



# JANASKAKUA

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

No 2 Julio-Octubre 2019



**“Formando  
Comunidades  
de Enfermería,**

**desde la  
Investigación y  
Divulgación del  
Conocimiento.”**



## 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  
*Secretario Administrativo*

Dr. Héctor Pérez Pointor  
*Difusión Cultural y Extensión Universitaria*

M.C. Julio César Cabrera  
*Director de la Facultad de Enfermería*

C.M.E. Renato Ortiz Campos  
*Secretario Administrativo*

Dra. Ruth Esperanza Pérez Guerrero  
*Secretaria Académica*

Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz  
*Coordinador de la Revista Janaskakua*

[www.enfermeria.umich.mx](http://www.enfermeria.umich.mx)

### Comité Editorial

Dr. José Manuel Herrera Paredes

Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz

Dra. Martha Marín Laredo

Dra. Mayra Itzél Huerta Baltazár

### Diseño Editorial

M.A.D. Alejandro Kanek Ballesteros Coria

Janaskakua, revista de divulgación de la Facultad de Enfermería, Año 1, No. 2, Mayo-Octubre 2019, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Michoacan 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://www.enfermeria.umich.mx>, [revistajanaskakua@gmail.com](mailto:revistajanaskakua@gmail.com) y [juliocesarleyvar@gmail.com](mailto:juliocesarleyvar@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

Revista de Divulgación Científica de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. No 2 Julio-Octubre 2019

## Contenido



Palabras del Coordinador .....	<b>4</b>
La meditación para favorecer el bienestar físico (CD4 y CV) de las personas que viven con VIH: un proyecto de Enfermería .....	<b>6</b>
Operatividad del programa de atención a la persona con diabetes: el caso de Tizimín.....	<b>14</b>
Proceso de Enfermería al Sistema Familiar E.C. residente de una comunidad suburbana en Hermosillo, Sonora.....	<b>24</b>
Formación de grupos para el programa de Educación en Diabetes “Yo Decido” .....	<b>34</b>
Adaptación del rol Materno en adolescentes embarazadas: Revisión Integradora.....	<b>43</b>
Tabaquismo y educación: Entre el deber ser, la legislación y las prácticas sociales del tabaquismo.....	<b>53</b>



## Palabras del Coordinador



La revista **Janaskakua** de divulgación científica de la Facultad de Enfermería, como parte de las Facultades de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, es un espacio y plataforma de interlocución de y para la comunidad de enfermería de habla hispana de Michoacán, México y el mundo. Los investigadores, docentes, estudiantes y todo estudioso o interesado en la salud, tienen la oportunidad de participar activamente de esta comunidad académica, cuya misión es estudiar y analizar los problemas de salud, para actuar en consecuencia, poniendo a prueba los conocimientos: teóricos, metodológicos y prácticos sin soslayar los saberes de nuestras culturas precolombinas y milenarias que nos han llegado de otras latitudes como medios para atender condiciones de salud de la población. Estos principios permiten construir puentes desde la academia y los saberes disciplinares hasta los contextos socioculturales heterogéneos de las sociedades actuales: rurales, semirurales y urbanas.

El segundo número, mayo-octubre de 2019, refleja los resultados de investigación de las prácticas de enfermería en diversas regiones y grupos sociales de México, desde Sonora hasta Yucatán. La riqueza de este número estriba en el abordaje de los temas de Enfermería desde la mirada y experiencia de investigadores, docentes y estudiantes, quienes pulsán la salud de poblaciones particulares y generan un crisol apasionante de conocimientos y propuestas de atención e intervención por parte de los profesionales de enfermería. Esperamos que estas experiencias registradas en los artículos puedan convertirse en un referente para la comunidad de enfermería sobre temáticas, metodologías y conocimientos de frontera que generan nuevos marcos explicativos para entender los problemas de salud.

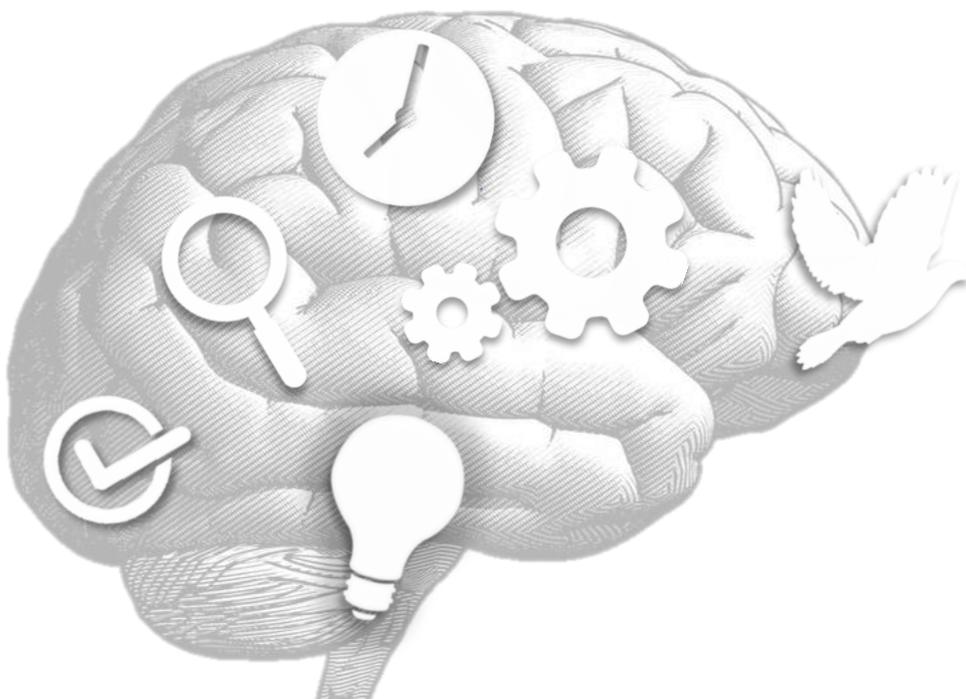
En este número, encontraremos cómo la meditación puede favorecer el bienestar físico de las personas que viven con VIH. Mientras que dos equipos de profesionales nos comparten su experiencia de analizar, desde distintos programas, el problema de diabetes en Tizimín, Yucatán. Por otra parte, un equipo conformado de la Universidad de Sonora, aborda el Proceso de Enfermería en una familia de Hermosillo.

