

01

“El manejo de la inclusión educativa especial en la práctica docente”.

02

Estrategias para el manejo psicopedagógico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de educación primaria.

03

Primeros auxilios psicológicos y su influencia en la resiliencia del paciente.

04

Emociones presentes en los pacientes con DM 2 en control en el equipo de salud itinerante San Antonio.

05

Impacto de los efectos de la menopausia en los entornos psicosociales.



1.- Bienvenida.....	1
2.- “El manejo de la inclusión educativa especial en la práctica docente”.....	2
3.- Estrategias para el manejo psicopedagógico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de educación primaria.....	8
4.- Primeros auxilios psicológicos y su influencia en la resiliencia del paciente	13
5.- Emociones presentes en los pacientes con DM 2 en control en el equipo de salud itinerante San Antonio	19
6.- Impacto de los efectos de la menopausia en los entornos psicosociales.....	23

Comité Editorial

EDITOR

Lic. Lorena Juárez Orta, M. T. I.

MIEMBROS DEL COMITÉ EDITORIAL

Dr. Ricardo Sandoval Domínguez

Mtro. En Investigación Psicológica del Instituto Tecnológico de Sonora

Mtro. José de Jesús Gutiérrez Rodríguez
Presidente del CEN de la Asociación Mexicana de Psicólogos y Psicólogas, A. C.

Mtro. Ursino Cervantes Vázquez, M. E.

Miembro de la Academia Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico (ANIDET)

Mtro. Armando Quiroz Adame

Premio Nacional de Psicología 2019, Federación Mexicana de Psicología

Lic. Raquel Turrubiates Calcáneo, M. E.

Universidad Interamericana para el Desarrollo

Directorio

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C.

Lic. Carlos L. Dorantes del Rosal, D.E.

Fundador y Rector Emérito

Lic. Sandra L. Avila Ramírez, M.E.

Rectora

Lic. Carlos Dorantes Acosta, M.D.C.

Vicerrector

Lic. María del Socorro Moreno González, M.C.A.

Directora General de Desarrollo Académico

Dra. Mireya Gochicoa Acosta, PhD.

Directora de Investigación

Dr. Jorge Armando Luna Hernández, M.A.H.

Director Facultad de Medicina Campus Tampico 2000

Dr. Fermín Rosagaray Luévano, M.M.S.H.

Director Facultad de Medicina Campus Matamoros 2001

Lic. Juan Antonio Báez Verdín, M.E.S.

Coordinador de Investigación Facultad de Medicina Campus Tampico 2000

Lic. Luis Ramón Ramírez García, M.C.B.

Coordinador de Investigación Facultad de Medicina Campus Matamoros 2001



BIENVENIDA

Estimados lectores, el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C. les da la más cordial bienvenida a este número de la Revista Paradigma, la cual busca ser una plataforma que difunda la diversidad temática en la investigación; en esta oportunidad encontrarán aportaciones valiosas de profesionales en el ámbito de la educación inclusiva, misma que busca atender a las necesidades de todos los alumnos independientemente de sus características personales o culturales en las instituciones educativas.

Estos artículos llevan por nombre: El manejo de la inclusión educativa especial en la práctica docente así como Estrategias para el manejo psicopedagógico del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de educación primaria.

Por otro lado también la salud pública es un foco de interés, especialmente si tomamos en cuenta que la educación para la prevención es una forma de reducir de manera significativa padecimientos no solo de índole médico sino psicológico, y temas como: Primeros auxilios psicológicos y su influencia en la resiliencia del paciente; Emociones presentes en los pacientes con DM 2 en control en el equipo de salud itinerante San Antonio e Impacto de los efectos de la menopausia en los entornos psicosociales, son tópicos que podrán revisar en la presente y reflejan el interés de promover y cuidar la salud de la población.

En el camino venidero esperamos seguir contando con quienes han participado: usted apreciable lector por visitar las páginas así como a los colaboradores presentes y futuros, quienes tanto con su lectura o aportaciones enriquecedoras encaminan a la Revista Paradigma para posicionarse firmemente como una plataforma prestigiosa en investigación.

Respetuosamente
Lic. Psic. Lorena Juárez Orta, MTI
Editor Revista Paradigma

EL MANEJO DE LA INCLUSIÓN EDUCATIVA ESPECIAL EN LA PRÁCTICA DOCENTE

Recepción: 05-Agosto- 2024. Aceptación 19-Agosto-2024

Díaz- Gutiérrez Gabriela Lizeth

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0141-8722>

Introducción:

En México, la población con discapacidad tuvo pocas oportunidades de acceder a la educación básica. La gran mayoría de estas personas estuvieron segregadas del sistema ordinario de educación, asumiendo su atención el sistema de Educación Especial. Sin embargo, y como consecuencia del movimiento mundial a favor de la integración, México comenzó su proceso de integración escolar asumiendo que los niños con discapacidad asistieran a las escuelas regulares.

Posteriormente el desarrollo de escuelas inclusivas cuyo objetivo fundamental es el de acoger y dar respuesta a la diversidad del alumnado, se convierte al mismo tiempo en uno de los principales desafíos que enfrentan los sistemas educativos en la actualidad, y un factor clave para avanzar hacia una educación de calidad que sea pertinente para todas las personas y no solo para ciertos grupos sociales, es la práctica docente que desempeña el maestro dentro del aula.

El profesorado es un elemento clave para el desarrollo de escuelas que garanticen la educación de todos los estudiantes. A lo largo de su trayectoria profesional, los docentes han construido creencias y actitudes que se manifiestan a través de sus prácticas, y es este factor lo que va a impactar en el aprendizaje y desarrollo académico de un estudiante atípico.

La presente investigación se centró en el estudio del manejo de la práctica docente en el proceso de inclusión educativa especial para la cual se utilizó el Índice de Inclusión de los autores Tony Both y Mel Ainscow, el cual es un material diseñado para apoyar a las escuelas en el proceso de avanzar hacia una educación inclusiva.

Antecedentes:

La educación actual demanda hoy en día a los docentes en ejercicio, los conocimientos necesarios respecto a necesidades educativas especiales, diversidad y sobre todo inclusión educativa para desarrollar un adecuado rol y desempeño respecto a su función y sus acciones pedagógicas (Mosquera, 2011).

De acuerdo a García (2002), se considera que el año 1924 marca el comienzo del quehacer científico dentro de las Ciencias Psicológicas de Vygotsky y además de su labor en la Pedagogía Especial. Fue un fructífero científico de la pluma y publicó trabajos muy importantes alrededor de distintos temas de la Pedagogía Especial (El Defecto y la Compensación, 1924; Principios de la Educación de los Niños con Defectos Físicos, 1924; La Psicología y la Pedagogía del Deficiente Infantil, 1924; Principios de la Educación Social de los Niños Sordomudos, 1925; La Infancia Difícil, 1928; Los Fundamentos del Trabajo con los Niños Retrasados Mentales, 1928; Los Métodos de Estudio del Niño Retrasado Mental, 1928; Problemas Fundamentales de la Defectología, 1929, etc.) . Sus obras ayudaron a la reestructuración de la práctica de la enseñanza especial, con un enfoque humanista, optimista y científico.

El Doctor Rodrigo Jiménez Sandoval (2007), en su artículo "Las personas con discapacidad en la educación superior" resalta que sin duda la discapacidad a través de la historia ha sido objeto de discriminación por parte de la sociedad:

"A lo largo de la historia podríamos reconocer diferentes paradigmas de la discapacidad. Un modelo tradicional, en el cual las personas con discapacidad son concebidas como objetos de caridad o lástima y un modelo de considerar al discapacitado, como una persona que padece una enfermedad, este enfoque se caracteriza por el asistencialismo y la beneficencia. Se subvalora la capacidad de las personas y se utilizan términos peyorativos y estigmatizantes para referirse a su condición, creo están familiarizados con términos como: inválido, lisiado, subnormal, mongólico y otros que tienen la connotación de disminuir a la persona". (Parra, 2011).

Varela (2014) realizó un trabajo de investigación denominado "La relación entre las prácticas educativas de los docentes de educación especial y de educación primaria hacia la adopción de un enfoque inclusivo, una aproximación etnográfica", en este documento refiere que en las últimas tres décadas se ha hecho un esfuerzo por vincular la Educación Especial y la Educación Regular con la finalidad de crear ambientes menos excluyentes para las personas con NEE. Como parte de estos esfuerzos, en lo correspondiente a la formación de los docentes, se implementa un currículo en cada licenciatura que intenta incluir contenidos de una en otra (de manera respectiva) con el propósito de que ambos licenciados tengan nociones sobre los problemas que tendrán durante el trabajo dentro de las escuelas primarias.

Como una forma de hacer frente a los altos niveles de exclusión y de discriminación existente en la mayoría de los países, en los últimos años ha surgido con fuerza el movimiento de "inclusión educativa" o "educación inclusiva". Hoy, como nunca en la historia la humanidad, vivimos y compartimos con grupos humanos tan diversos, por eso es tan importante impulsar una escuela inclusiva que favorezca en el futuro la integración y participación social de cada miembro de su comunidad, no importando, sus creencias religiosas, políticas, nivel cultural, nacionalidad, o la presencia de alguna necesidad educativa especial, es decir incluir la diversidad en la escuela (Blanco, 2008)

Educación integral

A través de los siglos las sociedades han tratado de integrar a los sujetos con necesidades educativas especiales, en el mismo ambiente escolar y laboral que los sujetos considerados como normales, sin embargo, el camino ha sido difícil (Ortiz, 2006).

Es en el año de 1989, atendiendo a las recomendaciones de la Conferencia Mundial de Salamanca sobre Necesidades Educativas Especiales, que todos los países deberían integrar a la escuela regular a los alumnos con discapacidad (Cárdenas, 2014).

Desde esta perspectiva, es la persona diferente la que debe modificar algunos aspectos con la idea de tener una mejor adaptación al contexto, de ahí se desprenden las adecuaciones curriculares, pero que sólo fomentaban una disminución curricular, y con ello, una subcultura escolar (López, 2004, citado en De León, 2007).

Una vez avanzado este movimiento, en el ámbito educativo, se pudieron visualizar dos líneas de desarrollo: a) la integración escolar que se presentaba como un modelo para educación especial, y b) la integración educativa que pretendía impulsar un modelo para la educación regular. Esta segunda línea de desarrollo ya avizoraba la llegada de la escuela inclusiva (Cárdenas, 2014).

La Escuela Integradora surge asociada al campo de la educación especial y se origina en una serie de movimientos sociales que demandaban la inserción de las personas con capacidades diferentes en la escuela regular. Estas demandas fueron, y son, parte central de la lucha que diversos movimientos sociales han desarrollado a favor de los derechos humanos de las personas con capacidades diferentes (Cárdenas, 2014).

De acuerdo con García (2000), La integración educativa se basa en cuatro principios, que son:

- Principios de normalización de los servicios, en donde las personas en situación de discapacidad deben recibir los mismos servicios que requieran, al igual que el resto de la comunidad.
- Principio de integración escolar, en donde la educación especial debe impartirse en centros ordinarios.
- Principio de sectorización de servicios y equipos multiprofesionales, en donde las personas en situación de discapacidad deben recibir atención específica que requieran.
- Principio de individualización de la enseñanza, en donde el alumnado con necesidades educativas especiales debe recibir atención individual con el fin de desarrollar sus potencialidades (Citado en De León, 2007).

Educación inclusiva

Este cambio de perspectiva incide en una concepción más amplia de la Educación Especial que se asocia con la acción educativa a las personas de todas las edades y en ámbitos educativos formales y no formales. Poco a poco, las visiones que consideran la Educación Especial y la Educación General como realidades separadas comenzarán a confluir entendiendo que la educación especial debe ponerse al servicio del alumnado para satisfacer sus necesidades educativas especiales, destacando su papel en el estudio y análisis de los procesos de enseñanza aprendizaje de esta población (Godoy, 2004).

La exigencia de una educación inclusiva, más equitativa y de calidad para todos, está en el centro del debate educativo en distintos países, y ha comenzado a traspasar el discurso de políticos y expertos del mundo educativo y académico para formar parte de las demandas de los propios estudiantes y sus familias, concitando un creciente apoyo por parte de la ciudadanía. Y es que el movimiento social por una educación de calidad más inclusiva adquiere todo su sentido y valor en la medida que hace frente a los altos índices de exclusión, discriminación y desigualdades presentes en la mayoría, por no decir en todos nuestros sistemas educativos (Duck, 2011).

La educación para los alumnos que experimentan discapacidades está sufriendo un cambio revolucionario. El modelo tradicional de la educación especial se está viendo afectado por el desafío de la educación inclusiva. La justicia social y la toma de conciencia creciente de que la inclusión beneficia a todos los estudiantes impulsan esta revolución, aunque la justicia social es el motor primario del cambio. El cambio inclusivo se está produciendo rápidamente en algunas naciones, lentamente en algunas otras, y todavía a paso de tortuga en otras (Bunch, 2008).

La década de los 80's y sobre todo la de los noventa, representan una etapa de notable madurez en la Educación Especial que se caracteriza por ir abandonando los enfoques centrados en el déficit para situarse en un marco propiamente educativo. Así

pues, ubicada la Educación Especial en el ámbito de las ciencias de la educación y más específicamente con la Didáctica, desarrolla su campo de acción vinculándose con dimensiones conceptuales tales como el currículum, la organización escolar, la formación del profesorado, los modelos de enseñanza, los medios y recursos educativos, la escuela, etc. (Godoy et. al. 2004).

Aguilar Montero (2000), afirma, primero, que los planteamientos de la escuela inclusiva implican un cambio en el concepto de educación, segundo, que este cambio debe afectar a los profesionales de la educación, como parte importante pero no como únicos responsables del proceso; tercero, que la administración escolar es el medio idóneo para generar el cambio (Citado en Ávila y Esquivel, 2008).

De León (2007), menciona que el paradigma de la Educación Inclusiva se basa en la idea de que la Educación que se brinda debe estar preparada para recibir alumnado diverso, con todo lo que esto implica, infraestructura, trabajo interdisciplinar y colaborativo, currículum, etc. Cabe señalar que esto no quiere decir que la escuela debe conocer toda una vez que se enfrenta al reto de formar alumnado diverso, pero sí debe tener la voluntad y la actitud de aprender y superar favorablemente ese reto, de tal forma que, entonces, la comunidad educativa se estaría convirtiendo en una verdadera institución de aprendizaje constante, tanto para el alumnado como para el personal que ahí labora (profesorado, profesionales de la educación, autoridades, administrativos).

López (2014), menciona que para llevar a la práctica y concretar la inclusión en los colegios de los niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales, se requiere:

- 1) Una evaluación integral, que considere información sobre salud y educación.
- 2) Una evaluación que aporte información relevante para favorecer el desarrollo y aprendizaje de los alumnos/as con Necesidades Educativas Especiales.

De acuerdo a López (2014), para el cambio de una escuela integradora a una escuela inclusiva, se hace necesario identificar varios elementos:

- Liderazgo democrático. Alude a un estilo de gestión de tipo colaborativo, para lo cual es importante que se desarrollen y potencien capacidades de innovación, colaboración y liderazgo en los diversos actores educativos del colegio.
- Planificación de currículum y recursos. Es necesario que exista autonomía pedagógica y organizativa (adaptaciones de currículum, evaluaciones diferenciadas) y manejo de recursos (humanos, materiales) que permitan planificar de acuerdo a las necesidades particulares del colegio y de acuerdo a las necesidades de alumnos/as, de docentes y del contexto social y cultural en que éstos se desenvuelven.
- Colaboración de la comunidad. Es importante el compromiso de todos los actores del colegio tanto a nivel interno (entre profesores y entre estudiantes, participación de los padres) como externo (con otras organizaciones educativas, de salud sobre todo con los equipos tratantes de los niños/as con NEE, entre otros).
- Capacitación de los docentes. Es importante establecer grupos de trabajo entre profesores al interior del colegio para aprender sobre educación inclusiva y reflexionar cómo llevar a la práctica estos aprendizajes.

- Trabajo colaborativo. Se han propuesto grupos de apoyo entre profesores, aprendizajes colaborativos entre estudiantes y resaltan la importancia del trabajo conjunto con redes externas a la escuela (colaboración entre docentes de distintas escuelas).
- Equipos de apoyo. Es importante el nombramiento de un coordinador del área de apoyo que se haga responsable de liderar el trabajo inclusivo en el colegio (López, 2014).

Adecuaciones curriculares

El modelo educativo propuesto por la Secretaría de Educación reconoce, entre otras cosas, que el estudiante es el centro de atención del proceso académico, que cada estudiante es diferente, y que corresponde al docente diseñar las experiencias de aprendizaje que beneficien a los estudiantes. Mientras que diseñar estrategias de aprendizaje puede estar dentro del ámbito profesional del docente, es pertinente indagar en qué medida los docentes se consideran preparados para diseñar actividades de aprendizaje conducentes a apoyar el desempeño de los niños con necesidades educativas especiales (Sancho, 2014).

Cuando decimos que un alumno presenta necesidades educativas especiales, estamos haciendo referencia, a que este alumno necesita una serie de ayudas (pedagógicas y/o servicios) no comunes, para lograr como ya lo mencionamos los fines educativos, preocupándose con esta concepción, no de establecer categorías en entre las personas, sino explicar las condiciones que afectan el desarrollo personal de los alumnos, que justifican la provisión de determinadas ayudas o servicios educativos menos comunes. (Ortiz, 2006).

Las adecuaciones curriculares son el conjunto de modificaciones que se realizan en los contenidos, indicadores de logro, actividades, metodología y evaluación para atender a las dificultades que se les presenten a los niños y niñas en el contexto donde se desenvuelven (Ministerio de Educación, 2009).

En este sentido, la función básica de la adecuación curricular se concreta en brindar las oportunidades educativas a los estudiantes indicando el proceso formativo a seguir y tratando de responder, en la medida de lo posible, desde las programaciones didácticas generales a sus especiales requerimientos educativos, por consiguiente, sirven de instrumento para el tratamiento de la diversidad; como estrategia de resolución a los problemas de aprendizaje que se presentan en el aula (Contreras y Barrera, 2017).

Las adecuaciones curriculares no tienen un carácter fijo o definitivo, los ajustes variarán acorde a las posibilidades del alumno y alumna y del establecimiento educativo (Ministerio de Educación 2009).

