nitrosaminas. De todas formas, en Septiembre de 2023, la autoridad europea definió 1500 ng/día como un nivel aceptable de nitroso-bupropión [13], nivel al que GSK se ha apegado, pero ¿a partir de cuándo sabemos que cumplen con ese límite?

Finalmente, y a partir de la experiencia de valsartán en 2018 surge otra duda: ¿las versiones genéricas de estos medicamentos enlistados están también contaminados? ¿Qué límites aceptables ha considerado COFEPRIS? ¿Cómo se ha asegurado que las farmacéuticas los estén cumpliendo?

Las compañías farmacéuticas y las autoridades regulatorias nos deben muchas respuestas.

#### Referencias

1. Nitrosamine - an overview | ScienceDirect Topics
2. An Organic Chemist's Guide to N-Nitrosamines: Their Structure, Reactivity, and Role as Contaminants | The Journal of Organic Chemistry (acs.org)
3. Are all nitrosamines concerning? A review of mutagenicity and carcinogenicity data - PubMed (nih.gov)
4. Mutagenic impurities in pharmaceuticals: A critical assessment of the cohort of concern with a focus on N-nitrosamines - PubMed (nih.gov)
5. Potentially mutagenic impurities: analysis of structural classes and carcinogenic potencies of chemical intermediates in pharmaceutical syntheses supports alternative methods to the default TTC for calculating safe levels of impurities - PubMed (nih.gov)
6. FDA announces voluntary recall of several medicines containing valsartan following detection of an impurity | FDA
7. FDA Updates and Press Announcements on Angiotensin II Receptor Blocker (ARB) Recalls (Valsartan, Losartan, and Irbesartan) | FDA
8. Sartans Lessons Learnt Exercise Report (europa.eu)
9. Statement on the agency's ongoing efforts to resolve safety issue with ARB medications | FDA
10. ACTUALIZACIÓN SOBRE LAS IMPUREZAS DE NITROSAMINAS (who.int)
11. PROM Minutes 5 September 2022 (europa.eu)
12. Microsoft Word - Zyban supply disruption - update and guidance on alternatives for clients.docx (nscst.co.uk)
13. Bupropion to be made available in the UK again from December 2023, says manufacturer - The Pharmaceutical Journal (pharmaceutical-journal.com)





*Calidad del cuidado de enfermería en*

# *heridas de pie diabético.*

Lic. Mildred Romero Velázquez  
Mtra. Marcia Molina Huerta

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, “El número de personas que viven con diabetes en el mundo aumentó de 108 millones a 420 millones en los últimos treinta años; 62 de estos millones están en la Región de las Américas. Este número se ha más que triplicado en la Región desde 1980 y podría ser aún mayor ya que 40% de las personas con diabetes desconoce su condición.”

El sobrepeso / obesidad y la inactividad física son los principales factores de riesgo de diabetes tipo 2. La prevalencia del sobrepeso en las Américas fue casi el doble de la observada en todo el mundo. Entre los adolescentes de las Américas, el 80,7% son insuficientemente activos. (OMS/OPS 2023)

XXX La diabetes es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, derrames cerebrales y amputación de miembros inferiores. La diabetes mal controlada aumenta las posibilidades de estas complicaciones y la mortalidad prematura. Además, las personas con diabetes tienen mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y tuberculosis, especialmente aquellas con mal control glucémico.

La enfermedad renal crónica, la enfermedad cardiovascular, la hipertensión y la diabetes están entre las comorbilidades que mayor riesgo implican para una presentación clínica grave en pacientes con la COVID-19, con incrementos de más de 3,5 veces en el riesgo. (Plasencia-Uribarri 2020)

De acuerdo con la OMS, la prevalencia de la diabetes a nivel mundial ha ido en aumento y se encuentra entre las principales causas de fallecimiento y discapacidad en el mundo, pues provoca 1.5 millones de muertes al año.

En 2019, el Instituto Nacional de Salud Pública reportó que la prevalencia de diabetes en México fue mayor con 16.8% y las estimaciones actuales la ubican en 22.1%. (Zoe Robledo, noviembre 2023)

En los países industrializados, los altos costos del tratamiento de la diabetes mellitus derivan de las fallas en el proceso de respuesta a la enfermedad, sin embargo, en naciones emergentes, los elevados costos se asocian principalmente a la atención tardía de los pacientes. Los montos del tratamiento del pie diabético en México corroboran que existe una deficiencia en el sistema de salud. Por ello, los esfuerzos deben enfocarse a la prevención, pues el costo de un paciente con diabetes con buen control y sin complicaciones es de 8,000 pesos mexicanos anuales. Esta suma representa «poco» comparado

con el costo del manejo anual de un solo paciente con complicaciones, que puede sobrepasar los 300.000 pesos, o incluso multiplicarse si se realiza una amputación mayor. Se debe fomentar una consciencia profunda de las catastróficas secuelas del pie diabético y, con ello, limitar la progresión de esta enfermedad. (Torres-Machorro 2023)

En Oaxaca, de acuerdo a los Servicios de Salud, (Servicios de Salud de Oaxaca, 2019) existen cerca de 50 mil enfermos con diabetes, de los cuales el 71.8% son del sexo femenino y el 28.2% del masculino. En Juchitán, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, tiene registrado 99 mil 970 habitantes, de los cuales 24 mil 850 tienen diabetes y más del 40 % presenta complicaciones entre los que se encuentra el pie diabético. (INEGI, 2018).

### **Patofisiología.**

Al inicio de este trabajo, asentamos del aumento mundial de la prevalencia de la diabetes a tal grado que se le considera una pandemia. Sin embargo, casi no se menciona en las publicaciones, cual es el mecanismo del daño al organismo por el incremento de la glucosa en sangre.

Louis Camille Maillard, en 1912, químico francés descubrió que, en los alimentos conservados, ricos en proteínas y azúcares, perdían el aminoácido lisina, este aminoácido tiene dos grupos amino.

Posteriormente se dio cuenta que lo que ocurría era la reacción química espontánea entre los grupos amino de las proteínas, con los carbonilos de los azúcares. Para distinguir esta reacción química de las que ocurren con el auxilio de alguna enzima, se denominó "glicación", las reacciones químicas, ahora se conocen como "Reacciones de Maillard". Las moléculas con los azúcares pegados se denominan genéricamente AGE's (de Advanced Glycation End Products), "age" también significa en inglés "edad", pues se considera uno de tantos procesos que participan en el "envejecimiento".

Las proteínas con azúcares pegados, cambian sus características químicas y por tanto su funcionalidad, las células sanguíneas alteradas, son detectadas como envejecidas y así su vida media disminuye. Así se explican los daños en riñón, hígado, retina, nervios periféricos, tejido cardiovascular, vasos sanguíneos, etc.

De esta manera podemos explicarnos lo que ocurre en un pie diabético, donde hay alteraciones neurológicas, vasculares, los procesos de cicatrización y regeneración están alterados, y si sumamos que también la respuesta inmune está alterada. (Fuentes 2017).

Sumemos en pies con deformidades óseas, micosis, zapatos apretados, traumatismos y tenemos un cuadro bastante real de lo que ocurre, y porque el mejor tratamiento, es el control de la glicemia.

Para terminar, los "age's", no sólo se producen dentro de nuestro organismo cuando tenemos una hiperglicemia, también los podemos adquirir en la comida, cuando esta es rica en proteínas, (como la carne) y está procesada. Para el control, la mejor prueba es la cuantificación de uno de estas proteínas glicadas, que es la hemoglobina la "hemoglobina glicada". (o a veces mal llamada hemoglobina glicosilada).

### **Detección oportuna**

La prevención, detección oportuna y educación al paciente y a sus familiares o cuidadores brinda la posibilidad de reducir el desarrollo de úlceras y amputaciones, así como de mantener la calidad de vida, funcionalidad y productividad de acuerdo a la edad de cada paciente. Las úlceras por pie diabético podrían prevenirse con una detección adecuada de factores de

Clasificación

| Estadio/Grado | 0   | 1   | 2  | 3  |
|---------------|---|---|--|--|
| A             | Lesión preulcerosa o posulcerativa completamente epitelizada. | Herida superficial que no involucra al tendón, a la cápsula o al hueso. | Herida que penetra en el tendón o en la cápsula. | Herida que penetra en el hueso o en la articulación. |
| B             | Con infección.  | Con infección.  | Con infección.                                   | Con infección.                                       |
| C             | Con isquemia.   | Con isquemia.   | Con isquemia.                                    | Con isquemia.  |
| D             | Con infección e isquemia.                                     | Con infección e isquemia.   | Con infección e isquemia.                        | Con infección e isquemia.                            |

Sistema de Clasificación de la Universidad de Texas. (Montero 2020)

Factores de Riesgo

| Factor de Riesgo                                 |   |
|--|---|
| Género.  | 1/5 más frecuente en hombres.   |
| Neuropatía periférica, retinopatía y nefropatía. | Si hay correlación, quizá por el fondo vascular involucrado.                  |
| Control glicémico.                               | Existen algunas discrepancias.  |
| Edad y duración de la enfermedad.                | De mayor edad que concuerda con una evolución también mayor de la enfermedad. |
| Tratamiento de la diabetes.                      | Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2), aumenta riesgo.   |
| Hipertensión y dislipidemia.                     | No existe una clara correlación.  |
| Obesidad y actividad física.                     | No existe correlación.  |
| Enfermedad arterial periférica y cardíaca.       | Si hay correlación.   |

Fabián Darío Arias-Rodríguez, et al. *Angiología* vol.75 no.4 Madrid jul./ago. 2023 Epub 27-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00474>. Modificado por los autores.

riesgo, clasificación y aplicación de medidas de prevención. (NICE 2016).