Un tema vigente es el rol materno en adolescentes embarazadas, trabajo que genera otro equipo de académicos y estudiantes de posgrado en la región centro-occidente de México, en el estado de Guanajuato. Finalmente, se incorpora un artículo sobre tabaquismo, desde un análisis sociológico sobre este fenómeno socio-educativo.

En el comité editorial de la Revista Janaskakua esperamos que el lector se identifique con su región, temática o afinidad metodológica, para posibilitar la generación de nuevas experiencias investigativas. Deseamos que, paulatinamente, vayamos conformando una gran comunidad de profesionales de enfermería que escriben una nueva historia, su propia historia, en el siglo XXI.

**Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz**

*Coordinador*



## La meditación para favorecer el bienestar físico (CD4 y CV) de las personas que viven con VIH: un proyecto de Enfermería



*Autores: DCE. Mayra Itzel Huerta Baltazar\*, DCE. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala\*, DCE. Ma. de Jesús Ruiz Reséndiz\*, DCE. Vanesa Jiménez Arroyo\*, ME. Fabiola Núñez Pastrana\*, MP. Oscar Javier Carranza Plancarte\*\*.*

*\*Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. \*\*Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. Correo de correspondencia: [efetakumi@gmail.com](mailto:efetakumi@gmail.com)*

### Resumen

#### Introducción

El 30% de la población a nivel mundial, tiene VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). La meditación es una práctica antigua donde a través de la respiración se favorece: la regulación de la frecuencia cardiaca, disminución de la relajación muscular, disminuye los niveles de azúcar en sangre y reducción de la presión sanguínea, estos signos llevan a la regulación del bienestar físico manifestado en indicadores biológicos en personas que viven con VIH.

El Objetivo de esta investigación es determinar si la meditación como intervención de Enfermería favorece el bienestar físico de las personas que viven con VIH.

#### Material y Métodos

Se trata de un estudio Cuantitativo y longitudinal. Con un diseño cuasi experimental con grupo de Intervención y uno de control, a través de tres mediciones: preintervención, postintervención y seguimiento de la intervención. Los instrumentos utilizados fueron utilizando una cédula de identificación para variables sociodemográficas. Se evaluó el Bienestar Físico con el indicador biológico CD4. Se acatarán los principios éticos fundamentados para salvaguardar la integridad de las personas y que el riesgo de participar sea mínimo.

#### Resultados y Conclusiones

Se espera encontrar resultados significativos, para que la meditación favorezca a la persona que vive con VIH y de esta manera fomentar intervenciones de Enfermería en el área de las terapias tradicionales que sean esperanza de calidad de vida y bienestar en las personas que vive con VIH.

**Palabras Clave:** Personas que viven con VIH, Meditación, Intervención de Enfermería.

## **Introducción**

El VIH es la cuarta causa de muerte a nivel mundial y la primera en el continente africano mientras que en América Latina la epidemia sigue en aumento.

En pleno siglo XXI las personas siguen siendo estigmatizadas y condenadas profundamente por el padecimiento que altera principalmente el bienestar físico, y, por ende, las esferas emocional y espiritual (ONUSIDA, 2016).

La situación de saberse portador de VIH implica reacciones emocionales diversas al enfrentarse a: los exámenes clínicos, el inicio de los tratamientos farmacológicos, la naturaleza impredecible de la enfermedad, la negociación con los servicios de salud, las exigencias económicas, las reacciones familiares, la amenaza laboral, el nivel de interferencia de los síntomas con sus rutinas y actividades cotidianas y la interacción con profesionales de la salud y con el medio hospitalario. Por lo tanto, su cuerpo y mente se alteran por la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia, la tristeza, la rabia, la frustración, la culpa y las ideas suicidas (CENSIDA, 2015).

El VIH se asocia erróneamente con la homosexualidad que deriva en la estigmatización, la homofobia y la transfobia, éstas son el conjunto de creencias, opiniones, actitudes y comportamientos de agresión, desprecio, ridiculización, que se producen contra las personas homosexuales, bisexuales y transexuales. Se trata de una discriminación por orientación sexual (homofobia) o por identidad de género (transfobia), en importancia similar al racismo y la xenofobia. Se fundamenta en los fuertes estereotipos sociales, centrados en el odio hacia las personas y la no aceptación de la diversidad humana (Ahumada, 2011).

Sin embargo, saberse portador de VIH, puede vivirse de manera diferente. Esta forma diferente de vivirse, puede facilitarse mediante la meditación, la cual es una estrategia que retoma la ciencia de Enfermería donde la mente controla las emociones que al no expresarse se reflejan en nuestro cuerpo y en las enfermedades. [1] La meditación está orientada a la integración de las emociones para lograr un bienestar físico, emocional y espiritual con el fin de desarticular la relación VIH con enfermedad sin esperanza de vida, por medio de una visualización y respiración dirigida hacia la salud, no hacia el sufrimiento y la muerte (Moore, 2013).

Las personas que viven con VIH buscan la manera de estar mejor. En el 2017, en una investigación de Medellín, Colombia llamada “Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida”, se evidenció en los resultados bajos

niveles de depresión y ansiedad, sin embargo, demostraron alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo, de búsqueda de apoyo espiritual y alto empleo de estrategias de control emocional (Lowen, )

En el desarrollo de intervenciones en el área de la salud, Enfermería ha trabajado con terapias tradicionales y alternativas mostrando evidencias de éxito, por tener capacitación plena en la temática y por tener amplios conocimientos del área de la salud. A lo largo del tiempo, se ha visto el desarrollo de intervenciones que permiten generar conocimiento dentro de las terapias tradicionales y alternativas. Existen también estudios que demuestran la eficacia de estas (Jhonson, 2010)

En el 2015, Armando Herrera y colaboradores realizaron una investigación que explora la prevalencia del uso de Terapias complementarias y alternativas en pacientes con VIH, demuestra que el 73.4% de los pacientes utilizaron terapias complementarias y concluye aceptando que las terapias complementarias son una práctica común entre los pacientes diagnosticados con VIH (Herrera, 2015). Una de las prácticas que realizan es la meditación.

