



JANASKAKUA

Revista de Divulgación Científica de la Facultad de Enfermería de la UMSNH

No. 8 , marzo 2022

Artículos de Investigación

Proceso de Enfermería

Artículos de Revisión

Vínculo entre dieta y fertilidad

Conductas de riesgo en adolescentes

Importancia de la salud mental del docente

www.enfermeria.umich.mx



JANASKAKUA

DIRECTORIO

Dr. Raúl Cárdenas Navarro

Rector de la Universidad Michoacana de San

Nicolás de Hidalgo

L.E. Pedro Mata Vázquez

Secretario General

Dr. Orépani García Rodríguez

Secretario Académico

M.E. y M.F. Silvia Hernández Capi

Secretaria Administrativa

Dr. Héctor Pérez Pintor

Difusión Cultural y Extensión Universitaria

M.C. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

C.M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

MEI. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Coordinadora de la Revista Janaskakua

Comité Editorial

Dra. María Luisa Sáenz Gallegos

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

L.S.C. Juan Luis Lucio Romero

Janaskakua, revista de divulgación de la Facultad de Enfermería, Año 2, No. 4, marzo-junio de 2020, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través de la Facultad de Enfermería, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55, <http://janaskakua.enfermeria.umich.mx>

revistajanaskakua@gmail.com

Derechos de uso exclusivo e ISSN en trámite. Responsable de la última actualización de este número, comité editorial, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación o de la Facultad de Enfermería.

Esta revista puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, requiere permiso previo de la institución y del autor

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución -NoComercial- SinDerivadas 4.0 Internacional.



JANASKAKUA

PALABRAS DE LA EDITORA

¡Un gusto compartir con Ustedes el número ocho de la revista Janaskakua!

Poco a poco se va construyendo una Revista Científica que evoluciona al pasar del tiempo, sumamos en este número el Certificado de la Reserva de Derechos. Seguimos invitando a todos nuestros lectores a enviar sus trabajos, para darlos a conocer por este medio y compartir con todos nosotros sus trabajos científicos como: Procesos de Enfermería, Artículos de Investigación o sus Artículos de Revisión Literaria.

Les esperamos.

ÍNDICE

Intervenciones Estandarizadas del Cuidado de Enfermería en el Recién Nacido Prematuro con Síndrome de Dificultad Respiratoria

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de peritonitis aguda

Plan de cuidados personalizado a paciente con craneotomía descompresiva.....26

El vínculo entre la dieta y la fertilidad femenina.....35

Importancia de la salud mental del docente en su desempeño profesional a nivel superior.....45

Conductas de Riesgo de los adolescentes tardíos de nivel medio superior y superior en Ciudad Hidalgo y Maravatío.....56



JANASKAKUA

Proceso de Enfermería



Intervenciones Estandarizadas del Cuidado de Enfermería en el Recién Nacido Prematuro con Síndrome de Dificultad Respiratoria

Standardized Nursing Care Interventions in Preterm Infants with Respiratory Distress Syndrome

Aída Hernández Flores

aida.hernandez@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala

lilia.alcantar@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

madejesus.ruiz@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Mayra Itzel Huerta Baltazar

mayra.huerta@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

Introducción: El síndrome de dificultad respiratoria es originado por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico del recién nacido prematuro, causada por la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante pulmonar, se considerada la principal causa de morbimortalidad. Plan de cuidado estandarizado, protocolo de cuidados para atención inmediata y efectiva basado en el proceso enfermero; consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Objetivo: Proponer intervenciones estandarizadas del cuidado de enfermería en recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria. **Método:** Revisión sistemática en bases de datos: SciELO, PubMed, Cuiden, Dialnet y Redalyc sobre principales diagnósticos de enfermería publicados en artículos científicos referente a recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria. Se consideraron 10 artículos y se analizaron los principales diagnósticos. Para la construcción de diagnósticos, se identificaron respuestas humanas. Se consideró, en diagnósticos reales, esquema de dominios-clases; se seleccionó la etiqueta diagnóstica, factor relacionado y características definitorias; en los de riesgo solo se consideró el factor relacionado. Para resultados esperados se utilizó la metodología propuesta por la NOC; las intervenciones se realizaron con base a NIC. **Resultados:** Se analizaron 10 artículos publicados en revistas científicas sobre el proceso enfermero; se obtuvieron cinco principales diagnósticos:

patrón respiratorio ineficaz, termorregulación ineficaz, patrón de alimentación ineficaz del lactante, limpieza ineficaz de las vías aéreas y riesgo de infección. **Conclusiones.** Las intervenciones estandarizadas facilitarán a profesionales de enfermería mejorar la práctica y formulación de diagnósticos rápidamente. Para el recién nacido prematuro, se garantizará un cuidado de calidad.

Palabras clave: cuidados estandarizados, proceso enfermero, recién nacido prematuro, síndrome de dificultad respiratoria.

Abstract

Introduction: Respiratory distress syndrome is caused by immaturity of the anatomical and physiological development of the premature newborn, caused by quantitative and qualitative deficiency of surfactant, it is considered the main cause of morbidity and mortality. The standardized care plan is a care protocol for immediate and effective care based on the nursing process that consists of 5 steps: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. **Objective:** To propose standardized nursing care interventions in premature newborns with respiratory distress syndrome. **Method:** Systematic review in databases: SciELO, PubMed, Cuiden, Dialnet and Redalyc on the main nursing diagnoses published in scientific articles referring to premature newborns with respiratory distress syndrome. 10 articles were considered and the main diagnoses were analyzed. For the construction of diagnoses, human responses were identified. In real diagnoses, a domain-class scheme was considered; the diagnostic label, related factor and defining characteristics were selected; in the risk factor, only the related factor was considered. For expected results, the methodology proposed by the NOC was used; the interventions were performed based on NIC. **Results:** 10 articles published in scientific journals on the nursing process were analyzed; Five main diagnoses were obtained: ineffective breathing pattern, ineffective thermoregulation, ineffective infant feeding pattern, ineffective airway clearance, and risk of infection. **Conclusions.** Standardized interventions will make it easier for nursing professionals to quickly improve practice and make diagnoses. For the premature newborn, quality care will be guaranteed.

Keywords: standardized care, nursing process, premature newborn, respiratory distress syndrome.

Introducción

El Síndrome de dificultad respiratoria es la principal causa de morbimortalidad en los Recién Nacidos Prematuros (RNP) originado por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar, causada principalmente por la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que impide un adecuado intercambio gaseoso (Chinchay, 2016).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2018, menciona que cada año nacen 15 millones en el mundo, cabe señalar que es el principal factor de morbimortalidad en menores de cinco años reportados en el año 2015. La Secretaría de Salud en el 2017, anunció que en México cada año se registraron más de 200 mil nacimientos prematuros.

La transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina que ocurre durante el nacimiento, requiere de cambios anatómicos y fisiológicos oportunos para lograr la conversión de intercambio de gases de la placenta a la respiración pulmonar. Dicha transición se produce por la iniciación de la respiración de aire y el cese de la circulación placentaria (Guía de Práctica Clínica ,2018).

El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) se incrementa a medida que la edad gestacional es menor; según un estudio realizado por la red NEOCOSUR con 5991 niños menores de 1500 g atendidos en 20 unidades de neonatología públicas y privadas de Latinoamérica. La ocurrencia de SDR fue desde 85.4% en los menores de 28 semanas a 44.1% en los recién nacidos entre 28 a 32 semanas durante el 2002 al 2007. Por otro lado, la incidencia también disminuye al aumentar el peso de nacimiento, desde 89% en los menores de 750 g a 63% en los RN de 1250 a 500 g. Estudios epidemiológicos a nivel mundial estiman una incidencia de aproximadamente de 40000 casos anuales, estableciéndose como la principal causa de muerte neonatal durante la primera semana de vida (Meritano, Bouza, Machado y López 2020).

Los profesionales de enfermería deben contar con un Plan de cuidado estandarizado para la atención inmediata y efectiva al RNP ya que este se basa en el Proceso Enfermero (PE) que establece una plataforma del razonamiento clínico y da paso una buena organización y sistematización de cuidados incluyendo las cinco etapas con los cuales está conformado: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, esto permite realizar cuidados oportunos y de calidad.

Por otro lado, el uso de las taxonomías *North American Nursing Diagnosis Classification (NANDA)*; *Nursing Interventions Classification (NIC)*; *Nursing Outcomes Classification (NOC)*; permite la regulación de la práctica enfermera, unificando la

práctica clínica de acuerdo a las necesidades de la persona, familia o comunidad y también un lenguaje estandarizado.

Objetivo

Proponer intervenciones estandarizadas del cuidado de enfermería en recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria.

Metodología

Para llevar a cabo las intervenciones estandarizadas de cuidado de enfermería en recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria, se realizó una revisión sistemática en diversas bases de datos en español: SciELO, PubMed, Cuiden, Dialnet y Redalyc sobre los principales diagnósticos de enfermería en artículos publicados relacionados con el RNP. Se consideraron 10 artículos en donde se identificaron los principales diagnósticos de enfermería reportados en ello, el síndrome de dificultad respiratoria es uno de los principales diagnósticos más aplicados por ser el problema más frecuente a lo que se enfrentan dichos pacientes.

Se realizaron los diagnósticos tomando en cuenta su jerarquización, es decir, de acuerdo al número de veces que los autores de los artículos los mencionaron en sus publicaciones, en ese orden se encuentran: patrón respiratorio ineficaz, termorregulación ineficaz, patrón de alimentación ineficaz del lactante, riesgo de infección y limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Posteriormente se clasificaron los diagnósticos: cuatro reales y uno de riesgo con las taxonomías NANDA, NIC y NOC consideradas como un marco de referencia para aplicar un lenguaje estandarizado.

Para la construcción de los diagnósticos se consideraron los siguientes pasos; el primer paso fue situarse en el esquema del dominios y clases correspondientes, se seleccionó la etiqueta diagnóstica con su definición, los factores relacionados y las características definitorias; en el caso del diagnóstico de riesgo se consideró la etiqueta diagnóstica con su definición y los factores relacionados.

Para continuar, en el segundo paso se utilizó la metodología propuesta por la NOC, seleccionando las opciones de los resultados esperados que formarán parte de la evaluación. Cada resultado tiene implícita una escala de medición a utilizar que sirve como referente para interpretar el resultado conocido como puntuación Diana, esto consiste en una serie de selección de indicadores medibles derivadas de las respuestas humanas.

En el tercer paso se utilizó las intervenciones propuestas fueron realizadas con base a la NIC. Considerando los diagnósticos realizados.

Tabla 1

Resultados de artículos científicos publicados del proceso enfermero en recién nacidos prematuros

Autor del artículo	Patrón Respiratorio ineficaz	Patrón de alimentación ineficaz	Termorregulación ineficaz	Riesgo de infección	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
Chinchay (2016)	X	X			
Sánchez y Álvarez (2018)	X	X		X	X
Aspur (2019)	X		X		
Soto y Sellan (2017)	X	X	X	X	
Martínez Pérez (2021)	X	X	X	X	
Duran y Lora (2017)	X	X			
Guerrero (2020)	X				X
Rivera Quinde (2021)	X	X	X		
Guía de Práctica Clínica (2018)	X	X	X	X	
Mera, et al. (2019)	X	X	X	X	
ponderación	10	8	6	5	2

Nota: se analizaron 10 artículos científicos para realizar la ponderación de diagnósticos de enfermería más realizados en neonatos prematuros con síndrome de dificultad respiratorio

Tabla 2

<p>Dominio 4. Actividad y reposo Clase 4. Patrón respiratorio Diagnóstico: 00032 Patrón respiratorio ineficaz Definición: la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. Factores relacionados: Fatiga, fatiga de los músculos de la respiración, posición corporal que inhibe la expansión de los pulmones.</p>				
Características definitorias	NOCC	Resultados	Intervenciones NIC / Actividades	Evaluación
<p>Dificultad respiratoria. Disminución de la capacidad espiratoria. Aleteo nasal. Quejido espiratorio. Tiraje intercostal. Disociación toraco abdominal. Retracción xifoidea. Cianosis. Polipnea.</p>	<p>0415 Estado respiratorio</p> <p>Indicadores</p> <p>041501 Frecuencia respiratoria</p> <p>041502 Ritmo respiratorio.</p> <p>041503 Profundidad de la inspiración.</p> <p>041508 Saturación de oxígeno</p> <p>041510 Uso de los músculos accesorios de la respiración</p>		<p>3140 Manejo de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> -Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla. -Colocar el paciente para maximizar el potencial de la ventilación. -Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas. -Auscultar los sonidos respiratorios. -Administrar broncodilatadores según corresponda <p>3320 Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. -Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. -Preparar el equipo de oxígeno y administrarlo a través de un sistema calefactado y humidificado. -Administrar oxígeno suplementario según órdenes. -Vigilar el flujo de litros de oxígeno. -Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. -Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), -Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. -Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción. -Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno. <p>3350 Monitorización respiratoria</p>	<p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener en: _</p> <p>Aumentar a: _</p>
	Escala de medición			
	Desviación grave del rango normal	1		
	Desviación sustancial del rango normal	2		
	Desviación moderada del rango normal	3		
	Desviación leve del rango normal	4		
	Sin desviación del rango normal	5		

		<p>-Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>-Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <p>-Colocar sensores de oxígeno no invasivos con sistemas de alarma apropiado para el paciente con factores de riesgo.</p>	
--	--	--	--

Tabla 3

<p>Dominio 2. Nutrición. Clase 1. Ingestión Diagnóstico: 00008 Patrón de alimentación ineficaz del lactante Definición: Alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión-deglución, que da lugar a una ingesta alimentaria inadecuada para las necesidades metabólicas. Factores relacionados: prematuridad.</p>			
Características definitorias	Resultados NOC	Intervenciones NIC/Actividades	Evaluación
<p>Incapacidad para iniciar una succión eficaz, incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración.</p>	<p>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. Indicadores: 100801 Ingestión alimentaria oral. 100802 ingestión alimentaria por sonda. 100804 Administración de líquidos IV. 100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total.</p> <p>Escala de medición</p>	<p>1120 terapia nutricional -Determinar la necesidad de alimentación enteral o por sonda. -Administrar alimentación enteral, cuando sea posible.</p> <p>1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT) -Asegurar la colocación de una línea intravenosa en relación con la infusión de nutrientes. -Utilizar las vías centrales solo para la infusión de nutrientes muy calóricos o de soluciones de soluciones hiperosmolares. -Determinar la colocación correcta del catéter central intravenoso mediante examen radiológico. -Monitorizar la presencia de infiltración, infección y complicaciones metabólicas. -Comprobar la solución de NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según la prescripción.</p>	<p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener en: _ Aumentar a: _</p>

Inadecuado	1	-Mantener un flujo constante de la solución NPT.
Ligeramente adecuada	2	-Evitar pasar rápidamente la solución NPT que se ha retrasado para la infusión de otras sustancias
Moderadamente adecuada	3	-Controlar las entradas y salidas
Sustancialmente adecuada	4	-Vigilar glucemia
Completamente adecuado	5	-Control de signos vital -Mantener las precauciones universales 1056 Alimentación enteral por sonda -Seleccionar el tipo de sonda a insertar de acuerdo con el protocolo. -Fijar la sonda en la piel con esparadrapo. -Observar si la colocación de la sonda es correcta, inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro. -Confirmar la colocación de sonda mediante rayos X antes de administrar alimentos y medicamentos a través de ella. -Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 a 8 horas según corresponda. -Vigilar el estado de líquidos y electrolitos

Tabla 4

Dominio 11. Seguridad y protección. **Clase 6.** Lesión física

Diagnóstico 3: 00008 Termorregulación ineficaz.