El Ministerio de Educación (2009) existen dos tipos de adecuaciones curriculares:

Adecuaciones de acceso al currículo: Se refieren a la necesidad de adecuar las aulas y las escuelas a las condiciones propias de los alumnos y alumnas. Se relaciona con la provisión de recursos especiales, tales como: elementos personales, materiales especiales, organizativos, etc.

Adecuaciones de los elementos básicos del currículo: Los elementos básicos del currículo son las competencias, los contenidos, las actividades, los métodos, la evaluación, los recursos, la temporalización, el lugar de la intervención pedagógica, etc. (Ministerio de Educación, 2009).

Las adaptaciones curriculares en su mayoría de las situaciones tienen carácter individual, son para atender las necesidades

educativas individuales dentro de un aula en cada clase, dando respuesta a la diversidad (Contreras y Barrera, 2017).

Por consiguiente, para realizar las adaptaciones curriculares se requiere llevar un orden cronológico y psicológico referencial según las necesidades, en primer lugar, se requiere que el docente de las instituciones de básica primaria realicen adaptaciones de acceso al currículo representando el apoyo tanto de los recursos tangibles como de los intangibles, en segundo lugar las adaptaciones generales orientadas a la aplicación de estrategias de aprendizaje a todo el grupo sin distinción y en tercer lugar las adaptaciones por área atendiendo a los elementos que lo integran, tratando de modificar lo menos posible su estructura inicial ordinaria permitiendo el acceso al sistema educativo a todos los educandos (Contreras y Barrera, 2017).

Evaluación del Aprendizaje en los alumnos con necesidades educativas especiales

El propósito de la evaluación debe ser orientar y regular el aprendizaje para que esté sea significativo para los niños y niñas. Además, debe ser un proceso que facilite el desarrollo y la realización personal en función de las competencias propuestas (Ministerio de Educación, 2009).

En el Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (2015), refiere que los maestros son un componente fundamental del Sistema Educativo Nacional (SEN) y, sin duda, constituyen el factor más importante cuando lo que se persigue es mejorar los aprendizajes de los estudiantes.

Respecto del rol de los y las docentes que deben apoyar en su aula a niños con necesidades educativas especiales, Szwed (2007) reporta que las escuelas no establecen ninguna correlación entre el número de niños con Necesidades Educativas Especiales atendidos en el aula y el tiempo proporcionado a los docentes para dicha atención, lo que deriva en que los docentes se sientan abrumadas con la carga de trabajo y queden en una posición vulnerable frente a la tarea. Este hallazgo sugiere que la medida adecuada, asumiendo que los docente tiene preparación especializada para las Necesidades Educativas Especiales, es asignar roles y suficiente tiempo para atender a los niños con Necesidades Educativas Especiales, y que además dichas docentes tengan habilidades de comunicación interpersonal que les permita entender los problemas desde una perspectiva más amplia dentro de la escuela, que puedan acercarse recursos y solicitarlos y que cuenten con el respaldo de la escuela y de sus colegas para impulsar el desarrollo de los NNEE (Sancho, 2014).

Ávila y Esquivel (2009) mencionan que es prioritario ofrecer al docente, por medio de diferentes recursos, espacios que le permitan sensibilizarse, capacitarse y comprometerse con la Educación Inclusiva. Se sugieren algunas actividades como las siguientes:

- Talleres o clases preparatorias que den a conocer experiencias exitosas de escuelas, aulas o maestros inclusivos.
- Conversatorios formales e informales con personas conocedoras sobre el tema.
- Seminarios o cursos de actualización permanente.
- Análisis de videos que den a conocer la Educación Inclusiva, de manera positiva.
- Oportunidades para conocer y compartir con grupos de estudiantes, en diferentes contextos (aula, recreo, excursión, casa).
- Rescatar en estas experiencias lo valioso de la diversidad.

Metodología

Objetivo General: Analizar los niveles de manejo de la inclusión educativa especial en la práctica docente en escuelas primaria denominadas inclusivas de la zona de Tampico, Tamaulipas

Tipo de Investigación: Cuantitativo

Diseño de Investigación

Exploratoria, porque busca dar a conocer el panorama actual acerca del proceso de inclusión.

Transversal, porque el proceso de medición en un solo momento.

Población o muestra de estudio

Universo: Docentes de escuelas primarias de la Zona de Tampico, consideradas Escuelas Inclusivas, por contar con Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular.

Muestra: El tipo de muestra que se utilizó en esta investigación es no probabilística intencional, conformada por 38 maestros ambos sexos, de escuelas primarias públicas denominadas inclusivas.

Técnica de recolección de datos: La técnica utilizada en la presente investigación fueron el ÍNDICE DE INCLUSIÓN: Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas de los autores Tony Booth y Mel Ainscow, dicho instrumento se divide en las siguientes dimensiones:

- Dimensión A: Crear CULTURAS inclusivas
- Dimensión B: Elaborar POLÍTICAS inclusivas
- Dimensión C: Desarrollar PRÁCTICAS inclusivas

Esta dimensión se refiere a que las prácticas educativas reflejen la cultura y las políticas inclusivas de la escuela. Tiene que ver con asegurar que las actividades en el aula y las actividades extraescolares promuevan la participación de todo el alumnado y tengan en cuenta el conocimiento y la experiencia adquiridos por los estudiantes fuera de la escuela. La enseñanza y los apoyos se integran para "orquestrar" el aprendizaje y superar las barreras al aprendizaje y la participación. El personal moviliza recursos de la escuela y de las instituciones de la comunidad para mantener el aprendizaje activo de todos.

En el caso de esta investigación por los objetivos planteados al inicio de esta, solo se aplicó la Dimensión C, relacionada a la práctica que realiza el docente en el contexto escolar.

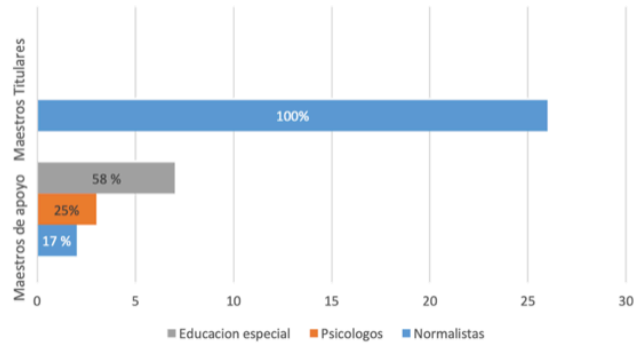
Instrumento de Medición de Datos: Cuestionario elaborado por la investigadora

Técnica de Análisis de Datos: Se utilizó una base de datos para el análisis de los indicadores a través de los datos de frecuencias.

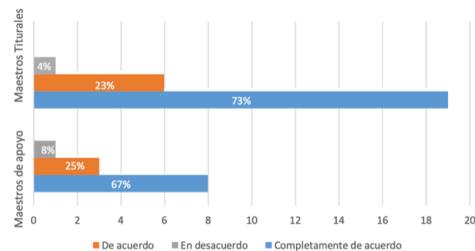
En lo que respecta a consideraciones éticas el estudio se apegó estrictamente a la ley de protección de datos personales, cuidando el anonimato al recopilar, procesar y almacenar los datos de los alumnos.

Resultados

GRÁFICA 1 PROFESIÓN



GRÁFICA 2 LA PLANIFICACIÓN Y EL DESARROLLO DE LAS CLASES RESPONDEN A LA DIVERSIDAD DEL ALUMNADO



GRÁFICA 3 TODO EL ALUMNADO PARTICIPA EN ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y EXTRAESCOLARES

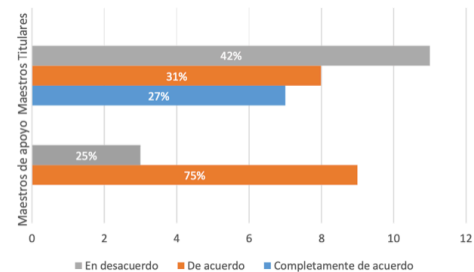


TABLA 1
ALUMNOS ATENDIDOS CON O SIN DISCAPACIDAD / NEE

	MAESTROS TITULARES		MAESTROS DE APOYO	
	Alumnos atendidos	Alumnos con discapacidad	Alumnos atendidos	Alumnos con discapacidad
1	25	2	1	10
2	17	1	2	10
3	15	3	3	11
4	24	0	4	10
5	31	1	5	14
6	31	0	6	6
7	31	0	7	11
8	30	0	8	22
9	28	1	9	19
10	25	0	10	60
11	30	0	11	18
12	26	0	12	17
13	27	1		
14	28	0		
15	25	0		
16	21	0		
17	26	0		
18	28	0		
19	29	0		
20	30	0		
21	30	2		
22	25	2		
23	37	2		
24	33	1		
25	32	1		
26	32	6		
Total de maestros	26		Total de maestros	12
Maestros atendiendo niños nee	12		Maestros atendiendo niños nee	12
Porcentaje	46%		Porcentaje	100%
Promedio	28		Porcentaje de niños con discapacidad o Nee	73%
Porcentaje de niños nee por salón	2%			

TABLA 2
GRADO QUE SE IMPARTE

GRADO	MAESTROS TITULARES	MAESTROS DE APOYO
1º	3	1
2º	7	0
3º	5	0
4º	5	0
5º	3	0
6º	3	0
Multigrado	0	11
TOTAL	26	12
Total de maestros		38
Maestros impartiendo clases a un solo grupo		71%
Maestros multigrado		29%

Conclusiones

El presente estudio concluyó que los maestros encuestados, están cumpliendo con los lineamientos, políticas públicas y normativas, en cuanto a inclusión educativa se refiere. Al respecto Ainscow (2005) en El Congreso Escuela Inclusiva de San Sebastián, España, menciona que el avance en la ejecución de la orientación inclusiva dista mucho de ser sencillo y el progreso es aún escaso en la mayoría de los países. Además, no debemos asumir como un hecho la aceptación total de la filosofía de la inclusión, en el análisis de las posibles vías de desarrollo de sistemas educativos que fomentan y apoyan la aparición de escuela inclusivas es necesario reconocer que dicho ámbito está plagado de dudas, disputas y contradicciones (Citado en Payá, 2010).

Los docentes están mejorando el aprendizaje de todos los estudiantes, al realizar la programación de sus actividades tomando en cuenta que a sus clases asisten alumnos que presentan algún tipo de discapacidad o Necesidad Educativa

Especial, según dato obtenidos; sin embargo, en el estudio realizado por Blanco y Margarita (2008) refiere que se detecta como elemento de interferencia en el trabajo con la diversidad que las prácticas pedagógicas tienden a la homogenización. El análisis de sus prácticas devela un proceso pedagógico homogeneizante, desarrollándose estilos de enseñanzas centrado en habilidades y destrezas, desconociendo el carácter diverso, variado y diferente de todos los alumnos y por ende el contexto educativo, por lo tanto, se determina que no se realizan cambios significativos al proceso de planeación y evaluación que atienda a la inclusión.

La mayoría de los maestros que están frente a grupo no cuentan con el perfil idóneo, para identificar las necesidades educativas especiales de sus alumnos, o no cuentan con un estudio de posgrado relacionado a educación.

De acuerdo con Blanco (2010) nos menciona la dificultad que todavía se encuentra en la preparación curricular para el ejercicio de una educación inclusiva, el autor menciona: "Un primer desafío es que todos los docentes cuenten con la titulación y formación requerida para su desempeño. La atención a la diversidad debería ser una de las competencias centrales y el eje articulador de los procesos de formación inicial, un requisito para la titulación de los docentes, con independencia del nivel educativo o área curricular que vayan a impartir, y un estándar para la certificación de la calidad de las instituciones formadoras de docente". Sería conveniente que recibieran un entrenamiento necesario para planear, diseñar y poner en práctica las adecuaciones curriculares, no significativas y significativas, y para lograr una educación de calidad, en maestros normalistas ya asignados a escuelas inclusivas.

Existe una mínima discrepancia en cuanto a si los deberes de la casa contribuyen al aprendizaje, lo cual es probable que se ve afectado porque no existe un objetivo pedagógico claro, estas tareas guardan relación con las capacidades y conocimientos de todo el alumnado, Por su parte, Arnáiz y Berruezo (2003) destacan, una serie de condiciones que parecen jugar un papel central en las prácticas inclusivas, entre ellas, la cooperación entre los padres y las instituciones educativas es un pre-requisito para que se produzca la educación inclusiva (Citado en Crisol, Martínez y El, 2015)

Los profesores coinciden en su mayoría, que, en diversas ocasiones, el personal genera recursos para apoyar el aprendizaje y la participación, en relación a esto, Blanco y Margarita (2008) mencionan que los docentes han construido un concepto de la diversidad a partir de la experiencia práctica y muy cercana a la discapacidad o necesidades educativas especiales, por ser una realidad que tienen cerca y que es parte de su vida cotidiana del trabajo, dada las características pedagógicas y socioculturales de la población escolar que atienden, sin contar con la formación y la capacitación por parte del sistema educativo para este proceso.

Obtenido de:

Almendárez, L. T., & García, I. C. (2014). Evaluación de un programa de intervención para promover prácticas docentes inclusivas . Actualidades investigativas en educación.

Angeles, P. (2008). ¿Y si la investigación sobre inclusión no fuera inclusiva? Reflexiones desde una investigación biográfico-narrativa. Revista de Educacion.

Arista, A. A. (2014). La integración de alumnos con necesidades educativas especiales a la escuela regular como parte de los principios de diversidad e igualdad en el desarrollo de futuros ciudadanos. Revista de educación, cooperacion y bienestar social.

Badillo, G. J. (2007). Los Retos de Mexico en el futuro de la Educacion. Revista de Investigación Educativa 4.

Barrera, A. C. (2017). Las necesidades educativas especiales: un lastre conceptual para la inclusión educativa en Españ. Educación Río de Janeiro.

Batanero, J. M. (s.f.). Abandono escolar y prácticas educativas inclusivas.

- Blanco Vargas, P. M. (2008). La diversidad en el aula.
- Blanco, R. (2010). Inclusión educativa en América Latina: caminos recorridos y por recorrer. *Educación inclusiva*.
- Blanco, R., & Hernandez, L. (2014). Avances y desafíos de la educación inclusiva en Iberoamérica. *Educación inclusiva*.
- Bolívar, A. (2006). Familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en común. *Revista de Educación*, 119-146.
- Bunch, G. (2008). Claves para una educación inclusiva exitosa. *Revista Educación Inclusiva*.
- Calvo, M. I. (2016). La Participación Familiar es un Requisito Imprescindible para una Escuela Inclusiva. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 99-113.
- Cardenas, A. T. (2014). Marco conceptual de las experiencias de la educación especial en México.
- Carlos, P. D. (s.f.). Educación inclusiva: Un modelo de educación para todo. ISEES.
- Cedillo, S. R. (2013). Educación especial en México. Desafíos de la educación inclusiva.110
- Chiner, S. E. (2011). Percepción y actitudes del profesorado hacia la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales como indicadores del uso de prácticas educativas inclusivas en el aula.
- Contreras, S. R. (2014). Desafíos de la educación especial en México. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*.
- Crisol Moya, E., Moya Martínez, J., & El Homrani, M. (2015). Aula inclusiva. Condiciones didácticas y organizativas. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*.
- De Leon, N. (2007). De la Educación Especial al Paradigma de la Cultura de la Diversidad y la Educación Inclusiva. México, D.F.
- Duck, C. (2011). Aulas, escuelas y sistemas educativos inclusivos: la necesidad de una mirada sistémica. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*.
- Duck, F. J. (2011). Aulas, escuelas y sistemas educativos inclusivos: la necesidad de una mirada sistémica. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*.
- Durán, A. L., & Cordero, V. E. (2009). Educación Inclusiva en nuestras aulas. Colección Pedagógica Formación Inicial de Docentes Centroamericanos de Educación Primaria o Básica.
- Echauri, L. E. (2014). La educación especial en México y la atención a la diversidad. Marco conceptual y experiencias de la educación especial en México.
- Echeita, C. (2006). Educación para la inclusión o educación sin exclusiones. *Educación*, M. d. (2009). Guía de Adecuaciones Curriculares.
- Educativa, D. d. (2006). Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial.
- Esther, M. F. (2013). Una mirada hacia la inclusión: barreras en el camino a la participación. *Perspectiva Educacional*.
- Fierro, M. Z. (2002). Diez años después del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica en México: Retos, tensiones y perspectivas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*.
- García, M. T. (2002). La concepción histórico-cultural de I. S. Vigotsky en la educación especial. *Revista Cubana de Psicología*.
- Godoy L., M. P. (2004). Antecedentes históricos, presente y futuro de la educación especial en Chile.
- Godoy, L. M., Meza, L. M., & Salazar, U. A. (2004). Antecedentes históricos, presente y futuro de la educación especial en Chile. Ministerio de Educación, Programa de Educación Especial.
- Guatemala, M. d. (2011). Manual de Atención a las Necesidades Educativas Especiales en el Aula. Guatemala.
- Hernandez, P. M., & Lopez, L. H. (2006). Análisis del enfoque actual de la cooperación padres y escuela. *Aula Abierta*, 3-26.
- Indígena, D. C. (2012). Educación pertinente e inclusiva. La discapacidad en educación indígena. México, D.F.
- Infante, M. (2010). Desafíos a la formación docente: inclusión educativa. *Estudios Pedagógicos XXXVI*.
- Jimenez P. y Víla, M. (1999). De la educación especial a la educación en la diversidad.
- Lopez S., D. I. (2014). Niños y Adolescentes con Necesidades Educativas Especiales. *Revista Med Clin*.
- Lopez, M. M. (2004). Construyendo una escuela sin exclusiones: Una forma de trabajar en el aula con proyectos de investigación.
- López, V., Julio, C., Pérez, M. V., & Rojas, M. M. (2014). Barreras Culturales para la Inclusión: Políticas y Prácticas de Integración en Chile. *Revista de Educación*.
- Luisa, L. V. (2018). La escuela inclusiva: el derecho a la equidad y a la excelencia educativa.
- María de Lourdes, O. L. (2006). Programa de Intervención psicopedagógica para un niño con Síndrome de Asperger. México.
- Martínez, M. (1998). Integración educativa, una nueva concepción dentro de la. México, D.F.
- Melero, M. L. (2011). Barreras que impiden la escuela inclusiva y algunas estrategias para construir una escuela sin exclusiones. *Innovación educativa*.
- Moliner, O. (2011). Prácticas Inclusivas. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*.
- Mosquera González, Y. (2011). Imaginarios sobre educación inclusiva de docentes en instituciones educativas de Soacha. *Revista de la Facultad de Educación*.
- Moya, E. C., Moya, J. M., & Homrani, M. E. (2015). El aula inclusiva. Condiciones didáctica y organizativas. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*.
- Neva Milčić y Lopez de Lerida, S. (2003). La inclusión de un niño con necesidades educativas especiales: algo más que un desafío pedagógico. *Revista psicopedagogía*.
- Noyola Cuevara, E. (2013). La gestión de ambientes de aprendizaje en Usaer. Estudiantes y egresados de la licenciatura en educación especial, plan 2004.
- Ochoa, S. R. (2007). El camino de la inclusión educativa. Ecuador.112
- Odina, T. A. (2011). El enfoque intercultural en la búsqueda de buenas prácticas escolares. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*.
- Ortiz, L. M. (2006). Programa de Intervención psicopedagógica para niños con Síndrome de Asperger.
- Parra, D. C. (2011). Educación inclusiva: un modelo de diversidad humana. *Educación y Desarrollo Social*.
- Paya, R. A. (2010). Políticas de Educación Inclusiva en América Latina. *Revista Educación Inclusiva*.
- Peña, P. Y., Gomez, C. L., & Mesa, S. L. (2012). La Educación Especial. Sus inicios y actualidad
- Ramos, E. G. (2010). La Desprofesionalización Docente en Educación Especial. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*
- Rodríguez, D. E., & Ortiz, J. J. (2017). Gestión del conocimiento para la adaptación curricular de estudiantes con necesidades educativas especiales. *Gestión, competitividad e innovación*.
- Rubio, J. F. (2009). Principios de normalización, integración e inclusión. *Innovación y experiencias educativas*.
- Salvador, C. S. (2013). Guía de Buenas Prácticas en Educación Inclusiva. En C. S. Salvador, *Guía de Buenas Prácticas en Educación Inclusiva*.
- Sancho, J. M., Correa, J. M., Giró, X., & Fraga, L. (2014). Aprender a ser docente en un mundo en cambio. Barcelona: Esbrina.
- SEP. (2016). EL MODELO EDUCATIVO 2016.
- Soto Lamadrid, O., Hernández Toledo, F. d., & Carrillo Gutiérrez, C. (2007). Políticas de Formación Docente en México.
- Torres, R. M. (2005). Justicia Educativa y Justicia económica: 12 Tesis para el cambio.
- Varela, S. D. (2014). Relación entre las prácticas educativas de los docentes de educación especial y de educación primaria, hacia la adopción de un enfoque más inclusivo, una aproximación etnográfica.
- Vazquez, B. E. (s.f.). La importancia de la organización escolar para el desarrollo de escuelas inclusivas

ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO PSICOPEDAGÓGICO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA

Recepción: 08-Agosto-2024. Aceptación: 23-Agosto-2024

Suárez-López Matilde

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2286-9288>

Introducción:

En las instituciones educativas, las áreas de docencia, se esfuerzan para dar un nivel de estudio de calidad, con la finalidad garantizar a sus alumnos una mejor integración, preparación y formación, que la sociedad de nuestro país necesita.

Educar a un niño con el Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad es un gran reto para maestros y padres de familia, debido a que muchas veces se confunde con conductas no deseables y se empieza a etiquetar al alumno debido a que presentan irregularidades en el rendimiento escolar en los que no siempre están comprometidos problemas de conocimiento, sino en dificultades para demostrar y organizar estos conocimientos y las habilidades con las que sí cuentan.

La distracción, impulsividad, inquietud e hiperactividad, la desorganización y otras dificultades asociadas con el comportamiento conducen a tareas no terminadas, instrucciones sin seguir, errores de limpieza, conducta desordenada que lo perjudican a él y a los demás. Se crean además otros problemas asociados con sus relaciones con sus compañeros, maestros, familiares, ya que su conducta puede llevarlo a tener, baja motivación, inseguridad, rebeldía.

Siempre que se va a utilizar una estrategia o técnica de apoyo, los que la llevan a la práctica deben estar conscientes de su objetivo. Esto incluye a los maestros y a los padres, pero también a los chicos, no importa su edad, a su nivel es recomendable que se le explique sus beneficios o lo que se espera de él.

No todas las estrategias surgen efecto en el momento que se aplican, requieren de tiempo, paciencia, y práctica, hay que probarlas, compararlas con otras ya usadas y modificarlas dependiendo de su efectividad

Se debe tener presente que las necesidades educativas de un alumno con Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad tienen un carácter relativo e interactivo, las dificultades de aprendizaje y aplicación de estrategias dependen de las características del subtipo que presente el alumno (con predominio del déficit de atención, predominio hiperactivo-impulsivo, combinado), entorno familiar y social en el que se desenvuelve.

De acuerdo a lo anterior debemos reconocer que cada alumno es único e irrepetible; lo cual lo hace portador de un sinnúmero de singularidades, capacidades y virtudes, las cuales nos confieren personalidad y esencia propias. Así todos los seres humanos somos diferentes, vivimos de maneras distintas, tenemos necesidades y preocupaciones distintas, aprendemos de manera desigual, nos desarrollamos de manera distinta.

Antecedentes

Las investigaciones internacionales y nacionales referente al trastorno de déficit de atención e hiperactividad no están orientados a las diferencias que existen en la identificación de los síntomas padres y maestros, al igual se han encontrado investigaciones que se refieren al manejo psicopedagógico, intervención psicosocial del niño, Trastorno de déficit de

atención e Hiperactividad.

En cuanto a esta información solo se refiere a los niños que han sido detectados con Trastorno de déficit de atención e Hiperactividad, su intervención psicosocial, conductual deben considerados como sujetos de educación especial. En el ámbito internacional existen investigaciones publicadas en revistas de psicología y psiquiatría.

Lino Palacios-Cruz, De la Peña Olvera Francisco, Victoria Figueroa Gamaliel, Adriana Arias Caballero, De la Rosa Muñoz Leysi, Valderrama Pedroza Andrés, Calle Portugal Pamela, Ulloa Flores Rosa Elena, Salud Mental 2013;36:285-290; El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un problema de salud que afecta el funcionamiento escolar de quienes lo padecen. Comprender los conocimientos y creencias de los maestros resulta fundamental para el desarrollo de estrategias psicoeducativas y de capacitación para los docentes.

Santos Cela José Luis, Bausela Herreras Esperanza. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 2007, 7(1): 110-124; En este artículo se presentan las propuestas de evaluación y tratamiento que actualmente están siendo desarrollados desde los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de la ciudad de León y de forma particular por el primer autor de este artículo. Estas propuestas se agrupan en tres líneas de acción: Formación del profesorado del Centro Escolar, Evaluación psicopedagógica de los alumnos de las etapas de Educación Infantil y Educación Primaria, y Diseño y Aplicación de Programas de Prevención e Intervención de orientación neuropsicológica.

Facultad de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF, México. REV NEUROL 2006; 42 (1): 17-21 El presente estudio fue determinar cómo califican los profesores y los padres conductas del TDAH según el grado escolar y el sexo del menor. El segundo objetivo, establecer si los profesores o los padres califican más alto conductas del TDAH según el grado escolar y el sexo del menor.

F. Miranda/r. García, M.J. Presentación (2002) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia. Han analizado de forma individualizada la eficacia del tratamiento psicosocial con múltiples componentes (programa de intervención en el aula).

En México, el Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy lo padece el 12 por ciento del total de la población, según datos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Juan Carlos Pérez Castro del Proyecto Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad, de la Fundación Federico Hoth, menciona que el uso de medicamentos en el tratamiento de este trastorno, "no lo quita, ya que el cerebro del niño esta en un proceso evolutivo, un tratamiento no es sólo un pastilla es un multidisciplinario".

Para el doctor Oscar Sánchez Guerrero, médico cirujano con especialidad en Psiquiatría, maestría en Psiquiatría Infantil y Adolescencia y miembro de la Asociación Mexicana de Psiquiatría, del 75 al 80 por ciento de los factores causales de este trastorno podrían ser genéticos. El otro 20 %, se debe a factores ambientales, cerebrales y sociales, como el estrés.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que a nivel mundial existe una prevalencia del TDAH del 5 por ciento. En los estados Unidos se da entre 2 y el 18 %. Sin embargo, en Colombia y España se ha reportado un índice del 14 y 18 por ciento. Sin tener un cifra precisa, se cree que en México este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años de edad, estas cifras lo revelan como un problema de salud pública.

Tanto el déficit de atención como la hiperactividad tienen mayor prevalencia en niños que en niñas. Entre los síntomas predominantes están la falta de concentración, la actividad inmoderada y constante, la desobediencia a reglas e instrucciones, y conductas antisociales y agresivas. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad; no tiene cura y subsiste en la adultez cuando no se diagnostica a temprana edad.

El Dr. Lino Palacios, psiquiatra y Presidente de GENPETDAH, explica que al tratar este problema mental en las escuelas primarias del país, enfrentan la situación de que las escuelas no están preparadas sobre el trastorno, y es debido a la falta de información. Ante lo cual muchos de los profesores que son los primeros que tienen la oportunidad de detectar el trastorno no se dan cuenta.

El 70 por ciento de las personas que sufren Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad reciben cuidados adecuados y oportunos pueden interactuar de manera normal, con pocas posibilidades de crear conflictos.

Estrategias psicopedagógicas

La estrategia psicopedagógica son aquellas acciones que tienen como finalidad resolver problemas de carácter educativo pero que se vinculan ya sea con Necesidades Educativas Especiales o con particularidades del sujeto que implican la necesidad de conocer mejor la forma en que opera en un contexto dado. Se refieren a una serie de acciones potencialmente consientes del profesional en educación, del proceso de enseñanza en su triple dimensión de saber, saber hacer y saber ser.

Entendida la dimensión del saber como aquella que se focaliza en la adquisición y dominio de conocimientos específicos, la dimensión del saber hacer, se refiere a un conjunto de habilidades que le posibilitan la ejecución de acciones o tareas con base en los contextos y la dimensión del ser, enfatiza en el aspecto afectivo de la persona, donde ocupa un papel central la modificación y consolidación de intereses, actitudes y valores.

Juan Ignacio Pozo expone la necesidad de que los profesores sean estratégicos, para que de este modo sus alumnos también lo sean; esto implica, según lo expone en el Congreso Internacional de Educación en febrero del 2006, la necesidad de que los docentes se doten de estrategias para gestionar la autonomía de los alumnos, sin que la labor social del profesor se pierda, sino por el contrario, ayude a que los discentes se acerquen a un verdadero aprendizaje. Para lograr este objetivo de que los alumnos aprendan verdaderamente a aprender, propone cambiar las propuestas y materiales, así como también, las metas que orientan y los métodos que desarrollan en clase.

El maestro cambia su perfil, evoluciona del rol de expositor del conocimiento, al de monitor del aprendizaje y hace consiente el estudio y generación de las innovaciones en el ámbito de las estrategias de enseñanza y aprendizaje. Como bien

ha mencionado Jesús Martín Barbero con relación al oficio del educador de solo retransmisor de saberes se convierte en formulador de problemas, provocador de interrogantes, coordinador de equipos de trabajo, sistematizador de experiencias (Jesús, 2001)

La psicopedagogía implica el conocimiento de cuestiones psicológicas para poder hacer frente a la situación que presenta un educando. La estrategia psicopedagógica es una forma de acercarse al educando, reconociendo sus características psicológicas, para que logre aprender efectivamente.

En la definición de psicopedagogía se da una confluencia de posturas teóricas, ideológicas, concepciones éticas de disciplinas como la psicología, la pedagogía, el trabajo social y la medicina, entre otras, las cuales están centradas en procesos relacionados con la manera como aprenden y se desarrollan las personas, las dificultades que encuentra el individuo en el proceso de adquisición de nuevos aprendizajes, las intervenciones encausadas a apoyar o superar obstáculos y en términos generales, con las actividades pensadas y proyectadas hacia el logro de aprendizajes cada vez mejores .

La acción psicopedagógica está dirigida a la orientación en: desarrollo de autoesquemas, pautas de crianza, educación compensatoria, prevención de conductas disruptivas, habilidades para la vida, y organización evaluación de acciones administrativas (Solé, 2002).

Por tal motivo, la acción psicopedagógica está directamente vinculada con el análisis, planificación, desarrollo y modificación de procesos educativos (Coll, 1996).

La labor profesional de la psicopedagogía no sólo se desarrolla en el contexto educativo escolar, sino que incluye ámbitos familiares, empresariales, centros de educación de adultos, centros de formación y capacitación, asociaciones laborales y comunitarias, centros recreativos y medios de comunicación. Debido a esta diversidad de campos de acción, se ha generado que los profesionales involucrados tiendan a realizar las mismas actividades y tareas, siendo necesario por tanto el hacer claridad y delimitar estos campos de acción de modo que se logre la complementariedad y el trabajo en equipo.

Para lograr esta integralidad, se requiere que la formación académica de los psicólogos que realicen intervención psicopedagógica, centre sus conocimientos en aspectos como: procesos de aprendizaje escolar, relaciones entre enseñanza y aprendizaje, aprendizaje de contenidos específicos en los contextos escolares, microsociología de las instituciones educativas, estrategias de asesoramiento y trabajo grupal colaborativo, trastornos del desarrollo, dificultades de aprendizaje, procedimientos y técnicas de evaluación diagnóstica, y finalmente organización de la atención educativa a la diversidad .

LeY general para la inclusión de las personas con discapacidad

Artículo 12. La Secretaría de Educación Pública promoverá el derecho a la educación de las personas con discapacidad, prohibiendo cualquier discriminación en planteles, centros educativos, guarderías o del personal docente o administrativo del Sistema Educativo Nacional. Para tales efectos, realizará las siguientes acciones: (XIV fracciones)

Artículo 13. En el Sistema Nacional de Bibliotecas y salas de lectura, entre otros, se incluirán equipos de cómputo con tecnología adaptada, escritura e impresión en el Sistema de Escritura Braille, ampliadores y lectores de texto, espacios adecuados y demás innovaciones tecnológicas que permita su uso a las personas con discapacidad.

Artículo 14. La Lengua de Señas Mexicana, es reconocida oficialmente como una lengua nacional y forma parte del patrimonio lingüístico con que cuenta la nación mexicana. Serán reconocidos el Sistema Braille, los modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad.

Artículo 15. La educación especial tendrá por objeto, además de lo establecido en la Ley General de Educación, la formación de la vida independiente y la atención de necesidades educativas especiales que comprende entre otras, dificultades severas de aprendizaje, comportamiento, emocionales, discapacidad múltiple o severa y aptitudes sobresalientes, que le permita a las personas tener un desempeño académico equitativo, evitando así la desatención, deserción, rezago o discriminación.

Metodología

Objetivo General: Identificar el padecimiento de forma temprana y aplicar estrategias para el manejo psicopedagógico adecuado para el niño con Trastorno de Deficit de Atención con hiperactividad tenga un adecuado desarrollo escolar y social.

Tipo de Investigación: Mixta ya que se combinaron los enfoques cuantitativos y cualitativos.

Diseño de Investigación

Descriptiva: Porque solo se describen los hechos tal como se encontraron llegando a un análisis de observación.

Transversal: porque solo es en el periodo de tiempo de Agosto a Diciembre.

Correlacional: porque su pretensión es visualizar como se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí como lo es la identificación temprana del Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad así como el uso de estrategias psicopedagógicas adecuadas y su impacto en el desarrollo escolar y social del alumno.

Explicativo: porque buscan encontrar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos y de donde se derivan para su posible solución y aportación a la ciencia

Población o muestra de estudio

Universo: Se llevó a cabo en una escuela primaria pública de la ciudad de Tampico, Tamaulipas, involucrando a los maestros y padres de familia.

Muestra: está conformada 30 padres de familia que tienen hijos en 2° grado del turno matutino, la edad oscilaba entre los 40 y 50 años de edad así como a 25 maestros de educación primaria que están frente a grupo.

Técnica de recolección de datos: Para la selección de la se utilizo el método muestreo aleatorio simple.

Instrumento de Medición de Datos

- Cuestionarios estructurados y entrevistas. Se aplicaron cuestionarios a las muestras indicadas, tanto a maestros como padres de familia, también se recabo información con los maestros considerando la variable de estudio que estrategias psicopedagógicas necesitan para apoyar a un alumno que probablemente tenga Trastorno de Deficit de Atención he Hiperactividad.

- Encuestas: se llevaron a cabo con todos los maestros de la institución que están frente a grupo, la aplicación de la Escala

Connors, diseñada por C. Keith Connors así como a los padres de familia de los niños.

- Observación de Campo: Se realizaron y registraron observaciones durante las visitas que se hicieron a la institución

- Observación participante: El investigador fungió como instructor durante el estudio para estar inmerso directamente en la problemática, hizo posible la recolección de información objetiva.

- Recopilación Documental: se llevo a cabo la obtención de información a partir de escritos físicos, electrónicos, tales como libros, artículos de revistas electrónicas, relacionadas con la problemática que es objeto de estudio e integrar el marco teórico.

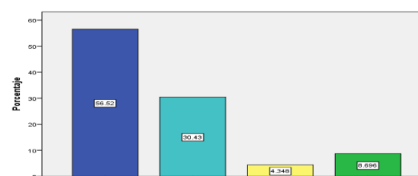
Técnica de Análisis de Datos: En cuanto a la elección de las técnicas de recogida y análisis de datos, se opto por el uso combinado de técnicas cualitativas y cuantitativas (triangulación metodológica) en dos fases secuenciales. Se puede hablar también de triangulación del investigador; se realizo una encuesta de 10 preguntas las cuales fueron aplicadas a maestros y padres de familia. Posteriormente, en una segunda fase se recurrió a las técnicas cualitativas con el objetivo de profundizar en algunos de los temas que no se trataron en el cuestionario y en última instancia, contrastar el grueso de información obtenida con éste.

En lo que respecta a consideraciones éticas el estudio se apego estrictamente a la ley de protección de datos personales, cuidando el anonimato al recopilar, procesar y almacenar los datos de los alumnos.