La meditación es un estado acrítico de autoobservación. Se observa el pensamiento, pero sin pensar; el sentimiento, sin involucrarse en él; y se observa cualquier contenido cognoscitivo, sensorial, emocional, fisiológico o conductual, de manera pasiva. Puede considerarse una técnica mientras el meditador no ha logrado el estado de conciencia meditativo (De León, 2000).

La meditación se sirve del trabajo con la mente y la respiración para el control de las emociones y que a través de esta terapia aprenda a lograr un Bienestar Físico, reflejado en un indicador biológico (CD4 y Carga Viral) que evidencia el nivel de Bienestar Físico en las personas que viven con VIH.

El Bienestar Físico son las condiciones anatómicas y funcionales para vivir autónomamente, se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos.

El Bienestar Físico esta definido por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. En las personas que viven con VIH un indicador de bienestar físico son: la carga viral y el CD4. Ambas son estudios en sangre que al ser indicadores biológicos establecen un nivel numérico de estabilidad física (García, 2014).

## Objetivo General

Determinar que la meditación como intervención de Enfermería favorece el Bienestar Físico de las personas que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana (PVVIH).

## Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los participantes en el grupo control y experimental.
2. Identificar los niveles de bienestar físico (cd4 y carga viral) en los participantes del grupo control y experimental antes, después y en el seguimiento de la intervención.
3. Comparar los niveles de bienestar físico en los participantes del grupo control y experimental antes, después y en el seguimiento de la intervención (50%).

## Material y Métodos

Estudio cuantitativo, longitudinal. Con un diseño cuasi-experimental con un grupo de experimental y un grupo control. En ambos grupos se realizarán tres mediciones; preintervención, postintervención y seguimiento (seis meses después de la intervención).

### Tabla No. 1.

#### Diseño de la investigación bajo el enfoque cuantitativo

Grupos	Asignación	Secuencia de Registro		
		Pretest	Tratamiento	Posttest
Con Intervención	No Aleatoria	Y <sub>E1</sub>	X	Y <sub>E2</sub>
Sin Intervención	No Aleatoria	Y <sub>C1</sub>	--	Y <sub>C2</sub>

*Nota: Teresa Anguera y cols en: Metodología de las ciencias del comportamiento.*

El universo de estudio es el Grupo CONVIHVE Asociación Civil de Morelia Michoacán, ubicado en la calle Manuela Medina, número # 567 en la colonia Jacarandas. Este grupo fue creado por el C. Alejandro Cedeño en el año 2000 en éste mismo año fue reconocido como Asociación civil. Actualmente está integrado por un presidente, un secretario y cuatro vocales, a su vez, tiene 20

integrantes formalmente registrados. El objetivo de la asociación es brindar apoyo a personas que viven con VIH y a sus familiares. En este lugar, se realizarán las entrevistas para la recolección de datos.

El tamaño de la muestra es no probabilística, teniendo 20 participantes que son el total de integrantes que conforman la asociación civil. Los criterios de inclusión y exclusión del estudio se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2.**  
**Criterios de la Investigación**

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hombres y/o mujeres mayores de 18 años que sepan leer y escribir.</li> <li>▪ Que asistieran al grupo Convihve.</li> <li>▪ Que residieran en Morelia o tengan la facilidad de asistir a los talleres una vez a la semana independientemente de su zona de residencia.</li> <li>▪ Que tuvieran diagnosticados más de 5 años.</li> <li>▪ Que tuvieran tratamiento antirretroviral otorgado por el sistema de salud (SSA, ISSSSTE, IMSS)</li> <li>▪ Indistintamente de su acceso al sistema de seguridad social para atención a la salud, su religión, su preferencia sexual y ocupación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los participantes que:</li> <li>▪ No cumplieran los criterios de inclusión.</li> <li>▪ Que tuvieran complicaciones del padecimiento que involucre un compromiso cognitivo-conductual que impida el entendimiento de la terapia.</li> <li>▪ Los que tuvieran un tratamiento alternativo o alópata estimulador del sistema nervioso central.</li> <li>▪ Los que asistieran a menos de 6 sesiones.</li> <li>▪ Aquellos que abandonaran el estudio.</li> </ul>

*Nota: Criterios de la investigación*

Las técnicas para la recolección de la información son las siguientes:

1. Cédula de Identificación de características sociodemográficas de los participantes del grupo control y experimental.
2. El bienestar físico se determinará por el indicador biológico CD4 y Carga Viral que son las células CD4 son las más importantes del sistema inmunitario. Éstas nos protegen frente a

infecciones y enfermedades. El recuento de CD4 nos indica el número de células CD4 que hay en una gota de sangre. Cuantas más, mejor. La carga viral mide la cantidad de VIH en una gota de sangre. Lo ideal es tener la menor cantidad posible. Cuando el recuento de CD4 es bajo, la carga viral suele ser alta. Esta situación no es favorable. Cuando el recuento de CD4 es alto, la carga viral suele ser baja. Esto es mucho mejor. Si el recuento de CD4 está en 350 ó por debajo, es recomendable que se inicie tratamiento. El resultado del tratamiento debería ser un aumento de los CD4 y un descenso de la carga viral. Los resultados de las pruebas de CD4 y carga viral dan una información esencial sobre el efecto que el VIH tiene en el cuerpo, por lo tanto, es un indicador de bienestar físico.

**Tabla 3.**

**Descripción del procedimiento antes, durante y después de la intervención.**

Fases:	Descripción:
FASE I: Pre-intervención	En esta etapa se realizará la identificación de los participantes en el grupo control y en el grupo de intervención, invitación, reclutamiento y firma del consentimiento informado de ambos grupos. Se realizará el procedimiento necesario para la toma y registro del CD4 y Carga Viral.
FASE II: Intervención	Antes de iniciar el primer taller de meditación, se les dará a los participantes las indicaciones y la planeación de las 12 sesiones se realizará registro del nivel CD4 y Carga Viral del último estudio de control (previamente identificado). Se realizarán 12 sesiones, una vez por semana, de aproximadamente 3 horas de duración.
FASE III: Post- intervención	Al finalizar el último taller se les pedirá a los participantes su participación para la toma y registro del último reporte de los estudios de control para identificar el CD4 y Carga Viral posterior a la intervención. Al grupo control se les contactó a través del grupo de autoayuda y se les realizará la misma toma y registro de indicadores.
FASE IV: De Seguimiento	El grupo con intervención en la fase cuantitativa realizó la intervención de terapia psicocorporal después, con la finalidad de valorar los efectos de la intervención seis meses después.