**Tratamiento.**

Método TIME.

La European Wound Management Association (EWMA) describió una estrategia dinámica llamada TIME, que resume los 4 puntos clave para estimular el proceso de curación natural:

- T (Tejido): Control del tejido no viable.
- I (Infección): Control de la inflamación.
- M (Humedad): Control del exudado.
- E (Borde): Estimulación de los bordes epiteliales.

El lavado es un primer paso esencial en la cura de toda herida. Los expertos coinciden en el uso de suero fisiológico. (Schultz GS. 2003)

El desbridamiento es necesario en el caso que existan detritos, esfacelos o restos necróticos que promueven la colonización bacteriana y la respuesta fagocítica, que retrasa la cicatrización de la herida.

El control de exudado es importante ya que, aunque es aconsejable la existencia de un ambiente húmedo en la herida, este no debe ser excesivo, pues podría producir maceración de los bordes e incluso del propio tejido de granulación.



Este simple tratamiento de las heridas centrada en el lecho de la lesión, tiene mas de 20 años de propuesto, sin embargo, dada la simpleza sigue vigente. Hay que considerar que el organismo que se está tratando no se encuentra en las mejores condiciones, de ahí que en ocasiones no se obtienen los resultados deseados. Es conveniente dar un apoyo psicológico a los pacientes.  
Objetivo del trabajo.

Dada la importancia del pie diabético y que prácticamente recae en la enfermera todo lo relacionado con su tratamiento y prevención, el presente artículo surge con la pregunta ¿Cómo es la calidad del cuidado que proporciona el personal de enfermería a pacientes con pie diabético, en el hospital general Macedonio Benítez Fuentes, de Juchitán, Oaxaca en el año 2022?

Diseño Experimental. Descriptivo, transversal y prospectivo, en el Hospital Macedonio Benítez Fuentes, ubicado en Juchitán Oaxaca.

El universo se encuentra constituido por 158 profesionales de enfermería, que laboran en el Hospital Macedonio Benítez Fuentes de la ciudad de Juchitán Oaxaca, y 220 individuos que reciben atención por padecer diabetes mellitus II.

Se estableció el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo que se utilizará para seleccionar la muestra de 10 licenciados en enfermería y 10 personas diabéticas, de las cuales 5 padecían pie diabético

| <b>Datos Demográficos.</b> |                |                  |                     |
|----------------------------|----------------|------------------|---------------------|
|                            | <b>Edad</b>    | <b>Género</b>    | <b>N.Académico</b>  |
| <b>1</b>                   | <b>31 años</b> | <b>Masculino</b> | <b>Licenciatura</b> |
| <b>2</b>                   | <b>35</b>      | <b>Masculino</b> | <b>Licenciatura</b> |
| <b>3</b>                   | <b>28</b>      | <b>Femenino</b>  | <b>Licenciatura</b> |
| <b>4</b>                   | <b>31</b>      | <b>Femenino</b>  | <b>Licenciatura</b> |
| <b>5</b>                   | <b>37</b>      | <b>Femenino</b>  | <b>Licenciatura</b> |
| <b>6</b>                   | <b>32</b>      | <b>Masculino</b> | <b>Licenciatura</b> |
| <b>7</b>                   | <b>29</b>      | <b>Masculino</b> | <b>Licenciatura</b> |
| <b>8</b>                   | <b>27</b>      | <b>Femenino</b>  | <b>Licenciatura</b> |
| <b>9</b>                   | <b>30</b>      | <b>Masculino</b> | <b>Licenciatura</b> |
| <b>10</b>                  | <b>29</b>      | <b>Femenino</b>  | <b>Licenciatura</b> |

**Factores de Riesgo**

| <b>Factor de Riesgo</b>                                 |   |
|---|---|
| <b>Género.</b>  | 1/5 más frecuente en hombres.   |
| <b>Neuropatía periférica, retinopatía y nefropatía.</b> | Si hay correlación, quizá por el fondo vascular involucrado.                  |
| <b>Control glicémico.</b>                               | Existen algunas discrepancias.  |
| <b>Edad y duración de la enfermedad.</b>                | De mayor edad que concuerda con una evolución también mayor de la enfermedad. |
| <b>Tratamiento de la diabetes.</b>                      | Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2), aumenta riesgo.   |
| <b>Hipertensión y dislipidemia.</b>                     | No existe una clara correlación.  |
| <b>Obesidad y actividad física.</b>                     | No existe correlación.  |
| <b>Enfermedad arterial periférica y cardiaca.</b>       | Si hay correlación.   |

Fabián Darío Arias-Rodríguez, et al. Angiología vol.75 no.4 Madrid jul./ago. 2023 Epub 27-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00474>. Modificado por los autores.

| <b>CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS</b>   |  |           |     |
|--|--|-----------|-----|
| Es de selección múltiple, 5 opciones.  |  | Acertaron | %   |
| 1  | Son las recomendaciones para el cuidado de los pies de la población diabética.   | 1         | 10  |
| 2  | Son las características clínicas que indican que se trata de un pie de riesgo  | 1         | 10  |
| 3  | Esta escala constituye la base para el plan de tratamiento. Según el grado en que se encuentre les darán información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena. | 4         | 40% |
| 4  | ¿Para qué se utiliza el monofilamento de Semmes Weinstein?   | 2         | 20% |
| 5  | En la siguiente imagen indica que inciso señala en que zonas se ejerce presión con el monofilamento de Weinstein.  | 2         | 20% |
| 6  | Indica para que se utiliza el índice tobillo-brazo   | 2         | 20% |
| 7  | De acuerdo a los parámetros del índice tobillo-brazo. ¿Cuáles son los rangos normales?   | 1         | 10% |
| 8  | ¿Cuál es la función del esquema TIME?  | 3         | 30% |
| 9  | En el esquema TIME. ¿A qué hace referencia la primera letra de este acrónimo?  | 6         | 60% |
| 10   | ¿En qué tipo de desbridamiento se utilizan tijeras y bisturí?  | 6         | 60% |
| 11   | ¿Qué es un apósito en la curación de heridas?  | 0         | 0%  |
| 12   | ¿Con qué se debe de realizar la limpieza de la herida?   | 2         | 20% |
| 13   | Es el primer paso a seguir en la intervención a una herida de pie diabético infectada.   | 9         | 90% |
| 14   | Para ocluir una herida infectada, ¿qué apósito es el adecuado?   | 0         | 0%  |
| <b>Seleccione el inciso de la respuesta correcta mediante falso o verdadero.</b> |  |           |     |
| 15   | Las cetonas en sangre se encuentran en la fisiopatología del pie diabético   | 6         | 60% |
| 16   | Cuando la persona diabética presenta una escara totalmente necrótica, es viable el desbridamiento cortante.  | 6         | 60% |
| 17   | ¿Está recomendado el uso de antisépticos en la limpieza de heridas?  |           |     |
| 18   | La promoción de la salud en población diabética con respecto a la prevención del pie diabético hace la diferencia en la disminución del mismo y de sus complicaciones      | 4         | 40% |
| 19   | El abordaje de la enfermedad arterial periférica y el pie diabético es de la misma manera.   | 6         | 60% |

| <b>LISTA DE COTEJO PARA DETECTAR FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA.</b>    |     |
|---|-----|
| <b>Se contesta con si o no.</b>   |     |
| <b>CARACTERÍSTICAS DEL CALZADO:</b>   |     |
| Horma ancha, acorde a la forma del pie.   | 60% |
| Tacón entre 1 y 3 cm.   | 10% |
| Puntas redondas o cuadradas.  | 50% |
| Sin costuras internas que lastimen el pie.  | 40% |
| Suela ancha y de goma flexible.   | 60% |
| Material natural y blando.  | 30% |
| Sujeta el talón y no aprieta el tobillo.  | 30% |
| Zapato cerrado, que no exponga alguna parte del pie.                                  | 40% |
| <b>CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DE LOS PIES:</b>  |     |
| Corte de uñas de los pies.  | 40% |
| Calzado recomendado para su uso.  | 30% |
| Hidratación de los pies y en donde no se recomienda aplicarla.                        | 50% |
| Secado de los pies.   | 40% |
| Inspección de la planta del pie, en busca de lesiones.                                | 40% |
| <b>PROMOCIÓN DE LA SALUD RECIBIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>                      |     |
| El personal de enfermería le explica que complicaciones puede tener el pie diabético. | 50% |
| El personal de enfermería lleva a cabo la vigilancia de los pies.                     | 80% |
| El personal de enfermería informa del tipo de calzado que puede utilizar.             | 70% |
| El personal de salud me ha hablado de este tema.                                      | 50% |

## Resultados.

El personal de enfermería del servicio de Urgencias no lleva a cabo las recomendaciones sobre el cuidado de los pies de la población diabética de manera estandarizada, ya que únicamente el 10 % de ellos recomienda que se debe de lavar los pies diariamente con agua y alcohol.