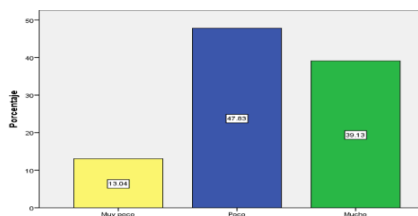
Resultados

CUESTIONARIO PARA MAESTROS

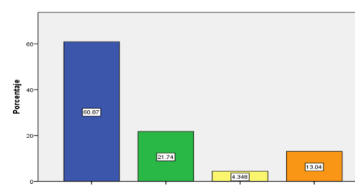
ITEM3 ¿CUENTA CON ALGUNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR ALGUNA NECESIDAD ESPECIAL EN SUS ALUMNOS?



ITEM 5 ¿TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ESTRATEGIAS PSICOPEDAGOGICAS?

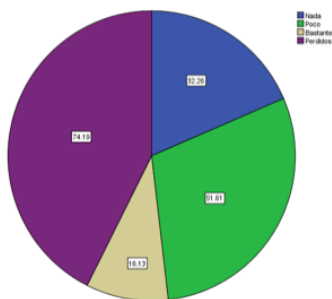


ITEM 9 ¿ACTUALMENTE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN TE CAPACITA PARA DETECTAR Y MANEJAR ADECUADAMENTE UN NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES?

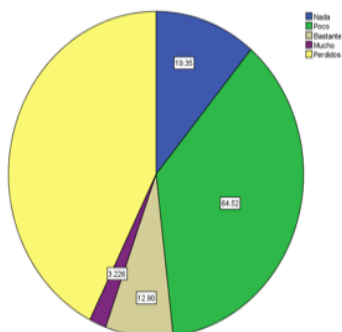


CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

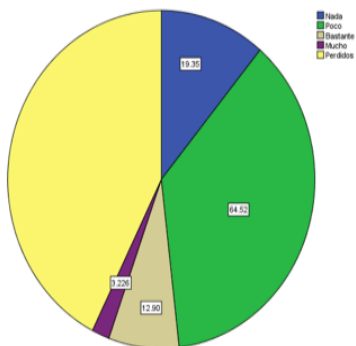
ITEM 11 ¿ES IMPULSIVO O IRRITABLE SU HIJO?



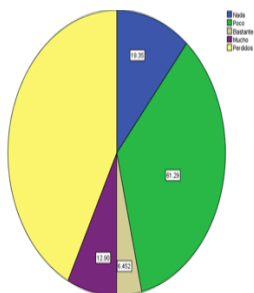
ITEM 13 ¿ES MÁS MOVIDO DE LO NORMAL?



ITEM 16 ¿NO ACABA LOS COSAS QUE EMPIEZA?



ITEM 17 ¿SE DISTRAE FACILMENTE, TIENE ESCASA ATENCIÓN?



Conclusiones

Después de haber indagado y desarrollado este estudio, se puede llegar a la conclusión que es urgente el dar a conocer a maestros y padres de familia información de estrategias adecuadas debido a que carecen del conocimiento de cómo manejar a un niño que tiene Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

La información disponible hasta la fecha sugiere la improbabilidad de encontrar una causa única al trastorno. Es por ello que a través de los diferentes enfoques sobre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad como son el modelo médico, pedagógico y psicológicos, conductuales, se ha podido demostrar una causalidad que no depende sólo de un factor sino de múltiples factores que intervienen en la predisposición a desarrollar Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Sin embargo, con un tratamiento adecuado, es posible que las personas, niños, adolescentes o adultos aprendan estrategias y desarrollen habilidades para controlar los síntomas y llegar a una buena calidad de vida.

Otro aspecto a destacar, es que los profesores no están capacitados para detectar el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, la mayoría desconocen parcialmente en qué consiste el trastorno.

Como consecuencia es lógico que no cuenten con herramientas para la detección del trastorno, no están sensibilizados con el tema, no disponen con recurso y tiempo para atender a este alumnado con necesidades de educación especial y personalizada, dificultando aún más su desarrollo académico.

Al examinar los resultados se verificó que los maestros utilizan métodos poco factibles para mejorar la atención de estos niños, ejemplo de esto es la aceptación de niños que jueguen aislados en distintos momentos, o el incumplir con el método del tiempo fuera, cuando no se delimita el tiempo y este se prolonga, haciendo que el niño se separe de los demás y de las actividades que fueron interrumpidas.

Es significativo referirse a la utilización, por parte de los maestros, de otros métodos, relacionados más con sus experiencias y opiniones, por cuanto estos han podido ser efectivos en determinados momentos, siempre con la aprobación de los demás miembros de la institución y de los padres.

En cuanto al papel de las asociaciones y otros recursos, hay que remarcar la importante labor que llevan a cabo en la difusión del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Además, hay que decir que constituyen una fuente de información y apoyo importante tanto para los niños, adolescentes y adultos, como para las familias que pueden encontrar, además de orientación, formación y apoyo psicológico.

Cuando la escuela cuenta con más elementos para la atención de los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, puede apoyarse en los servicios de orientación de educación especial.

Concluyo que "la principal estrategia para el manejo adecuado del niño en el aula es la información, detección temprana ya atención adecuada".

Obtenido de:

American Psychiatric Association. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona: Masson; 2001.

Ausubel, M. D.P., Novack, J.D., y Hanesian, H. Psicología Educativa. México, Trillas (1983).

Eliás, Cuadros Yolanda. "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad", Editorial Trillas, cuarta edición, ISBN 978-968-24-7084-4, México, 2009.

Papalia Diane E. Desarrollo Humano, Editorial Mc. Grauw Hill, undécima edición México, 2009.

Patton James. "Casos de educación especial", Editorial LIMUSA, ISBN13: 978-968-18-3665-8, México 2009.

Russell, A. Barkley "Niños Hiperactivos como comprender y atender sus necesidades especiales ", Editorial Paidós, ISBN: 84-493-1247-7, 2002.

Van-Wielink Guillermo "Deficit de Atención con hiperactividad" Editorial Trillas, 2011

Vara Horna Aristides A. tercera edición de los precedentes ¿Cómo hacer una tesis en ciencias empresariales? (2010) y Manual de Investigación Empresarial Aplicada (2008).

http://www.uls.edu.mx/-estrategias/constructivismo_educacion.docat 12/Sept/2013

www.docencia.udea.edu.co/educacion/lectura_escritura/estrategias.html 22/marzo/2012

http://Educacion_basica.sep.gob.mx/reformaintegral/ Consulta 12-09-2010. Plan de estudios 2009. Educación básica. Primaria, p.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y SU INFLUENCIA EN LA RESILIENCIA DEL PACIENTE

Recepción: 10-Septiembre- 2024. Aceptación 26-Septiembre-2024

Abundis- Carrizalez Luis Gerardo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1157-0301>

Introducción:

Se entiende como un paciente en el área de la salud mental a toda aquella persona que lo aqueje su situación actual ya sea influenciado por su entorno, su familia, su pasado o su salud integral que genere síntomas adversos o un cambio significativo a la calidad de vida de el mismo.

Al analizar estas problemáticas, puede que el paciente sepa o no el origen de la problemática que lo aqueja, por ello, se tiene que utilizar distintas técnicas o estrategias para conseguir de forma gradual desentrañar todas las características, lo cual es importante para definir un tratamiento adecuado ya sea de primer contacto o de forma prolongada.

Así mismo, una crisis es un suceso que no solo aqueja al paciente, si no que, incluso pone en riesgo su integridad física como mental y tiene un efecto duradero y prolongado a la psique. Esta no permite manejar y resolver por sí mismo la problemática actual del paciente, provoca una situación en la que los sistemas cognitivos superiores que son fundamentales para el pensamiento crítico, analítico y la toma de decisiones, estén ausentes.

En tales crisis, se debe considerar variables como se podrían imaginar situaciones, desde un suceso simple como una ruptura amorosa hasta un accidente en el que se pierde una extremidad y se intenta vivir con ello, causando distintos cambios en la vida del paciente, tanto significativos como notorios. Esta ausencia, puede generar un empeoramiento de la crisis actual, o una base fundamental para futuros trastornos que, así mismo, crearan nuevas problemáticas y carencias en la calidad de vida del paciente, por lo cual si no recibe la atención necesaria será un problema cada vez más grave.

Tomando en cuenta esto, es importante considerar la implementación de los Primeros Auxilios Psicológicos, como un conjunto de estrategias y habilidades que busca rescatar los sistemas cognitivos superiores que fueron disminuidos durante una crisis en la que el paciente no puede resolver el conflicto por sí mismo.

Los Primeros Auxilios Psicológicos pueden ser utilizados, por un familiar o personal de la salud, hasta un terapeuta dependiendo del enfoque que se utiliza. Estos enfoques abarcan dos áreas de oportunidades diferentes, el primero, es una atención corta e inmediata centrado en el momento del accidente y el segundo un seguimiento continuo desde el momento del accidente durante los primeros meses después de la crisis.

Parte de la utilización de este primer acercamiento con el paciente, es que no se queda solo con él, si no que sus beneficios pueden verse reflejado en la familia o personas cercanas, ya que, en muchas ocasiones los Primeros Auxilios Psicológicos son utilizados con la familia cercana al suceso. Muchas veces la persona en crisis puede incluso llegar a estar inconsciente o afectada por alguna sustancia toxica, por lo mismo es importante reconocer no solo los beneficios de dichas estrategias de afrontamiento, si no, a quien podría beneficiar en el momento en el que sucede la crisis.

Estas estrategias entran dentro de un estilo de intervención que dura principalmente 5 minutos. Estos 5 minutos son los más importantes y son los que podrían determinar la gravedad con la que el paciente en un futuro resentirá las consecuencias,

producto de una crisis. La forma en la que se proporcionará dicha intervención variara dependiendo del carácter y temperamento del paciente, así mismo, de las emociones que presente en el momento de la crisis, ya que cuando sucede, dichas emociones pasan a estar exacerbadas.

Las emociones se clasifican principalmente de dos formas, las primarias y las secundarias. Las emociones primarias tienen un origen orgánico y un propósito para el funcionamiento humano como un impulso para satisfacer nuestras necesidades básicas e instintos de autopreservación, estas emociones son la felicidad, enojo, tristeza, miedo y asco.

Cuando las emociones se vuelven más fuertes e incontrolables, se les considera emociones secundarias, estas son emociones más complejas ya que su origen es contextual al entorno de la persona, teniendo múltiples variaciones para cada emoción ya que puede presentarse más de una a la vez, como la furia, pánico, vergüenza, euforia y angustia. Una emoción exacerbada, pasa de ser una emoción primaria a una secundaria, y así mismo se vuelve más difícil de manejar, ya que, dependiendo de la emoción, la expresión de esta se volverá diferente.

Se considera a estas emociones exacerbadas como la principal área a tratar en los primeros auxilios psicológicos, ya que no se busca realizar una desactivación o un bridge a las emociones que brotan de la persona en crisis, si no, un modelamiento de la conducta presentada por la emoción, una contención y una detención de la verbalización para facilitar una reestructuración cognitiva y regresar al nivel cognitivo anterior, alcanzando una reconciliación con el yo.

Al realizar las estrategias, se facilita la expresión emocional y se va guiando mediante preguntas al paciente durante la crisis enfocándose en las emociones, preguntas como "¿Qué sucedió?", "¿Cómo se siente?" o "¿Qué relación tiene con la persona afectada?", son preguntas que nos ayudaran a guiar la conversación con el paciente.

Toda información obtenida mediante las preguntas es información que puede ser de utilidad para las unidades paramédicas, medicas o para el terapeuta, por lo cual se debe considerar 7 conceptos a la hora de intervenir, los cuales se conocen como "Botiquín PAP". Por un lado, se debe considerar que no son pasos ni mucho menos, si no que, son herramientas que se deben tener para la correcta utilización de los primeros auxilios psicológicos y una efectividad adecuada en beneficio del paciente.

Estas 7 herramientas son: el cotonete (identificar las fortalezas y cualidades del paciente), liga (habilidad de asociar estas fortalezas con flexibilidad dependiendo del contexto), curita (tener la inteligencia emocional necesaria para comprender y expresar emociones), lápiz (dejar registro de lo que pasa, información relevante para médicos y terapeutas), borrador (reestructuración cognitiva), chicle (regresar al nivel cognitivo anterior) y bolsa de te (alcanzar la reconciliación con el yo).

Al ser una intervención de menos de 5 minutos, se debe que considerar ciertos parámetros tanto de seguridad como para la utilización satisfactoria de dichas herramientas, principalmente considerar el bienestar del paciente, si necesita atención medica inmediata o es el familiar en un estado de crisis, observar las micro expresiones del paciente para reconocer la emoción exacerbada que presenta, si está bajo la influencia de alguna

sustancia tóxica o incluso armado.

Los primeros auxilios psicológicos benefician al paciente apoyándolo con su resiliencia, evitando o disminuyendo la probabilidad de desarrollar un trastorno psicológico después de la crisis, e incluso bajando la fuerza del trastorno psicológico presentado, tales trastornos como el estrés post traumático, la depresión, el duelo, reincidencia a las adicciones, etc.

La resiliencia es el conjunto de herramientas que una persona ha desarrollado a lo largo de su vida, a través de las distintas dificultades que se le han presentado, adquiere las habilidades de adaptación necesarias para la supervivencia y superación de las dificultades. Una persona con una resiliencia desarrollada será menos susceptible a sentir que las situaciones salen de su control y es menos probable que desarrolle trastornos psicológicos o perturben su estabilidad emocional

Antecedentes

Según la investigación de Kantaris et al. (2020) titulado "Capacitación de asistentes de salud que trabajan en salas de hospitalización aguda de adultos en Primeros Auxilios Psicológicos: un estudio de implementación y evaluación", el objetivo principal fue introducir y evaluar la formación en primeros auxilios psicológicos para auxiliares sanitarios (Manuela, 2023).

El estudio incluyó la capacitación de 16 auxiliares en Primeros Auxilios Psicológicos, y la muestra consistió en usuarios del servicio y cuatro jefes de sala que participaron de manera voluntaria. El diseño del estudio revisó un enfoque mixto, utilizando cuestionarios y entrevistas antes y después de la capacitación. Los resultados revelaron que, después de la formación, el personal asistencial mostró un mayor nivel de preparación y se produjo una clasificación más favorable en cuanto al entorno terapéutico de la sala. Además, se demostró un aumento en la autoeficacia de los asistentes de atención médica y una disminución en el número de incidentes adversos (Manuela, 2023).

Como conclusión, se encontró que la capacitación del personal en primeros auxilios psicológicos mejora la experiencia de los pacientes hospitalizados, al proporcionar un personal más preparado y competente para brindar atención adecuada en situaciones emocionales y psicológicas (Manuela, 2023).

El artículo titulado "Entrenamiento de voluntarios en Primera Ayuda Psicológica y estrategias de afrontamiento" escrito por Becerra et al. (2021), aborda el tema del entrenamiento de voluntarios en el área de Primera Ayuda Psicológica y estrategias de afrontamiento. El estudio se basa en la premisa de que los eventos traumáticos y las situaciones de estrés pueden tener un impacto significativo en la salud mental de las personas (Manuela, 2023).

En este sentido, se destaca la importancia de los voluntarios capacitados en Primera Ayuda Psicológica, quienes desempeñaron un papel crucial en la mitigación del sufrimiento psicológico y el fortalecimiento de la resiliencia de las personas afectadas. En el artículo se enfatiza la relevancia de habilidades como la escucha activa, la empatía y el manejo del estrés en la intervención psicológica de emergencia. Además, se presentan estudios previos que han examinado la efectividad de los programas de capacitación en Primera Ayuda Psicológica (Manuela, 2023).

Estas investigaciones han demostrado que la capacitación en habilidades psicológicas básicas puede mejorar la capacidad de los voluntarios para brindar apoyo emocional y ayudar a las personas afectadas a recuperarse de los eventos traumáticos (Manuela, 2023).

Primeros auxilios psicológicos

Los PAP han derivado de la intervención en crisis, del trabajo con debriefing en catástrofes y, en general, de la intervención postraumática, aunque de forma paralela tienen una influencia muy evidente de la medicina de emergencias y de los primeros auxilios sanitarios (Wilson, Raphael, Meldrum, Bedosky, y Sigman, 2000). Los primeros auxilios psicológicos (PAP) en la intervención psicológica se comprenden como una ayuda corta e inmediata, busca apoyar a la persona para que restablezca su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual (social) (Osorio, 2017).

Las intervenciones de primera instancia por lo general es brindada por cualquier persona de la comunidad que esté presente en el momento que surge la necesidad en cualquier emergencia, esta ayuda puede ser brindada por psicólogos, policías, enfermeras, padres y maestros, entre otros, y es llevada a cabo generalmente en el lugar donde se desarrolló la emergencia, o en el lugar a donde las personas han sido trasladadas inmediatamente después de la emergencia, como son los hospitales, la escuela, el hogar, la calle o ambientes de trabajo (Osorio, 2017).

Premisas de los Primeros Auxilios Psicológicos

1 Proporcionar apoyo es el primero, y se basa en la premisa de que es mejor para las personas no estar solas, en los eventos de crisis, estresantes o traumáticos. De manera concreta, ello significa permitir a la gente hablar para crear un vínculo de presencia, calidez, empatía y escucha que permita aterrizar las ideas y proporcionar una atmósfera en la que el temor, la ira, la ansiedad y otras emociones puedan expresarse libremente (Slaikeu, 2000).

2 Reducir la mortalidad, se dirige a la salvación de vidas, bajo el lema "primero lo supervivencia" y la prevención del daño físico durante la crisis. Es frecuente, que algunas crisis conduzcan al daño físico (como golpear a los hijos o al cónyuge) o aun a la muerte (suicidio, homicidio). Una submeta determinante para los primeros auxilios psicológicos es, entonces, tomar medidas para hacer mínimas las posibilidades destructivas y desactivar la situación (Slaikeu, 2000). Disminuir la probabilidad de ocurrencia de consecuencias poco saludables (abuso de sustancias psicoactivas, ideaciones suicidas, Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático) y aumentar la probabilidad de crecimiento personal al favorecer la capacidad de resiliencia en la persona afectada (Jonathan y Héctor, 2019).