*Nota: Elaboración propia.*

Para llevar a cabo el análisis de datos se utiliza el software *Statistical package for the social sciences* (SPSS V.17), a través de la generación de una base de datos. Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y estadística inferencial para correlacionar variables. El procedimiento que se llevó a cabo para la elaboración de la investigación se muestra en la tabla 3.

Los recursos con los que se llevará a cabo esta investigación serán los siguientes:

Los colaboradores de la investigación, se han definido con base a los expertos del área que trabajan. La Terapeuta Fátima Contreras Partida realizará la capacitación de la práctica de Meditación. De manera que se cuenta con el apoyo de la Dra. Alicia Álvarez Aguirre, para llevar a cabo los análisis estadísticos necesarios del proyecto. Se espera despertar la curiosidad y la participación de los integrantes del grupo CONVIHVE para llevar a cabo la intervención.

Se cuenta con la Infraestructura para desarrollar las sesiones que corresponden a la Intervención, ya que se dieron las facilidades para implementar las sesiones de la práctica de Meditación en la Asociación Civil CONVIHVE en Morelia.

Se cuenta con los recursos básicos (computadora Laptop, multifuncional) para la elaboración y preparación de material necesario para la redacción en la planeación del proyecto, así como el registro y sistematización de resultados.

### **Consideraciones Éticas**

Esta investigación acatará las normas establecida por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Se aplicarán los principios éticos básicos: justicia, respeto a las personas y no maleficencia. Se aplicará el principio de beneficencia que se refiere a por sobre todas las cosas, no dañar. Se aplicarán los principios aconsejados en la relación de derechos humanos, en lo que respecta a las minorías sexuales en ausencia de una legislación que reconozca los derechos civiles de las personas con diferentes opciones sexuales.

### **Referencias**

1. Ahumada M; Escalante E; y Santiago I. (2011). *Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA*. Subj. procesos cogn. vol.15 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./jun. 2011. [Consultado 2015 noviembre 21]; Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73102011000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100002)
2. CENSIDA, 2015. *Panorama de la respuesta nacional al VIH México, 2015*. 1° de diciembre de 2015. [Consultado 2015 diciembre 14]; Recuperado de:  
[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/diamundial/Panorama\\_nacional\\_de\\_la\\_respuesta\\_a\\_la\\_epidemia\\_de\\_VIH2015\\_1.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/diamundial/Panorama_nacional_de_la_respuesta_a_la_epidemia_de_VIH2015_1.pdf)
3. De León W. (2000). *El flujo de la vida: La unión mente cuerpo para el crecimiento psicocorporal*. Pax México; México, D.F.

4. García V. (2014). *La categoría del bienestar su realidad con otras realidades*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 16 (6) 586-592.
5. Johnson P. (2010). *Cómo aceptar y afrontar una enfermedad crónica*. Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH. [Consultado 2014 junio 19]; Recuperado de: <http://fundapoyarte.org/sitio-vih/fun-articulo/sm-7/cont-56-cmo-aceptar-una-enfermedad-crónica-a.html>
6. Keleman S. (1999). *Anatomía Emocional*. Bilbao: Desclée.
7. Lowen A. (2005). *Respiración, Sentimiento y Movimiento*. Disponible en: [http://www.bioenergeticsaab.com/Respiraci%F3n\\_sentimiento\\_movimiento.PDF](http://www.bioenergeticsaab.com/Respiraci%F3n_sentimiento_movimiento.PDF)
8. Rich, M. R. (2013). *La acción instrumental y la acción comunicativa en el cuidado a enfermos crónicos*. Universidad de Córdoba Programa de Doctorado Biomedicina. [Consultado 2014 enero 13]; Recuperado de: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/11590/2014000000871.pdf?sequence=1>
9. ONUSIDA (2015). *El SIDA en cifras 2015*. Día mundial del SIDA 2015. 20 Avenue Appia CH-1211 Ginebra 27 Suiza [Consultado 2015 noviembre 05]; Recuperado de: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf)

## Operatividad del programa de atención a la persona con diabetes: el caso de Tizimín



MCE. Yam Sosa Antonio Vicente; [antonio.yam@correo.uady.mx](mailto:antonio.yam@correo.uady.mx)

PLESS. Cutis Couoh Edwin Farid; correo: [edwincutis@hotmail.com](mailto:edwincutis@hotmail.com)

PLESS. Puc Burgos Ivet Estefanía; correo: [ivetpuc14@gmail.com](mailto:ivetpuc14@gmail.com)

MSC Julia Alejandra Candila Celis; correo: [julia.candila@correo.uady.mx](mailto:julia.candila@correo.uady.mx)

Dra. Patricia Gómez Aguilar; correo: [patricia.gomez@correo.uady.mx](mailto:patricia.gomez@correo.uady.mx)

MCE. Juan Gustavo Pacheco Lizama; correo: [juan.pacheco@correo.uady.mx](mailto:juan.pacheco@correo.uady.mx)

Universidad Autónoma de Yucatán

Facultad de Enfermería

Unidad Multidisciplinaria Tizimín

### Resumen

El estudio describe indicadores clínicos y antropométricos de usuarios del programa de atención con Diabetes tipo 2 del Centro de Salud de Tizimín Yucatán. La información se obtuvo de fuentes secundarias de 599 usuarios, analizados según la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus).

### Resultados

Mujeres (76.63%) y hombres (23.37%), edad media de 57.7 años. Índice de Masa Corporal= 37.52% sobrepeso y 42.52% con algún grado de obesidad, Hipertensión sistólica= 24.88% e Hipertensión diastólica= 16.64%, Hemoglobina glucosilada= 39.26% con un rango por encima del 8%, Triglicéridos= 40.24% con alto riesgo (>200 mg/dl), Colesterol= 9.20% con alto riesgo (>240 mg/dl), 60% con síndrome metabólico, 80% con revisión de pies, sin especificar algún hallazgo y 98% consume metformina y glibenclamida como medicamentos de base. Los hallazgos señalan que la mayoría de los usuarios del programa de control de enfermedades crónicas del Centro de Salud de Tizimín, Yucatán, presentan un descontrol según la PROY NOM-015.