Respecto a la evaluación de conocimientos, se encontró que la mayor parte del personal de enfermería de urgencias no sabe las características de un pie de riesgo, pues es insuficiente que sólo el 40 % del personal de enfermería sepa que la escala de Wagner es la determinada para plantear el tratamiento del pie diabético y el 80 % desconoce la utilidad del monofilamento de Semmes Weinstein, lo que denota carencia de conocimiento para la valoración de la neuropatía diabética.

Además, se evidenció que únicamente el 20 % del personal de enfermería del servicio de urgencias sabe que el Índice Tobillo - Brazo (ITB) es empleado para el diagnóstico de pie diabético, lo cual confirma la deficiencia en el conocimiento de su uso, además de que sólo 10 % del personal conoce su rango normal.

La muestra evaluada desconoce que el cuadro clínico del pie diabético infectado, como lo define la Guía de Práctica Clínica actual, 80 % desconoce el tipo de soluciones a emplear en la curación del pie diabético; únicamente el 30 % conoce el acrónimo TIME (Tejido no viable, Infección, inflamación, M: Control de la humedad, E: Granulación/Epitelización). Pero más de la mitad de la muestra (60 %) pudo diferenciar los tipos de desbridamiento y el 90 % conoce la correcta intervención ante un pie diabético infectado, pero se hizo evidente el desconocimiento del personal de enfermería, al evidenciarse que nadie conocía el uso correcto del apósito en la curación de heridas.

De las personas encuestadas, 40 % consideran que la promoción de la salud en la población diabética no tiene un impacto significativo en la prevención del pie diabético.

Respecto a la población diabética se observó que en general no utiliza calzado recomendado es fundamental, sin embargo, el 70 % de la población diabética en estudio no lo utiliza. Se evaluó el tipo de tacón, puntas redondas o cuadradas, costuras internas, que eviten lastimar el pie, suela, material del calzado, sujeción del talón y tobillo. En relación a la higiene de los pies, el 60 % de la población diabética de consulta externa no conoce la forma correcta para el corte de uñas, lo cual sugiere que el personal de enfermería no ha proporcionado la suficiente educación de la salud a la población diabética para prevenir riesgos.

Con lo que respecta a la hidratación de las extremidades y en qué zonas no se recomienda no aplicarla, se encontró que la mitad de la población diabética (50

%), tiene conocimiento sobre esto, 60 %, no realiza la revisión de la planta del pie para buscar lesiones; la mitad de la población diabética de consulta externa conoce las complicaciones que trae consigo el pie diabético.

80 % de la población diabética ha recibido vigilancia de los pies por parte del personal de enfermería, aunque más de la mitad de la población diabética (70 %) indicó que, si ha recibido información con lo que respecta al calzado, aún falta concientizar al personal de la importancia y del impacto que tiene la promoción a la salud.

La mitad de la población diabética (50 %) reconoció que el personal de enfermería le ha brindado capacitación sobre el pie diabético. Dichos resultados muestran que falta más capacitación a la población diabética para la prevención del pie diabético.

## Discusión.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, "El número de personas con diabetes pasó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia de esta enfermedad ha venido aumentando más rápidamente en los países de renta baja y de renta mediana que en los de renta elevada."

Lo anterior motivó a esa organización a implementar la iniciativa del "Pacto Mundial contra la Diabetes" en abril de 2021.

Al pie diabético se le considera la principal complicación dada principalmente por las neuropatías, vasculopatías, alteraciones en la regeneración tisular, respuesta inmunológica presentes en el paciente diabético, consecuencia de la glicación de las proteínas. Su prevalencia está entre el 8% y el 13% de los pacientes diabéticos y afecta mayormente a adultos entre los 45 y 65 años, los cuales se encuentran todavía en etapa laboral y socialmente activa. (Arroyo, 2019).

Este crecimiento de casos, no se va a poder detener si no se toman acciones contundentes, como las que proponen en la NOM-015-SSA1-2010. "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus", donde en el punto: "11.4.1 El médico, en colaboración con el equipo de salud, tiene bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico, conforme a la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico."

Quedan incluidos los medicamentos, dieta, ejercicio físico, con metas establecidas en peso y medidas.

Numeral 11.11. Vigilancia médica y prevención de complicaciones, y el 11.11.4. El pie diabético.

Como vemos la normatividad existe, pero no se lleva a cabo, existe un desinterés en la atención a los enfermos



diabéticos. Se les da su diagnóstico y se les comenta que tienen que seguir una dieta y ya. Es menester una mayor información para que comprendan lo grave de este padecimiento y si sumamos a que en los primeros años, el enfermo no nota nada alarmante, piensa que la enfermedad no existe, hasta que no empiezan las complicaciones como la pérdida de vista, nefropatías o pie diabético.

Los resultados muestran una carencia de conocimientos por parte de los profesionales de enfermería sobre la valoración del pie diabético según la escala de Wagner. El personal de enfermería no tiene la competencia necesaria para realizar curaciones de pie diabético, según la Guía de Práctica Clínica: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del pie diabético.

De igual manera, los profesionales de enfermería no están familiarizados con el manejo avanzado de heridas y el uso de apósitos, que se ha demostrado su beneficio costo-efectivo, favorece el cierre efectivo y óptimo de heridas. El efecto de la escasa promoción de la salud en el autocuidado del pie en personas con diabetes quedó demostrado en este estudio, al encontrar malas prácticas y autocuidado de las personas diabéticas, ejemplo de ello es el uso inadecuado del calzado.

Dada la magnitud del problema y que continúa creciendo, si no se actúa con profesionalismo, seguiremos viendo como aumentan el número de pacientes, con grandes consecuencias a ellos y sus familias, consumiendo un presupuesto también cada vez mayor, augurando un futuro de la sociedad bastante complicado.



Referencias

Espinosa Franco Beatriz y González Herrera Dulce Janeth. Impacto de la intervención farmacéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes en la Ciudad de México. *Rev Mex Cienc Farm* 46 (4) 2015.

Fabián Darío Arias-Rodríguez, et al. *Angiología* vol.75 no.4 Madrid jul./ago. 2023 Epub 27-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00474>

Fuentes Nava A.G. Glicación no enzimática y su papel en la DM y el envejecimiento. *Revista de Medicina e Investigación UAEMex*. Vol 5, núm. 2, julio-diciembre 2017.

Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del pie diabético. Actualización 2020. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. *Gob.Mx/salud/cenetec*.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (8 de julio de 2014). Guía de práctica clínica. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Obtenido de [https://extranet.who.int/ncdccc/Data/MEX\\_D1\\_GPC%20DM%201er%20nivel.pdf](https://extranet.who.int/ncdccc/Data/MEX_D1_GPC%20DM%201er%20nivel.pdf)

INEGI. (2018). Prevalencia de Obesidad, Hipertensión y Diabetes para los Municipios de México 2018. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/investigacion/pohd/2018/>

NICE Clinical Guideline. Diabetic Foot Problems: Prevention and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016.

OMS/OPS 2023. Día Mundial de la Diabetes file:///E:/D%C3%A-Da%20Mundial%20de%20la%20Diabetes%202023%20-%20OPS\_ OMS%20\_20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la%20Salud.html.

Peña, B., & Eloy, J. (2019). Intervenciones de enfermería y su relación con las complicaciones de úlcera de pie diabético en pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo. Guasmo: Universidad Técnica de Babahoyo, (Ecuador).

Monteiro M, Boyko E, Jeffcoate W, et al. Diabetic foot ulcer classifications: A critical review. *Diabetes Metab Res Rev* 2020;36(Suppl.1):e3272. DOI: 10.1002/dmrr.3272 [ Links ]

NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. (file:///E:/NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM-015-SSA2-2010,%20Para%20la%20prevenci%C3%B3n,%20tratamiento%20y%20control%20de%20la%20diabetes%20mellitus.html).

Plasencia-Urizarri Thais M., Aguilera-Rodríguez Raúl, Almaguer-Mederos Luis E. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. *Rev haban cienc méd* vol.19 supl.1 La Habana 2020 Epub 10-Jun-2020.

Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey MC, Teot L, Vanscheidt W. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen* 2003;11:1-28.

Torres-Machorro Adriana, Rubén-Castillo Christopher, Torres-Roldán José F, Miranda-Gómez Óscar Francisco, Catrip-Torres Jorge, Hinojosa Carlos A. Estado actual, costos económicos y sociales del pie diabético y las amputaciones en la población mexicana. *Rev. mex. angiología*. vol.48 no.2 Ciudad de México abr./jun. 2020. Epub 23-Ago-2021. <https://doi.org/10.24875/rma.20000019>.