3 Por último, proporcionar el enlace con las fuentes de asistencia, esta submeta se vincula directamente con la definición de la crisis vital como un período en el que los suministros y recursos personales se han agotado (Miller e Iscoe, 1963). Antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el asistente fija con precisión las necesidades fundamentales y entonces realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia (Slaikeu, 2000).

Algunas veces esta remisión será para orientación individual de tipo (de terapia para crisis) breve. Otras veces será para asistencia legal o auxilio de parte de una agencia de servicio social (Slaikeu, 2000)

Se observa cómo las intervenciones de apoyo psicológico pueden facilitarse por parte de profesionales de salud mental y por parte de personas no profesionales de salud mental suficientemente entrenados (voluntarios entrenados, familiares, otros profesionales sanitarios, etc.) (Manuel, 2007). Por otro lado, estas intervenciones de apoyo psicológico pueden dispensarse en las primeras horas posteriores al suceso (intervención temprana), en el primer mes posterior al suceso (intervención en crisis), y después del primer mes posterior al

suceso (intervención clínica habitual) (Manuel, 2007).

Sin embargo, debido a las características especiales de las intervenciones en los momentos inmediatamente posteriores a los sucesos traumáticos que hacen que sea complejo disponer de personal técnico entrenado en el lugar de los hechos de forma inmediata, se aconseja el que las intervenciones de apoyo psicológico tempranas (primeros auxilios psicológicos) pudieran dispensarse tanto por profesionales de salud mental como por personas no profesionales de salud mental convenientemente entrenados (otros profesionales sanitarios, policías, bomberos, trabajadores sociales, familiares, etc.) (Manuel, 2007).

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2017) reportó la aplicación de técnicas de relajación que fomentaron control sobre el estrés y reelaboración de pensamientos para facilitar hacer frente a las dificultades. También brindó información, organizó acciones preventivas en la vida diaria, qué hacer y cómo actuar ante fenómenos impredecibles (Jonathan y Héctor, 2019).

Los primeros auxilios psicológicos que se deben prestar los afectados por un acontecimiento traumático van a depender de la fase en que aquellos se encuentren. Nivel general podemos identificar varias medidas generales que resultan esenciales de cara a controlar las reacciones emocionales que producen en las fases anteriormente citadas (Juan A. y Lucía P., 2013).

Identificarse ante el afectado, mostrándole claramente nuestra condición de personal de ayuda, para que nos acepte como proveedores legítimos de primeros auxilios psicológicos (Juan A. y Lucía P., 2013).

Proporcionar protección, compañía, apoyo físico y seguridad a las víctimas. Calmarlas y tranquilizarlas, apartándolas de estímulos estresantes relacionados con el incidente (ruidos, imágenes, olores) y trasladándolas a un lugar seguro y tranquilo, protegido de curiosos y de comunicación, aquellas necesidades básicas que puedan requerir (agroalimentación, descanso, contacto con sus familiares y allegados, etc.) y proporcionarles los recursos necesarios para ello (Juan A. y Lucía P., 2013). Entre los aspectos que se deben tomar en cuenta al asistir a una persona en crisis para obtener un resultado positivo, primero se debe oír con atención y dialogar sobre el suceso en un lugar tranquilo, esto permitirá que la persona se desahogue y hable sobre sus preocupaciones (Slaikeu, 2000)

De igual manera debe reflejar aceptación hacia los sentimientos que expresa por ejemplo asintiendo con la cabeza, mencionando "lo siento mucho". Además, es necesario realizar preguntas abiertas y sugerir que sus respuestas sean concretas, realizar una lluvia de ideas sobre las soluciones a los problemas detectados y establecer prioridades, brindar información de una manera sencilla y entendible, ser honesto en sus respuestas y si se desconoce algo mencionar por ejemplo "no lo sé, pero intentaré averiguarlo" de esta manera la intervención podrá tener efectos positivos en las personas auxiliadas (Slaikeu, 2000)

Ayudar a los afectados a que afronten de manera adecuada y serena sus reacciones emocionales, facilitando la aceptación de su vivencia. Para ello, debe facilitarse la comunicación con ellos, escuchar sus necesidades y quejas, facilitar el relato de los acontecimientos que han vivido, así como la expresión de sus pensamientos, emociones y sentimientos (Juan A. y Lucía P., 2013). Todo ello con el objetivo de que aprenda que dichas reacciones emocionales ante situaciones anormales edades y funcionamiento básico del afectado de incorporación a vida cotidiana (Juan A. y Lucía P., 2013).

Es indispensable resaltar, que "Los responsables de brindar apoyo psicológico deben poseer básicamente cualidades para el trato con los demás y mostrar preocupación, buena

disposición e interés en ayudar a los que lo necesitan" declara la Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna (2003) (Valencia y Trejos, 2013).

Los Primeros Auxilios Psicológicos deben aplicarse en coordinación con la autoridad responsable en la zona de impacto, pues esto asegurará que actúen primero los servicios de emergencia preparados para manejar los riesgos y posteriormente, se apliquen los Primeros Auxilios Psicológicos en una zona segura (Jonathan y Héctor, 2019).

Una intervención óptima debería realizarse a distancia razonable de la zona de emergencia para que las personas afectadas reciban la atención lo más rápido posible contando con la suficiente cercanía para acceder a la zona de impacto en los casos necesarios (Jonathan y Héctor, 2019). Procurando que el escenario en donde se intervenga cuente con temperatura moderada, área para ingerir alimentos, espacio protegido y aislado de los medios de comunicación; con áreas para dar noticias o un centro de información, sitios privados para las noticias negativas, y de ser posible, contar con juegos y área de cambio de pañales para menores de edad, ya que las personas afectadas pueden pasar días o semanas en el sitio (Jonathan y Héctor, 2019).

A su vez mantener contacto visual, hablar con respeto, con adecuada entonación y articulación, no tener prejuicios y respetar los silencios. Estas características permitirán en este caso al policía la aplicación de los PAP con una mayor eficiencia y eficacia, y por ende un servicio de atención al ciudadano de forma integral (Valencia y Trejos, 2013). Toda vez que el interviniente empleará la entrevista durante su intervención, deberá evitar presionar, interrogar, interrumpir, aconsejar e invadir a la persona afectada (Jonathan y Héctor, 2019).

Mención especial merece el tema del contacto físico que se da en los Primeros Auxilios Psicológicos. Es de suma importancia que el interviniente regule conductas como abrazar, dar la mano o tocar el hombro cuando no tiene familiaridad con la cultura de la persona afectada, o ésta rechaza el contacto físico Jesús (Jonathan y Héctor, 2019).

Además, el autocuidado y el autoconocimiento emocional son componentes esenciales para poder ofrecer un apoyo efectivo a los pacientes. El profesional tiene la responsabilidad ética y moral de no intervenir en salud mental sin los conocimientos adecuados, no es recomendable realizar actuaciones empíricas que puedan afectar la calidad del cuidado humanizado, la seguridad del paciente, la integridad y la condición humana del paciente (Manuela, 2023). Por tanto, es fundamental que las instituciones de salud fortalezcan competencias y habilidades en salud mental y en primeros auxilios psicológicos generando así una atención de calidad. Escucha activa y empática: comprensión hacia sus emociones y experiencias (Manuela, 2023).

Esto implica brindar un espacio seguro para que el paciente se exprese y se siente escuchado, sin juzgar ni minimizar sus sentimientos, logrando así la validación de emociones y ofrecer Orientación y recursos, proporcionando además información sobre recursos disponibles, como servicios de salud mental, grupos de apoyo o actividades que promueven el bienestar emocional, basados en la coordinación interdisciplinaria ofreciendo una atención integral al paciente (Manuela, 2023).

Estrategias de los Primeros Auxilios Psicológicos

Enfóquese en el problema. Cuando se está desorganizado, el dolor y enojo predominan, por lo que su discurso es incoherente y distorsionado. Es necesario mantenerse en la catarsis emocional de lo que implica el problema. Valore las áreas más afectadas. El proceso de crisis comprende manifestaciones en

la estructura (Sabina, 2007). Identifique la pérdida. Los estados de dolor psíquico se relacionan, con mucha frecuencia, con una pérdida importante, entonces, se debe entender cuál fue la pérdida y qué significado tiene para la persona; establecer lo que es bueno y malo (conveniente o inconveniente) de la situación (Sabina, 2007).

No confrontar o interpretar. No rechazar nada de lo que la persona diga, hasta que se establezca un vínculo de confianza importante, y el haber explorado todas sus opciones (Sabina, 2007).

Posteriormente, no dé explicaciones complejas ni obligue a la persona a modificar su estado emocional. Eso lo hará sentirse culpable y desesperado. Motivarlo para que sea más propositivo. Si el pensamiento de la persona es muy negativo o distorsionado, es necesario motivarle a la acción sencilla y clara, reforzando sus pequeños logros (Sabina, 2007).

Sujétese al deseo de vida. En toda persona, aún con alto riesgo suicida, hay una parte que quiere vivir; es necesario enfocarse en esa parte. Cuando exprese que no hay nada por lo que quiera vivir, hay que decirle, que imagine qué la detendría a cometer dicho acto. Intente crear un deseo inmediato de vida. Plantear alguna actividad para más tarde y para un día siguiente (Sabina, 2007).

No entre en debate, no discuta. No contestar preguntas tales como: "Deme usted una razón para vivir", evitar comentarios idealistas. Sugiera opciones posibles. Ayude al individuo a encontrar metas y objetivos realistas. Provea cierto sentido de logro control sobre la situación y de cómo va a reaccionar ante dicha situación (Sabina, 2007).

No dé consejos directos. Nunca se dan consejos directos ni se arma sólo el rompecabezas. Guíe a la persona, busque posibilidades y dé opciones para su elección. Sea paciente (Sabina, 2007).

Establezca confianza y movilice sus recursos. Tenga conocimiento de los lugares o profesionales a los que pueda referir a las personas. Haga las 4 preguntas clave:

- ¿Cuáles son sus ideas relacionadas con su dificultad o problema?
- ¿Qué ha hecho usted para mejorar esta situación?
- ¿Qué es lo que ha impedido solucionar el problema?
- ¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar su problema?

Deje que el sujeto establezca el ritmo. No apresurar a la persona. Hable de varios tópicos. En orden siempre en relación con el problema" (Sabina, 2007).

No prometa lo que no es posible. Ya que esto puede provocar que se pierda la credibilidad y la confianza. Use siempre un sentido de esperanza. Ejemplo "Que otra cosa hay para Ud." o "Que otras posibilidades tiene." Mantenga la conversación enfocada en él o ella, evite las preguntas personales" (Sabina, 2007).

Al final pida los datos. Al inicio la persona puede no haber querido proporcionarlos y probablemente al final coopere y pueda darlos. Establezca un compromiso de búsqueda de ayuda. Dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la ayuda adecuada. Se intenta regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada (Sabina, 2007).

Metodología

Objetivo General: Determinar si se presenta una mayor

flexibilidad, fortaleza y habilidad para regular complicaciones psicológicas y emocionales después de una crisis y pasar por una intervención de primeros auxilios psicológicos.

Tipo de Investigación Cuantitativa

Diseño de Investigación

Descriptiva: Porque solo se describen los hechos tal como se encontraron llegando a un análisis de observación.

Transversal: porque solo es en el periodo de tiempo de Septiembre - Abril.

Correlacional: porque su pretensión es visualizar como se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí como lo es proporcionar primeros auxilios psicológicos y su influencia en la resiliencia del paciente.

Explicativo: porque buscan encontrar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos y de donde se derivan para su posible solución y aportación a la ciencia

Población o muestra de estudio

Muestra: está conformada 40 personas, ambos sexos, edades entre 18 y 60 años, estado civil indistinto

Técnica de recolección de datos: Para la selección de la se utilizo el método muestreo aleatorio simple.

Instrumento de Medición de Datos

CUESTIONARIO A: Adaptado por el investigador de la Doctora en Psicología Joaquina Palomar Lever.

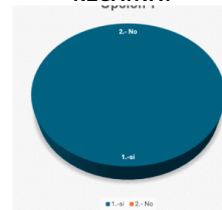
CUESTIONARIO B: Diseñado por el investigador

Técnica de Análisis de Datos: Se utilizo una base de datos para el análisis de los indicadores a través de los datos de frecuencias.

En lo que respecta a consideraciones éticas el estudio se apegó estrictamente a la ley de protección de datos personales, cuidando el anonimato al recopilar, procesar y almacenar los datos de los alumnos.

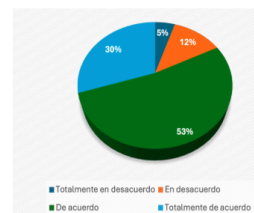
Resultados

CUESTIONARIO DISEÑADO POR EL INVESTIGADOR
GRÁFICA 1 ¿HA TENIDO ALGÚN ACOMPAÑAMIENTO O INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESPUÉS DE PASAR POR UN SUCESO QUE CONSIDERE TRAUMÁTICO, TRISTE O QUE HAYA CAMBIADO SU VIDA DE UNA FORMA NEGATIVA?

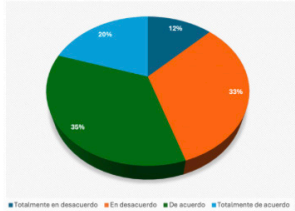


CUESTIONARIO ADAPTADO DEL DE LA DRA. JOAQUINA PALOMAR LEVER.

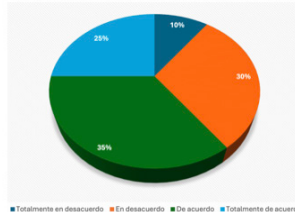
GRÁFICA 1 LO QUE ME HA OCURRIDO EN EL PASADO ME HACE SENTIR CONFIANZA PARA ENFRENTAR NUEVOS RETOS.



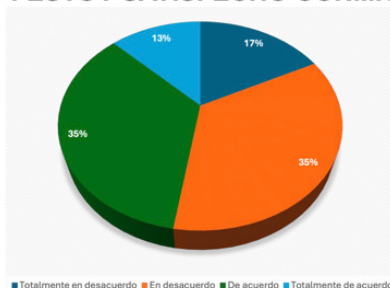
GRÁFICA 2 MANTENGO MI RUTINA AUN EN MOMENTOS DIFÍCILES



GRÁFICA 3 FÁCILMENTE ME ADAPTO A SITUACIONES NUEVAS



GRÁFICA 4 ESTOY SATISFECHO CONMIGO MISMO.



Conclusiones

Considerando lo expresado por Vanistandael (1995) y Márquez (1995) con respecto a que una persona resiliente presenta mayor flexibilidad, fortaleza y habilidad para utilizar sus recursos personales, la investigación concuerda, ya que los resultados obtenidos se observa que el 53% de la muestra seleccionada considera estar de acuerdo en que lo que le ha ocurrido en el pasado le hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos, el 60% considera estar de acuerdo en tener el control de su vida, el 45% considera estar de acuerdo en confiar en sus decisiones, el 60% considera estar de acuerdo en saber cómo lograr sus objetivos, el 35% considera estar de acuerdo en estar satisfecho consigo mismo y el 47% considera estar de acuerdo en creer que van a tener éxito.

Considerando las palabras de Luthar (1993) y Price y Lendo (2001) del establecimiento de vínculos seguros, los resultados muestran que el 40% de la muestra seleccionada considera estar en desacuerdo en que les es fácil hacer nuevos amigos, en contraste con el 35% que considera estar de acuerdo en fácilmente adaptarse a situaciones nuevas y el 48% que considera estar de acuerdo en serles fácil establecer contacto con otras personas.

Un constructo propuesto por Antonovsky bajo la denominación de "sentido de coherencia" citado por Lemos (2005), incluye comprensibilidad de las situaciones, manejabilidad o capacidad para hacer frente a los problemas y significado, entendiéndolo como la creencia de que merece la pena la vida y tiene sentido implicarse en ella, en los problemas, las situaciones difíciles y las adversidades.

Con respecto a lo citado por Lemos (2005) sobre la cohesión interna en el apoyo social, los resultados obtenidos evidencian que el 48% de la muestra seleccionada considera estar totalmente de acuerdo en disfrutar estar con su familia, el 48% considera estar totalmente de acuerdo en tener una buena relación con su familia, el 42% considera estar de acuerdo en

que aun en momentos difíciles su familia tiene una actitud optimista hacia el futuro, el 55% considera estar totalmente de acuerdo en tener algunos amigos o familia que realmente se preocupan por ellos, el 48% considera estar totalmente de acuerdo en siempre tener alguien que puede ayudarle cuando lo necesita, el 50% considera estar de acuerdo en tener algunos amigos o familia que valoran sus habilidades.

El dominio de la sintomatología es un factor importante al que tener en cuenta como expresan Vera Posek, Baquero y Jimenes (2006) que, ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte su rendimiento y su vida cotidiana.

Tomando en cuenta lo expresado por Vera, Baquero y Jimenes (2006) y Márquez (2010) con respecto a el dominio de la sintomatología, los resultados muestran que el 35% de la muestra seleccionada considera estar de acuerdo en mantener su rutina aun en momentos difíciles, el 43% considera estar de acuerdo en preferir planear sus actividades y el 40% considera estar de acuerdo en que las reglas y la rutina hacen su vida más fácil.

Obtenido de:

A. Juan, y P. Lucia. (2013) Intervención en situaciones de crisis: primeros auxilios psicológicos, teniente psicólogo (CMS-EOF).

Alfeps, México. 5(15), 1-8. Ossa, E. y Herrera, J. (2013) la investigación narrativa en psicología definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*. 30(3).

Álvarez G., Bermúdez C. y Molina L. (2020) Aplicación de los primeros auxilios psicológicos a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar durante la pandemia del Covid-19 en la ciudad de Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia. Programa de Psicología. Seminario de Profundización en Primeros auxilios Psicológicos (PAP).

Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.

Bedoya, Manuela; Franco, Ana Sofía; Naranjo, Karen; Ruiz, Yuliana (2023) Conocimiento en primeros auxilios psicológicos en el profesional Enfermero. *Revisión Integrativa Fundación Universitaria del Área Andina Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería Pereira*

Castillo, Jesús Jonathan y Rosete Gill, Héctor Saúl (2019). Primeros auxilios psicológicos en la CDMX tras el sismo del 19 de septiembre de 2017: teoría y práctica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 22.