Definición: fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

Factores relacionados: reserva insuficiente de grasa subcutánea, aumento de la superficie corporal en relación con su peso, extremos de la vida, extremos de peso, vestimenta inapropiada para la temperatura del ambiente.

Características definitorias	Resultados esperados NOC	Intervenciones(NIC) / Actividades	Evaluación										
<p>Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal. Cianosis de los lechos ungueales. Disminución de la temperatura corporal por debajo del rango normal. Llenado capilar lento. Piel fría al tacto. Piel caliente al tacto.</p>	<p>0801 Termorregulación: recién nacido Indicadores 080116 Inestabilidad de la temperatura 080117 Hipertermia 080118 Hipotermia</p> <p>Escala de medición</p> <table border="1" data-bbox="464 764 827 1114"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	<p>3900 Regulación de la temperatura corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. -Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua si es preciso. -Observar el color y la temperatura de la piel. -Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. -Envolver a los lactantes de bajo peso al nacer en plástico justo después de nacer mientras aún están cubiertos por líquido amniótico, si es adecuado y siguiendo el protocolo del centro. -Poner un gorro para evitar la pérdida de calor del recién nacido. -Colocar al recién nacido en incubadora si es necesario. -Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación. -Precalentar los objetos situados cerca del lactante en la incubadora y ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente y ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 	<p>Puntuación Diana Mantener en: _ Aumentar a: _</p>
Gravemente comprometido	1												
Sustancialmente comprometido	2												
Moderadamente comprometido	3												
Levemente comprometido	4												
No comprometido	5												

Tabla 5

<p>Dominio 11. Seguridad y Protección. Clase 1. Infección. Diagnóstico: 00004 Riesgo de Infección Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud Factores relacionados: alteración en la integridad cutánea, alteración en la peristalsis, inmunización inadecuada, malnutrición.</p>												
Resultados NOC	Intervenciones(NIC) / Actividades	Evaluación										
<p>2009 Estado de comodidad: entorno Indicadores 200902 Temperatura ambiental 200905 Organización del entorno 200906 Limpieza del entorno 0702 Estado Inmune Indicadores 070207 temperatura corporal 070208 integridad cutánea Escala de medición</p> <table border="1"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	<p>6486 Manejo ambiental: seguridad -Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). -Eliminar los factores de peligro del ambiente cuando sea posible. 6550 protección contra infecciones -Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. -Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. -Limitar el número de visitas, según corresponda -Mantener la asepsia para el paciente en riesgo. -Aplicar técnicas de aislamiento si es preciso. -Proporcionar los cuidados adecuados de la piel. -Inspeccionar la presencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y las mucosas. -Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. -Obtener muestra para cultivo, si es necesario. -Utilizar los antibióticos con sensatez.</p>	<p>Puntuación Diana Mantener en:_ Aumentar a: _</p>
Gravemente comprometido	1											
Sustancialmente comprometido	2											
Moderadamente comprometido	3											
Levemente comprometido	4											
No comprometido	5											

Tabla 6

Dominio 11. Seguridad y protección. **Clase 2.** Lesión Física

Diagnóstico 5. 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucción del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables

Factores relacionados: Mucosidad excesiva y retención de las secreciones

Características definitorias	Resultados esperados NOC	Intervenciones(NIC) / Actividades	Evaluación										
<p>Alteración en el patrón respiratorio. Alteración en la frecuencia respiratoria. Cianosis. Excesiva cantidad de esputo. Sonidos respiratorios adventicios.</p>	<p>0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Indicadores 04007 ruidos respiratorios 041018 Uso de los músculos accesorios. 041020 acumulación de esputo</p> <p style="text-align: center;">Escala de medición</p> <table border="1" data-bbox="485 792 903 1117"> <tr> <td>Desviación del rango normal</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Desviación sustancial del rango normal</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Desviación moderada del rango normal</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Desviación leve del rango normal</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sin desviación del rango normal.</td> <td>5</td> </tr> </table>	Desviación del rango normal	1	Desviación sustancial del rango normal	2	Desviación moderada del rango normal	3	Desviación leve del rango normal	4	Sin desviación del rango normal.	5	<p>3160 Aspiración de las vías aéreas -Usar precauciones universales -Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal -Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. -proporcionar sedación según corresponda. -Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada. -Utilizar aspiración de sistema cerrado. -Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad de diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente. -Monitorizar la presencia de dolor. -Monitorizar el estado de oxigenación del paciente. -Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.</p>	<p>Puntuación Diana Mantener en:_ Aumentar a:_</p>
Desviación del rango normal	1												
Desviación sustancial del rango normal	2												
Desviación moderada del rango normal	3												
Desviación leve del rango normal	4												
Sin desviación del rango normal.	5												

Conclusiones

Los planes de cuidados estandarizados de enfermería servirán como fuente de información y consulta para la elaboración de cuidados individualizados, también facilitará al personal de nuevo ingreso su adaptación a las diversas áreas de cuidados al contar con una guía para la práctica.

Las intervenciones estandarizadas de cuidado de enfermería dirigido a recién nacidos prematuros son de suma importancia, ya que ayuda a mejorar la agrupación de los cuidados para evitar las complicaciones que caracterizan a la prematurez, de esta manera se puede garantizar una atención de calidad satisfaciendo las necesidades de estos niños que nacen de pretérmino.

Referencias

- Alfaro-LeFevre, R. (2007). *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración*.
<https://books.google.nl/books?id=MA4ofsSAoHAC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Aspur, C. G. J. (2019). Cuidado de Enfermería aplicado a un recién nacido de alto riesgo en el servicio de Neonatología. *Hospital Regional de Ica*. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9113>
- Chinchay, Q. C. R. (2016). Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria: fortaleciendo el vínculo madre-recién nacido. Recuperado de <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/247>
- Gutiérrez, J., Angulo, E., García, H., García, E., Padilla, H. y Pérez, D. (2019). Manual de neonatología. *México: Universidad de Guadalajara*.
- Guerrero, R. M. E. (2018). *Proceso de cuidado de enfermería para pacientes pretérmino con patrón respiratorio ineficaz*. (Doctoral dissertation, Facultad de Enfermería y Nutrición). Recuperado de https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatalogia_2019_con_forros.pdf
- Herdman, T. H., y Kamitsuru, S. (Eds.). (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana*. Elsevier
- Guía de Práctica Clínica (2018). Intervenciones de Enfermería durante la reanimación cardiopulmonar en el paciente neonato en un segundo y tercer nivel de atención. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#SS-825-18>

- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, M. L. (Eds.). (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Elsevier.
- Meritano, J., Bouza, G., Machado, S. y López, M. (2020). Consenso para el manejo inicial del síndrome de dificultad respiratoria (sdr) en recién nacidos de muy bajo peso-2020. *rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 3(5).
https://sarda.org.ar/images/2020/8_Guias.pdf
- Rivera, Q. A. C. (2021). *Aplicación del proceso enfermero en neonato pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria*, Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López. *La Libertad 2020* (Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021). <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5948>
- Martínez, P. C. (2021). Plan de cuidados de enfermería en el paciente recién nacido con Síndrome de Dificultad Respiratoria.
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/14565>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Sánchez-Quiroz, F. y Álvarez-Gallardo, L. (2018). Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 428-44. Recuperado de <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.539>
- Soto, M. D. C. S. y Sellán, A. V. (Eds.). (2017). *Cuidados neonatales en enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- Secretaría de Salud (2017). Los bebés prematuros requieren de cuidados especiales. recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/los-bebes-prematuros-requieren-cuidados-especiales?idiom=es>

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de peritonitis aguda”

Personalized nursing care interventions in people with acute peritonitis disease

Arredondo Ramírez Julio Cesar

Secretaría de Salud Michoacán
Instituto Mexicano del Seguro Social

Vanesa Jiménez Arroyo

vanesa.jimenez@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Mayra Itzel Huerta Baltazar

mayra.huerta@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

Introducción: El proceso enfermero es un método sistemático que tiene un gran impacto en la práctica diaria del profesional de enfermería ya que permite una interacción enfermera-paciente favoreciendo una calidad en el cuidado de paciente, familia o comunidad. La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem es una teoría general que se basa en el autocuidado y cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de enfermería. La peritonitis aguda es una de las complicaciones más comunes en los pacientes con diálisis peritoneal aguda. **Objetivo:** Realizar intervenciones personalizadas del cuidado enfermero en una persona con peritonitis aguda. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática respecto al proceso fisiopatológico de peritonitis aguda y para dar sustento teórico de la condición de estudio, posteriormente se realizó la valoración individual a una persona a partir de la guía de valoración de la Macro teoría de Dorothea E. Orem. Así mismo, se realizó un análisis, selección y priorización de diagnósticos, planeación de intervenciones, acciones y evaluación sustentado bajo taxonomías NANDA-I, NOC y NIC. **Resultado:** Se identificaron cinco diagnósticos reales de cuidados de enfermería para pacientes con peritonitis aguda con sus intervenciones y resultados deseados. **Conclusiones:** El proceso enfermero es la herramienta fundamental para el desarrollo profesional y que guía los cuidados que se le proporcionan al paciente con peritonitis aguda.

Palabras clave: Proceso enfermero, Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem y Peritonitis aguda.

Abstract

Introduction: The nursing process is a systematic method that has a great impact on the daily practice of the nursing professional since it allows a nurse-patient

interaction. Achieving quality in patient, family or community care. Dorothea E. Orem's self-care deficit theory is a general theory that is based on self-care and whose main objective is to improve the quality of nursing. Acute peritonitis is one of the most common complications in acute peritoneal dialysis patients. **Objective:** To carry out personalized interventions of nursing care in a person with acute peritonitis. **Methodology:** A systematic review was carried out regarding the pathophysiological process of arterial hypertension and grade I obesity to give theoretical support to the study condition, then an individual assessment was carried out on a person based on the assessment guide of Dorothea's Macro theory E. Orem. Likewise, an analysis, selection and prioritization of diagnoses, intervention planning, actions and evaluation were carried out based on NANDA-I, NOC and NIC taxonomies. **Results:** Five real nursing care diagnoses were identified for patients with acute peritonitis with their interventions and desired outcomes. **Conclusions:** The nursing process is the fundamental tool for professional development and that guides the care provided to the acute peritonitis patient.

Key words: Nursing process, Dorothea E. Orem's Self-Care Deficit Theory and acute peritonitis.

Introducción

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, la teoría de Dorothea Orem es el referente teórico que sustenta dicha práctica profesional de enfermería. El presente artículo aborda las intervenciones en el manejo de un paciente con peritonitis aguda. CITA

Objetivo

Realizar intervenciones personalizadas del cuidado enfermero en una persona con peritonitis aguda.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica respecto al proceso fisiopatológico de la peritonitis aguda para dar sustento teórico de la condición de estudio, posteriormente se realizó la valoración individual a una persona a partir de la guía de la Macro teoría de Dorothea E. Orem. Así mismo, se efectuó un análisis, selección y priorización de diagnósticos, planeación de intervenciones, acciones y evaluación sustentado bajo taxonomías NANDA-I, NOC y NIC.

Resultados

El presente trabajo se realizó con base en los datos obtenidos de pacientes con peritonitis aguda y se priorizaron cinco diagnósticos reales de enfermería.

A continuación, se presentan los 5 principales diagnósticos de enfermería reales identificados en el proceso enfermero realizado a una persona con peritonitis aguda.

Caso de estudio

Factores condicionantes básicos

Paciente femenina de 59 años de edad, presenta insuficiencia renal crónica con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y peritonitis bacteriana, es casada de religión católica con primaria incompleta, trabaja como asistente de contadora.

Originaria de Zinapécuaro, Michoacán, residiendo en dicha ciudad, cuenta con casa propia con todos los servicios intradomiciliarios. cuenta con un área verde en el lugar donde reside.

Presenta enfermedad renal crónica con 3 años de evolución y actualmente con DPCA desde hace un año, hipertensión arterial desde hace 10 años y diabetes mellitus tipo II desde hace 20 años

Vive con su esposo. Sus pasatiempos son tejer y bordar.