Zoé Robledo ¿Cuánto cuesta la diabetes? ¿Qué hicimos?. Instituto Mexicano del Seguro Social | 14 de noviembre de 2023. PUBLICADO EN MILENIO EL 14 DE NOVIEMBRE DE 2023.



Día mundial de la

# "SALUD" MENTAL

Por: Galileo Becerril Vargas



UNIVERSIDAD  
PABLO  
GUADALUPE  
CHÁVEZ

Los hábitos humanos son clasificatorios, es un empecinamiento que raya en el fanatismo de clasificarlo todo; por colores, por edad, los listos, los tontos, los que no leen, los que medio leen; los que saben todo y aman a perpetuidad, como diría el poeta Sábines en su famosísimo poema "Los amorosos". Clasificamos por tonos de piel, por forma de ojos, por tener pelo o tener una calvicie incipiente, como la de su servidor. Clasificamos animales, como los de Borges en su libro "Otras inquisiciones"; y que Foucault retoma en su libro de "Las palabras y las cosas" y que de igual forma Néstor Braunstein –el primero psicoanalista que leí después de leer algunos libros de Freud– retoma como epígrafe en el libro de "Psiquiatría, psicoanálisis, teoría del sujeto hacia Lacan" y que dice: "[...] Esas ambigüedades, redundancias y deficiencias recuerdan las que el doctor Franz Kuhn atribuye a cierta enciclopedia china que se titula Emperio celestial de conocimientos benévolos. En sus remotas páginas está escrito que los animales se dividen en (a) pertenecientes al Emperador, (b) embalsamados, (e) amaestrados, (d) lechones, (e) sirenas, (f) fabulosos, (g) perros sueltos, (h) incluidos en esta clasificación, (i) que se agitan como locos, (j) innumerables, (k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, (l) etcétera, (m) que acaban de romper el jarrón, (n) que de lejos parecen moscas[...]"<sup>1</sup>. La clasificación que hace Borges en éste libro es muy chistosa, pero señala, en forma burlesca, el afán humano por las clasificaciones por demás ridículas. El problema con las taxonomías es que son, por esencia, excluyentes, siempre se trata de ubicar al otro extraño, al otro raro, al que se comporta de una forma anómala y al que según los que saben deberá ser internado en algún centro de ayuda.

El 10 de octubre se celebró el día **Mundial de la Salud Mental** y resonó en mí que éste termino es demasiado ambiguo, si lo pensamos a la luz de éste afán taxonómico, y es que tanto el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5 por sus siglas en inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ª versión) y el CIE-10 acrónimo de (Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión) están hechos para que toda persona entre en la clasificación de los trastornos mentales, sea cual fuere su malestar, siempre habrá algún lugar en el que es ubicable.

## Hablemos del DSM-5

El DSM es un manual que tanto psiquiatras y psicólogos utilizan para poder realizar diagnósticos en las personas que padecen algún tipo de trastorno mental. La finalidad según el DSM-5 "consiste en ayudar a los profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo".

Éste manual trae, implícitamente, a colación lo que dice Borges en el libro de "Otras inquisiciones" y más precisamente en el apartado (h) incluidos en esta clasificación; y en el apartado (l) etcétera; ya que como podemos entender éstos dos apartados incluyen a todos los animales, ninguno queda fuera, todos son clasificados y los que no, también.



### Grupo A

Engloba al trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico.

### Grupo B

Antisocial, límite, histriónico y antisocial.

### Grupo C

Trastorno evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Cada uno de éstos trastornos de la personalidad cuenta con una serie de síntomas que los caracteriza y diferencia de los demás; la misión del psiquiatra o psicólogo es; usando el DSM-5 y su clasificación, adecuar dichos síntomas que los pacientes comunican con cualquiera de los trastornos.



Lo mismo sucede con el DSM-5, en el que aparecen trastornos de todo tipo, y en éste caso solo tomaremos el ejemplo más emblemático: los trastornos de la personalidad.



El resultado será un diagnóstico que coloque al paciente en la clasificación, asignándole un lugar que lo determinará y encasillará. Si por pura suerte lo que un paciente comunica no permite al experto asignarle un diagnóstico o un lugar en la clasificación, porque solo algunas cosas que le aquejan al paciente coinciden con algún trastorno pero no cumple con la "cuota" mínima de síntomas necesarios para su diagnóstico, el DSM-5 tiene un último trastorno, que está hecho para los pacientes que no cumplen con ningún criterio diagnóstico. A éste Trastorno lo nombraron: Trastorno de la personalidad no especificado.

Éste trastorno está hecho para que cualquier persona que sufre porque no puede con lo que le aqueja, porque no sabe porque es extremadamente desconfiado; o porque no sabe de dónde surgen esas ideas de muerte que le vienen obsesivamente; o no sabe porque siente que necesita de alguien y que no soporta el abandono; o no sabe qué hacer ahora que su pareja la ha abandonado; entonces el DSM-5 tiene la respuesta, es usted un Trastornado No especificado. La clasificación surge su efecto, ubica hasta al que más o menos tolera sus síntomas.

Todos entonces clasificados, agrupados, formados en filas diferentes unidos por un diagnóstico cualquiera que éste sea, pero formados.

A los creadores del DSM-5 siempre se les ha olvidado –desde su evolución con el DSM-I y hasta el actual; el DSM-5– la parte subjetiva del humano, el caso por caso, la singularidad del sujeto del inconsciente, el sujeto que no es efecto de cálculo y que no se puede atrapar en una clasificación. El psicoanálisis ha enseñado que el sujeto es singular e irrepetible, que los sufrimientos de los sujetos no tienen una misma etiología, por llamarlo de una forma, porque sus causas son varias, de ahí que cada paciente que acude al psicoanalista sea tratado a partir del caso a caso. Esto quiere decir que si yo desconfío de mi pareja, como le puede pasar a algún conocido, la causa de mi desconfianza no es la misma que puede sentir otro.

A propósito de la celebración del Día Mundial de la Salud Mental, habría que discutir aun más los diagnósticos de éstos manuales; ya sea el DSM-5 o el CIE-10, porque al ubicar a todos como trastornados no especificados, es paradójico celebrar el "Día Mundial de la Salud Mental"; ya que no hay salud mental sería sólo un ideal que nadie podría alcanzar, lo que significaría que todos estamos locos y el diagnóstico lo avalaría tal etiqueta. Hay que celebrar el "Día Mundial de la Salud Mental" con actividades propias que discutan la salud mental, discutir con psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras; discutir para construir y dejar de etiquetar, discutir que el diagnóstico no es la finalidad de un tratamiento psicológico o psiquiátrico, sino el inicio de todo un trabajo.



Síndrome de

# Bornout

Dra. Cruz Elena Pérez Sánchez.  
MASE. Alejandra Hernández Coutiño.

## Que es el Síndrome de Burnout y cómo se originó.

El concepto de "burnout", que en inglés significa "quemado", en el español de México podría equivaler a "fundido", para acentuar la irrecuperabilidad del agotamiento mental, emocional y físico, causado por el trabajo, se origina en la novela escrita por Graham Greene, "A burnout case", publicada en 1961, en donde trata de Querry un arquitecto muy exitoso, en los 50's, quien ya había perdido todo interés por lo cotidiano, come y duerme mal y se encontraba atormentado espiritualmente, en un momento, decide abandonar absolutamente todo, su profesión, casa, amigos, para prácticamente esconderse en la selva africana, al Congo, en particular donde encuentra un leprosario, hospital donde reclusos a enfermos de lepra todavía a mediados del siglo XX, administrado por misioneros católicos. El Dr. Colin médico ateo del leprosario, le hace el diagnóstico a Querry como "un caso de burnout" que es precisamente el título del libro. Conforme Querry se involucra en el cuidado de los leprosos, va curando de su problema casi existencial. (G. Greene 1960)

"En 1974, un médico psiquiatra, idealista, llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría de los médicos, sufrían una "progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo, hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión", a este cuadro, con sus antecedentes le llamó Síndrome de Burnout. (Maicon Carlin y Enrique J. Garcés de los Rayos Ruiz 2010).

En su inicio se consideró que el burnout solo ocurría durante la atención médica, los médicos y/o enfermeras atienden pacientes como los descritos por Freudenberger.

Otro ejemplo muy conocido ocurre con el personal que asiste a los ancianos en los asilos, a tal grado es la afectación que provoca la falta de resultados positivos, que recomiendan tener grupos de apoyo para contrarrestar este deterioro emocional en el personal y así evitar la violencia y maltrato a los ancianos que

ocurre posteriormente. (Zoila Edith Hernández Zamora 2006).

Freudenberger (1974) define burnout como, sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador (H. J. Freudenberger 1981).