Colombo, G (2015). El desarrollo de la resiliencia en situaciones de desastre Presos políticos durante la dictadura cívico militar en Uruguay (1973-1985). Trabajo final de grado. Facultad de Psicología, UdelAR, Montevideo.

Cyrunlik, B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Madrid: Gedisa. Paulina Perez (2022) Factores de riesgo y desarrollo de resiliencia en adolescentes. *Revista científica UISTAEI Ecuador*.

D., Nadia. (2019) Resiliencia en situaciones de desastre y aplicación de primeros auxilios psicológicos. Facultad de Psicología: Universidad de la República. CI.5.284.389-2.

Feder, Diego J. y Salvat, Ed. (2019). *Resiliencia como la mente supera las adversidades*. SL, España.

García, J. C. (2003). Primeros auxilios psicológicos. *Psicocentro*, pp. 20-37. Recuperado de www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp

García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77

González de Rivera y Revuelta, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1-13. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352001000300004>.

Luthar, S., Cicchetti, D. (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Lemos, S. (2005). Variables cognitivas. En L. Ezpeleta (Ed.): *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Cap. 6, pp. 147-176. Barcelona: Masson.

Márquez, Lourdes. M. (2010). Modelo de Intervención en Crisis. En busca de la Resiliencia Personal. Recuperado de: <https://lapenultima.org/wp-content/uploads/2017/02/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>.

Muñoz, Manuel; Ausín, Berta y Pérez-Santos, Eloísa (2007) Primeros auxilios psicológicos: protocolo acercarse. Universidad Complutense de Madrid (España). *Psicología Conductual*, Vol. 15, N.º 3, 2007, pp. 479-505.

Psicología. Volumen 5, N° 15. México: Puebla.

Osorio, A. (2017) Primeros auxilios psicológicos. Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología.

Parada, A. (2012). La Intervención en Crisis como Herramienta Terapéutica del Psicólogo de la Salud. Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías, 1(1), 7-14.

P., Yohana y Yeison E. (2018). Diferencias en la intervención en crisis de personas resilientes y no resilientes. Psicología, psicoanálisis y conexiones. Departamento de Psicología. Medellín, Colombia. Revista electrónica: Psyconex.

Pittman, F. (1990). Momentos Decisivos: Tratamiento de Familias en Situaciones de Crisis Buenos Aires: Editorial Paidós.

Price, J.M. y Lento, J. (2001). The nature of child and adolescent vulnerability: History and definitions. En R.E. Ingram y J.M. Price (Eds.), Vulnerability to psychopathology: Risk across lifespan (pp. 20-38). New York: Guilford Press.

Rabelo, Juana María (2008). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el Trabajo Social Documentos de Trabajo Social · n°47. ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

Roberts, A.R. (2000) An overview of crisis theory and crisis intervention. En A.R. Roberts (dir.), Crisis intervention handbook: Assessment treatment and research. Nueva York: Oxford University Press.

Slaikue, K. (2000). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno.

Tomkiewicz, S. (2004). El surgimiento del concepto. En B. Cyrulnick et al.: El realismo de la esperanza (pp 33-50). Barcelona: Gedisa Editorial.

Uriarte, Juan de D (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. Volumen 10. N°2 Revista Psicodidáctica. Universidad del País Vasco.

Vanistendael, S. (1995). Como crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo. Ginebra: Oficina Internacional Católica de la Infancia. BICE.

Valencia Puentes, Adelaida; Trejos García (2013). Los primeros auxilios psicológicos en el servicio de atención al ciudadano desde un enfoque humanista Revista Logos, Ciencia & Tecnología, vol. 4, núm. 2, 2013, pp. 42-52 .

Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa.

Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., y Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo, Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>.

Wilson, J., Raphael, B., Meldrum, L., Bedosky, C. y Sigman, M. (2000) Preventing PTSD in trauma survivors. Bulletin of the Menninger Clinic, 64, 181-196.

EMOCIONES PRESENTES EN LOS PACIENTES CON DM 2 EN CONTROL EN EL EQUIPO DE SALUD ITINERANTE SAN ANTONIO

Recepción: 18-Septiembre- 2024. Aceptación 02-October-2024

Salazar-Jauregui Mariela

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7972-3900>

Introducción:

Daniel Coleman señala, que las emociones influyen en salud mental y que afecta a muchos aspectos de la vida diaria, como la forma en que se piensa y se siente, en el manejo de las emociones y el estrés, la forma en cómo se relaciona el ser humano con otras personas y las tomas decisiones. También muestra este autor que las emociones son unas respuestas rápida pero poco trabajadas (Daniel, 2019)

Cuando el ser humano se enfrenta a emociones, ansiedad o depresión el organismo produce, libera cortisol y adrenalina, al darse este proceso el cuerpo sabe que necesita más energía e inmediatamente libera glucosa en sangre.

Las personas estamos cargadas de emociones, en muchos casos positivas y que ayudan a desarrollar, y en otras ocasiones negativas y que lo dificulta. Saber gestionar correctamente esas emociones a lo que es lo mismo controlarlas, ayuda a mejorar el control de una diabetes

Es importante señalar, que las emociones son adaptativas están ahí desde el principio de nuestra especie humana para cumplir una función de supervivencia. Y si las emociones fluyen y se mantiene en el continuo y no en una polaridad, sería excelente ya que jugarían un papel a nuestro favor y conseguiríamos nuestros objetivos llegando a ser felices, y dejarían de existir tantos problemas de salud pública relacionados con las emociones.

Se dará cuenta de que tener un problema de salud mental puede ser que le sea más difícil apegarse a su plan de cuidado de la salud. Es importante señalar que cuando no se maneja bien la diabetes, aumenta su riesgo de presentar complicaciones relacionadas, como enfermedad del corazón, daños a los nervios y extremidades del cuerpo.

Antecedentes

En el 2020 en una tesis en Ecuador se realiza una investigación acerca del impacto emocional en pacientes diabéticos relacionado con el manejo de la enfermedad: una aproximación bibliográfica. Realizado por Alexandra Cabrera Yáñez. Teniendo por objetivo, medir el impacto emocional en pacientes diabéticos relacionados con el manejo de la enfermedad.

Esta investigación es de revisión y análisis bibliográfico documental descriptivo puesto que se sustenta en la información científica, académica e empírica emitida por diferentes autores, reconocido por la comunidad científica. Tiene un diseño no experimental debido a que no se controla ni se manipula variable para concretar el estudio y tiene un alcance descriptivo debido a que indaga el impacto emocional que presenta los pacientes con diabetes.

Los resultados de la investigación demuestran que la diabetes es una enfermedad no transmisible que requieren una intervención prioritaria por que representan una crisis de salud, un desastre social que afecta al estado emocional cognitivo y físico, que se ha convertido en unas de las principales causas de muerte. Las personas al ser diagnosticadas con diabetes

tiene un impacto emocional significativo y sus respuestas suelen verse afectadas con una variedad de variables como: la personalidad, sentimientos y emociones (ira, miedo), ansiedad depresión, estrés disminución de la autoestima y pérdida de valor por la vida. (Cabrera Yáñez, 2020)

Así mismo en marzo del 2016 en México se presenta un artículo de investigación acerca de las emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus I en el infante. Realizado por M. Ochoa, M. Cardoso y V. Reyes, lo cual tiene por objetivo conocer la emoción generada por el diagnóstico de diabetes mellitus tipo I en el infante y su familia. Con un enfoque fenomenológico. La recolección de los datos se realizó mediante una entrevista a profundidad, observación participante, grabaciones y notas de campo. La participante fue una familia perteneciente al municipio de Guasave, Sinaloa, México.

Donde se concluye que la diabetes tipo I es un padecimiento que genera gran impacto emocional en la familia, antes este escenario, consideramos que es la enfermera quien debe acompañar a la familia y extender el cuidado en el hogar. (M. Ochoa, 2016)

Otro estudio en el 2022 en México se presenta un artículo acerca de los efectos de malestar emocional sobre el empoderamiento de la enfermedad en mujeres que viven con diabetes. Realizado por Josué Medina Hernández, Anahí Ruiz Lara, Fernanda Guadalupe Rascón Arriaga. Con objetivo de investigación de explicar el efecto del malestar sobre el empoderamiento en mujeres que viven con diabetes.

Con diseño correlacional explicativo, con un muestro a conveniencia a 387 mujeres. Con un instrumento cuestionario de arias en problema de diabetes y escala empoderamiento en diabetes. Con un alcance descriptivo. Se hayo relación entre el malestar emocional y la glucosa capilar, y relación de la edad y malestar emocional con el empoderamiento en diabetes. En el modelo estructural el malestar emocional afecta negativamente el empoderamiento de la diabetes. Se concluye que el malestar emocional produce un efecto negativo en el empoderamiento de la diabetes, por lo que este grupo vulnerable, requiere un abordaje específico que mejore sus procesos emocionales, permitiendo un mejoramiento del control glucémico. (Medina Hernández & al, 2022)

Guía práctica clínica de intervenciones de enfermería

Esta guía contiene las mejores evidencias y recomendaciones con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de: contribuir a la disminución de la morbilidad por diabetes mellitus tipo 2. Así como describir las intervenciones de enfermería de promoción y educación para la salud orientada a control de diabetes mellitus tipos 2 en la población adulta en el primer nivel de atención. Así como describir las ventajas del seguimiento terapéutico recomendado para el control de la diabetes tipo 2 en población adulta del primer nivel de atención.

Las intervenciones y actividades consideradas de enfermería dentro de esta Guía Práctica Clínica son:

- 1 Educación y promoción para la salud.
- 2 Auto cuidado.
- 3 Ejercicio.
- 5 Apego al tratamiento.

Recomendaciones más acorde a este trabajo de investigación y que se encuentran dentro de las Guía práctica clínica son las siguientes:

-El personal de enfermería debe monitorear el autocontrol de la diabetes de las personas que padecen esta enfermedad.

-Se debe realizar asesorías lideradas por personal favorece cambios en el estilo de vida, proporciona soporte, motivación y mejora el control de la enfermedad

-La enfermera de atención primaria deben desarrollar intervenciones destinada a la reducción de los síntomas depresivos en las personas con diabetes.

-Una breve intervención psicológica administrada por una enfermera para la depresión influye positivamente en la calidad de vida, adherencia al tratamiento y el control glucémico del paciente con diabetes lo que puede verse reflejado en la disminución de costos médico.

El personal de salud debe promover la educación para el autocuidado en personas con diabetes e incorporar intervenciones conductuales, como la resolución de problemas, el establecimiento de metas y auto monitorización de parámetros de salud para su control.

-El personal de salud deberá implementar un programa de monitoreo de la hemoglobina glucosilada para las personas con diabetes mellitus cada 3 meses para asegurar que los objetivos glucémico se están cumpliendo o son mantenidos. Cada 6 meses cuando los objetivos del control glucémicos se han logrado consistentemente en los pacientes durante el periodo de tratamiento y con estabilidad en los estilos de vida.

-El personal de enfermería deberá dar educación individualizada al paciente diabético para el establecimiento de objetivos, empoderamiento y adherencia al tratamiento.

-La educación en diabetes debe ser transmitidas por un equipo multidisciplinario, donde participa la enfermera.

-El personal de enfermería especializado podrá dar intervenciones educativas presencial o vía telefónica centrada en el autocuidado y dirigida específicamente a: adherencia a la medicación, la dieta, ejercicio, cuidado de los pies, monitoreo de la glucosa en sangre y control de la depresión.

-El personal de enfermería deberá enseñar el autocuidado que incluya la nutrición, tratamiento farmacológico, actividad física, salud mental y control metabólico para la mejora de la calidad de vida del paciente con diabetes.

Sin olvidar que todas estas recomendación antes compartida y las no compartidas pero que se encuentran dentro de las guía práctica clínica, se han desarrollado a partir de otro tipo de estudio. Y donde los autores utilizan escala(s): Shekelle y colaboradores. (Intervencion de enfermería para la diabetes mellitus tipo 2, 2015)

Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica en diabetes tipo 2

En México se tiene registro de una disminución en la cantidad

de casos de enfermedades infecciosas y transmisibles a la par de un incremento en enfermedades no transmisible como lo es la diabetes mellitus. Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen un impacto económico considerable, tanto para las instituciones de salud y seguridad social, como para las familias de los pacientes.

La clasificación de la diabetes se basa en criterios etiológicos. Se ha puesto un modelo de clasificación de la diabetes centrada en las células B, donde se reconoce la alteración de las células B, como el defecto primario de la diabetes y se reconoce interacción de la genética, resistencia a la insulina, factores ambientales, y la inflamación/sistema inmunológico sobre función y la masa de células.

Esta clasificación centrada en las células B identifica las vías mediadoras de la hiperglucemia que son operativas en cada paciente y dirigen el tratamiento a esas disfunciones específicas.

De acuerdo con la clasificación internacional de las enfermedades en su 10ª revisión (CIE-10), el grupo que corresponde a la diabetes es el E08. El diagnóstico clínico se basa en el concepto de que la elevación a normal de que la glucemia incrementa el riesgo de complicaciones microvasculares. Tal como lo señala la norma oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención y control de la diabetes mellitus.

En este manual también se señala que el tratamiento puede ser centrado tanto farmacológico como no farmacológico. Es importante señalar lo que este manual en marca que, para la vigilancia epidemiológicas de los pacientes se basa en la norma oficial mexicana para la vigilancia epidemiológica NOM-017-SSA-2012. Este sistema de vigilancia se crea en el 2002, con la finalidad de recabar información epidemiológica de pacientes con diabetes a través de unidades centinelas. Teniendo como objetivo general Recolección permanente y sistemática de información útil, válida y confiable para el análisis y difusión, que permita orientar las intervenciones enfocadas a mejorar las acciones de prevención y control que se realizan en el primer y segundo nivel de atención médica. (Manual de Procedimientos Estandarizado para la Vigilancia Epidemiologica Hospitalara de Diabetes Mellitus Tipo 2, 2021)

Metodología

Objetivo General: Identificar las emociones presentes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en control en el Equipo de Salud Itinerante San Antonio a través de un cuestionario estandarizado para dar un mayor manejo a los pacientes

Tipo de Investigación: Cuantitativo por que analizan datos recolectados que se obtuvieron a través de la entrevista como instrumento de medición.

Diseño de Investigación

Descriptivo tiene un alcance descriptivo por que busca obtener una fiel representación o descripción de lo investigado.

Explicativo porque pretende dar una explicación de lo que se pretende conocer con la investigación a través de la manipulación de las variables.

Corte transversal ya que permite presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

Población o muestra de estudio

Universo: se consideró a la población conformada por pacientes diabéticos que corresponden y asistes a recibir atención a la unidad de salud que lleva por nombre equipo de salud itinerante san Antonio ubicado en la localidad del mismo nombre del municipio de Cosoleacaque, Veracruz.

Muestra: se trabaja con un muestra de 40 pacientes, que asisten al Equipo de Salud Itinerante San Antonio de forma subsecuente a recibir consultas, cada mes.

Técnica de recolección de datos: Para la selección de la se utilizo el método de selección de forma no probabilístico.

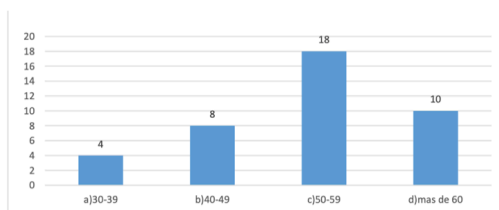
Instrumento de Medición de Datos la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario.

Técnica de Análisis de Datos Se utilizo una base de datos para el análisis de los indicadores a través de los datos de frecuencias.

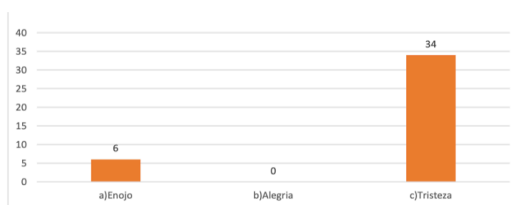
En lo que respecta a consideraciones éticas el estudio se apegó estrictamente a la ley de protección de datos personales, cuidando el anonimato al recopilar, procesar y almacenar los datos de los alumnos.

Resultados

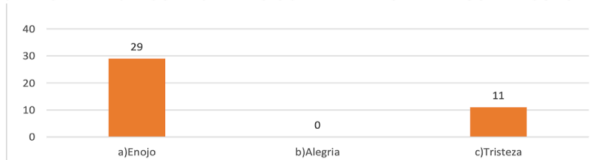
GRÁFICA 1 RANGO DE EDAD DE PACIENTES ENCUESTADO SOBRE EMOCIONES PRESENTES EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CONTROL EN EL EQUIPO DE SALUD ITINERANTE SAN ANTONIO.



GRÁFICA 2 EMOCIÓN QUE SINTIERON CUANDO RECIBIERON EL DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS 2 LOS PACIENTES ENCUESTADOS QUE SE ENCUENTRAN EN CONTROL EN EL EQUIPO DE SALUD ITINERANTE SAN ANTONIO



GRÁFICA 3 AL EXPERIMENTAR UN ACONTECIMIENTO (MALA NOTICIA, NO LE SALEN BIEN LO QUE HACE O UN CONFLICTO MAL MANEJADO). EMOCIÓN EXPERIMENTADA INMEDIATAMENTE DESPUÉS O EN EL MOMENTO DEL ACONTECIMIENTO LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 ENCUESTADOS



Conclusiones

La realización de esta investigación surge por la importancia de ayudar a identificar las emociones presente en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten en control en el Equipo de Salud Itinerante de san Antonio. Y en especial por que este padecimiento es un problema de salud pública que impacta a nuestro país en cuestiónese de salud, y por consiguiente al sistema familiar.

Es importante señalar que en los datos obtenidos en esta investigación se puede observar que las emociones tales como; el enojo, la alegría y la tristeza, se encuentran presentes en cada uno de los pacientes que viven con la diabetes tipo 2, y lo trascendente es que estos pacientes no solo tiene conocimiento, sino también, saben identificar la presencia de ella. Es relevante también señalar que se encontró dentro de esta investigación,

que las emociones tienen una estrecha relación con las cifras manejadas en los pacientes que asisten a control médico a la unidad médica antes mencionada.