Requisitos de autocuidado universal

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire: 22 respiraciones por minutos sin alteraciones
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua: Ingesta de agua es de un litro de agua al día aproximadamente
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos: Alimentación adecuada de acuerdo con su enfermedad con tres alimentos al día la ingesta de carne es de tres veces a la semana
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos: La uresis es poca y eliminación de excretas regular
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: permanece sedentario, en su hogar la mayor parte del tiempo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: Se mantiene comunicado con familiares y amigos.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: Se realiza DPCA cada 6 horas el cual es realizado por su hija y llevando un control de ingresos y egresos del líquido dializante y refiere dolor abdominal de manera recurrente de acuerdo

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales: sin datos significativos

Requisitos de autocuidado y desarrollo:

Sin alteración

Requisitos de desviación de la salud:

Acude a sus citas con el médico especialista. Está bajo tratamiento para la hipertensión arterial con losartan 50 mg. cada 12 horas y prazocin 1 mg cada 12 horas y diabetes mellitus tipo 2 tratada con insulina glargina 12 unidades cada 24 horas.

Realiza su diálisis peritoneal.

Se mantiene un control médico periódicamente, conoce algunos datos de alarma en su enfermedad y se realiza periódicamente chequeo médico.

Se realizó capacitación para el manejo de la diálisis y es cuidado por una de sus hijas, la cual vigila y le da seguimiento al tratamiento de su enfermedad.

Diagnóstico No 1.- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor (Heather, H., (2017)

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Resultados: Control del dolor

Intervenciones: Manejo del dolor

Actividades: Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.

Intervención: Administración de analgésicos

Actividades: Determinar la ubicación, característica, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. Comprobar las indicaciones médicas en cuanto al

medicamento, dosis, frecuencia del analgésico prescrito. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.

Intervención: Manejo ambiental: confort

Actividades: Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad.

Puntuación Diana: 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado

Mantener a 3; Aumentar a 1 SUGIERO: Mantener a 3; aumentar a 1 en todos los diagnósticos

Diagnóstico No 2.- Náuseas relacionado con sabores desagradables evidenciado por sensación de náuseas (Heather, H., (2017)

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase 1: Confort físico

Resultados: Control de náuseas y vómito

Intervenciones: Manejo de las náuseas

Actividades: Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas. Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida. Identificar los factores que pueden causar o contribuir a las náuseas

Intervención: Manejo de la medicación

Actividades: Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrados de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. Explicar al paciente y/o los familiares. Obtener la orden médica para la automedicación del paciente.

Intervención: Monitorización de líquidos

Actividades: Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. Monitorizar las entradas y salidas. Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando esté prescrito. Realizar diálisis, según corresponda, tomando nota de la respuesta del paciente.

Puntuación Diana: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Mantener a 3; Aumentar a 1

Diagnóstico No 3.- Exceso de volumen de líquidos relacionado con ingesta excesiva de líquidos evidenciado por edema (Heather, H., (2017)

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Volumen de líquidos

Resultados: Eliminación urinaria

Intervenciones: Manejo de líquidos

Actividades: Realizar un registro preciso de entradas y salidas. Realizar sondaje vesical, si es preciso. Monitorizar los signos vitales, según corresponda. Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera. Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda.

Intervención: Monitorización de líquidos

Actividades: Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. Monitorizar las entradas y salidas. Llevar un registro preciso de entradas y salidas. Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando esté prescrito. Realizar diálisis, según corresponda, tomando nota de la respuesta del paciente.

Intervención: Sondaje vesical

Actividades: Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje. Reunir el equipo adecuado. Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda. Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido. Monitorizar las entradas y salidas

Puntuación Diana: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido

Mantener a 3 Aumentar a 5

Diagnóstico No 4.- Hipertermia relacionada con actividad vigorosa, deshidratación, vestimenta inapropiada, evidenciado por piel caliente al tacto (Heather, H., (2017)

Dominio 11: seguridad/protección

Clase 6: Termorregulación

Resultados: Termorregulación

Intervenciones: Tratamiento de la hipertermia

Actividades: Monitorizar los signos vitales. Aplicar métodos de enfriamiento externos. Monitorizar la diuresis

Intervenciones: Control de infecciones

Actividades: Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Poner en práctica precauciones universales. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas (I.V.) Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.

Intervenciones: Tratamiento de la fiebre

Actividades: Controlar la temperatura y otros signos vitales. Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos. Observar el color y la temperatura de la piel. Administrar medicamentos o líquidos i.v.

Puntuación Diana: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno

Mantener a 3 Aumentar a 5

Diagnóstico No 5.- Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con multicausalidad evidenciado por retención urinaria (Heather, H., (2017)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Resultados: Eliminación urinaria

Intervenciones: Cuidados de la retención urinaria

Actividades: Realizar una evaluación miccional exhaustiva centrándose en la incontinencia. Insertar una sonda urinaria, según corresponda. Monitorizar las entradas y salidas. (Bulechek (2014)

Intervenciones: Cuidados del catéter urinario

Actividades: Determinar la indicación del catéter urinario permanente. Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter. Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones. Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. Observar las características del líquido drenado

Intervenciones: Manejo de la eliminación urinaria

Actividades: Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. Restringir los líquidos, si procede.

Puntuación Diana: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido

Mantener a 3 aumentar a 5

CONCLUSIONES

El plan de cuidados es un proceso que facilita al profesional de enfermería brindar una atención holística al individuo, con el fundamento teórico de Dorothea E. Orem se contemplan diversos aspectos como los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud, valorando al paciente en el aspecto biopsicosocial, además permite mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico para mejorar el estilo de vida del paciente.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

REFERENCIAS

Heather, H., (2017) *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020*. Barcelona, España: Elsevier.

Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., Butcher, H. K. y Wagner, Ch. M. (2014) *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona, España: Elsevier

Fernández, P., Ledesma, F., Douthat, W., Chiurciu, C., Vilaro, M. Abiega, C., De la Fuente, J. y De Arteaga, J. (2017) *Peritonitis en diálisis peritoneal. Epidemiología, factores de riesgo, incorporación del Bacte a la recolección*

- del cultivo tradicional y mortalidad a largo plazo. Revista nefrología diálisis trasplante, 37, (2): 81.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). *Intervenciones de enfermería para la atención y prevención de peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria.* Recuperado de <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. y Swanson, E. (2014) *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud.* Barcelona, España: Elsevier.
- Ministerio de salud pública y bienestar social. (2013). *Proceso de atención de enfermería.* Rev. Salud Pública Paraguay, 3, (1), 41-48.
- Pereda, A. M., (2011) *Explorando la teoría general de Orem. Enfermería Neurológica.*10 (3): 163-167.
- Raile, A. M., (2014) *Modelos y teorías en enfermería.* Barcelona, España: Elsevier
- Rivacoba, M. C., Ceballos, M. L. y Coria, P. (2017). *Infecciones asociadas a diálisis peritoneal en el paciente pediátrico: diagnóstico y tratamiento. Infectología al día.*
- Ramirez, E. A. (2016). *Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. enfermería universitaria: 13. (2). 71-72.*

Plan de cuidados personalizado a paciente con craneotomía descompresiva **Personalized care plan for a patient with decompressive craniotomy**

María Celia García Martínez

celia.martinez@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Alma Rosa Picazo Carranza

alma.picazo@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

Introducción: El Proceso Enfermero (PE) es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad, con ello, se fundamenta científicamente el quehacer del profesional de enfermería. **Objetivo:** Realizar un Plan de Cuidados Personalizado (PCP) a usuaria con Craneotomía Descompresiva (CD). **Método:** Se realizó una revisión sistemática de la condición pos-operatoria presentada (CD) para dar sustento teórico de dicho padecimiento, se procedió a realizar la valoración individual a partir de la guía de valoración de la Macro Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAE) de Dorothea E. Orem; en vinculación con la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC), además, de efectuar el análisis, selección y priorización de los diagnósticos de enfermería identificados, así como el plan de cuidados. **Resultados:** De los 5 diagnósticos priorizados se ejecutó un plan de cuidados y se logró mantener la vía área permeable a través del manejo de la misma y la aspiración de secreciones. De acuerdo a la propuesta de Orem se brindó cuidado compensatorio al atender el estado de la piel, el riesgo de infección, el riesgo de la perfusión tisular (valorando continuamente el estado de conciencia) y se atendió la presencia de fiebre. **Conclusiones:** El PCP fortalece el cuidado que el profesional de enfermería otorga de manera individualizada basándose en las necesidades presentadas por cada paciente, contribuyendo en la salud y bienestar de la misma.

Palabras clave: Proceso enfermero, Macro Teoría de Dorothea Orem, craneotomía descompresiva.

Abstract

Introduction: The Nursing Process (NP) is a systematic, humanistic, intentional, dynamic, flexible and interactive method that provides care in the face of real or

potential problems focused on the human responses of the individual, family and community, with this, the work is scientifically based. of the nursing professional. **Objective:** To carry out a Personalized Care Plan (PCP) for a user with Decompressive Craniectomy (DC). **Method:** A systematic review of the post-operative condition was carried out, the theoretical support of the condition, is carried out with the individual assessment based on the Macro Theory of Self-Care Deficit (TDAE) by Dorothea E. Orem; in connection with the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) taxonomy, Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in addition to carrying out the analysis, selection and prioritization of the identified nursing diagnoses, as well as the nursing plan. care. **Results:** Of the 5 prioritized diagnoses, a care plan was executed and it was possible to maintain the permeable airway through its management and aspiration of secretions. According to Orem's proposal, compensatory care was provided by addressing the condition of the skin, the risk of infection, the risk of tissue perfusion (continuously assessing the state of consciousness) and the presence of fever. **Conclusions:** The PCP strengthens the care that the nursing professional provides individually based on the needs presented by each patient, contributing to their health and well-being.

Keywords: Nursing process, Dorothea Orem's Macro Theory, decompressive craniotomy

Introducción

El presente Plan de Cuidados Personalizado (PCP) se fundamenta con la metodología del PE, al ser un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico y flexible fomenta el pensamiento crítico del profesional de enfermería. (González M 2016). A través de la observación, se inicia la etapa de valoración; para proseguir a realizar acciones vinculadas entre sí, partiendo de la condición de salud afectada. Este enfoque recae en los resultados esperados y obtenidos en relación con el problema del individuo, para ello, es sustentado en evidencia científica estandarizada y reconocida internacionalmente plasmada en la taxonomía NIC, NOC y NANDA.

Se denomina craneotomía descompresiva a la remoción quirúrgica de una parte considerable de la bóveda craneana, asociada a una durotomía del área expuesta, con el propósito de aumentar el volumen del continente craneano, para disminuir la presión intracraneana (PIC). (Huidrobro, 2020)

En el presente documento se encuentra descrito el PCP que se llevó a cabo en una mujer de 78 años de edad con peso de 86 kg. Talla 1.60 e IMC de 33, ama de casa soltera originaria y residente de Pedernales Michoacán, hospitalizada en

un hospital de segundo nivel pos-operada de craneotomía descompresiva por hemorragia subaracnoidea Fisher IV; las acciones de autocuidado realizadas se sitúan dentro del sistema parcialmente compensatorio y completamente compensatorio. (Raile, 2017) Se identificaron 5 diagnósticos de enfermería prioritarios para su condición de salud, de los cuales 3 se ubica como de riesgo y 2 se sitúan centrados en el problema; para el fundamento filosófico en el cuidado de enfermería se aplicó la guía de valoración sustentada con la Macro Teoría del autocuidado de Orem.(Raile, 2018).

Objetivo

Realizar un Plan de Cuidados Personalizado (PCP) a mujer de 78 años pos operada de craneotomía descompresiva por hemorragia subaracnoidea Fisher IV

Método

En el presente plan de cuidados individualizado se consideró a una paciente femenina de 78 años originaria y residente de Pedernales Michoacan portadora de hipertensión crónica de 33 años de evolución operada en medio privado de craneotomía descompresiva Se realizó una revisión documental, sistemática e histórica, para identificar datos relevantes en el cuadro clínico presentado, estos se obtuvieron a partir de revistas indexadas como Cielo, Guía de Práctica Clínica, Revista de neurocirugía, además, se abordan etiquetas diagnósticas vinculadas con la paciente. En ese sentido, se procedió a realizar un marco teórico con la información relevante mientras que, la valoración se realizó a partir de la macro teoría de Orem identificando los factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universal alterados, autocuidado del desarrollo y requisitos de desviación a la salud.

Por otro lado, para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros se consideran los signos y síntomas presentados por la usuaria, se priorizaron cinco diagnósticos enfermeros de los cuales tres son de riesgo y el resto están centrados en el problema, además, a partir de la metodología del NIC y NOC se ubicaron los dominios y clases, así como las actividades e intervenciones.

Resultados

Se aborda el caso de agencia de autocuidado de un padecimiento que parte como complicación de una enfermedad crónico-degenerativa como es el caso de una craneotomía descompresiva, cuyo estado de desarrollo es la adultez, ama de casa soltera originaria y residente de Pedernales Michoacán, escolaridad tercero de primaria sabe leer y escribir, madre soltera de un varón adulto realizado, abuela de 2 nietos, tras realizar una entrevista indirecta con el cuidador primario el cual manifestó que su agencia de autocuidado hasta antes de presentar la condición actual y haber sido sometida a craneotomía fue con mal manejo de la hipertensión, con hábitos higiénicos regulares, baño diario y cambio de ropa diario, aseo bucal 2 veces al día, Habitaba casa tipo urbano de concreto con todos los servicios

intradomiciliarios sin hacinamiento ni promiscuidad, refiere además llevar una dieta equilibrada en calidad y cantidad, realizaba tres comidas al día, con consumo de agua de garrafón.