El burnout es un problema que ocurre en sitios laborales con exceso de demanda de atención, como ocurre frecuentemente en países en vías de desarrollo, en donde los problemas de salud exceden a la infraestructura disponible.

Es un problema grave de agotamiento emocional, físico y mental, que cambia radicalmente la vida de los que la adquieren.

## ¿Cómo se define el burnout?

El 1 de enero de 2022 entró en vigor la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), tal como se anunció durante la 72ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (mayo de 2019). La novedad es que según la CIE-11, el síndrome de desgaste profesional, ya es considerado enfermedad y es el "resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo, que no se ha manejado con éxito, es codificado como QD85: Síndrome de desgaste ocupacional.

Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización." (Nota cinismo, aclaramos que en nuestro español equivale a indiferencia).



Figura 1.

( Modificado de Edu-Valsania 2022 )



Debido a que hay factores externos y otros internos del individuo, el burnout no siempre se desarrolla de la misma manera, las dimensiones (Figura 1), pueden variar proporcionalmente, en algunos casos puede predominar alguno de ellos, en otros puede ser diferente. Factores desencadenantes.

**Teoría Cognitiva Social.**

Cuando el trabajador no tiene confianza en su propia capacidad, en ocasiones producto de un fracaso en el pasado, además de la falta de modelos de recuperación después de fracasos, falta de refuerzo externo de confianza, quizá críticas exageradas y dificultades de otra índole en el trabajo.

**Teoría del Intercambio Social.**

Cuando no hay proporcionalidad entre el esfuerzo realizado y el reconocimiento. Existe un gasto emocional excesivo y quizá por tiempo prolongado, terminando en el agotamiento del empleado.

**Teoría Organizacional.**

- Sobrecarga del Trabajo. Ya sea en cantidad o calidad, por tiempo prolongado, terminana agotando al empleado.
  - Labor emocional. Es un proceso psicológico para autorregular las emociones y disimular el enfado o irritación o cualquier malestar ante un cliente o directivo.
  - Falta de autonomía e influencia en el trabajo. No hay libertad de acción, ni de opinión en el trabajo.
  - Ambigüedad y conflicto de roles. No tiene bien definida su misión.
  - Supervisión inadecuada o percepción de injusticia, resaltando lo negativo y no los logros.
  - Falta de apoyo social. Ya sea el apoyo o los conflictos entre compañeros, tiene un efecto evitando problemas o desencadenándolos, según sea el caso.
  - Malas horas de trabajo. Cuando los turnos interfieren con la vida familiar, o de otra actividad importante para el trabajador.
- Teoría de las demandas y recursos.

**Teoría de las demandas y recursos.**

| Demandas de Trabajo  | Recursos laborales  |
|--|---|
| <b>Presión temporal</b>  | <b>Individual</b>   |
| Conflictos interpersonales con clientes y compañeros. Complejidad de tareas, Inseguridad laboral, Cambios de horario desfavorables. Sobrecarga de trabajo cualitativa y cuantitativa. Riesgos laborales personales | Conocimientos y habilidades técnicas, Habilidades socioemocionales. Capital psicológico positivo (autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia). Creatividad. |
|  | <b>Organizacional</b>   |
|  | Flexibilidad horaria, Seguridad laboral. Supervisor y apoyo de pares. Recursos materiales. Autonomía. Recompensas   |

Figura 1.- Demandas de trabajo y recursos laborales. ( Edu-Valsania 2022)





### Teoría Estructural.

Ocurre cuando la comunicación entre directivos y empleados se interrumpe.

### Teoría del contagio emocional.

Ocurre cuando se adoptan los conflictos y posiciones de otros empleados. Cuando las personas trabajan juntas, pueden compartir emociones y posiciones entre compañeros.

### Factores individuales que afectan el agotamiento.

| Protectores del agotamiento           | Potenciadores del agotamiento           |
|---------------------------------------|---|
| Amabilidad                            | Neuroticismo                            |
| Escrupulosidad                        | Locus de control externo                |
| Extraversión                          | Personalidad tipo A (1)                 |
| Apertura a la experiencia             | Alexitimia (2)                          |
| Capital psicológico positivo          | Afrontamiento centrado en las emociones |
| Afrontamiento centrado en el problema |   |
| Edu-Valsania 2022                     |   |

1.- Personalidad A: Personalidad que incluyen alta competitividad, ambición, impaciencia.

2. Alexitimia: Incapacidad o pobreza en la expresión verbal, mimica o gestual de las emociones o los sentimientos.

### Como se diagnostica-

Se diagnostica a través de un interrogatorio escrito, existen varios de estos instrumentos como:

### INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN AUTORES

- Staff Burnout Scale (Jones 1980)
- Indicadores del Burnout (Gillespies 1980)
- Emener-Luck Burnout Scale (Emener y Luck 1980)
- Tedium Measure (Burnout Measure) (Pines, Aronson y Kafry 1981) \*
- Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson 1981)\*
- Burnout Scale (Kremer y Hofman 1985)
- Teacher Burnout Scale (Seidman y Zager 1986)
- Energy Depletion Index (Garden 1987)
- Mattews Burnout Scale for Employees (Mattews 1990)
- Efectos Psíquicos del Burnout (García Izquierdo 1990)
- Escala de Variables Predictoras del Burnout (Aveni y Albani 1992)
- Cuestionario de Burnout del Profesorado (Moreno y Oliver 1993)
- Holland Burnout Assessment survey (Holland y Michael 1993)
- Rome Burnout Inventory Venturi, (DelliErba y Rizzo 1994)

Escala de Burnout de Directores de Colegios (Friedman 1995)

- Indican los instrumentos más empleados.

Tabla tomada de: (Hernández Gracias, et al. 2007)

Sin duda alguna, el interrogatorio más empleado con este fin es el de Christina Maslach, Psicóloga en Berkeley quien elaboró el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Inicialmente se consideró que un requisito muy importante para que se presentara el burnout, era la relación médico-paciente, por esta razón los métodos de evaluación estaban dirigidos exclusivamente a médicos y enfermeras. En base a este supuesto se elaboró la primera versión de MBI en 1981, con 22 ítems.

Posteriormente empezaron a aparecer reportes en otras actividades "no asistenciales", por lo que se tuvo que elaborar el MBI-HSS (Human Services Survey), y finalmente la versión actual es el MBI-GS (General Survey) de tan sólo 16 ítems. (B. Jiménez Moreno 2001)

En 1981, Maslach y Jackson definieron el concepto desde una perspectiva tridimensional caracterizada por:

- Agotamiento emocional. Se define como cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.

- Despersonalización. Es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios, etc. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación. El sujeto trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para referirse a los usuarios, clientes o pacientes tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.

- Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal. Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso al darle sentido a la actividad laboral. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia se da la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. Juárez (2014).



Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán 26 y 27 de abril, 2007 Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Gil-Monte Pedro R (2006).

MBI.GS (Maslach Burnout Inventory General Survey)

| Num. | Item  | Escala |
|------|---|--------|
| 1    | Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.  | D.E.   |
| 2    | Me siento acabado al final de la jornada.   | D.E.   |
| 3    | Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que enfrentarme a otro día de trabajo. | D.E.   |
| 4    | Trabajar todo el día realmente es estresante para mí.   | D.E.   |
| 5    | Soy capaz de resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo.                     | E.P.   |
| 6    | Me siento quemado (exhausto) por mi trabajo.  | D.E.   |
| 7    | Siento que estoy haciendo una contribución eficaz a la actividad de mi organización.          | E.P.   |
| 8    | Desde que comencé el empleo, he ido perdiendo interés en mi trabajo.                          | C.     |
| 9    | He ido perdiendo el entusiasmo en mi trabajo.   | C.     |
| 10   | En mi opinión, soy muy bueno haciendo mi trabajo  | E.P.   |
| 11   | Siento realizado cuando llevo a cabo algo en mi trabajo.                                      | E.P.   |
| 12   | He realizado muchas cosas que valen la pena en mi trabajo.                                    | E.P.   |
| 13   | Sólo quiero hacer mi trabajo y que no me molesten.  | C.     |
| 14   | Me he vuelto más cínico (indiferente) acerca de si mi trabajo vale para algo.                 | C.     |
| 15   | Dudo sobre el valor de mi trabajo.  | C.     |
| 16   | En mi trabajo estoy seguro de que soy eficaz haciendo las cosas.                              | E.P.   |

(B. Moreno Jiménez, et al. 2001)

Repercusión del reconocimiento del burnout.

En 2013, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señaló que algunos riesgos tradicionales se habían reducido por el adelanto tecnológico y la normatividad existente. Sin embargo, comenzaban a surgir nuevas enfermedades profesionales que iban al alza y para las cuales, no existía normatividad. Entre los riesgos emergentes se incluían los de carácter psicosocial.

En 2016, nuevamente la OIT, dio a conocer información sobre los Factores de Riesgo Psicosociales (FRP) y afirmó que era un problema global que afecta a todas las profesiones y a todos los trabajadores, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Colocando al centro de trabajo como una fuente importante de Riesgos Psicosociales (RP), y al mismo tiempo, el mejor lugar para prevenirlos y actuar sobre ellos, con el fin de proteger la salud y bienestar de los trabajadores.