Desacuerdo a los resultados observados en las gráficas se obtiene que los pacientes diabéticos logran identificar que cuando ellos se encuentran con una emoción de alegría su glucosa se ubica en rangos normales, siendo este un indicador para señalar que la cuando se maneja una emoción de alegría influye directamente en conservar rangos normales de glucosa.

Otro punto importante que también arrojan estas graficas obtenidas de las encuesta aplicada durante la investigación en los pacientes que participaron, es que cuando hay una emoción presente de enojo en los paciente existe una desviación en la glucosa en los pacientes diabéticos que asisten a la consulta a control a la unidad médica, lo que resulta relevante para conocer un poco más acerca de las emociones del enojo en la vida de los diabéticos.

Es importante ver que lo mismo ocurre en el otro grupo de paciente que refiere que cuando experimentan la emoción de tristeza también existe una desviación de la glucosa, con esto se puede ver que las emoción de la tristeza influye directamente en el descontrol de la cifras de glucosa que los pacientes manejan al experimentar tristeza.

Otro dato relevante de esta investigación es que arroja, que los pacientes diabéticos que participaron en este trabajo comparten, que al experimenta un acontecimiento (tales como mala noticia, o que no le salen bien lo que hace o un conflicto mal manejado), la emoción que experimenta es el enojo y la tristeza. Y al experimentar esta emoción ante los acontecimientos presente se puede observar que los paciente experimenta una desviación en la glucosa, la mayoría señala que su glucosa se dispara por arriba de los 200mg, mientras que una minoría también manifiesta que su glucosa se eleva por arriba de los 160 mg/dl.

Con todo lo antes plasmado y descrito en esta conclusión se encuentra que si existe una desviación en la glucosa con las emociones del enojo y la tristeza, también es trascendente no dejar de señalar que ante una emoción de alegría los pacientes que participaron y que reciben consulta médica de control en Equipo de Salud Itinerante refirieron que mantiene una glucosa y una hemoglobina glucosilada mas controla.

Obtenido de:

Acuerdo de reglas de operacion de programas. (2021). [www.dof.gob.mx.https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5012040](https://www.dof.gob.mx/https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5012040)

Cabrera Yañez, R. A. (04 de 2020). [ww.repositorio.uti.edu. https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/2621/1/CABRERA%20Y%C3%81NEZ%20ROSA%20ALEXANDRA.pdf](https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/2621/1/CABRERA%20Y%C3%81NEZ%20ROSA%20ALEXANDRA.pdf)

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (28 de 05 de 2021). Publicado en el Diario Oficial de la Federación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646405/CPEUM_28-05-21.pdf

Coleman, D. (2019). La inteligencia emocional. México: Pengui Random House Grupo.

Fernández Poncela, A. M. (18 de 03 de 2022). [/www.scielo.org.mx. articulo:https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200791762022000100247&script=sci_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200791762022000100247&script=sci_arttext)

García Andrade, A. (09 de 10 de 2018). articulo. [www.scielo.org.https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v34n96/2007-8358-soc-34-96-39.pdf](https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v34n96/2007-8358-soc-34-96-39.pdf)

García de Alba García, J. E., y et. a. (05 de 01 de 2016). [revistamedica.imss.gob. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/952/2194](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/952/2194)

García Ortiz, Y., Casanova Expósito, D., y Raymond Álamo, C. R. (01 de 2020). [www.scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532020000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532020000100009)

Intervencion de enfermeria para la diabetes mellitus tipo 2. (01 de 2015). [www.cenetec.salud.gob.https://www.actuamed.com.mx/informacion_medica/intervenciones-de-enfermeria-para-el-control-de-diabetes-mellitus-tipo-2-en-la](https://www.actuamed.com.mx/informacion_medica/intervenciones-de-enfermeria-para-el-control-de-diabetes-mellitus-tipo-2-en-la)

Johnmarshall, R. (01 de 2016). Motivación y emoción. México: Mc Craw Hill. Tesis maestría las emociones: <https://repositorio.udistrital.edu.co/bitstream/>

handle/11349/22190/Diazingri2019_compressed.pdf?sequence=1

Juárez Ramírez, C., Treviño Sille, S., Ruelas González, M. C., Théodor, F., y Pelcastre Villafuerte, B. E. (15 de 08 de 2022). www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342021000100012

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes. (01 de 2018). www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf

Leitón Espinoza, Z. E., y al. e. (09 de 2018). www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522018000300696

Ley General De Salud. (16 de 05 de 2022). www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

Manual de Procedimientos Estandarizado para la Vigilancia Epidemiologica Hospitalara de Diabetes Mellitus Tipo 2. (01 de 2021). WWW.epidemiologia.salud.gob.mx/epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/10_Manual_DT2.pdf

Medina Hernández, J., y al. e. (2022). ww.revistapsicologia.uaemex. Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México, 230-248.

Montoya Juro, C. J. (06 de 02 de 2019). [/repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2868](https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2868)

NaranjoHernández, Y., Miriam, R.L., y Concepción Pacheco, J.A. (10 de 2016). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

NaranjoHernández, Y., Rodríguez Larrinaga, M., y Pacheco, C.P. (10 de 2016). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400021

Norma Oficial Mexicana Nom 015SSA22010, para la Prevencion, y Tratamiento. (04 de 08 de 2016). www.guerrero.gob.mx/uploads/2017/11/99.NOM-015-SSA2-2010_Para-la-prevenci%C3%B3n-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus.-D.O.F.-23-11-2010.pdf

Norma Oficial Mexicana Nom-017. (02 de 2012). [www.scielo.com/https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5288225](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5288225)

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. (15 de 12 de 2014). [/www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html](https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html)

Ochoa, M. (01 de 2016). www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632016000100040

Papalia, D. .. (2015). Desarrollo humano. México: McGRAW-HILL.

Programa IMSS Bienestar. (01 de 2019). www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20192020/12_Cap08.pdf

Santana Suarez, J. C., e Licoa Zavala, J. K., y Rosero Oñate, M. A. (01 de 2023). www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/201

IMPACTO DE LOS EFECTOS DE LA MENOPAUSIA EN LOS ENTORNOS PSICOSOCIALES

Recepción: 08-Octubre- 2024. Aceptación 18-Octubre-2024

Farfán-Solis Victoria Eva

ORCID <https://orcid.org/0009-0002-6579-6882>

Introducción:

Es cierto que a lo largo de la vida de una mujer desde que nacemos, la niñez, hasta la adultez y la vejez experimentan cambios físicos y hormonales significativos que pueden influir en su bienestar mental y emocional, sin embargo, recordemos que cada mujer es única, y puede tener experiencias diferentes.

La menstruación afecta el estado de ánimo y las emociones de una mujer, algunas experimentan síntomas premenstruales (como irritabilidad, depresiones leves, cambios de ánimos) antes del periodo, enfados con el novio, con sus familias, con personas que les rodean, por ejemplo: el 1er. día no quieren que nadie las toque, el 2do. día quieren las abracen, el 3er. día no quieren les hablen, el 4to. día preguntan por que no les hablan?, y al 5to. dicen que nadie las entiende.

La maternidad, el embarazo, el parto, la crianza de los hijos son experiencias que pueden tener impacto emocional en las mujeres. Puede haber sentimiento de alegría, miedo si se es madre primeriza, amor, estrés, ansiedad, debido a que se tiene la responsabilidad de cuidar un bebé y criarlo.

Aunque, es un proceso natural, tanto la menstruación como la menopausia, puede tener un fuerte impacto en la salud y el bienestar de la mujer especialmente a nivel psicosocial.

La menopausia es la etapa de transición en la vida de la mujer, que se caracteriza por la terminación de la menstruación y el declive de las funciones ováricas. Durante esta etapa la mujer experimenta cambios hormonales que pueden desencadenar síntomas físicos y emocionales. Estas alteraciones hormonales se asocian a síntomas: angustias, sudoraciones nocturnas, insomnio, hay disminución sexual, temblores, entre otros.

Estos síntomas pueden tener un efecto negativo en el bien psicológico y su calidad de vida. Sin embargo, más allá de los síntomas físicos, la menopausia puede tener un impacto en el entorno psicosocial de la mujer. Los cambios hormonales y los síntomas asociados pueden influir en la forma en que la mujer se percibe a sí misma y como interactúa con su entorno social. El tener en casa a una mujer en la etapa de la menopausia y a un adolescente con cambios hormonales y emocionales, puede ser una etapa traumática, pues son dos etapas en la vida, que pueden ser desafiantes por separado, y cuando ocurren al mismo tiempo en un hogar, puede haber conflictos para alguno de los dos o para los ambos y hacer un caos en esa familia, o bien, puede pasar inadvertido, no todas las personas y las familias son iguales.

Menopausia

La menopausia ocurre cuando el ciclo menstrual termina por 12 meses consecutivos. Es una fase natural de la vida de cada mujer, que ocurre porque sus ovarios reducen la producción de las hormonas estrógeno y progesterona o dejan de producirlas. Estas dos hormonas regulan la salud reproductiva de la mujer, incluso la fecundidad y el embarazo.

Es un momento en la vida de cada mujer en el cual sus periodos menstruales cesan de manera natural, marcando el fin de su capacidad reproductiva. Es un proceso fisiológico que ocurre generalmente entre los 45 y 55 años, aunque puede variar en cada mujer.

Síntomas

Los cambios hormonales durante la menopausia pueden causar una amplia gama de síntomas. Esos síntomas varían en intensidad y frecuencia, por lo cual es difícil saber si ha comenzado la transición.

- Los síntomas comunes incluyen:
- Olas de calor y sudores nocturnos (si se presentan a altas horas de la noche)
- Dificultad para dormir
- Cambios del estado de ánimo, depresión o ansiedad
- Dificultad para concentrarse o problemas de la memoria
- Sangrado uterino anormal
- Dolor o sequedad vaginal
- Dolor durante las relaciones sexuales o pérdida de interés en ellas
- Dolores de cabeza
- Dolores de todo el cuerpo
- Palpitaciones
- Incontinencia
- Aumento de peso o pérdida de masa muscular

Impacto

Durante la etapa de la menopausia, las mujeres pueden enfrentar desafíos adicionales si tienen hijos adolescentes o esposos irritables. Algunos posibles problemas y cómo pueden afectar a la mujer y su entorno:

1. Cambios en la dinámica familiar: La presencia de hijos adolescentes o un esposo irritado puede exacerbar los cambios emocionales que experimenta una mujer durante la menopausia. El estrés adicional de lidiar con las demandas propias de la adolescencia y las interacciones tensas con un esposo irritado puede aumentar los niveles de ansiedad y frustración de la mujer en esta etapa de su vida.
2. Dificultad para establecer límites: Durante la menopausia, una mujer puede enfrentarse a dificultades para establecer límites claros con sus hijos adolescentes o esposo irritables. Los cambios emocionales y el menor nivel de tolerancia pueden hacer que sea más difícil manejar situaciones conflictivas o establecer reglas y consecuencias adecuadas. Esto puede resultar en fricciones y tensiones familiares adicionales.
3. Sentimientos de culpa y preocupación: Las mujeres en la menopausia pueden experimentar sentimientos de culpa y preocupación debido a que sienten que no son capaces de cumplir con todas las responsabilidades familiares mientras lidian con los síntomas y cambios emocionales propios de esta etapa. Esto puede generar un aumento de estrés y crear un ciclo negativo que afecta tanto a nivel individual como en el entorno familiar.
4. Comunicación afectada: Durante la menopausia, las mujeres pueden experimentar dificultades para comunicarse de manera efectiva con sus hijos adolescentes o esposo irritables. Los cambios hormonales y emocionales pueden influir en su capacidad para expresarse con claridad y manejar conflictos de manera saludable. Esto puede llevar a malentendidos, resentimiento y deterioro de las relaciones familiares.

Es importante que la mujer en la menopausia busque apoyo, tanto a nivel familiar como externo, para afrontar estos problemas.

La comunicación abierta, el fomento de la empatía y el respeto mutuo, así como la búsqueda de asesoramiento profesional o participación en grupos de apoyo pueden ser estrategias útiles para mejorar la dinámica familiar y reducir la tensión emocional durante esta etapa de transición.

Además, los estigmas y prejuicios sociales relacionados con este proceso pueden agregar una carga adicional. En las evaluaciones psicológicas que se realizan a mujeres menopáusicas, la irritabilidad es el síntoma más veces referido por ellas y que más les preocupa, definida como: enojo, tensión, intolerancia, hostilidad, coraje y pérdida de control. de acuerdo con la "Escala de Born" (Born et Al, 2008).

Los impactos de la menopausia en los entornos psicosociales se extienden a varias áreas de la vida de una mujer y pueden influir en su sentido de identidad, sus interacciones sociales y su rol en la comunidad.

A).- Bienestar Emocional: El bienestar emocional de la mujer durante la menopausia es una dimensión que puede verse afectada significativamente a causa de los cambios hormonales y físicos que ocurren durante esta etapa de la vida. Las fluctuaciones hormonales durante la menopausia pueden causar efectos como cambios de humor, ansiedad y depresión, lo que afecta la estabilidad emocional y puede tener repercusiones en las interacciones sociales y el desempeño laboral.

B).- Autoestima y Autoimagen: La autoimagen de una mujer puede verse afectada durante la menopausia debido a los cambios físicos y hormonales que acompañan a esta etapa. El descenso de los estrógenos puede provocar alteraciones como la ganancia de peso, la redistribución de la grasa corporal, el adelgazamiento del cabello y los cambios en la piel, los cuales pueden impactar cómo la mujer se ve a sí misma.

Además, al ser una época de transición hacia el envejecimiento, la menopausia puede generar inseguridades relacionadas con la juventud y la belleza idealizadas culturalmente. Estos factores, los cambios en la apariencia física pueden desempeñar un papel importante en la percepción de la propia imagen, la autoestima y seguridad personal.

C).- Sexualidad y Relaciones Íntimas: Durante la menopausia, la sexualidad de la mujer puede experimentar cambios significativos que afectan su interés y disfrute del sexo. Estos cambios son multifacéticos e incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde el punto de vista biológico, la disminución en la producción de hormonas sexuales, como los estrógenos y la progesterona, tiene un impacto directo en la función sexual.

Psicológicamente, la menopausia puede ser una época de estrés emocional debido a los cambios corporales y a la percepción de pérdida de juventud y fertilidad. Esto puede llevar a sentimientos de ansiedad, depresión o baja autoestima, que interfieren con la capacidad de la mujer para disfrutar del sexo.

Social y relacionalmente, la menopausia coincide a menudo con otras tensiones de la vida, como el cuidado de padres envejecidos, la salida de los hijos del hogar o la jubilación. Estas circunstancias pueden cambiar la dinámica de pareja y afectar la intimidad. Además, si existe una falta de comunicación con la pareja sobre estos cambios, puede surgir distancia emocional que se refleja en la vida sexual.

Para abordar estos problemas, se pueden considerar terapias de reemplazo hormonal, lubricantes para aliviar la sequedad vaginal y asesoramiento psicológico para tratar los aspectos emocionales y de relación. Abordar estos cambios de manera integral puede ayudar a mejorar la sexualidad durante la menopausia.

D).- Relaciones Sociales y Familiares: Las relaciones sociales y familiares pueden verse influenciadas significativamente durante la menopausia debido a las alteraciones emocionales y los síntomas propios de esta etapa. Las mujeres pueden experimentar una amplia gama de emociones fluctuantes, desde irritabilidad hasta ansiedad y depresión, en parte como resultado de las variaciones hormonales.

Estos cambios de humor pueden resultar desconcertantes no solo para la mujer que atraviesa la menopausia sino también para aquellos a su alrededor, incluidos miembros de la familia y amigos. La irritabilidad y la sensibilidad incrementada pueden llevar a malentendidos o conflictos con los seres queridos, particularmente si los otros no están informados sobre las causas subyacentes de estos comportamientos.

La falta de paciencia o la facilidad para ofuscarse pueden generar tensiones con los niños, la pareja o incluso colegas y amistades. Esto puede afectar la dinámica familiar de forma directa, pudiendo desencadenar respuestas emotivas y creando un ciclo de interacciones negativas si no se manejan adecuadamente.

Por otro lado, los síntomas físicos como el insomnio y los sofocos también pueden influir en la interacción social y el bienestar emocional de la mujer. La fatiga derivada de la falta de sueño puede disminuir la energía para participar en actividades sociales o lidiar con situaciones cotidianas, lo que podría conducir a un retiro social en algunos casos. Además, la preocupación por experimentar sofocos o sudoración en público puede hacer que algunas mujeres se sientan ansiosas por asistir a eventos sociales o reuniones familiares.

Para mitigar estos desafíos, es crucial promover la comunicación abierta y la educación en torno a la menopausia. Compartir información sobre lo que está sucediendo puede ayudar a familiares y amigos a desarrollar empatía y brindar apoyo adecuado. Asimismo, puede ser beneficioso que las mujeres busquen grupos de apoyo donde puedan compartir experiencias y estrategias con otras que atraviesan circunstancias similares.

E).- Rol Social y Laboral: El rol social y laboral de la mujer durante la menopausia puede enfrentar desafíos significativos debido a los cambios físicos y emocionales asociados con esta etapa. En el ámbito laboral, las mujeres pueden experimentar síntomas menopáusicos como sofocos, sudores nocturnos e insomnio, que afectan su concentración, niveles de energía y rendimiento en general.

La necesidad de ausentarse de su puesto de trabajo para atender estas incidencias, o simplemente la dificultad para mantener la productividad, puede afectar su percepción de competencia y su desarrollo profesional. Además, en algunos entornos laborales, puede haber una falta de sensibilidad o conciencia sobre la menopausia, lo que lleva a las mujeres a lidiar con sus síntomas en silencio por temor a ser estigmatizadas o consideradas menos capaces. Este tipo de ambiente puede incrementar el estrés y restar aún más a su confianza en el trabajo.

En cuanto al rol social, las mujeres pueden sentir que su identidad y valor están cuestionados por los ideales de juventud y productividad. Esto puede provocar una disminución en su autoestima y un replanteamiento de su lugar dentro de la sociedad y su círculo íntimo. La transición hacia la menopausia puede coincidir con otros eventos vitales, como el “nido vacío” o la jubilación, que también pueden alterar su rol social preestablecido y requerir un ajuste en su autoconcepto.