Para las demandas de apoyo terapéutico se identificó a usuaria hospitalizada en cirugía general, pos-operada de CD por hemorragia subaracnoidea Fisher IV, es operada en medio particular e ingresa para continuar manejo; a la exploración física se encuentra conectada a ventilador por cánula de traqueotomía en A/C con Fio2 de 40% PEEP 10 Vc de 400, sonda de gastrostomía para alimentación pasando dieta polimérica, catéter subclavio derecho pasando infusión de soluciones y medicación prescrita, sonda de Foley conectada a cistoflo. Glasgow de 7 puntos con hemiplejía izquierda, edema de miembros inferiores.

La agencia de cuidado dependiente parte desde el manejo de la herida quirúrgica, la cual se encuentra situada a nivel parieto-temporal derecha en forma de herradura; piel pálida, adecuado llenado capilar, con campos pulmonares hipoventilados con presencia de estertores bronquiales conectada a ventilador por cánula de traqueotomía en A/C con Fio2 de 40% PEEP 10 Vc de 400, abundantes secreciones bronquiales amarillentas fétidas; el apoyo nutricio es a través de sonda de gastrostomía para alimentación pasando dieta polimérica, catéter subclavio derecho para infusión de soluciones y medicación prescrita, sonda de Foley conectada a cistoflo. Glasgow de 7 puntos con hemiplejía izquierda, edema de miembros inferiores. Al momento de la valoración se encuentra con signos vitales de T/A de 128/65, pulso 83, respiraciones 17, So2 98%, temperatura de 39. Se detecta además abdomen blando depresible con inserción de sonda de gastrostomía, UPP en sacro grado III y en ambos talones; se destaca que a los cinco días de hospitalización se suspende sedación sin presentar cambios en el estado de conciencia.

El análisis de la ponderación de diagnósticos enfermeros resultantes de la condición que aqueja a la usuaria fueron 5, a continuación, se describen en orden prioritario:

El primer diagnóstico Riesgo de aspiración como lo demuestra la presencia de cánula traqueal, el estado de conciencia y la alimentación por sonda.(Dominio: 11 Seguridad/Protección, Clase: 2 Lesión física). Entonces el requisito de autocuidado que se detecta es el mantenimiento de un aporte suficiente de aire (Heather et al.,2019; y Moorhead et al., 2019).

En este sentido las intervenciones imperan en el patrón respiratorio partiendo del manejo de la vía aérea, manejo de la ventilación mecánica, aspiración de secreciones y alimentación por sonda; con acciones como: Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios, realizar aspiración endotraqueal según corresponda, mantener una presión del tubo traqueal al menos 20cmh2o, monitorizar y documentar la saturación de oxígeno, comprobar todas las conexiones

del ventilador con regularidad, controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares y documentar los resultados periódicamente, colaborar rutinariamente con el médico y fisioterapeuta respiratorio para coordinar los cuidados y ayudar al paciente a tolerar el tratamiento, detener la alimentación nasogástrica durante la aspiración y de 30 a 60 m antes de la fisioterapia De ese modo, se espera mantener a 8 y aumentar a 15 en la puntuación Diana (Butcher et al., 2021).

El segundo diagnóstico es sobre el Deterioro de la integridad cutánea relacionado con extremos de la vida, humedad, presión sobre las prominencias óseas manifestado por alteración en la integridad cutánea; dado que es mujer de 86 años con presencia de UPP grado IV en sacro y talones grado 1, con ventilación mecánica y alimentación enteral. (Dominio: 11 Seguridad y protección, clase: 2 lesión física); el requisito de autocuidado se deriva al mantenimiento de equilibrio, actividad y reposo. (Heather et al.,2019; y Moorhead et al., 2019).

Las intervenciones a ejecutar imperan en el estado neurológico (estado de conciencia) y consecuencias de la movilidad en este sentido las actividades se dirigen a: vigilar el estado de oxígeno antes y después de un cambio de posición, colocar en la posición terapéutica según corresponda, evitar colocar en una posición que le aumente el dolor, girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, realizar los giros según lo indique el estado de la piel, proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita, asegurar la disponibilidad de una dieta terapéutica progresiva en este sentido se pretende llevar de 12 a 18 en la puntuación Diana (Butcher et al., 2021).

El tercer diagnóstico se centra en el riesgo de infección como lo demuestra los procedimientos invasivos, considerando la edad como patrón de riesgo, además la condición de salud, la presencia de herida quirúrgica y colocación de tubos y catéteres (sondeo vesical, de gastrostomía, catéter central, UPP grado IV) el requisito de autocuidado afectado es la de prevención de peligros para la vida . (Heather et al.,2019; y Moorhead et al., 2019).

Retomando lo anterior, se consideran las intervenciones de severidad de la infección y estado inmune; con ello las acciones a ejecutar son: Proporcionar los estados adecuados de la piel en las zonas edematosas, inspeccionar el estado de cualquier incisión/ herida quirúrgica, obtener muestras para cultivo si es necesario, lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente, limpiar la piel del paciente con un agente antimicrobiano apropiado, poner en práctica precauciones universales, garantizar una manipulación aséptica de todas las vías I.V, anotar las características del drenaje, observar si hay signos y síntomas de infección en la herida, controlar el estado nutricional. Con el desarrollo de las actividades se quiere mantener a 12 y aumentar a 20 de acuerdo con la puntuación Diana (Butcher et al., 2021).

El cuarto diagnóstico detecta Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz como lo demuestra la lesión cerebral como características definitorias se encuentra usuaria pos-operada con Glasgow de 7 puntos con hemiplejía izquierda, edema de miembros inferiores, orointubada; este diagnóstico se sitúa en el Dominio: 4 Actividad y reposo, clase: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares Su demanda de autocuidado se centra en la prevención de peligros: como indicadores se identifican: Estado neurológico y estado circulatorio (Heather et al., 2019; y Moorhead et al., 2019).

Entonces, las actividades a realizar fueron: Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas, vigilar el nivel de conciencia, monitorizar los signos vitales, temperatura, presión arterial, pulso y respiración, evitar las actividades que aumentan la PIC, vigilar la tendencia a la escala de coma de Glasgow, observar los cambios del paciente en respuesta a los estímulos, animar a la familia y allegados a hablar con el paciente, evitar la administración de líquidos I.V hipotónicos , monitorizar las entradas y salidas. Una vez realizadas estas acciones se espera mantener a 21 y aumentar a 28 en la puntuación Diana (Butcher et al., 2021).

El quinto diagnóstico es el de Hipertermia relacionada con enfermedad manifestado por piel caliente al tacto, taquicardia y taquipnea las características definitorias imperan en la presencia de pico febril de 39 se sitúa en el Dominio: 11 seguridad/protección, clase: VI Termorregulación. Por ello, el requisito de autocuidado es en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, se espera mantener a 15 y aumentar a 20 en la puntuación Diana (Heather et al., 2019; y Moorhead et al., 2019).

Por tanto, se necesitan ejecutar las siguientes intervenciones: Control de infección, manejo de la hipertermia, tratamiento de la fiebre .Es decir, las acciones giran en torno al manejo de la temperatura, enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado, limpiar la piel del paciente con un agente antimicrobiano apropiado, garantizar una manipulación aséptica de todas las vías I.V, administrar un tratamiento antibiótico cuando sea indicado, controlar la temperatura y otros signos vitales, observar el color y la temperatura de la piel, cubrir al paciente con una manta o ropa ligera, controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre, garantizar el control en otros signos de infección (Butcher et al., 2021).

De forma general, los diagnósticos permitieron el desarrollo de PCP logrando mantener la permeabilidad de las vías aéreas permitiendo el flujo de secreciones bronquiales con la aspiración de las mismas apoyadas con palmopercusión torácica. De acuerdo a la propuesta de Orem se brindó cuidado compensatorio al atender el estado respiratorio de la paciente y mantener una vía aérea permeable, así como el control de la infección y el manejo de la fiebre, vigilando los signos

vitales y de deshidratación. Del mismo modo, se hizo el cuidado oportuno de las UPP con la monitorización de las características de estas, aunado a ello, se enseñó a los familiares los procedimientos de cuidado sobre las mismas. Además, se realizó una vigilancia estrecha en el estado de conciencia apoyados por la escala de Glasgow cabe destacar que la usuaria tenía suspendida la sedación para valorar el destete ventilatorio sin respuesta efectiva después de cinco días de evolución.

Por último, de manera integral y apoyo del cuidador primario se llevaron a cabo acciones en el manejo de la fiebre.

Conclusiones

El PCP fortalece el cuidado que el profesional de enfermería otorga de manera individualizada, basándose en las necesidades presentadas por cada paciente. Es así, que al aplicar el Proceso Enfermero en una paciente con una demanda de autocuidado completamente compensatoria, nos brinda la oportunidad de dirigir cuidados de manera integral, en este tipo de pacientes, por ello, la elección de un diagnóstico prioritario es complejo debido a la necesidades reales y potenciales que presentan en el transcurso de su enfermedad.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. y Wagner, C. (2021). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. ELSEVIER.
- González, M. y Monroy, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2),124-129
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- Guirao, J. (2003). La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *e-ducare21 aprendiendo a cuidar. Educere 21 aprendiendo a cuidar (2)*. <https://10.13140/2.1.2936.2889>
- Heather, H y Kamitsuru, S. (2019) *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (NANDA) 2018-2021*. ELSEVIER.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&ing=es&nrm=iso
- Huidobro, F (2020) *La craniectomía descompresiva como tratamiento del traumatismo encéfalo-craneano: Una visión actualizada*

- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M y Maas, M, (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. ELSEVIER.
- Naranjo, y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). La Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19 (3), 89-100
- Raile, M. y Marriner, A. (2018). *Modelos y Teorías en enfermería*. ELSEVIER



JANASKAKUA

Artículos de Revisión Literaria



El vínculo entre la dieta y la fertilidad femenina

Mayra García Mondragón

mgm_86@hotmail.com

Instituto de Capacitaciones en Nutrición clínico Deportivo, IINED

Ana Gabriela Campos Arroyo

ana.campos@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Luis Daniel Caballero Macías

Daniel_caballero90@hotmail.com

Instituto de Capacitaciones en Nutrición clínico Deportivo, IINED

Resumen

Actualmente es más común hablar sobre la infertilidad que de la propia fertilidad, ya que generalmente se empieza a indagar sobre cuáles son los factores por los cuales una mujer no logra quedar embarazada, después de cierta edad, y al mismo tiempo, sobre cuáles son los diversos tratamientos a los que puede someterse. Sin embargo, es importante que una mujer no sobreestime su capacidad fértil y tenga un amplio conocimiento sobre los factores de riesgo que pueden llegar a causar infertilidad, ya que se ha observado que en países en desarrollo la prevalencia de infertilidad en mujeres es hasta del 50% y en México cada día son más las parejas con este problema. Por lo que, el objetivo de este artículo es proporcionar información sobre los factores de riesgo que pueden ser modificables, como la dieta, para mejorar la fertilidad en la mujer.

Palabras claves: *Fertilidad, dieta, nutrición.*

Abstract

Abstract Currently it is more common to talk about infertility than about fertility itself, since the general inquire is about what are the factors by which a woman cannot get pregnant after a certain age, and at the same time about what are the various treatments to which women can submit. However, it is important that a woman does not overestimate her fertile capacity and has extensive knowledge about the risk factors that can cause infertility, since it has been observed that in developing countries the prevalence of infertility in women is up to 50% and in Mexico every day there are more couples with this problem. Therefore, the objective of this article is to provide information on risk factors that can be modified, such as diet, to improve fertility in women

Keywords: Fertility, diet, nutrition.

Introducción

Las investigaciones de los últimos tiempos han demostrado que hay una ventana de fertilidad potencial de 6 días en el ciclo menstrual de una mujer y que el pico de fertilidad ocurre durante los 2 días que preceden a la ovulación. Esta ventana de fertilidad incluye los 5 días previos a la ovulación y el día de la puesta ovulatoria, ya que el ovocito tiene una vida muy corta después de ese evento. Además, hay evidencias que indican que un óvulo de más de 24 horas no puede conducir a un embarazo clínico o podría resultar en aborto precoz (Curriá, 2010, p.5).

Sin embargo, la capacidad para concebir un hijo se puede ver afectada por muchos problemas de salud, lo que conlleva a la infertilidad, la cual es definida por la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM) “como la imposibilidad de concebir después de uno o más años de intentos de fertilización natural” (Habbema *et al.*, 2004, p.37). Por lo que, el conocimiento de la fertilidad y los factores que la condicionan son fundamentales para razonar y tomar decisiones en cuanto a la salud reproductiva y sexual: ayuda a las parejas a planear un embarazo o a evitarlo y puede orientar a las parejas subfértiles en el momento idóneo para tener relaciones (Haghenbeck-Altamirano *et al.*, 2015, p.278).

Factores de riesgo

La edad es el principal factor pronóstico de la fertilidad humana, a mayor edad de la mujer menor posibilidad de embarazo. Esta posibilidad disminuye alrededor de los 25 a 30 años generando también el deterioro relacionado de la reserva ovárica y la calidad de los ovocitos. Las mujeres de entre 25 a 30 años ovulan cerca de 500 óvulos y muchos de ellos no son viables para la concepción, a la edad de 37 años aproximadamente el 90% de los probables óvulos (ovocitos) habrán ya muerto (Rowe, 2006).

Aunado a lo anterior, existen otros factores que condicionan la fertilidad, como la presencia de alteraciones en el aparato reproductor y enfermedades como la obesidad, el síndrome de ovario poliquístico (SOP), endometriosis e hipotiroidismo, entre otras, la exposición a contaminantes del medioambiente y el estilo de vida (González *et al.*, 2018, p.8; Vander y Wyns, 2018, p.2).

Además de los factores derivados de alteraciones en el organismo, genética o antecedentes de la pareja, existe una relación estrecha entre la calidad de la alimentación y la fertilidad, como por ejemplo el seguimiento de dietas desequilibradas en energía y nutrientes que influyen negativamente en la fertilidad (González *et al.*, 2018).