Es así que, en el 2016, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, a través del Programa Nacional de Bienestar Emocional y Desarrollo Humano en el Trabajo (PRONABET) impulsó un proyecto de norma con el fin de identificar, analizar y prevenir los FRP, con el objetivo de incentivar empleos de calidad y una la cultura de prevención en México.

DOF: 23/10/2018

NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. (<https://www.dof.gob.mx/>).

Objetivo: Establecer los elementos para

identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo.

Al final esta norma, tiene 4 Guías de Referencia (cuestionarios), para conocer;

Identificar a los trabajadores que fueron sujetos a acontecimientos traumáticos severos como: accidentes, asaltos, secuestros, amagos, amenazas, etc.

Identificación y análisis de los factores de riesgo personal: esfuerzos físicos severos, peligros, cargas de trabajo exageradas, ritmo acelerado.

Identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del entorno organizacional en los centros de trabajo. Espacio suficiente, esfuerzo físico posibilidad de accidente, normas de seguridad, actividades peligrosas.

Ejemplos de políticas de prevención de riesgos psicosociales: comunicación autoridades-empleados, limpieza, trato amable, atención de quejas, examen psicológico y psicomotor a empleados, planes de promoción, capacitación, entre otros.

A 50 años de la descripción de este burnout, se tienen muchas interrogantes, el ser humano es muy complejo, se desenvuelve en 6 ámbitos: familiar, social, laboral, económico, político y religioso. Todos son importantes y se afectan entre sí.

El Burnout es la manifestación de problemas sólo en el ámbito laboral, pudiera originarse ahí, pero también pudiera tener sus raíces en otro ámbito y sólo manifestarse en el laboral

Si nos planteamos la pregunta de factores predisponentes a padecer burnout, debemos empezar a investigar todos estos elementos.

### ¿Con que frecuencia se presenta el Burnout?

Es muy variable, depende de muchos factores, algunos relacionados con el trabajo: Si cuenta con las instalaciones e insumos necesarios, del sueldo, horarios, naturaleza del trabajo, las autoridades, etc. Del trabajador, que tipo de labor desempeña, si es de gran responsabilidad, peligros, de mucha demanda, si es trabajo eventual o de planta, si está en peligro que lo despidan. De como está el trabajador en el ámbito familiar, el económico, religioso, etc.

Durante la pandemia, el confinamiento provocó burnout en gran cantidad de la población, hubo que atender y



diseñar actividades para evitarlo en lo posible. Cossete González (2020).

De acuerdo a información del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde antes de la pandemia, México ya destacaba como uno de los países con mayor fatiga por estrés laboral. Al menos el 75% de sus trabajadores padecía esta condición, superando a China (73%) y Estados Unidos (59%). "Las investigaciones confirman que el personal de salud es uno de los sectores más afectados", asegura la Lic. Patricia Lozano Luviano, consultora en desarrollo humano. Lozano (2023).

## COVID-19

La pandemia por el COVID, obligó a un confinamiento para detener el contagio de la transmisión viral, muchas empresas europeas y de los Estados Unidos de Norteamérica, recurrieron a la modalidad "Home Office", es decir trabajar desde casa a través del internet. Esto ya se venía experimentando tiempo antes, pero con la pandemia se convirtió en la solución de emergencia. Esto duró hasta el 2022, muchas empresas empezaron a trabajar en oficinas de nuevo.

Los empleados al reincorporarse empezaron a considerar: por lo pronto no estar en la comodidad de su casa, cumplir con horarios, invertir tiempo y dinero en el desplazamiento de ida y vuelta del trabajo a su casa, el que no pocas veces tuvieron que permanecer un extra de tiempo para terminar alguna tarea. Esto empezó a desmotivar a los trabajadores, a adoptar actitudes de trabajar estrictamente en sus horarios (ni un minuto más), y en las tareas exclusivamente que eran su obligación, ni un esfuerzo más. Esto se ha denominado "Quiet quitting" o "despido silencioso".

Esto es identificado como una variante de "burnout".

## Consecuencias del burnout y del quiet quitting.

Son dos escenarios distintos, por un lado, hospitales y la atención médica. En el otro, oficinas y los negocios empresariales. Las consecuencias en la atención médica, traducido en atención poco cuidadosa de los enfermos, quizá hasta negligencias, que pudieran pasar inadvertidas. El otro ejemplo es más cuantificable, ya que se traduce en renunciaciones, desempleo, compromiso laboral, así con datos de "U.S. Employee Engagement Trend, Annual Averages" en el 2022, en las empresas que regresaron del trabajo en casa, el 32% de los empleados estaban realmente comprometidos con la empresa, mientras que el 18%, ya no lo estaban y finalmente renunciaron. Cifras verdaderamente alarmantes. (Carter 2022).

Las consecuencias directamente sobre el trabajador de diferentes intensidades que van desde leve, hasta extremo, pasando por moderado y grave. Los problemas físicos en los leves son cefalea, dolor de cuello, en

el moderado hay insomnio, déficit de atención, irritabilidad. En el grave ya aparecen el abuso de alcohol, ausentismo. En el extremo puede llegar al suicidio. En el trabajo hay insatisfacción laboral, ausentismo, pérdida progresiva del compromiso con la institución, pueden renunciar.

## Que hacer ante la presencia de burnout.

Organizar un comité mixto de trabajadores y directivos. Si se juzga necesario contar con la asesoría de psicólogos laborales. Lo primero es hacer el diagnóstico y buscar dentro de las causas mencionadas, cuales pudieran estar presentes. Este comité pudiera funcionar permanentemente. Las soluciones estarán condicionadas a los problemas detectados. Independientemente pudieran tener recursos recreativos, deportivos, artísticos y crear reconocimientos y premios.

### Referencias

- Carter J. ¿Es real dejar de fumar en silencio? Boletín de Gallup 2022. <https://www.gallup.com/workplace/398306/quiet-quitting-real.aspx>
- Cossete González. Universidad Anáhuac México. Prácticas para ahuyentar el agotamiento en tiempos de reto., septiembre 2020. <https://greatplacetowork.com.mx/practicas-para-ahuyentar-el-agotamiento-en-tiempos-de-reto/>
- Edú-Valsania Sergio, Laguna Ana, y Moriano Juan A. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Salud Pública*. 2022 febrero; 19(3): 1780. doi: 10.3390/ijerph19031780.
- Herbert J. Freudenberger, Geraldine Richelson. *The High Cost of High Achievement*, Bantam Books, 1981 - Graham Greene (1960). *A burnt out case*. Heinemann.
- Gil-Monte Pedro R, Marisa Salanova, José Luis Aragón, Wilmar B. Schaufeli. Jornada ~EL Síndrome de Quemarse por el trabajo en Servicios Sociales"file:///E:/Burn%20out/2006\_Salanova-Medida-y-evaluaci%C3%B3n-del-burnout.pdf
- Lugo García María Guadalupe. Si reduces el estrés laboral, tendrás una vida más equilibrada. Conferencia organizada por el Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas y de Información. Gaceta UNAM, febrero 9, 2024
- Hernández Gracia, Terán Varela, Navarrete Zorrilla, & León Olvera, 2007, pág. 57 Hernández Gracia, T., Terán Varela, O., Navarrete Zorrilla, S., & León Olvera, A. (Diciembre de 2007). El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. <https://es.studenta.com/content/116561258/burnout-2>
- Juárez García Arturo. Entrevista con Christina Maslach. *REFLEXIONES SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT. LIBERABIT: Lima (Perú) 20(2): 199-208, 2014.*
- Lozano Luviano Patricia. UNAM Global, México: alarmantes cifras de estrés laboral abril 30, 2023
- Maicon Carlin y Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz, *anales de psicología 2010*, vol. 26, n° 1 (enero), 169-180 El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo.
- Moreno Jiménez Bernardo, Rodríguez Carvajal Raquel y Escobar Redonda Eva. La evaluación de Burn Out profesional. *Factorización del MBU-GS. Un análisis preliminar, Ansiedad y Estrés*, 2001, 7, (1), 69-78.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. (<https://www.dof.gob.mx/>).
- (Zoila Edith Hernández Zamora. *Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Index Enferm vol.15 no.52-53 Granada 2006*).