F).- Impacto Cognitivo: El impacto cognitivo en mujeres que atraviesan la menopausia es un área de considerable interés e investigación. Durante esta transición biológica, algunas mujeres reportan problemas cognitivos que pueden incluir dificultades con la memoria a corto plazo, concentración, atención y procesamiento de información rápida. Estos síntomas cognitivos suelen describirse como sensaciones de tener una “mente nublada” o experimentar lo que algunas llaman “niebla cerebral”.

Las investigaciones sugieren que las fluctuaciones hormonales, particularmente la disminución en los niveles de estrógeno, podrían estar relacionadas con estos cambios cognitivos. El estrógeno tiene numerosos efectos en el cerebro y se ha asociado con funciones como la regulación del humor y la memoria. Por lo tanto, a medida que los niveles de estrógeno disminuyen durante la menopausia, esto podría afectar temporalmente ciertas funciones cognitivas.

Además, problemas como el sueño interrumpido o inadecuado, que son comunes durante la menopausia debido a los sofocos y la sudoración nocturna, también pueden repercutir negativamente en la función cognitiva. La falta de sueño reparador puede afectar la concentración, el juicio y la capacidad de procesar información nueva.

Las intervenciones que pueden ayudar a manejar los síntomas cognitivos incluyen terapia hormonal, técnicas para mejorar la calidad del sueño, ejercicio regular, alimentación saludable y actividades de estimulación mental como juegos de memoria y habilidades de resolución de problemas.

G).- Estrategias de Afrontamiento y Adaptación: Las estrategias de afrontamiento y adaptación son fundamentales para las mujeres que atraviesan la menopausia, ya que pueden ayudar a mitigar los síntomas y mejorar su calidad de vida durante este período de transición. Estas estrategias pueden abarcar cambios en el estilo de vida, apoyo psicológico, intervenciones médicas y educación sobre la menopausia.

Cambios en el estilo de vida: Adoptar hábitos saludables es una de las formas más efectivas de manejar los síntomas menopáusicos. Esto incluye mantener una dieta equilibrada rica en frutas, verduras y granos enteros; realizar ejercicio regularmente, lo cual puede ayudar a aliviar el estrés y mejorar el ánimo; mantener un peso saludable; y practicar técnicas de relajación, como yoga, meditación o respiración profunda, para reducir la ansiedad y mejorar el sueño.

Apoyo psicológico: Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) y otras formas de asesoramiento pueden ser muy beneficiosas. Estas terapias ayudan a las mujeres a manejar mejor los cambios emocionales y a desarrollar estrategias de afrontamiento que renuevan su sentido de control. Los grupos de apoyo también ofrecen un espacio donde compartir experiencias y consejos con otras que atraviesan situaciones similares, reduciendo así el sentimiento de aislamiento y fomentando la camaradería.

Intervenciones médicas: Para algunas mujeres, el uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH) puede ser una opción viable para aliviar los síntomas físicos y psicológicos de la menopausia,

aunque siempre debe considerarse cuidadosamente junto con el médico debido a sus riesgos potenciales. Otras intervenciones médicas pueden incluir antidepresivos para tratar la depresión menopáusica o medicamentos específicos para combatir la osteoporosis.

Educación sobre la menopausia: Entender la menopausia como una etapa normal del ciclo de vida puede ayudar a las mujeres a ajustar sus expectativas y normalizar su experiencia.

Estas diversas estrategias suelen ser más efectivas cuando se adaptan a las circunstancias y preferencias personales y se implementan de manera integral. La clave es crear un plan de afrontamiento personalizado que aborde tanto los aspectos físicos como psicológicos de la salud de la mujer durante la menopausia.

Redes de Apoyo: La existencia de una red de soporte sólida, compuesta por familia, amigos, profesionales de la salud y grupos de apoyo, puede ser muy beneficioso para el bienestar emocional de la mujer en la menopausia. Compartir experiencias y recibir comprensión y asesoramiento puede ayudar a gestionar mejor los retos emocionales de este período.

Para asegurar un mejor bienestar emocional durante la menopausia, es fundamental reconocer y validar estos sentimientos y buscar ayuda cuando sea necesario. Las intervenciones pueden incluir consejería, terapias de reemplazo hormonal (si son adecuadas y seguras para la mujer), terapias alternativas y cambios en el estilo de vida como la actividad física regular, la nutrición equilibrada y técnicas de manejo del estrés.

Metodología

Objetivo General: determinar el impacto de los efectos de la menopausia en el entorno psicosocial de la mujer, sus cambios hormonales, su autoestima, la imagen corporal, su relación con su pareja, la interacción social familiar, y la calidad de vida en general.

Tipo de Investigación Cuantitativo

Diseño de Investigación

Descriptiva: Porque solo se describen los hechos tal como se encontraron llegando a un análisis de observación.

Transversal: porque solo es en el periodo de tiempo de Agosto a Abril.

Correlacional: porque su pretensión es visualizar como se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí como lo es el impacto de los efectos de la menopausia en los entornos psicosociales.

Explicativo: porque buscan encontrar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos y de donde se derivan para su posible solución y aportación a la ciencia.

Población o muestra de estudio

Universo: Se llevó a cabo en una escuela primaria pública de la ciudad de Tampico, Tamaulipas, involucrando a los maestros y padres de familia.

Muestra: está conformada por 34 mujeres entre 42 y 56 años de edad.

Técnica de recolección de datos: Para la selección de la se utilizo el método muestreo aleatorio simple.

Instrumento de Medición de Datos Cuestionario realizado por la investigadora

Técnica de Análisis de Datos Se utilizo una base de datos para el análisis de los indicadores a través de los datos de frecuencias.

En lo que respecta a consideraciones éticas el estudio se apegó estrictamente a la ley de protección de datos personales, cuidando el anonimato al recopilar, procesar y almacenar los datos de los alumnos.

Resultados

TABLA 1 ¿LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO PARA CONTRARRESTAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Si	12	35%
No	22	65%

TABLA 2 ¿CON QUE FRECUENCIA SE SIENTE ESTRESADA O CON ANSIEDAD?

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Siempre	14	41%
Algunas veces	16	47%
Nunca	04	12%

TABLA 3 ¿QUÉ CAMBIOS A NIVEL COGNITIVO HA OBSERVADO QUE HAN AFECTADO SU FUNCIONAMIENTO DIARIO Y ESO LE CAUSA PREOCUPACIÓN?

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Alteraciones en la memoria	5	12%
Dificultades de concentración	4	9%
Tendencia a distraerse	10	23%
Dificultad para cambiar de actividad	4	9%
Ninguna	17	40%
Todas las anteriores	3	7%
Otras	0	0%

TABLA 4 ¿QUÉ CAMBIOS EN SU ESTADO DE ÁNIMO ESTÁ PRESENTANDO?

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Tristeza	9	19%
Irritabilidad	14	29%
Falta de interés en sus actividades diarias	5	10%
Ninguno	9	19%
Todas las anteriores	5	10%
Otras	6	13%

TABLA 5 ¿CON QUE FRECUENCIA HA REACCIONADO DE FORMA VIOLENTA VERBALMENTE CON SUS HIJOS Y/O SU PAREJA?

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Siempre	12	35%
Algunas veces	14	41%
Nunca	8	24%

Conclusiones

El punto central de la problemática del presente estudio es determinar si la menopausia puede afectar tanto a la mujer que la atraviesa como a su familia en general, tanto emocionalmente como psicológicamente.

La literatura menciona que el proceso de la menopausia constituye, junto con la adolescencia, los dos hitos más significativos del desarrollo biológico de la vida de la mujer, dado que marcan el inicio y el fin de la función reproductiva; sin embargo, el tratamiento social es diferente, ya que mientras el segundo tiene la connotación de desarrollo y vitalidad, la menopausia, en el marco de la cultura occidental lleva implícita la idea de envejecimiento y pérdida de la funcionalidad.

En el plano social, la mujer climatérica de edad mediana se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros (adultos mayores), así como de los nietos. La doble jornada es más agresiva cuando se exigen respuestas iguales a diez años precedentes, pero estas no son idénticas, puesto que aumentan las responsabilidades familiares y sociales.

Por otra parte, la doble jornada es más agresiva, hay recarga de las actividades domésticas, se incrementan las responsabilidades familiares y sociales y una inadecuada dinámica familiar recrudece la gravedad de los síntomas climatéricos. En esta etapa la mujer se siente triste, irritable, deprimida, ansiosa, necesitada de apoyo y comprensión, en lo cual inciden los factores sociales relacionados con preocupaciones de índole económica, laboral.

Por otro lado, la Dra. María Consuelo Manero Soto, especialista en psicoterapia y salud mental del Centro Médico ABC. Considera que durante esta etapa de la vida, es normal que la mujer sienta bochornos, falta de concentración, una baja en la libido, pérdida de memoria, depresión, ansiedad, irritabilidad y otras alteraciones físicas y en el estado de ánimo.

Por lo mismo, esta situación puede afectar a la familia debido a que tampoco saben lidiar con los cambios que vive la mujer y que, en ocasiones, puede resultar en una mamá amigable y sonriente, pero en otras ocasiones en una mamá triste, llorando o irritable. Aunque todas estas situaciones pueden llegar a asustarnos, también se debe considerar que es una situación normal, debido a que toda mujer llegará a vivirlo en un momento u otro.

En conclusión, la menopausia puede tener un impacto significativo en las relaciones familiares, sociales y laborales de las mujeres, así como en la dinámica y comunicación dentro de los entornos psicosociales. Es fundamental reconocer y abordar estos cambios para facilitar una adaptación saludable y fortalecer las conexiones interpersonales. Promover la comprensión, la empatía y el apoyo mutuo en estos entornos es esencial para fomentar el bienestar emocional y la armonía durante esta etapa de transición en la vida de las mujeres.

Obtenido de:

Alexander, Ivy M, Knight, Karla A. Grafic, S.L. (2007). 100 preguntas y respuestas sobre la Menopausia. Editorial EDAF, S. L. Madrid, España

Ballinger, S. (2007) Menopause and Self-Esteem" en "British Journal of Obstetrics and Gynaecology".

Bromberger J T y Epperson CN. (2018) "The Psychological Impact of Menopause" en "Obstétrico & Gynecology Clinics of North America".

Couto, Dayana; Nápoles, C. Danilo (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. MEDISAN; 18(10):1409-1418

Guía de práctica clínica. Atención del climaterio y la menopausia. México: Secretaría de Salud; 2009

Griffiths, Frances et al. (2006) "Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence." en "JBI Library of Systematic Reviews".

Lobo ,Rogerio A. et al. (2000). "Menopause: Biology and Pathobiology". ACADEMIC PRESS.

Navarro D, Fontaine Y. Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(2):169-76.

Soares CN. (2010) "Menopause and mental health." en "psiquiátric Clinics of North America".

The North American Menopause Society (NAMS). (2021). "Menopause Guidebook". 6th Edition

The North American Menopause Society (NAMS). (2021). "Menopause Practice: A Clinician's Guide".

The North American Menopause Society. (2021). "Changes in sexuality and intimacy during the menopausal transition".



PARADIGMA, PUBLICACIÓN PARA Y DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA ICES.T

Instrucciones para los autores

La revista Paradigma de Investigación en Psicología es una publicación periódica que se publica cuatrimestralmente por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas A C a través de la Facultad de Psicología del Campus Tampico 2000, con arbitraje de pares y considera para su publicación artículos de investigación original e inéditos, de revisión bibliográfica, estudios de casos, monografías, ensayos, sobre las diversas áreas temáticas de la Psicología así como especialidades afines.

La revista de Investigación en Psicología está dirigida a instituciones de salud mental de nivel profesional, académicos, profesionales y estudiantes de nivel licenciatura y de grado. Es de acceso abierto, sin cobro de publicación; todos los artículos están disponibles al inicio de cada cuatrimestre y se permite su lectura y descarga.

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de los árbitros ni del Editor. Se autoriza la reproducción de los artículos (no así de las imágenes) con la condición de citar la fuente y respeten los derechos de autor.

En relación a los manuscritos

Los autores interesados en publicar en la revista de psicología Paradigma enviarán sus trabajos al correo electrónico de la Editora, para someterse de manera inicial a un proceso de revisión técnica a cargo de la editora de la revista y de acuerdo con su dictamen, se enviará a revisión rigurosa por pares de acuerdo con el tema de la investigación propuesta.

I El manuscrito de los artículos originales debe tener las siguientes características:

- Formato: Todos los textos deberán ser originales, realizados con un interlineado a 1.5 líneas, con justificación a la izquierda, fuente Arial 12 puntos, con márgenes de por lo menos 2.5 cm en tamaño carta. Las páginas deben estar numeradas.
- Para ser evaluado, el manuscrito debe ser enviado en archivo tipo Word con tres apartados: primera página, manuscrito anónimo y cuadros y figuras.
- En la primera página se deben incluir los siguientes puntos:
 - o Título principal del manuscrito en español e inglés.
 - o Nombre completo. ORCID (si no lo tiene, debe registrarse de forma gratuita en <https://orcid.org>) e institución a la que pertenece cada autor.
 - o Información de contacto del autor responsable del manuscrito (correo electrónico, dirección completa preferentemente institucional y teléfono).

II Para las investigaciones

- La extensión no excedera las diez páginas. El título no será mayor de quince palabras y deberá estar redactado en español e inglés. Los autores, además, anexarán la institución de

procedencia incluyendo dirección, teléfonos oficiales y correo electrónico.

- Un Resumen de 150 palabras redactado en español e inglés, que contenga a) Hipótesis, b) Objetivo, c) Material y Método, d) Conclusiones, f) Palabras clave (Cinco a ocho).

• El contenido debe incluir Introducción que abarque el planteamiento, revisión de los estudios que ya se han llevado a cabo acerca de ese tema o materia, importancia, es decir las aportaciones nuevas que brinda y las principales teorías que sustentan la investigación.

- Objetivos (General y Específicos), Material y Método, especificando: a) Período en el que se realizó el estudio, población o ciudad, b) Sujetos que fueron analizados (método de selección, características de la muestra), c) Tipo de investigación, d) Procedimiento e) Instrumento(s) utilizado(s) (Nombre, autor, número de ítems y objetivo)

• Al final de la sección de Metodología, describir un apartado para especificar las "Consideraciones éticas", aplicadas a su trabajo de investigación como por ejemplo lo relacionado con el consentimiento informado y la aprobación por el comité de investigación de la institución en donde se realizó el estudio e indicar si todos los participantes tuvieron conocimiento de la finalidad de la investigación y si su participación fue voluntaria.

- Resultados: En esta sección se resumen los hallazgos más importantes del estudio relacionados con las variables planteadas en la hipótesis.

• Tablas y gráficas:

a) Primero se ponen las tablas, deben estar numeradas en forma consecutiva, seguida de la leyenda correspondiente (pregunta o ítems representado).

b) Después siguen los gráficos de las tablas expuestas, igualmente numeradas seguidas de la leyenda correspondiente (pregunta o ítems representado)

• Conclusiones: Debe mostrar a los lectores los aportes que hace la investigación.

• Referencias bibliográficas: Mínimo 25 referencias ordenadas alfabéticamente en formato APA.

III Para los artículos de revisión bibliográfica

• La extensión del manuscrito no excedera las ocho páginas. El título no será mayor de quince palabras y deberá estar redactado en español e inglés. Los autores, además, anexarán la institución de procedencia incluyendo dirección, teléfonos oficiales y correo electrónico.

- Un Resumen de 150 palabras redactado en español e inglés, el cual especifique Referencia del problema, Justificación,

Planteamiento del problema así como cinco a ocho palabras clave.

- El contenido debe incluir Introducción que abarque el planteamiento, revisión de los estudios que ya se han llevado a cabo acerca de ese tema o materia, importancia es decir las aportaciones nuevas que brinda y las principales teorías que sustentan la investigación.

- Objetivos (General y Específicos), Material y Método, especificando: a) Período en el que se realizó el estudio, población o ciudad, b) Sujetos que fueron analizados (método de selección, características de la muestra), c) Tipo de investigación, d) Procedimiento e) Instrumento(s) utilizado(s) (Nombre, autor, número de ítems y objetivo)

- Marco teórico, incluir las teorías principales que sustentan la investigación.

- Análisis de resultados. Reflexión de los resultados.

- Conclusiones: Mostrar a los lectores los aportes que hace la investigación.

- Referencias bibliográficas: Mínimo 25 referencias ordenadas alfabéticamente en formato APA.

IV Estudio de Casos

- La extensión del manuscrito no excedera las ocho páginas. El título no será mayor de quince palabras y deberá estar redactado en español e inglés. Los autores, además, anexaran la institución de procedencia incluyendo dirección, teléfonos oficiales y correo electrónico.

- Un Resumen de 150 palabras redactado en español e inglés, cinco a ocho palabras clave.

- En el Contenido debe incluir: a) Antecedentes Teóricos, b) Descripción del caso y c) Conclusiones.

- Así como un mínimo 25 referencias ordenadas alfabéticamente en formato APA.

- Se recomienda a los mismos consultar las recomendaciones para la elaboración de artículos del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (APA)

V Reflexiones sobre la práctica profesional

- El contenido es libre con un máximo de tres páginas.

VI Monografías

- Se reciben artículos con un máximo de diez páginas, incluidos los auxiliares visuales y las referencias.

VII Ensayos

- Se aceptarán reseñas de libros, análisis de películas o documentales los cuales deberán contener Título, Ficha Técnica y Presentación de la obra, Evaluación y Conclusiones o Aportaciones.

- Así como el análisis de algún tema de interés relacionado con una problemática de salud mental, los cuales no deberán exceder de tres páginas.

VIII Todos los manuscritos deberán incluir un documento en donde se establece que los autores aceptan libremente ceder los derechos del mismo a la revista, así como que el manuscrito es original y no ha sido publicado o se encuentra en proceso de

revisión en otra revista. Este documento debe estar firmado por todos los autores.

IX Los manuscritos que no estén el formato adecuado serán regresados a los autores para corrección y reenvió antes de ser considerados para el proceso de arbitraje.

Los envíos del manuscrito para evaluación se posible publicación deben ser enviados a la editora Lic. Lorena Juárez Orta al correo: editor_paradigmaicest@icest.edu.mx

Una vez cumplido el proceso editorial incluida la revisión por pares, los manuscritos aceptados serán editados de acuerdo con el formato de estilo de la revista y enviados al autor correspondencia para aprobación de la versión final.



Revista Paradigma

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C.