Dieta y fertilidad

Fernández *et al.*, (2016) mencionan que la dieta y/o el estado nutricional de la madre antes y durante el embarazo es uno de los factores ambientales más influyentes tanto en el desarrollo fetal como en el potencial reproductivo de la mujer, así como en el estado de salud de la descendencia.

En concordancia con lo anterior, Sińska *et al.*, (2014); Chui *et al.*, (2018) mencionan que los patrones saludables previos a la concepción como la dieta, una nutrición adecuada y el estado nutricional pueden influir en la salud reproductiva y disminuir el riesgo de trastornos de la fertilidad o bien impedir que se instaure la deficiencia de algunos nutrientes implicados en la infertilidad.

Por su parte, Chavarro *et al.*, (2007) indican que la mayoría de los casos de infertilidad debido a trastornos de la ovulación pueden prevenirse mediante modificaciones en la dieta y el estilo de vida. Por lo que, recomiendan un alto aporte de proteína vegetal, productos lácteos enteros, hierro y grasas monoinsaturadas, durante el período previo a la concepción, para que las mujeres puedan presentar menor riesgo de infertilidad relacionada con trastornos de la ovulación.

A grandes rasgos se ha visto que los patrones dietéticos que son consistentes con un alto consumo de granos enteros, aceites monoinsaturados o poliinsaturados, verduras, frutas y pescado tienen un efecto beneficioso sobre la fertilidad (Chiu *et al.*, 2018). Así mismo, existen evidencias que demuestran una implicación de determinados nutrientes, ácido fólico, yodo, zinc, hierro y ácidos grasos omega 3 principalmente, tanto en la fertilidad de las mujeres como en el éxito de los resultados del embarazo (Fernández *et al.*, 2016, p.57)

Por su parte, los factores nutricionales y la dieta han adquirido mayor importancia no sólo como parte de la causa de infertilidad sino también como parte coadyuvante en los tratamientos médicos de reproducción asistida. Aunque aún se deben de realizar más investigaciones en el ámbito de la nutrición y la reproducción humana para así adaptar las ingestas de las mujeres no sólo a las recomendaciones estándar en función de la edad, sino a valores de ingestas específicas de cada uno de los micronutrientes involucrados en el potencial reproductivo, y que estuvieran formuladas adecuadamente, de modo que los supuestos efectos beneficiosos de esas ingestas en la fertilidad y reproducción estuvieran contrastados científicamente (Fernández *et al.*, 2016, p.57)

En la tabla 1 se muestran algunas evidencias científicas sobre las implicaciones de diversos micronutrientes y alimentos en la fertilidad femenina.

Tabla 1. Evidencia científica de la relación entre los componentes de la dieta y la fertilidad femenina.

Componente de la dieta	Evidencia científica	Referencia
Vitamina C	<p>La administración de vitamina C durante el período de estimulación hormonal ha mostrado un impacto en cuanto al mayor número de embarazos.</p> <p>La suplementación antes de la concepción puede ayudar a restaurar el estado de micronutrientes a los niveles recomendados y reducir el estrés oxidativo cuando se incluyen antioxidantes como vitamina C.</p>	<p>(Crha <i>et al.</i>, 2003)</p> <p>(Ruder <i>et al.</i>, 2014)</p>
Ácido fólico	<p>El ácido fólico puede aumentar la fertilidad y las tasas de nacidos vivos en terapia de reproducción asistida.</p> <p>Dosis más altas que las recomendadas para la prevención de los defectos del tubo neural pueden ofrecer el mayor beneficio, al igual que la ingesta adicional de vitamina B12.</p>	<p>(Cueto <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>(Gaskins <i>et al.</i>, 2014)</p>
Vitamina B12	<p>Afecta positivamente la calidad del semen al aumentar el conteo de espermatozoides, la motilidad y minimizar el daño al ADN de los espermatozoides.</p>	<p>(Banihani, 2017)</p>
Vitamina D	<p>Para mujeres en edad fértil, la <i>Endocrine Society</i> indica que se debe tener niveles necesarios de 25-hidroxivitamina D [25(OH)D] superiores a 30 ng/mL.</p>	<p>(Holick <i>et al.</i>, 2011)</p>

	<p>No hay estudios concluyentes de su uso para aumentar la fertilidad, ya que no se encontró asociación entre los niveles basales de vitamina D en suero o la deficiencia de vitamina D (<20 ng/ml) y la fecundidad.</p> <p>En el caso de deficiencia de vitamina D durante el tratamiento de infertilidad, se puede recomendar la suplementación con vitamina D para mujeres con trastornos como síndrome de ovario poliquístico, resistencia a la insulina o niveles bajos de hormona antimulleriana.</p>	<p>(Mumford <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>(Arslan y Akdevelioğlu, 2018)</p>
Lácteos	Se han asociado con un menor riesgo de infertilidad ovulatoria, mientras que los productos lácteos bajos en grasa (incluidos los descremados, 1% y leche, yogur o requesón al 2 %) se asociaron con un mayor riesgo.	(Chavarro <i>et al.</i> , 2007)
Carnes rojas	El consumo de carne roja se asoció negativamente con la probabilidad de formación de blastocistos durante el desarrollo del embrión.	(Chavarro <i>et al.</i> , 2007)
Cafeína y alcohol	<p>Aún son controvertidos los resultados.</p> <p>El consumo agudo de alcohol aumentaba los niveles de Testosterona, estradiol y Hormona luteinizante.</p> <p>En el caso de la cafeína: la ingesta de café con moderación (3 a 4 tazas al día) tiene una influencia positiva en la salud, sin embargo, en dosis más altas, puede influir en la fertilidad al afectar la calidad del esperma, la ovulación o las características menstruales.</p>	<p>(Schliep <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>(Wesselink <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>(Machtinger <i>et al.</i>, 2017)</p>

	La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y la OMS aconsejan a las mujeres embarazadas o que planean concebir que limiten el consumo de café a un máximo de dos tazas (200 a 300 mg) de cafeína por día.	(EFSA, 2015)
--	--	--------------

Elaboración propia.

Hormona antimulleriana: permite valorar la reserva ovárica y la fertilidad de la mujer en un momento concreto de su vida reproductiva.

FIV: Fecundación In Vitro, es la unión del óvulo con el espermatozoide en el laboratorio-in vitro-, con el fin de obtener embriones ya fecundado

Conclusiones

Dado que la dieta y el estilo de vida parecen ser factores significativos que influyen en la fertilidad femenina es un tema que debe ser aún más explorado, ya que existe evidencia controversial para establecer si algunos alimentos o bebidas como la cafeína o el alcohol deben evitarse. De igual forma aún no hay suficientes estudios que establezcan si es recomendable o no el aumento de la ingesta de ciertas vitaminas y minerales, ya sea por alimentos o por suplementos. Sin embargo, existe evidencia científica que apoya que las mujeres en edad fértil deben complementar su alimentación y usar suplementos, como por ejemplo el ácido fólico para evitar malformaciones del tubo neuronal en el feto, un menor riesgo de defectos cardíacos congénitos y disminución del riesgo de aborto. En cuanto a la suplementación con ácido fólico preconcepción es debido a que éste aumenta los niveles de progesterona y así se potencializa la ovulación.

Por su parte, se ha comprobado que en la mayoría de las personas existe una deficiencia de vitamina D, por lo tanto, es necesario controlar sus concentraciones en sangre y considerar la suplementación. Específicamente debe ser suplementada en las mujeres que presenten problemas de fertilidad, ya que esta vitamina reduce el riesgo de problemas reproductivos al participar en la estimulación de los ovocitos y en la maduración y el desarrollo del óvulo folicular.

Por último, la evidencia reportada indica que sí hay un efecto positivo en el momento en que la mujer lleva una dieta saludable en el proceso de fertilidad. Algunas recomendaciones son:

1. Brindar asesoramiento para mejorar los comportamientos dietéticos entre los pacientes que se sometan a tratamientos de reproducción asistida al tiempo de priorizar a aquellas mujeres con un índice de masa corporal por arriba de $>25 \text{ kg/m}^2$.
2. Se recomienda que las mujeres tengan niveles adecuados de ingesta de ácido fólico, una ingesta mínima de 400 mcg.
3. Aumentar la ingesta de alimentos que contengan antioxidantes, omega 3, y limitar el consumo de alcohol y cafeína.

Referencias

- Arslan, S. & Akdevelioğlu, Y. (2018). La relación entre las funciones reproductivas femeninas y la vitamina D. *Journal of the American College of Nutrition*, 37(6):546–551. <https://doi.org/10.1080/07315724.2018.1431160>
- Banihani, S. A. (2017). Vitamin B12 and Semen Quality. *Biomolecules*, 7(4), 42. <https://doi:10.3390/biom7020042>
- Braga, D. P., Halpern, G., Setti, A. S., Figueira, R. C. S., Iaconelli, A., & Borges, E. (2015). The impact of food intake and social habits on embryo quality and the likelihood of blastocyst formation. *Reproductive BioMedicine Online*, 31(1), 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.03.007>
- Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., Rosner, B. A., & Willett, W. C. (2007). Diet and Lifestyle in the Prevention of Ovulatory Disorder Infertility. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1050–1058. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287293.25465.e1>
- Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., Rosner, B., & Willett, W. C. (2007). A prospective study of dairy foods intake and anovulatory infertility. *Human Reproduction*, 22(5), 1340–1347. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem019>
- Chiu, Y.H., Chavarro, J. E., & Souter, I. (2018). Diet and female fertility: doctor, what should I eat?. *Fertility and Sterility*, 110(4), 560–569. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.027>
- Crha, I., Hrubá, D., Ventruba, P., Fiala, J., Totusek, J., & Visnová, H. (2003). Ascorbic acid and infertility treatment. *Central European journal of public health*, 11(2), 63–67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12884545/>
- Cueto, H. T., Riis, A. H., Hatch, E. E., Wise, L. A., Rothman, K. J., Sørensen, H. T., & Mikkelsen, E. M. (2016). Folic acid supplementation and fecundability: a Danish prospective cohort study. *European journal of clinical nutrition*, 70(1), 66–71. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.94>
- Curriá, Ml. (2012). LH y moco cervical en el reconocimiento de la fertilidad [en línea]. Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/153/1/lh-moco-cervical-reconocimiento.pdf>
- European Food Safety Authority. (2015). Scientific Opinion on the safety of caffeine. *EFSA Journal*, 13(5). <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2015.4102>
- Fernández, L., Soriano, J.M., & Blesa, J. (2016). La nutrición en el periodo preconcepcional y los resultados del embarazo: revisión bibliográfica y propuesta de intervención del Dietista-Nutricionista. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(1), 48-60. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.20.1.143>
- Gaskins, A. J., Afeiche, M. C., Wright, D. L., Toth, T. L., Williams, P. L., Gillman, M. W., Hauser, R., & Chavarro, J. E. (2014). Dietary folate and reproductive

- success among women undergoing assisted reproduction. *Obstetrics and gynecology*, 124(4), 801–809. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000477>
- González, L.G., López, A.M., Perea, J.M., & Ortega, R.M. (2018). Nutrición y fertilidad. *Nutrición Hospitalaria*, 35(spe6), 7-10. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018001200003
- Habbema, J. D. F., Collins, J., Leridon, H., Evers, J. L., Lunenfeld, B., & te Velde, E. R. (2004). Towards less confusing terminology in reproductive medicine: a proposal. *Fertility and Sterility*, 82(1), 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.04.024>
- Haghenbeck-Altamirano, F., Ayala-Yáñez, R. & Herrera-Meillón, H. (2015). Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. *Ginecol Obstet Mex* ;80(4):276-284. <https://we.riseup.net/assets/243602/fam1.pdf>
- Holick, M. F., Binkley, N. C., Bischoff-Ferrari, H. A., Gordon, C. M., Hanley, D. A., Heaney, R. P., ... Weaver, C. M. (2011). Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(7), 1911–1930. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-0385>
- Machtinger, R., Gaskins, A. J., Mansur, A., Adir, M., Racowsky, C., Baccarelli, A. A., ... Chavarro, J. E. (2017). Association between preconception maternal beverage intake and in vitro fertilization outcomes. *Fertility and Sterility*, 108(6), 1026–1033. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.09.007>
- Mumford, S. L., Garbose, R. A., Kim, K., Kissell, K., Kuhr, D. L., Omosigho, U. R., ... Schisterman, E. F. (2018). Association of preconception serum 25-hydroxyvitamin D concentrations with livebirth and pregnancy loss: a prospective cohort study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 6 :725–732. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30153-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30153-0)
- Rowe, T. (2006). Fertility and a woman's age. *The Journal of reproductive medicine*, 51(3), 157–163. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16674009/>
- Ruder, E.H, Hartman, T.J, Reindollar, R.H. & Goldman, M.B. (2014). Female dietary antioxidant intake and time to pregnancy among couples treated for unexplained infertility. *Fertil. Steril*, 101:759–766. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.11.008>
- Schliep, K. C., Zarek, S. M., Schisterman, E. F., Wactawski-Wende, J., Trevisan, M., Sjaarda, L. A., ... Mumford, S. L. (2015). Alcohol intake, reproductive hormones, and menstrual cycle function: a prospective cohort study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 102(4), 933–942. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.102160>

- Sińska, B., Kucharska, A. & Dmoch-Gajzlerska, (2014). The diet in improving fertility in women. *Pol Merkur Lekarski*, 36(216):400-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25095641/>
- Vander, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*, 62:2–10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
- Wesselink, A. K., Wise, L. A., Rothman, K. J., Hahn, K. A., Mikkelsen, E. M., Mahalingaiah, S., & Hatch, E. E. (2016). Caffeine and caffeinated beverage consumption and fecundability in a preconception cohort. *Reproductive Toxicology*, 62, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2016.04.022>

Importancia de la salud mental del docente en su desempeño profesional a nivel superior

Evelia Sarahí Figueroa Gutiérrez

evelia.figueroa@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Rubén Rodríguez Chagolla

ruben.chagolla@umich.mx

María Teresa Alvarado Tapia

maría.alvarado@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

María del Carmen Jiménez Martínez

carmen.jimenez.martinez@umich.mx

Celeste Figueroa Gutiérrez

celeste.figueroa@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

La salud mental del docente es un tema al que se le da poca importancia en las escuelas de nivel educativo superior. En este texto se mencionan varios factores relacionados con el quehacer docente que ponen en riesgo su salud mental, tales como el tipo de contratación, la sobrecarga de trabajo, los diferentes roles académicos, administrativos, tutoriales y de investigación que debe cumplir, la imagen social desvalorizada, la falta de reconocimiento social, las críticas de los estudiantes, los cambios tecnológicos, la educación virtual, los ambientes de trabajo hostiles y altamente competitivos, la interacción social obligatoria con varias personas que exige en el docente una autorregulación emocional, la falta de equilibrio entre la vida personal y laboral, entre otros. Se ha demostrado a estos factores como el origen de elevados niveles de estrés, sobre todo en mujeres docentes pues, tienen que repartir su tiempo disponible con las actividades domésticas, ocasionando alteraciones importantes en la salud física, con la aparición de enfermedades cardiovasculares, digestivas, respiratorias, y trastornos mentales como el síndrome de Burnout, trastornos depresivos y de ansiedad; así como incremento en el consumo de alcohol y otras drogas. Lo anterior, repercute directamente en una disminución del nivel de desempeño docente a nivel educativo superior, resultando necesario analizar en cada institución educativa el panorama de la salud mental de los/las docentes para implementar estrategias encaminadas a mejorar este aspecto y en consecuencia el desempeño y productividad docente con un impacto directo en la educación de los estudiantes.