**Palabras clave-** Diabetes Mellitus Tipo 2, Centro de Salud, Atención Primaria de Salud, Control, Calidad de la Atención de Salud.

## Introducción

A nivel Mundial, en 2017, 425 millones de personas en el mundo presentaban Diabetes Mellitus (DM) (aproximadamente uno de cada once adultos), lo que equivale a una prevalencia del 8.8% en la población adulta. Más aún, aproximadamente uno de cada dos (50%) adultos con DM se encuentra sin diagnosticar de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2018). Los costos de la DM ascienden al 12 % del gasto de salud mundial (727 mil millones de dólares).

La prevalencia de DM ha incrementado progresivamente en los tres últimos decenios y está aumentando con mayor rapidez en los países de medianos y bajos ingresos (donde se encuentra el 79% de la prevalencia mundial de DM). Igualmente, se observa un aumento de los factores de riesgo asociados con la enfermedad, tales como el sobrepeso y la obesidad (FID, 2018). La DM es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores y otras consecuencias permanentes que repercuten de manera importante en la calidad de vida.<sup>1</sup>

La DM es una de las mayores emergencias de salud del siglo XXI. La OMS estima que, en el mundo, los niveles elevados de glucosa en sangre constituyen el tercer factor de riesgo para la mortalidad prematura, después de la presión arterial alta y el consumo de tabaco. Muchos gobiernos y profesionales de la salud pública continúan sin tomar conciencia del impacto actual de la DM y sus complicaciones. Diversos estudios muestran una proporción sustancial de personas con DM sin diagnóstico previo; un alto porcentaje de personas aún no han sido diagnosticadas, sobre todo en el contexto de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Entre los factores que dificultan el diagnóstico de DM2 se encuentran los síntomas inespecíficos y escasos que se desarrollan en los primeros años de la enfermedad.<sup>2</sup>

La diabetes constituye un problema relevante de salud pública que requiere una atención prioritaria en México, ya que su tendencia al incremento no ha sido impactada con los esfuerzos desarrollados y los recursos asignados para su atención. El comportamiento demográfico del país en general y del estado de Yucatán en particular, en el que se advierte un cambio en la pirámide poblacional agrega condiciones de riesgo para la población adulta.<sup>3</sup>

De acuerdo con el número de pacientes que viven con DM, México ocupa el quinto lugar mundial, con 12.5 millones de adultos viviendo con esta condición y se estima que para 2045 podría ocupar el cuarto lugar, con 21.8 millones de adultos afectados (FID, 2017). A partir de 2013, la DM ocupó el primer lugar como causa básica de muerte en México y constituye una de las principales causas de ceguera adquirida, enfermedades cardiovasculares (ECV),

insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores según la Secretaría de Salud (SSA) 2016. La DM2 es un grave problema de salud pública en México, esta ocupa uno de los primeros lugares de incidencia en las personas de entre 20 y 79 años.<sup>2</sup>

En México, el 1° de noviembre de 2016, la SSA emitió las declaratorias de emergencia epidemiológica ante las cifras alarmantes de sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La declaratoria de dichas emergencias tienen como objetivo darle visibilidad a la problemática de salud.<sup>2</sup>

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016), aproximadamente siete de cada diez adultos presentan sobrepeso u obesidad, que se reconoce como el principal factor de riesgo para el desarrollo de DM. De manera específica, la ENSANUT MC 2016 mostró un aumento significativo en la prevalencia de obesidad en mujeres adultas que viven en el medio rural, con resultados que crecieron de 31.8% en 2012 a 35.9 por ciento en 2016.

Por otro lado, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) coloca a México en el segundo lugar en prevalencia de obesidad en adultos a nivel mundial. Aunado a esto, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en los escolares de cinco a once años se ubicó en 33.2% durante 2016, mientras que en los adolescentes de doce a 19 años dicha prevalencia combinada se ubicó en 36.3% (Shamah, Levy et al., 2016).<sup>4</sup>

En el Estado de Yucatán se observa un panorama epidemiológico similar a lo que ocurre a nivel nacional, con el incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, observándose la diabetes como la tercera causa de muerte con una prevalencia del 9.2%.<sup>5</sup>

En Yucatán existe un incremento en la prevalencia de diabetes, lo que representa una carga y presión económica muy importante para el sistema estatal de Salud del Estado de Yucatán, para las familias de las personas que viven con diabetes y para la sociedad en su conjunto. Aunado a esta situación, en Yucatán existe un porcentaje considerable de la población carente de servicios de salud, afectando fundamentalmente los núcleos de población ubicados fuera de las áreas urbanas y con los rangos de ingreso inferiores.<sup>3</sup>

En ella se registra un aumento sostenido en la detección y mortalidad de DM2r (INEGI 2005-2009). En los registros institucionales los índices más negativos se refieren a mujeres y, en

general, a los grupos sociales que cuentan con menos recursos económicos, de desarrollo y de servicios de salud, ya que reciben una atención deficiente e inadecuada frente a sus expectativas y sus especificidades culturales. Son muy escasos los trabajos que perciben un aumento de la mortalidad por diabetes en población originaria. La desigualdad se refleja en el incremento de las tasas de mortalidad entre las mujeres, indígenas y campesinas (SSY 2012).<sup>10</sup>

Para Yucatán, como para otros estados con alta presencia de poblados originarios, la DM2 es un problema emergente desde el primer nivel de atención, tanto para el paciente como para el equipo de salud (SSY 2012).<sup>10</sup>

Como ya se mencionó, el área maya de las tierras bajas registra un aumento del perfil epidemiológico de la DM2, de la obesidad y de la hipertensión. Yucatán ocupa el primer lugar nacional en obesidad (ENSANUT 2012).<sup>11</sup>

Durante 2018 se registraron un total de 924 casos confirmados de DM2 al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Tipo 2 (SVEDT2) en el estado de Yucatán. <sup>11</sup>

De acuerdo con la ENSANUT 2012 se puede afirmar que el incremento en la prevalencia de DM2 para la población yucateca, puede explicarse por varios factores: el envejecimiento de la población, la urbanización creciente, que trae consigo cambios en el estilo de vida que pueden influir en el aumento de los factores de riesgo.<sup>5</sup>