*La Melancolía:*

# *entre la Psicosis y el Suicidio*

Mtro. Galileo Becerril Vargas

## *Resumen*

*Partiendo de los conceptos psicoanalíticos, principalmente de la última enseñanza de Lacan, intentamos dar un sentido al acto suicida, cuyo sentido puede estar del lado del acting out o del pasaje al acto. Situando a la melancolía en la psicosis, establecemos las coordenadas en el que se debe de buscar el lapsus en el nudo y su posible enmendadura sinthomatica.*

## *Abstract*

*Starting from the psychoanalytic concepts, mainly from the last teaching of Lacan, we try to give a meaning to the suicidal act, which meaning can be on the side of the acting out or of the passage à l'act. Placing the melancholy in psychosis, we establish the coordinates in which the slip should be sought in the node and its possible sinthomatic amendment.*

## *Palabras clave*

*Melancolía, psicosis, significante del nombre del padre, suicidio, sinthome.*

## *Key words*

*Melancholy, psychosis, signifier of the name-of-the-father, suicide, sinthome.*



La palabra melancolía siempre se piensa como un concepto caduco y lejos de la actualidad, abortado de los principales compendios nosográficos de la psiquiatría, y remplazada por la ahora llamada “depresión”, aunque menos elegante, pero acorde a su progenitora, la modernidad; desechada por la incompetencia a dar cuenta de éstos nuevos fenómenos, como le sucedió a las neurosis, pero que sin embargo el psicoanálisis siempre ha echado mano de ellas, devolviéndoles su uso actual y el valor conceptual que siempre ha tenido para los psicoanalistas y su clínica.

La melancolía era considerada desde la antigüedad como un estado del ser, el melancólico era aquel que se encontraba en meditación, aquel que se encargaba de generar obras de arte, literarias, pictográficas o musicales. El melancólico era el que, después de salir de éste trance, era capaz de representar las más bellas obras.

Era un elemento más de los cuatro humores Hipocráticos, la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra; ésta última signada como el tipo melancólico. La designación de Hipócrates era que éstos cuatro humores debían de estar en equilibrio para tener buena salud, cualquier aumento en ellos producía la enfermedad. Al melancólico se le había aumentado la bilis negra.

Silvia Elena Tendlarz, citando a Areteo de Capadocia en su libro: *Manía –III, Cap. V–* dice:

*“[...]afección sin fiebre en un espíritu triste que permanece fijado siempre sobre la misma idea y se pega a ella tozudamente. Se diferencia de la manía en cuanto que en esta afección el espíritu se inclina alternadamente hacia la tristeza o hacia la alegría; mientras que en la melancolía, permanece constantemente triste y abatido”. (Tendlarz)*

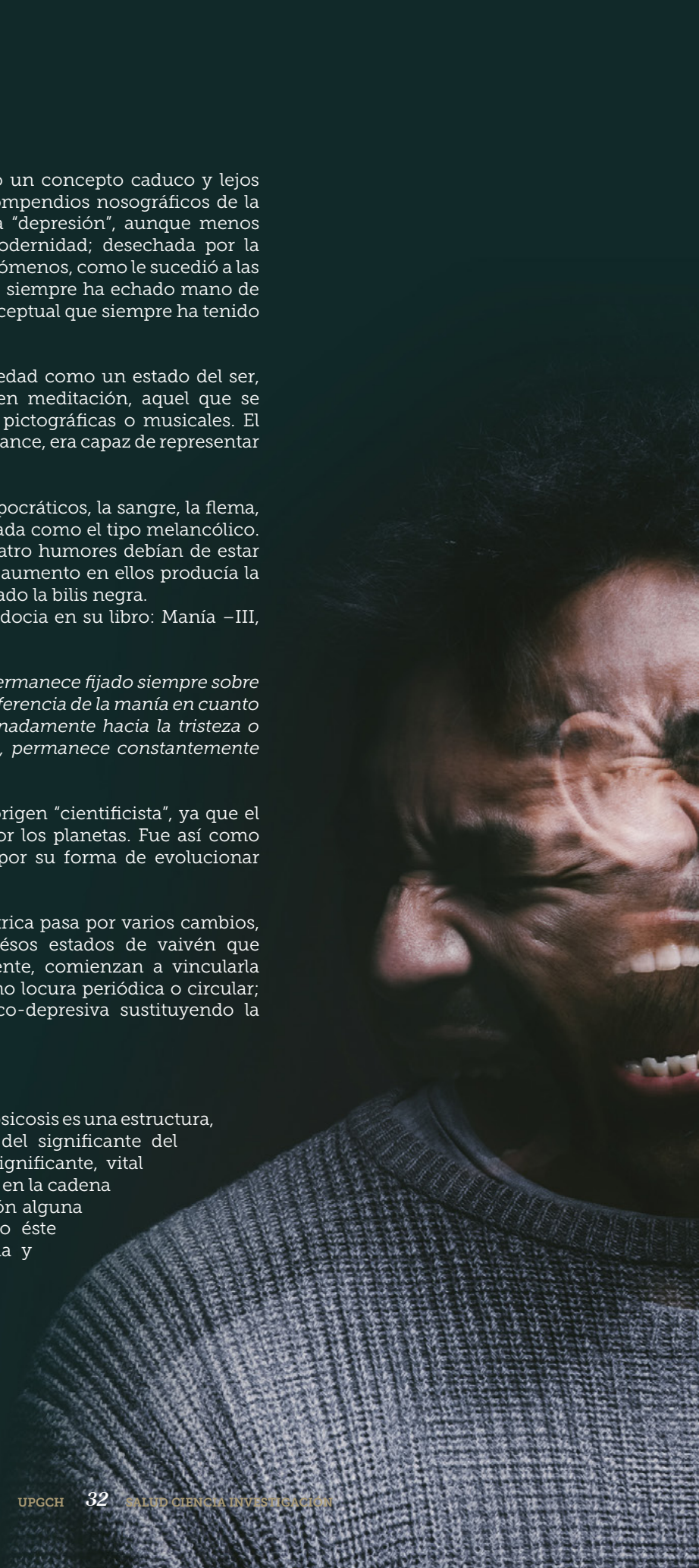
También se planteó, siguiendo a Tendlarz, su origen “cientificista”, ya que el temperamento del hombre era determinado por los planetas. Fue así como Saturno se volvió padre de los melancólicos, por su forma de evolucionar lentamente.

Cuando la melancolía entra a la puerta psiquiátrica pasa por varios cambios, comienza a relacionarse con la manía, por éstos estados de vaivén que algunos enfermos presentaban, y principalmente, comienzan a vincularla con la psicosis. Fue denominada por Farlet como locura periódica o circular; Kraepelin la nominará como psicosis maniaco-depresiva sustituyendo la postura de Farlet.

### **La Melancolía y la Psicosis**

Para el psicoanálisis de orientación lacaniana la psicosis es una estructura, la cual estará determinada por la forclusión del significante del Nombre del Padre. Lo que implica que éste significante, vital para poder hacer algún vínculo con el Otro, falta en la cadena significante y esto impide que haya significación alguna posible. De tal suerte que al quedar forcluido éste significante el sujeto no puede hacer síntoma y mucho menos lazo social.

La forclusión viene del derecho en la que se denomina preclusión y hace referencia a que si un trámite no se da en el tiempo en el que la ley lo establece, entonces será imposible su revocación. De ahí que Lacan lo utilice, pero dándole la connotación de forclusión, un fuera del discurso, para hacer referencia a lo que no se dio cuando debería ser, la ley





paterna; de tal suerte que la forclusión del significante del nombre del padre, la inserción de la ley no se da, jamás podrá ser dada. Y entonces el orden simbólico se viene abajo.

Lacan en su última enseñanza elabora, con toda su topología de los nudos, el lapsus en el que se da la forclusión del significante del nombre del padre. En 1975 en el seminario 23 hace una elaboración del lapsus del nudo, utilizando el nudo del trébol para poder explicar y precisar la forclusión. Para ello echa mano de los tres registros, real, simbólico e imaginario. Colocados éstos en los tres círculos que el nudo forma, va a decir que el lapsus se da en la psicosis, principalmente en el nudo de lo imaginario, esto producirá que los otros dos registros se suelten y devenga la psicosis. De ahí que las primeras señales de una psicosis, sea en lo imaginario del cuerpo, las alucinaciones corporales, la rutura del dedo pulgar como en el hombre de los lobos de Freud, la extrañeza que sufren algunos sujetos, al verse en el espejo y no poderse reconocer ahí. No explico más sobre los nudos ya que más adelante ahondaré en ello para explicar en dónde sufre el lapsus el nudo de la melancolía.