Palabras clave: salud mental, docente, desempeño profesional, nivel educativo superior.

Summary

The mental health of the teacher is an issue that is given little importance in higher education schools in Mexico. This text mentions several factors related to the teaching task that put their mental health at risk, such as the type of contract, the work overload, the different academic administrative, tutorial and research roles that must be fulfilled, the social image devalued, lack of social recognition, criticism from students and their parents, technological changes, virtual education, hostile and highly competitive work environments, compulsory social interaction with several people that requires emotional self-regulation from the teacher, the lack of balance between personal and work life, among others. These factors have been shown to be the origin of high levels of stress, especially in female teachers, since they have to divide their available time with domestic activities causing important alterations in physical health, with the appearance of cardiovascular, digestive and respiratory diseases, and mental disorders such as Burnout syndrome, depressive and anxiety disorders; as well as increased consumption of alcohol and other drugs. This has a direct impact on a decrease in the level of teacher performance at a higher educational level, making it necessary to analyze in each educational institution the panorama of the mental health of teachers to implement strategies aimed at improving this aspect and consequently the performance and teacher productivity with a direct impact on student education.

Keywords: mental health, teacher, professional performance, higher educational level.

Introducción

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial y hasta nuestros días la salud mental ha alcanzado un interés extraordinario a nivel académico, político y en la vida de las sociedades occidentales, aunque en muchas ocasiones desconocemos de qué estamos hablando en realidad (Miranda, 2018). "La salud se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Etienne, 2018). En el caso de la Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades

En la mayoría de los casos, es a la salud física a la que se le da mayor importancia en comparación con la salud mental, sin tomar en cuenta que esta

también se ve afectada por diversos factores, uno de los más importantes es el estrés. Se estima de manera global que una de cada cuatro personas sufre algún problema grave de estrés y, al menos el 50 por ciento de los seres humanos, entre ellos los docentes, presenta algún problema de salud relacionado con el mismo (Etienne, 2018; Basurto et al., 2020). La relevancia que la salud mental ha adquirido con el paso de los años se relaciona con la magnitud de los problemas asociados con las enfermedades mentales, los costos elevados y su impacto a nivel individual, familiar, comunitario y social, además de la discapacidad que causa en las personas que las padecen (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Villamizar et al., en 2015, mencionan que la salud mental se ve determinada por características individuales tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás. También por factores psicosociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, incluyendo políticas nacionales, protección social, nivel de vida, condiciones laborales y apoyos sociales de la comunidad. Atendiendo a estos conceptos, la salud mental es un proceso dinámico y cambiante, es la base del bienestar y el buen funcionamiento de una persona y una sociedad, como es el caso del docente y su desempeño profesional a nivel educativo superior. De ahí la importancia de conocer su estado de salud mental para poder implementar planes de acción encaminados a su mejoramiento.

Salud mental del/la docente

Uno de los factores más estudiados y considerado determinante para la salud mental son las condiciones de trabajo, los ambientes laborales, y los factores que se establecen alrededor de la ocupación para el bienestar y desarrollo integral de las personas. Las múltiples transformaciones que han sufrido las instituciones educativas, los nuevos tipos de contratación y los grandes cambios tecnológicos pueden influir de manera importante en las condiciones de salud de sus trabajadores, en este caso de los docentes universitarios (Acosta et al., 2019; Ossa et al., 2015; Villamizar et al., 2015).

La docencia se considera una de las profesiones más estresantes debido a que implica un trabajo diario basado en interacciones sociales en las que el docente debe esforzarse para regular sus emociones y las de los estudiantes, compañeros de trabajo, entre otros (Villamizar et al., 2015).

La función propia del docente impone una vida sacrificada y amenazada por riesgos a la salud mental y física entre los cuales podemos mencionar la imagen social desvalorizada, la falta de estimación por parte del patrón en instituciones públicas o privadas, la falta de reconocimiento, el pago insuficiente, las críticas procedentes de los alumnos; además de los conflictos familiares unidos a la incapacidad educativa de los padres extrapolando esta función educacional familiar

a las aulas como si fuera una obligación académica (Alonso, 2014; Lemos et al., 2019; Larrosa, 2010).

En la mayoría de los casos, los docentes universitarios están expuestos a condiciones de trabajo exigentes, con un horario sin límites distribuido entre la preparación y los horarios de clases (Alonso, 2014; Rodríguez et al., 2014). En el caso de las mujeres casadas, con pareja y con hijos estas condiciones son aún más abrumadoras al tener que repartir su tiempo disponible con las actividades domésticas (Alonso, 2014; Lemos et al., 2019; Mendes et al., 2020). El rol laboral y la falta de equilibrio o no conciliación en la relación trabajo-vida personal ha mostrado ser fuente de estrés para los trabajadores (Lemos et al., 2019).

Lemos et al. (2019), comentan que el número de roles que debe cumplir una misma persona puede ser una fuente de estrés sobre todo cuando las expectativas en uno de ellos obstaculizan el cumplimiento de las expectativas en otros roles. Este es el caso del ámbito laboral de un profesor universitario que tiene que enfrentarse con múltiples roles laborales derivados de los cambios en la privatización de la educación y las exigencias de las nuevas tendencias pedagógicas como la educación virtual, obligando al docente a pasar de ser únicamente instructor a ser tutor o guía de estudiantes con el deber de desarrollar habilidades de acompañamiento no sólo en el ámbito académico sino también personal; además del desarrollo simultáneo de competencias interpersonales, didácticas, investigativas y administrativas (Basurto et al., 2020).

Las cargas excesivas de trabajo académico con las que los docentes tienen que cumplir diariamente sobrepasan en muchas ocasiones su capacidad y resistencia física y psíquica. Unido a esto, cabe resaltar el ambiente de trabajo que ellos perciben como hostil y altamente competitivo. En estas circunstancias, la hipocresía entre colegas impide el desarrollo creativo de sus potencialidades y, ante este “quiebre de las relaciones interpersonales”, los docentes reaccionan de distintas formas, presentando diferentes trastornos físicos, mentales, refugiarse en la religión o el consumo de alcohol y otras drogas. Lo anterior ocasiona una pérdida de interés por la profesión docente con repercusiones negativas hacia los usuarios (estudiantes, docentes, administrativos) con los que se interactúa en la actividad laboral (Lemos et al., 2019; Rodríguez et al., 2014; Villamizar et al., 2015).

Salud Mental e Inteligencia Emocional

La inteligencia emocional se define como “la capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno/a mismo/a y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios”. De acuerdo a los resultados de numerosos estudios los bajos niveles de inteligencia emocional están relacionados con ciertos trastornos mentales y psicológicos, así como con síntomas somáticos y enfermedades médicas. Por el

contrario, el desarrollo de altos niveles de inteligencia emocional se relaciona significativamente con una buena salud mental (Martínez et al., 2010).

Transformaciones imprevistas como la actual pandemia covid-19, han ocasionado que los docentes estuvieran expuestos a niveles elevados de estrés ya que tuvieron que migrar de la modalidad presencial a la modalidad virtual para impartir sus clases, utilizando sus propios recursos, muchos de ellos sin contar con la preparación suficiente para realizar esta tarea, y con la responsabilidad de conducir los procesos de enseñanza y aprendizaje. El uso de la tecnología para muchos profesores resultó un verdadero desafío, generando incluso depresión, ansiedad y estrés (Cortés, 2021; Dos Santos et al., 2021; Márquez, 2020; Urrutia et al., 2020). Por lo tanto, resulta importante el desarrollo e incremento de la inteligencia emocional en los docentes para disminuir el impacto de la carga académica en su salud física y mental.

Trastornos mentales en docentes

Las reacciones de ansiedad en los docentes se manifiestan ante cualquier contrariedad, frustración o sobre exigencia profesional que exceda el límite habitual, manifestándose a menudo en forma de fobias, sobre todo a dar clase como consecuencia de la actitud supercrítica de los estudiantes y sus padres. Son frecuentes también los trastornos digestivos como la dispepsia o las alteraciones en el tránsito intestinal, las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial; la disfonía por el sobreuso de la voz, trastornos del sueño, problemas posturales, trastornos derivados del uso intensivo de computadoras, exposición a agentes físicos y químicos (Alonso, 2014; Lemos et al., 2019; Rodríguez et al., 2020; Villamizar et al., 2015).

Los trastornos mentales son más frecuentes entre los profesores en comparación con la población general adulta y otras categorías socio-profesionales, entre ellos encontramos el síndrome de estrés o Burnout, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos psicósomáticos, sintomatología paranoide y sobreconsumo o abuso de medicamentos tranquilizantes autoadministrados; siendo reconocidos todos estos factores como coadyuvantes en el deterioro de la calidad de vida de la persona (Alonso, 2014; Acosta et al., 2019; Lemos et al., 2019; Mendes et al., 2020; Villamizar et al., 2015).

El estudio realizado en 2016 por Marengo et al., en 235 docentes en Colombia, se identificó la existencia del síndrome de Burnout en el 22.1% de los participantes manifestado en mayor medida a través de baja realización personal seguida por agotamiento personal sobre todo en profesoras, así como mayor

tendencia a la somatización en comparación con los profesores que tienden a la despersonalización; información muy cercana a la obtenida en otras investigaciones internacionales.

Mendes et al., realizaron en 2018 un estudio con 163 maestros universitarios con la finalidad de analizar en ellos la presencia de estrés y signos de depresión. Los resultados mostraron que el 42.9% de los docentes presentaron un nivel de estrés leve sobre todo en las mujeres y el 74.8% tenían un nivel de depresión mínima, demostrando que, el estrés puede estar relacionado con la presencia de síntomas de depresión. Aunque estas cifras pueden considerarse poco importantes la presencia del estrés y la depresión pueden interferir con las actividades diarias de los maestros perjudicando su desempeño docente, interfiriendo con el desarrollo de calidad académica y el establecimiento de relaciones entre docentes y estudiantes.

La interacción entre el profesional de la educación y el educando es uno de los ejes principales para la adquisición de conocimiento y la formación integral del sujeto, para esto la práctica de la empatía por parte del docente desarrollando su capacidad de percibir emociones, sentimientos y sensaciones surge como uno de los valores imprescindibles (Rodríguez et al., 2020), siendo necesario para ello la óptima salud mental del profesor.

Estrategias terapéuticas para mejorar la salud mental

Alonso (2014), sugiere maniobras protectoras contra el estrés en los/las docentes orientadas a tres aspectos:

- Afrontamiento y resolución del factor estresante.
- Distanciamiento del agente estresante mediante la desconexión periódica con el trabajo y la entrega a la actividad cultural o física predilecta.
- Apoyo social o emocional mediante conversaciones acerca del problema con otras personas en un clima de confidencialidad.

Villamizar et al., en 2015 dan prioridad a trabajar en tres dimensiones principales para mejorar la calidad de la salud mental en los docentes:

- Estilos de vida saludable
- Convivencia social para la salud mental
- Salud y ámbito laboral

Lemos et al., en 2019 recomiendan disminuir los niveles de estrés en los docentes favoreciendo la posibilidad de desconectarse los fines de semana de las actividades cotidianas, de tal forma que el cuerpo tenga la posibilidad de recuperarse de los niveles de activación necesarios para responder a las tareas durante la semana.

Conclusiones

La Salud Mental es una parte importante para el bienestar en la vida de las personas, y los docentes en el nivel educativo superior no son la excepción. De hecho, actualmente, sus condiciones laborales los coloca como un grupo de riesgo en contacto con un nivel importante de estrés, debido a los múltiples roles que deben desempeñar en las instituciones educativas y fuera de ellas, así como la falta de equilibrio entre la vida laboral y personal que llegan a tener sobre todo las mujeres, pues en muchas ocasiones las tareas a realizar se llevan a casa.

Varios estudios resaltan la influencia del estrés laboral docente en la disminución de su desempeño laboral y por supuesto en el proceso enseñanza-aprendizaje de los estudiantes. Además, se ha podido establecer al estrés laboral docente como una fuente importante de múltiples síntomas psicósomáticos, enfermedades físicas, trastornos mentales y abuso de alcohol y otras drogas por parte de los/las docentes.