Para la distribución de los servicios de salud, Tizimín está dividido en dos zonas: rural y urbana. La atención en la primera incluye las comisarías del municipio y el servicio se brinda por medio de las Unidades Médicas Móviles que pasan periódicamente. En la zona urbana se encuentra el Centro de Salud, conformado por 12 módulos. En Tizimín, hasta marzo del 2010, había 641 personas diabéticas. Dos módulos contaban con GAM, a los que acudían diabéticos, hipertensos y obesos. Ambos módulos atendían a 108 diabéticos, 19 hombres (18%) y 89 mujeres (82%)<sup>10</sup>

En México se han implementado políticas públicas para enfrentar esta problemática de salud. En el 2013 se lanza en México la "Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes" que plantea la integración de tres pilares y seis ejes rectores, que contienen ejes estratégicos, componentes y actividades. Instrumenta un programa nacional multisectorial, con actividades, metas e indicadores definidos para coadyuvar a disminuir la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y a la vez fortalece los

sistemas de vigilancia, homologándolos, e integrándolos en base a las necesidades de información.<sup>6,7</sup>

En el mismo año el Diario Oficial de la Federación (DOF), se publicó el Decreto por el que se reforma el artículo 3o. en sus fracciones III, VII y VIII; y 73, fracción XXV, y se adiciona un párrafo tercero, un inciso d) al párrafo segundo de la fracción II y una fracción IX. En el Quinto Transitorio III, apartado C, a la letra dice: “Prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos”.

Aunado a lo anterior en el año 2015 fue lanzado el Observatorio Mexicano de Enfermedades No transmisibles (OMENT), creado en respuesta a la necesidad de contar con un medio para apoyar la toma de decisiones y medir el impacto de las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del sobrepeso, la Obesidad y la diabetes, con la participación de los sectores público, privado y la sociedad civil, correspondiéndole a una instancia académica externa al gobierno la gestión de este mecanismo de evaluación.<sup>6,7</sup>

En el 2016 la SSA emite la declaratoria de emergencia epidemiológica por obesidad y diabetes que incluye la declaratoria de emergencia por sobrepeso y obesidad (EE-3-2016) y Diabetes Mellitus (EE-4-2016). A partir de esta declaratoria de emergencia se pretende el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las unidades médicas de primer nivel de atención: a) personal actualizado, b) equipamiento, c) insumos adecuados y suficientes d) redes de excelencia en diabetes y e) actualización de Normas Oficiales Mexicanas.<sup>8</sup>

En México se carece de un seguimiento apegado a la normatividad a la normatividad y recomendaciones internacionales, lo que dificulta el adecuado control de la enfermedad. El trabajo presentado es una investigación evaluativa de tipo descriptiva sobre la operación del programa de atención a la persona con Diabetes Mellitus Tipo 2. El propósito del trabajo es identificar indicadores clínicos y antropométricos de los usuarios del programa de atención del Centro de Atención de Primer Nivel de la ciudad de Tizimín Yucatán, que se apegan a la normatividad para el control de la enfermedad.

La Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus) establece que el control de la enfermedad, fuera de la norma favorece el desarrollo de complicaciones y enfermedades asociadas, aunado a trastornos en la calidad de vida, muerte prematura e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización. En este sentido, en el trabajo se identifican los

retos y obstáculos clínicos que enfrenta el Centro de Atención de Primer Nivel de la ciudad de Tizimín Yucatán.<sup>9</sup>

### Descripción del Método

La población de estudio está formada por personas no aseguradas (SSA) de Tizimín, Yucatán con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que reciben atención en el programa de crónicos en el sistema de asistencia pública. La información se obtuvo a través de fuentes de datos secundarios “tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas” de 599 expedientes. Una vez recolectados los tarjeteros se procedió a la revisión del llenado del mismo, se verificó que la información sea clara, completa y precisa.

Entre las variables analizadas se encuentran: el sexo, edad, hemoglobina glucosilada (HbA1C), triglicéridos, colesterol, Índice de Masa Corporal (IMC), Presión Arterial (PA), Síndrome Metabólico (SM). El análisis estadístico se realizó una vez integrada la información con el objetivo de determinar el alcance de la atención, expresada por estándares clínicos señalados en la PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. Los resultados se presentan en estadística descriptiva, centrado en la descripción de los datos para identificar los estándares en el manejo de la diabetes.

### Resultados

De los 599 participantes, el 76.63% (459) son mujeres y el 23.37% (140) hombres. En la tabla 1 se muestra la edad promedio de los participantes. El 55.93% tiene entre 51 a 70 años, y el 27.21% entre 31 a 50 años.

Tabla 1.

Estadística descriptiva para la variable edad.

Variable	Media	Mdn	DE	Min	Max
Edad	57.73	57.00	12.34	24	90

**Nota:** *Mdn*= mediana; *DE*= Desviación estándar, *Min*= mínimo, *Max*= máximo

En la tabla 2 se observa el número de participantes que tienen resultados de antropometría y medición de variables clínicas registrados en el tarjetero. De los 599 tarjeteros revisados, el 98.6% (591) tiene registro de resultados de laboratorio de HbA1c, el 56.42% (338) triglicéridos, 56.26% (337) colesterol, 97.32% (583) presión arterial, el 68.28% (409) revisión de pies y 40.06% (240) síndrome metabólico.

Tabla 2.

Número de participantes que tienen resultados de antropometría y medición de variables clínicas registradas en el tarjetero.

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>HbA<sub>1c</sub></b>	591	98.66
<b>Triglicéridos</b>	338	56.42
<b>Colesterol</b>	337	56.26
<b>Índice de Masa Corporal</b>	581	96.99
<b>Presión Arterial</b>	583	97.32
<b>Revisión de pies</b>	409	68.28
<b>Síndrome metabólico</b>	240	40.06

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, N=599. En la tabla 3 se presentan los resultados de las mediciones de las variables clínicas y antropométricas.