La melancolía, para el psicoanálisis, está agrupada en las psicosis, junto a la esquizofrenia y la paranoia. La melancolía es según José Fernando Velázquez (Velázquez):

*"[...] La pérdida del objeto o su negativización, se transforma en una perturbación y empobrecimiento del sentimiento de sí hasta alcanzar una delirante expectativa de castigo y un extrañamiento de la realidad. Su opuesto es la manía delirante". (Velázquez)*

Freud en su texto de Duelo y Melancolía (Freud, 1992) dice:

*"La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo[...]" (Freud, 1992, pág. 242)*

Así podemos darnos cuenta de lo que ocurre con el sujeto melancólico, se identifica con el objeto de la pérdida, con el desecho, con el desperdicio, como objeto digno de todos los vituperios, con el objeto a lacaniano. El melancólico se rinde ante la demanda del otro, se deja caer, se deja desfallecer, siendo entonces incapacitado para la capacidad de existir. Así es como éste se confronta con la pulsión de muerte, con el goce absoluto, con aquello que Lacan llamó las dos muertes, la muerte simbólica. Ésta dos muertes dice Lacan en sus Escritos 2 (Lacan, Escritos 2, 2009):

*"Esta excursión no sería válida aquí si no introdujese lo que puede llamarse la discordancia de las dos muertes, introducida por la existencia de la condenación. El entre - dos - muertes del más acá es esencial para mostrarnos que no es otro sino aquel con que se sostiene el más allá". (Lacan, Escritos 2, 2009, pág. 737)*

y más abajo continúa:

*"Esta incoherencia en Sade, desatendida por los sadistas, un poco hagiógrafos también ellos, se iluminaría si se señalara bajo su pluma el término formalmente expresado de la segunda muerte. La seguridad que espera de ella contra la espantosa rutina de la naturaleza (aquella que, si hemos de hacerle caso en otros lugares, el crimen*

*tiene la función de romper) exigiría que llegase a un extremo donde se redobla el desvanecimiento del sujeto: con el cual simboliza en el voto de que los elementos descompuestos de nuestro cuerpo, para que no se reúnan de nuevo, sean aniquilados a su vez". (Lacan, Escritos 2, 2009, pág. 738)*

La primer muerte es biológica, aquella que un día por causas cualquiera deberá de llegar, pero la segunda muerte de Lacan es la muerte simbólica, es la que se aplica a los condenados, a los que por ejemplo, se les da tres cadenas perpetuas, la idea es darle ésta segunda muerte; el mensajes es claro: "si sobrevives a una cadena, lo cual es imposible, no sobrevivirás a otra". Lo que provoca que el condenado sea un condenado a la segunda muerte de Lacan. El melancólico es aquel que vive lo insoportable de existir y como dice Lacan, solo el crimen puede terminar con ese dolor de existir.

### **La melancolía: entre la psicosis y el suicidio.**

Las coordenadas de la psicosis melancólica y su relación con el suicidio no pueden ser entendidas si no traemos a nuestra cosecha los dos términos que dan sentido al acto del suicida: el acting out y al pasaje al acto.

El acting out es un llamado al Otro, es un acto que espera ser interpretado, es un suicidio involuntario, ya que el sujeto que lo lleva acabo nunca su intención fue la de matarse, la intención real era hacer un llamado al Otro del lazo. El sujeto actúa aquello que por la represión de los significantes no puede recordar. Es el sujeto que deja avisos, que en sesión advierte, en ocasiones, que se matará y que demanda sea interpretado para lograr la contención del acto. El problema con éste acto es que en ocasiones se les va la mano y se terminan matando. En el neurótico es muy común que ocurra pero nunca su intención es la de suicidarse.

Para la psicosis es más propio el pasaje al acto, aunque no sólo se da en la psicosis, en tanto que éste evento está fuera de toda interpretación, ahí no hay significantes más que puro acto, pura pulsión de muerte, sin mediación de la palabra. En la psicosis melancólica no hay Otro que contenga, el sujeto ubica al Otro como objeto de desprecio y se ubica así mismo como objeto despreciado, sin valor, receptáculo de todas las autoagresiones, sin búsqueda de dar cuenta de su acto. Enrique Rivas dice en su libro "Pensar la Psicosis" (Rivas, 2007):

*" El suicidio, la autoaniquilación precedidos del sentimiento y a veces delirio de indignidad, sería la consecuencia necesaria de la pérdida de significación del sujeto con relación al discurso que le vincula con el Otro[...] En la melancolía hay una autoagresión al ser como retorno en lo real del defecto mortificante del lenguaje sobre el viviente, sobre el cuerpo, sin la protección del padre. El sujeto se identifica a la "cosa", al desecho, a lo innombrable sin la mediación de la función fálica, si el*





amparo de las significaciones que otorga el significante paterno[...]". (Rivas, 2007, pág. 139)

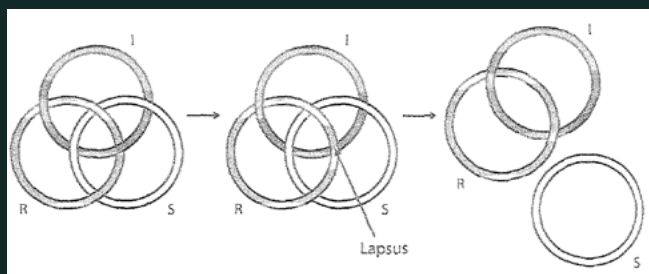
*La conclusión: El Sinthome o la posibilidad de un trabajo con la psicosis melancólica.*

Puesta desde ya la elaboración de la melancolía en su relación con la psicosis y con el acto suicida, queda establecer la última parte a modo de conclusión, cuyo interés es el de estipular las últimas acepciones al trabajo con la psicosis.

El nudo de trébol que Lacan utilizó y desarrolló en su última enseñanza, postulada principalmente en su Seminario 23, nos aporta las herramientas de trabajo para con las psicosis melancólica. Lacan menciona que hay una forma de suturar el trébol, de que los redondeles de lo simbólico, lo imaginario y lo real no se suelten, para ello propone la clínica del sinthome, la clínica de la suplencia. Dice Lacan en éste seminario:

*"Corregir el lapsus en los otros dos puntos es tan concebible como hacerlo en el punto en que se produce el error, puesto que se trata de hacer que subsista algo de la estructura inicial del nudo de tres. Ahora bien, como ven, lo que subsiste debido a la intervención del sinthome es diferente según el sinthome esté ubicado en el mismo punto que el lapsus o en los otros dos puntos". (Lacan, 2006, pág. 96)*

Y es que se debe a que el lapsus en la melancolía esta puesto en lo simbólico, hay interpenetración entre lo real y lo imaginario, pero lo simbólico queda suelto, de ahí que haya fenómenos de lenguaje como la autoagresión, las ofensas sobre sí mismo. De ahí que el sinthome deberá anudar al lapsus en lo simbólico, cambiando toda la perspectiva que el sujeto tiene de sí.



No se postula una curación, porque una vez cerrada la estructura no hay posibilidad de dar marcha atrás, el psicótico siempre será psicótico, pero lo que si hay es una clínica de la suplencia, para ello el psicoanalista debe operar como objeto a, que haga que el sujeto desee vivir, es quitarle al sujeto su posición de objeto a, de residuo, de desecho que lo mantiene en la abulia total. Es entonces que el psicoanalista deberá tener la capacidad de colocarse en esa posición para generar que el sujeto desee soportar el dolor de la existencia y enmendar en lo simbólico el lapsus mediante el sinthome que suture. Teóricamente ésta es la solución, lo que no hay

que olvidar es que para la clínica psicoanalítica existe el caso por caso, o sea que la solución para un sujeto psicótico no será la misma para otro que padezca la misma estructura.

Es por ello que la clínica freudiana-lacaniana es, podemos decirlo, la clínica del detalle, la clínica que permite, mediante la palabra que el paciente transmite al analista, el despeje de las coordenadas de su decir y se desmenuce la estructura desde donde el sujeto habla, tal como lo advierte Claudio Godoy: "Las obras de Freud y Lacan son pródigas al entregarnos diversas perspectivas para pensar una clínica del detalle. Lacan, por ejemplo, indica que lo importante no es la acumulación de hechos sino el recorte de uno solo con sus correlaciones, lo que llama también las "pequeñas particularidades de un caso". A su vez sostiene que en el análisis se trata de la eficacia del buen corte[...]" (Schejman, y otros, 2012, pág. 39). El buen corte como el pintor hace en el buen trazo.

TRABAJOS CITADOS

Lacan, J. (2006). *El seminario 23. El sinthome*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.  
 Lacan, J. (2009). *Escritos 2 (3ª edición, revisada y corregida ed., Vol. 2)*. (A. Suárez, Ed., & T. Segovia, Trad.) D. F., México: Siglo XXI.  
 Freud, S. (1992). *Obras Completas. Contribución a la Historia del Movimiento Psicoanalítico. Trabajos sobre Metapsicología y otras obras (1914 - 1916) (2ª Edición ed., Vol. 14)*. (J. L. Etcheverry, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.  
 Rivas, E. (2007). *Pensar la Psicosis*. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.  
 Schejman, F., Godoy, C., Mazzuca, R., Leibso, L., Mazzuca, S., Muñoz, P., y otros. (2012). *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis*. Buenos Aires, Argentina: gramma.  
 Tendlarz, S. E. (s.f.). *Silvia Elena Tendlarz*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2017, de Sitio Web de Silvia Elena Tendlarz: <http://www.silviaelenatendlarz.com>  
 Velazquez, J. F. (s.f.). *Nel-Medellin*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2017, de <http://nel-medellin.org>

# Especialidades en Enfermería

- Geriátrica
- Quirúrgica
- Pediátrica
- Obstetricia
- Urgencias



**UNIVERSIDAD**  
PABLO  
GUARDADO  
CHÁVEZ

**f** UNIVERSIDAD  
PABLO GUARDADO CHÁVEZ

**ig** upgch\_oficial

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

**globe** WWW.UPGCH.MX

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