Debido a lo anterior, es de suma importancia el conocimiento de este tema por parte de las autoridades de las instituciones educativas y las/los docentes con la finalidad de poder identificar los factores de riesgo para la salud mental de los docentes y crear estrategias encaminadas a prevenir las consecuencias del estrés en la salud de los/las profesores en las diferentes edades y etapas de su formación académica.

Dentro de las estrategias a implementar para mantener y mejorar la salud mental de los/las docentes es posible implementar la creación de programas de intervención psicológica y acompañamiento que permitan al profesor el manejo emocional, del estrés y la reflexión en búsqueda de alternativas para mejorar su desarrollo en la vida diaria tanto laboral como personal con un impacto directo en su nivel de desempeño y por consiguiente, mejorar la calidad educativa de los estudiantes.

Referencias

Acosta, M., Parra, L., Burbano, C., Aguilera, M., y Pozos, B. (2019). Estrés laboral, Burnout, salud mental y su relación con violencia psicológica en docentes universitarios. *Revista Salud Uninorte*, 35(3).
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81763959003>

- Alonso, F. (2014). Una panorámica de la salud mental de los Profesores. *Revista ibero-americana de educación*, (66), 19-30. <https://rieoei.org/RIE/article/view/375/688>
- Basurto, A., Rodríguez, A., Giniebra, R., y Loor, R. (2020). Reacciones psicosomáticas producidas por el estrés y la salud mental de los docentes universitarios. *ReHuSo: Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 5(3), 16-25. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Rehuso/article/view/1684>
- Cortés, J. (2021). El estrés docente en tiempos de pandemia. *Dilemas contemporáneos: educación, política valores [online]*, (8), 1-11. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200778902021000300006&script=sci_arttext
- Dos Santos, B., Scorsolini, F., y Barcellos, R., (2020). Ser docente en el contexto de la pandemia de COVID-19: reflexiones sobre la salud mental. *Index de Enfermería*, 29(3), 137-141. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962020000200008
- Etienne, C. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42), 1-2. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e140/>
- Larrosa, F. (2010). Vocación docente versus profesión docente en las organizaciones educativas. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 13(4), 43-51. <https://www.redalyc.org/pdf/2170/217015570004.pdf>
- Lemos, M., Calle, G., Roldán, T., Valencia, M., Orejuela, J., y Román, J. (2019). Factores psicosociales asociados al estrés en profesores universitarios colombianos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 61-72. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982019000100061
- Marengo, A., Ávila, J. (2016). Burnout y problemas de salud mental en docentes: diferencias según características demográficas y sociolaborales. *Psicología. Avances de la disciplina*, 10(1), 91-100. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297245905009>
- Márquez, M. (2020). Ser docente en tiempos de Coronavirus. *RLEE Nueva Época*, (1), 271-278. <https://rlee.iberomx.com/index.php/rlee/article/view/112>

- Martínez, A., Piqueras, J., y Ramos, V. (2010). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 861-890. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293122002020.pdf>
- Mendes, L., Campelo, E., Pinheiro, C., Pires, I., y Vasconcelos, G. (2020). Estrés y depresión en docentes de una institución pública de enseñanza. *Enfermería global*, 19(57), 209-220. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412020000100007
- Miranda, G. (2018). ¿De que hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/html/>
- Ossa, C., Quintana, I., y Rodríguez, F. (2015). Valoración de salud mental en formación de profesores dos universidades chilenas. *Propósitos y Representaciones*, 3(1), 125-176. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5475217.pdf>
- Restrepo, D., y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Rodríguez, E., Moya, M., y Rodríguez, M. (2020). Importancia de la empatía docente-estudiante como estrategia para el desarrollo académico. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 6(2), 23-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7467931>
- Rodríguez, E., Sánchez, J., Dorado, H., y Ramírez, J. (2014). Factores de Riesgo Psicosocial Intralaboral y Grado de Estrés en Docentes Universitarios. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 4(2), 12-17. https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/4908/4192
- Urrutia, M., Ortiz, S., y Jaimes, A. (2020). Emociones de docentes de la educación media superior ante los cambios del entorno durante el confinamiento por el covid-19. *Revista INFAD de Psicología "International Journal of Developmental and Educational Psychology"*, (2), 187-196. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1970#:~:text=Los%20resultados%20arrojaron%20que%20los,de%20la%20contingencia%20o%20adversidades.>

Villamizar, D., Padilla, S., y Mogollón, O. (2015). Contexto de la salud mental en docentes universitarios. Un aporte a la salud pública. *Revista CES Salud Pública*, 6(2):146-159.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5526135.pdf>



JANASKAKUA

Artículos de Investigación



Conductas de Riesgo de los adolescentes tardíos de nivel medio superior y superior en Ciudad Hidalgo y Maravatío

Bertha Angélica Velázquez de la Luz

bertha.velazquez@umich.mx

Secretaría de Salud Michoacán

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Zaireth Goretti Soto Velázquez

zairethgoretti@gmail.com

Secretaria de Salud Michoacán

Julio César González Cabrera

cesar.cabrera@umich.mx

Secretaria de Salud Michoacán

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Claudia Maribel Ruiz Silva

claudia.ruiz@umich.mx

Secretaría de Salud Michoacán

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Ruth Esperanza Pérez Guerrero

ruth.perez@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Secretaría de Salud Michoacán

Cecilia Castro Calderón

cecilia.castro@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

Se entiende la Adolescencia Etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y con la adolescencia tardía 15 a 19 años. **Objetivo:** analizar Conductas de Riesgo en Adolescentes tardíos. **Metodología:** fue investigación cuantitativa. **Resultados:** del diagnóstico develó en adolescentes de CONALEP (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica) que el 57.14% desconoce que es pérdida y el 53.57% desconoce que es duelo, el 17.86% consume drogas, el 7.14% intento suicidarse, el 32.14% tuvo ideas suicidas, el 21.43% ha tenido conductas de pánico; en ese mismo orden de ideas los estudiantes de la UCLA (Universidad Contemporánea de

las Américas) demuestra que el 78.95% desconoce que es pérdida y el 63.16% ignora que es duelo, el 31.58 consume drogas, el 5.26 intentó suicidarse, el 21.05% tiene ideas suicidas, el 21.05% tuvo conductas de pánico. **Conclusión:** la adolescencia está expuesta; no sólo a nivel sexual, alcoholismo o drogadicción, sino también a conductas de autodestrucción llevando a conductas de riesgo preocupantes y de impacto en la salud pública

Palabras clave: Adolescencia, Conductas de Riesgo

Abstract

Adolescence is understood as the stage that takes place between 11 and 19 years old, considering two phases, early adolescence 11 to 14 years old and late adolescence 15 to 19 years old. **Objectives:** Analyze Risk Behaviors in Late Adolescents; **Methodology:** was quantitative research. **Results:** of the sleep diagnosis in CONALEP adolescents that 57.14% do not know that it is loss and 53.57% do not know that it is Mourning, 17.86 use drugs, 7.14 attempt suicide, 32.14 had suicidal ideas, 21.43 have had panic behaviors; In the same order of ideas, the UCLA (Universidad Contemporánea de las Américas) students show that 78.95% do not know that it is loss and 63.16% do not know that it is grief, 31.58 use drugs, 5.26 attempt suicide, 21.05 have suicidal ideas, 21.05 had behaviors of panic. **Conclusion:** adolescence is exposed; not only at a sexual level, alcoholism or drug addiction, but also to self-destructive behaviors leading to worrying risk behaviors and impact on public health

Keywords: Adolescence, Risk Behaviors

Introducción

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Una etapa en la que gradualmente tiene que ir abandonando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil. Es un período en el cual destacan los elementos de ruptura, de pérdidas y abandonos necesarios para seguir adelante en el desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo, la condición de la adolescencia no

es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo (OMS, 2014).

Desde una perspectiva psicosocial, la adolescencia puede ser concebida como una etapa de transición, que involucra el paso desde una posición social de dependencia familiar y económica, así como de carencia de poder de facto, al estatus de adulto. La construcción de este nuevo posicionamiento social se produce mediante el desarrollo de la autonomía y la mayor posibilidad de ejercer control sobre la propia vida, que son obtenidas principalmente a través de la emancipación de la familia y el ingreso en el mundo del trabajo, que permite el logro del reconocimiento social (Lemp, 2014).

Se estudiaron 47 adolescentes de unidades académicas media superior y superior encontrándose en la etapa tardía de la adolescencia, de comunidades del municipio de Ciudad Hidalgo y Maravatío.

La salud integral del adolescente es un concepto que abarca su condición biopsicosocial, de género, enmarcada en el período del ciclo vital y familiar por el que transita y con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social.

Objetivo

Objetivo: Identificar las conductas de riesgo en adolescentes tardíos de nivel medio y superior en Ciudad Hidalgo y Maravatío, en sus tres dimensiones:

Metodología

Investigación de tipo cuantitativa, con diseño descriptivo y transversal.

Población, muestra y muestreo

El universo estuvo constituido por adolescentes entre 15 y 19 años de edad, de la carrera de enfermería de la Universidad UCLA y CONALEP. Fue un muestreo no probabilístico, por conveniencia de acuerdo a los criterios de inclusión, participaron 47 adolescentes; 28 estudiantes de CONALEP y 19 de UCLA.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron adolescentes cuya edad oscila entre 15 y 21 años, de ambos sexos, aquellos que aceptaron participar en el estudio. Los que estaban cursando el quinto semestre de la carrera de técnico en enfermería en CONALEP. Respecto a los estudiantes de UCLA, participaron los del segundo cuatrimestre.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a los adolescentes manifestaron su deseo de no participar en el estudio, los que no asistieron a las fechas de aplicación de instrumento e intervenciones, y aquellos que abandonaron el estudio después de aceptar iniciarlo.

Instrumento

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue evaluación del nivel de conocimiento sobre el proceso de duelo (ENCPD), el cual fue diseñado y validado por las autoras del estudio. El ENCPD clasifica contiene un apartado para datos sociodemográficos, y los ítems que indagan la variable proceso de duelo, son tres: conocimiento sobre adolescencia (5 ítems); conocimiento sobre pérdidas y duelos (10 ítems); y pérdidas y duelos personales (17). Las opciones de respuesta del instrumento son dicotómicas.

Procedimiento

Una vez aprobado el protocolo por la UCLA y CONALEP, se acudió a las Instituciones educativas para la autorización. Se abordó a los estudiantes, solicitando su participación y explicando los objetivos e importancia del estudio. Una vez que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, se verificó que cumplieron los requisitos de inclusión

Análisis Estadístico

Posterior a la colecta de datos, se elaboró una matriz de datos en el Programa SPSS versión 25, en la cual se capturo la información, efectuando el análisis con estadística descriptiva.

Resultados

Entre los resultados obtenidos se encontró que; con base a la edad y generó de los 47 adolescentes del CONALEP, un 39.29% se encuentra en el rango de edad de 14 a 16 años y el 60.71% tiene de entre 17 a 19 años; por otro lado, los estudiantes de UCLA todos se ubicaron en la adolescencia tardía. Respecto al género, en el CONALEP el 25% de los participantes corresponde al género masculino y el 75% al género femenino, en contraparte en UCLA el 100% fueron femenino. Respecto a que los padres estén vivos, se observó que los adolescentes de CONALEP y UCLA, el 96.43% y 84.21 % respectivamente de ellos viven ambos padres; un 3.57% y 15.79% respectivamente falleció uno de sus padres. Así mismo, al interrogar con quien viven, los resultados arrojaron que el 67.86% de estudiantes del CONALEP y el 57.89% vive con ambos padres, el 25% y el 26.32% de

participantes de CONALEP y UCLA vive solo con papá o mamá, el 3.57% vive con su pareja y con sus padres; otro 3.57% y 15.79% vive con sus familiares.

El objetivo analizar conductas de riesgo en adolescentes tardío, derivado de los resultados que arrojó el instrumento aplicado, seguido de su análisis y tratamiento se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla No. 1

Conocimientos sobre adolescencia en estudiantes de enfermería

Item	CONALEP			UCLA		
	Adecuado	No adecuado	No contesto	Adecuado	No adecuado	No contesto
Definición de adolescencia	42.86%	53.57%	3.57%	10.53%	89.47%	0
Etapas y rangos de edad de la adolescencia	3.57%	50%	46.43%	100%	0%	0%
Características físicas de la adolescencia	21.43%	57.14%	21.43%	26.32%	73.68%	0%
Características psicológicas de la adolescencia	10.71%	75%	14.29%	31.58%	68.42%	0%
Características sociales de la adolescencia	7.14%	53.57%	39.29%	21.05%	78.95%	0%

Tabla No. 2. *Conocimientos sobre pérdidas y duelos en estudiantes de enfermería*

Item	CONALEP			UCLA		
	Adecuado	No adecuado	No contesto	Adecuado	No adecuado	No contesto
Definición de pérdida	28.57%	57.14%	14.29	21.1%	78.9%	0%
Pérdidas más frecuentes	25.00%	67.86%	7.14%	36.85	63.2%	0%
Emociones ante las pérdidas	92.86%	3.57%	3.57%	47%	52.6%	0%

Item	CONALEP			UCLA		
	Adecuado	No adecuado	No contesto	Adecuado	No adecuado	No contesto
Afrontar las pérdidas	10.71%	64.29%	25.00%	15.8%	84.2%	0%
Definición de duelo	3.57%	53.57%	42.86%	36.8	63.2	0%
Definición de duelo complicado	7.14%	35.71%	51.14%	21.1%	78.9%	0%
Definición de duelo anticipado	10.71%	25.00%	64.29%	15.8%	84.2%	0%
Etapas del proceso de duelo	46.43%	53.57%	0%	10.5%	89.5%	0%
Emociones ante el proceso de duelo	50%	17.14%	42.86%	63.2%	36.8%	0%
Concepto de muerte	42.86%	35.71%	21.43%	42.1%	57.9%	0%
Tipos de muerte	14.29%	25.00%	60.71%	26.3%	73.7%	0%