**Tabla 3.** Estadística descriptiva variables clínicas y antropométricas

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>Mdn</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>HbA<sub>1c</sub> <sup>a</sup></b>	7.92	7.27	2.63	3	17.48
<b>Triglicéridos <sup>b</sup></b>	210.48	181	126.87	48	946
<b>Colesterol <sup>c</sup></b>	183.97	182	40.79	58.40	349
<b>Índice de masa corporal <sup>d</sup></b>	29.44	29	5.68	15.49	53.99
<b>Presión arterial <sup>e</sup></b>					
<b>Sistólica</b>	121.05	120	18.22	80	190
<b>Diastólica</b>	76.13	80	11.74	50	171

**Nota:** *Mdn* = mediana; *DE* = Desviación estándar, *Min* = mínimo, *Max* = Máximo, *a*= 591, *b*= 338, *c*= 337, *d*=581, *e*=583. En la tabla 4 se presenta la clasificación de las variables clínicas, se observa que el 53.63% tiene HbA<sub>1c</sub> por arriba de 7%, el 40.24% triglicéridos en alto riesgo (>200 mg/dl), 67.96% en colesterol recomendable (<200 mg/dl), 42.52% tiene algún grado de obesidad, 34.65% tiene prehipertensión arterial sistólica y 38.77% diastólica.

**Tabla 4.**

Variable	F	%
<b>Hba1ca</b>		
Bueno (<6.5% mg/dL)	204	34.52
Regular (6.5- 8% mg/dL)	155	26.23
Malo (> 8% mg/dL)	232	39.26
<b>Triglicéridos <sup>b</sup></b>		
Recomendable (<150)	125	36.98
Limítrofe (150- 200)	77	22.78
Alto riesgo (>200)	136	40.24
<b>Colesterol <sup>c</sup></b>		
Recomendable (<200)	229	67.95
Limítrofe (200- 239)	77	22.85
Alto riesgo (≥240)	31	9.20
<b>Índice de masa corporal <sup>d</sup></b>		
Bajo peso (<18.5 )	6	1.03
Normal (18.5- 24.9)	110	18.93
Sobrepeso (25- 29.9)	218	37.52
Obesidad grado I (30- 34.9)	170	29.26
Obesidad grado II (35- 39.9)	55	9.47
Obesidad grado III (> 40)	22	3.79
<b>Presión arterial <sup>e</sup></b>		
<b>Sistólica</b>		
Normal (<120)	236	40.48
Pre Hipertensión (120- 139)	202	34.65
Hipertensión etapa I (140- 159)	115	19.73
Hipertensión etapa II (>160)	30	5.15
<b>Diastólica</b>		
Normal (<80)	260	44.60
Pre Hipertensión (80- 89)	226	38.77
Hipertensión etapa I (90- 99)	78	13.38
Hipertensión etapa II (>100)	19	3.26

Nota: f= frecuencia, % = porcentaje, a= 591, b= 338, c= 337, d=581, e=583

## Discusión

De acuerdo con el estudio realizado se encontró que el 76.63% de mujeres y el 23.37% de hombres en edad media de 57.73 años que viven con diabetes presentan un nivel de hemoglobina glucosilada= 39.26% con un rango por encima del 8%, dichos hallazgos señalan que una parte significativa de los usuarios del programa de control de enfermedades crónicas

del Centro de Salud de Tizimín, Yucatán, presentan un descontrol según la PROY NOM-015 SSA2-2018.

Según la PROY NOM-015 alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes lo que demuestra de acuerdo a los resultados del actual estudio que mujeres y hombres quienes se encuentran en edad media de 57.73 años, se encuentran viviendo bajo esta situación crónica de salud, de la cual se observa tener una fuerte interrelación con determinados factores de riesgo tales como el sobrepeso y la obesidad, siendo este último uno de los aspectos más a destacar en cuanto a un punto de comparación con la presencia de la DM2 y la condición de salud presentada por los participantes del estudio.

### **Conclusiones**

Los hallazgos señalan que la mayoría de los usuarios del programa de control de enfermedades crónicas del Centro de Tizimín, Yucatán, presentan descontrol en su diabetes (según la NOM-015): con una tendencia en cuanto al sobrepeso y obesidad; HbA1c >8%; triglicéridos y colesterol en alto riesgo. Lo anterior demuestra la necesidad de fortalecer las acciones para la atención de calidad en el primer nivel de atención, con el fin de prevenir comorbilidades y consecuentes ingresos a las unidades de segundo y tercer nivel de atención. La principal limitación es la falta de calidad y consistencia en la información, por lo que no fue posible realizar un análisis adecuado de todos los tarjeteros denotando marcadas limitaciones con respecto a las variables de estudio mencionadas.

### **Recomendaciones**

Finalmente, se recomienda monitorizar la eficacia del servicio de salud para diabetes y contrastar con los estándares de atención establecidos por parte de la institución y de las normas. Con la finalidad de aumentar la calidad de la información respectiva para el estudio y creación de estrategias de acción en beneficio de la población.

### **Referencias Bibliográficas**

1. Federación Internacional de Diabetes. (2018). *Atlas IDF 8° Edición*. julio 23, 2019, de Federación Mexicana de Diabetes A.C. Sitio web: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>
2. Robles, N., Ramón, J. (2018). *Enfermedades No Transmisibles Situación y Propuestas de Acción: Una Perspectiva desde la Experiencia de México*. julio 23, 2019, de Secretaria de Salud Sitio web:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416454/Enfermedades\\_No\\_Transmisibles\\_ebook.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416454/Enfermedades_No_Transmisibles_ebook.pdf)