Tabla No. 3

Presencia de pérdidas y duelos en estudiantes de enfermería

Item	CONALEP			UCLA		
	Si	No	No contesto	Si	No	No contesto
¿Has enfrentado la pérdida de una persona importante o significativa?	75%	25%	0%	78.95%	21.05%	0%
¿Has enfrentado la pérdida de un objeto o situación importante o significativa?	67.86%	32.14%	0%	73.68%	26.32%	0%
¿Presentas alteración en el patrón del sueño?	28.57%	64.29%	7.14%	52.63%	47.37%	0%
¿Sientes tristeza al recordar alguna persona, objeto o situación que perdiste?	89.29%	10.71%	0%	73.68%	26.32%	0%
¿Sientes ira/enojo?:	28.57%	67.86%	3.57%	42.11%	52.63%	5.26%
¿Sientes desesperanza?	28.57%	67.86%	3.57%	21.05%	73.68%	5.26%
¿Sientes angustia?	39.29%	60.71%	0%	52.6%	47.4%	0%
¿Presentas conducta de pánico?	21.43%	78.57%	0%	21.05%	78.95%	0%
¿Has tenido ideas suicidas?	32.14%	67.86%	0%	21.05%	68.42%	10.53%
¿Has tenido intentos suicidas?	7.14%	92.86%	0%	5.26%	89.47%	5.26%
¿Consumes o has consumido alguna droga?	17.86%	82.14%	0%	31.58%	68.42%	0%

Descripción: Tabla de Resultados CONALEP

Tablas 1 y 2

- a) Definición de adolescencia, se encontró que en el diagnóstico 12 adolescentes contestaron adecuadamente
- b) Etapas y rangos de la Adolescencia, se encontró que en el diagnóstico sólo 1 adolescente contestó adecuadamente
- c) Características físicas de la adolescencia, se encontró que en el diagnóstico 6 adolescentes contestaron adecuadamente
- d) Características psicológicas de la adolescencia, se encontró que en el diagnóstico 3 adolescentes contestaron adecuadamente
- e) Características sociales de la adolescencia, se encontró que en el diagnóstico 2 adolescentes contestaron adecuadamente
- f) Definición de pérdidas, se encontró que en el diagnóstico 8 adolescentes contestaron adecuadamente
- g) Pérdidas más frecuentes a las que se enfrenta el adolescente, se encontró que en el diagnóstico 7 adolescentes contestaron adecuadamente
- h) Emociones ante las pérdidas, se encontró que en el diagnóstico 26 adolescentes contestaron adecuadamente
- i) Cómo afrontar las pérdidas, se encontró que en el diagnóstico 3 adolescentes contestaron adecuadamente
- j) Definición de duelo, se encontró que en el diagnóstico 1 adolescentes contestaron adecuadamente
- k) Definición de duelo complicado, se encontró que en el diagnóstico 2 adolescentes contestaron adecuadamente
- l) Definición de duelo anticipado, se encontró que en el diagnóstico 3 adolescentes contestaron adecuadamente
- m) Etapas del proceso de duelo, se encontró que en el diagnóstico 0 adolescentes contestaron adecuadamente
- n) Emociones más frecuentes ante el proceso de duelo, se encontró que en el diagnóstico 14 adolescentes contestaron adecuadamente

ñ) Concepto de muerte, se encontró que en el diagnóstico 12 adolescentes contestaron adecuadamente

o) Tipos de muerte, se encontró que en el diagnóstico 4 adolescentes contestaron adecuadamente

Descripción: tabla de Resultados CONALEP

Tabla No. 3

a) Pérdidas de personas importantes o significativas, se encontró que en el diagnóstico 21 adolescentes mencionaron que han tenido pérdidas de personas importantes o significativas en su vida

b) Pérdidas de objetos o situaciones importantes, se encontró que en el diagnóstico 19 adolescentes mencionaron que habían perdido objetos o situaciones importantes.

c) Proceso de duelo, se encontró que en el diagnóstico 6 adolescentes mencionaron que se encontraban en proceso de duelo, 21 mencionaron que no.

d) Duelo complicado, se encontró que en el diagnóstico 10 adolescentes mencionaron que habían desarrollado un duelo complicado

e) Alteración en el patrón del sueño, se encontró que en el diagnóstico 8 adolescentes mencionaron que presentaban alteración en el patrón del sueño

f) Sentimiento de culpa, se encontró que en el diagnóstico 7 adolescentes mencionaron que sentían culpa por algún motivo

g) Sentimiento de tristeza, se encontró que en el diagnóstico y evaluación 25 adolescentes mencionaron sentir tristeza por algún motivo y sólo hubo 3 respuestas negativas.

h) Sentimiento de ira/enojo, se encontró que en el diagnóstico 8 adolescentes mencionaron que sientes ira o enojo por algún motivo

i) Sentimiento de desesperanza, se encontró que en diagnóstico y evaluación 8 adolescentes mencionaron sentir desesperanza y 19 mencionaron no sentir desesperanza.

j) Sentimiento de angustia, se encontró que en el diagnóstico 11 adolescentes mencionaron sentir angustia.

k) Conducta de pánico, se encontró que en el diagnóstico 6 adolescentes mencionaron que presentaban conducta de pánico.

l) Apoyo de un profesional durante el proceso de duelo, se encontró que durante diagnóstico 17 adolescentes mencionaron que es necesario el apoyo de un

profesional de la salud para elaborar un proceso de duelo y 11 de ellos mencionaron que no es necesario.

m) Requerir apoyo en proceso de duelo personal, se encontró que, en el diagnóstico, 10 adolescentes mencionaron que requerían apoyo durante proceso de duelo personal.

n) Ideas suicidas, se encontró que en el diagnóstico 9 adolescentes mencionaron haber tenido ideas suicidas, en evaluación aumentó a 11 las respuestas afirmativas.

ñ) Intentos suicidas, se encontró que en el diagnóstico 2 adolescentes mencionaron haber tenido intentos suicidas.

o) Consumo de drogas, se encontró que en el diagnóstico 5 adolescentes mencionaron haber consumido drogas.

Descripción: Tablas de Resultados UCLA

Tabla No. 1 y 2

Derivado de la comparación entre el diagnóstico, se encontró lo siguiente:

a) Definición de adolescencia, se encontró que en el diagnóstico 2 adolescentes contestaron adecuadamente.

b) Etapas y rangos de la Adolescencia, se encontró que en el diagnóstico ningún adolescente contestó adecuadamente.

c) Características físicas de la adolescencia, se encontró que en el diagnóstico 5 adolescentes contestaron adecuadamente.

d) Características psicológicas de la adolescencia, se encontró que en el diagnóstico 6 adolescentes contestaron adecuadamente.

e) Características sociales de la adolescencia, se encontró que en el diagnóstico 4 adolescentes contestaron adecuadamente.

f) Definición de pérdidas, se encontró que en el diagnóstico 4 adolescentes contestaron adecuadamente.

g) Pérdidas más frecuentes a las que se enfrenta el adolescente, se encontró que en el diagnóstico 7 adolescentes contestaron adecuadamente.

h) Emociones ante las pérdidas, se encontró que en el diagnóstico 9 adolescentes contestaron adecuadamente.

i) Cómo afrontar las pérdidas, se encontró que en el diagnóstico 3 adolescentes contestaron adecuadamente.

- j) Definición de duelo, se encontró que en el diagnóstico 7 adolescentes contestaron adecuadamente.
- k) Definición de duelo complicado, se encontró que en el diagnóstico 4 adolescentes contestaron adecuadamente.
- l) Definición de duelo anticipado, se encontró que en el diagnóstico 3 adolescentes contestaron adecuadamente.
- m) Etapas del proceso de duelo, se encontró que en el diagnóstico 2 adolescentes contestaron adecuadamente.
- n) Emociones más frecuentes ante el proceso de duelo, se encontró que en el diagnóstico 12 adolescentes contestaron adecuadamente.
- ñ) Concepto de muerte, se encontró que en el diagnóstico 8 adolescentes contestaron adecuadamente.
- o) Tipos de muerte, se encontró que en el diagnóstico 5 adolescentes contestaron adecuadamente.

Tabla No. 3

- a) Pérdidas de personas importantes en su vida, se encontró que en el diagnóstico, 15 adolescentes contestaron que han presentado este tipo de pérdidas y 4 dijeron que no.
- b) Pérdidas de objetos o situaciones importantes en su vida, se encontró que en el diagnóstico 14 si las habían presentado.
- c) Si se encuentran en proceso de duelo, se encontró que en el diagnóstico 8 contestaron que sí y en la evaluación 11 que, sí se encuentran en proceso de duelo, mientras que 11 y 8 contestaron que no en diagnóstico.
- d) Si han desarrollado duelo complicado, se encontró que en el diagnóstico 7 contestaron que sí.
- e) Alteración en el patrón del sueño, se encontró que 10 si tenían alteración en el patrón del sueño.
- f) Si sentían culpa por algún motivo, se encontró que 11 si sentían culpa por algún motivo en diagnóstico.
- g) Si sentían tristeza por algún motivo, se encontró que 14 si sentían tristeza por algún motivo en diagnóstico y evaluación.
- h) Si sentían ira/enojo, se encontró que 8 si sentían ira/enojo por algún motivo en diagnóstico.

- i) Si sentían desesperanza, se encontró que 4 contestaron que, si sentían desesperanza en diagnóstico.
- j) Si sentían angustia; se encontró que 10 contestaron que, si sentían angustia en diagnóstico.
- k) Si presentaban conducta de pánico, se encontró que 4 si consideraban que presentaban conducta de pánico en diagnóstico.
- l) Si consideraban que se requería apoyo de un profesional de la salud durante el proceso de duelo, 13 consideraron que si en diagnóstico.
- m) Si consideraban que necesitaban apoyo de un profesional para elaborar un duelo, se encontró que 9 consideraron que si en diagnóstico.
- n) Si presentaban ideas suicidas, se encontró que 4 contestaron que, si tenían ideas suicidas en diagnóstico.
- ñ) Si habían tenido intentos suicidas, se encontró que 1 adolescentes contestaron que habían tenido intentos suicidas en diagnóstico.
- o) Si consumían o consumen algún tipo de droga, se encontró que 6 adolescentes contestaron que, si consumían o consumen alguna droga en diagnóstico.

Conclusiones

La adolescencia es la etapa de crecimiento y desarrollo que ocurre entre la niñez y la etapa adulta, es una etapa de maduración y desarrollo psicológico, es una etapa condicionada por factores ambientales y educativos entre los cuales se destacan los valores culturales, sociales y morales.

Actualmente la generación de adolescentes mexicanos está mejor alimentada, vestida y con mayor libertad que hace algunos años, sin embargo, los peligros a los que se están expuestos han aumentado considerablemente; no sólo a nivel sexual, alcoholismo o drogadicción, sino también a conductas de autodestrucción.

La adolescencia es una etapa que ocurre en un lapso relativamente corto que actualmente se ha vuelto peligroso por varios factores sociales, entre ellos el medio familiar, que anteriormente era un núcleo moral, formativo, social, cultural, recreativo, filosófico, económico y sobre todo afectivo, ha pasado a ser un núcleo puramente social, en un gran número de casos con una comunicación pobre entre los miembros de la familia, cada vez más con carencia de valores morales humanos y pobre en afecto; agravado por conflictos, separación y divorcios que aumentan alarmantemente.

El urbanismo y el desarrollo en las redes sociales, produce en los adolescentes y adultos una soledad o aislamiento cada vez mayor; los medios masivos de comunicación al alcance de todos, saturan al adolescente de información y

publicidad, deforman el lenguaje empobreciéndolo y muchas veces distorsionando la construcción humana, favoreciendo el desarrollo cognitivo mas no el emocional. En las ultimas 4 décadas ha predominado en los padres y educadores la tendencia a sobreproteger a los niños tratando de hacerles la vida más fácil y cómoda, queriendo evitarles el sufrimiento y los traumas, provocando como consecuencia que el niño no aprenda a sufrir desde pequeño y al entrar a la adolescencia no sabe cómo manejar el sufrimiento, terminando generalmente el sufrimiento por manejar al adolescente. Al facilitarle las cosas, no aprende a hacer esfuerzos para lograr algo por sí mismo; en consecuencia, al llegar a la adolescencia responde ante la vida con la ley del esfuerzo mínimo, que lo puede conducir a la mediocridad, ésta a una insatisfacción personal y pobreza de autoestima que puede llevarlo a no saber superar las pérdidas y generar depresión y tomar una conducta asocial.

Bibliografía

1. Alfaro, A. C., (2014). Conducta Suicida Adolescencia y Riesgo. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50864-21252014000100013
2. Lillo, E. J. L., (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (90), 57-71. Recuperado en 25 de febrero de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&tlng=es.
3. Grojec, A. (2011). La adolescencia una época de oportunidades. UNICEF
4. Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolescencia y Salud , 1 (2), 23-31. Recuperado el 17 de febrero de 2022, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es.
5. Mera, L. M. J., Martínez, T. K. C. & Costalat-Founeau, A. M. (2014). Dinámicas identitarias en procesos de transición psicosocial: adolescencia y migración. Estudio de caso. Migraciones internacionales, 7(3), 221-248. Recuperado en 25 de febrero de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062014000100008&lng=es&tlng=es.
6. OMS. (2014). La Adolescencia y su Clasificación, México.
7. Salud, S. d. (2015). Norma Mexicana 047 para la atención del adolescente 10 - 19 años de edad. Obtenido de dof.gob.mx/nota_to_doc.php%3Fcodnota%3D5403545

8. Sampieri, D. R. (2010). Metodología de la investigación, 5ta Ed - ESUP. Obtenido de [https://www.esup.edu.pe/...investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%](https://www.esup.edu.pe/...investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20)