3. Arredondo, A. (2016). *Retos y Desafíos de Enfermedades Crónicas en México: Una perspectiva Integral para la Evaluación en Sistemas de Salud*. julio 23, 2019, de Universidad Autónoma de Yucatán Sitio web: [http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/SS2016\\_Li\\_Retos\\_Desafios.pdf](http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/SS2016_Li_Retos_Desafios.pdf)
4. Hernández, M., Rivera, J., Shamah, T., Cuevas, L. & Gómez, L.. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. julio 23, 2019, de Secretaria de Salud Sitio web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
5. Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Oropeza, C. & Hernández, M.. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por Entidad Federativa*. julio 23, 2019, de Secretaria de Salud Sitio web: <https://ensanut.insp.mx/informes/Yucatan-OCT.pdf>
6. Fundación Mídete AC. (2016). *Asumiendo el Control de la Diabetes en México; Recomendaciones desde la sociedad civil*. julio 23, 2019, de Federación Mexicana de Diabetes Sitio web: <http://oment.uanl.mx/evento/xxx-congreso-nacional-de-la-federacion-mexicana-de-diabetes-a-c/>
7. Fundación Mídete AC. (2016). *Asumiendo el Control de la Diabetes en México; Recomendaciones desde la sociedad civil*. julio 23, 2019, de Federación Mexicana de Diabetes Sitio web: [http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete\\_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf](http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf)
8. Narro, J. (2016). *Emite la Secretaría de Salud emergencia epidemiológica por diabetes mellitus y obesidad*. julio 23, 2019, de Secretaria de Salud Sitio web: <https://www.gob.mx/salud/prensa/emite-la-secretaria-de-salud-emergencia-epidemiologica-por-diabetes-mellitus-y-obesidad>
9. Norma Oficial Mexicana. (2018). *PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus*. julio 23, 2019, de Secretaria de Salud Sitio web: [http://dof.gob.mx/nota\\_to\\_doc.php?codnota=5521405](http://dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5521405)
10. Lerin S.. (2017). *Recursos institucionales para diabéticos mayahablantes de Tizimín (Yucatán). Carencias y logros en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)*. agosto 13, 2019, de SCiElo Sitio web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpfd/v12n23/1870-4115-rpfd-12-23-00077.pdf>
11. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Tipo 2. (2018). *Boletín de Cierre Anual 2018, Diabetes Tipo 2*. agosto 13, 2019, de Secretaria de Salud Sitio web: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482235/BolDiabetes\\_cierre2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482235/BolDiabetes_cierre2018.pdf)

## Proceso de Enfermería al Sistema Familiar E.C. residente de una comunidad suburbana en Hermosillo, Sonora



*Fátima Falcón-Quintero<sup>1</sup>, Ilse Yovanna Sau-Gracia<sup>1</sup>, Sandra L. Peralta-Peña<sup>2</sup> Reyna Isabel Hernández-Pedroza<sup>2</sup>, María Rubí Vargas<sup>2</sup> \**

*<sup>1</sup>Coautoras de la Licenciatura de Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora*

*<sup>2</sup> Docente de tiempo completo, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora*

*\* Autor por correspondencia [rubi.vargas@unison.mx](mailto:rubi.vargas@unison.mx)*

### Resumen

#### Introducción

El cuidado de enfermería en la familia, engloba una serie de acciones deliberadas para influir positivamente en la salud y en el máximo bienestar de los integrantes. Mediante la identificación de la capacidad de las respuestas humanas de las personas, el establecimiento de diagnósticos, la planificación y ejecución de las intervenciones, y la evaluación de los resultados del cuidado.

#### Objetivo

Fomentar la capacidad de la familia en el mantenimiento, mejora de la salud y calidad de vida.

#### Materiales y Métodos

La unidad de análisis fue una familia nuclear extendida que habita en una comunidad suburbana ubicada al sur poniente de Hermosillo, Sonora.

Se empleó el método del proceso enfermero para brindar cuidado integral. Se caracterizó a la familia en su estructura, desarrollo y funcionamiento en base al modelo de Calgary. Se utilizaron los instrumentos genograma, ecomapa y Apgar familiar. Además de la taxonomía NANDA-II para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros, en las intervenciones y evaluación de resultados se empleó la taxonomía NIC/NOC.

#### Resultados

Los principales problemas de las respuestas humanas de la familia fueron los procesos familiares disfuncionales, las tendencias a adoptar las conductas de riesgo para la salud y la falta de adherencia al tratamiento terapéutico, así como también se encontraron alteraciones en los patrones nutricionales, de sueño-descanso y de sexualidad.

## **Conclusiones**

Se aplicó el proceso de enfermería a un sistema familiar, se contribuyó en la mejora de la salud y calidad de vida.

**Palabras claves:** proceso de enfermería, familia, comunidad

## **Introducción**

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método racional y sistemático; es la aplicación del método científico en la dispensación de los cuidados de enfermería. Una de las principales características es que está centrado en la familia, en sus integrantes y en el entorno donde se desenvuelven (Ricci M, 2012). El profesional de Enfermería organiza el plan de cuidados, en función de las necesidades y los problemas de la familia con la finalidad de fortalecer, promover y mantener el funcionamiento adecuado de la familia, así como también mejorar la salud y calidad de vida en cada uno de los integrantes que la conforman (Pulido-Castillo & Correa-Muñoz, 2018).

La valoración en base al modelo de Calgary aporta información relevante sobre la familia, su estructura, desarrollo y funcionamiento o dinámica, que facilita la caracterización y comprensión global de la familia (Wright L, Leahey M, 2012, 2015). La estructura familiar engloba la estructura interna, externa y contexto. La estructura interna, aborda las características, composición familiar y los subsistemas que la integran, así como también los límites y reglas que permean entre ellos. La estructura externa, orienta sobre la familia extensa, la influencia de ésta y otros sistemas de apoyo. El contexto se refiere al entorno donde habita la familia (Pulido-Castillo & Correa-Muñoz, 2018; Parra G, González M, Pinto G, 2017).

El desarrollo se refiere a la etapa del ciclo vital que se encuentra la familia, describe las tareas y vínculos adaptativos de los miembros. El funcionamiento valora el aspecto instrumental y expresivo, es decir, las actividades de la vida diaria de la familia la comunicación y transmisión de la afectividad.

La etapa de valoración permite determinar el estado de salud de la familia y como responde a ella, sus necesidades y/o problemas y facilita la planificación y ejecución de intervenciones de una forma más estructurada y efectiva. La obtención ordenada de información permite identificar los problemas y sus causas (Ayuso M, Tejedor M, Serrano G, 2015).

## **Metodología**

La unidad de estudio fue la familia E.C. de tipología nuclear biparental extendida, integrada por cinco miembros, quienes aceptaron participar mediante el consentimiento informado por escrito. E.C. habita en una colonia suburbana al surponiente de Hermosillo, Sonora. El método utilizado fue el proceso de atención de enfermería, en la recolección de los datos se usó la guía de valoración familiar de Calgary sobre la estructura (interna, externa y contexto), desarrollo y funcionamiento familiar (ciclo vital, tareas, apegos, tipos de vínculos, funcionamiento instrumental y expresivo de la familia) (Wright L, Leahey M, 2012, 2015; Lima-Rodríguez J, Lima-Serrano M, Sáez-Bueno A, 2009), así también se empleó la guía de valoración de los patrones funcionales de salud (Gordon M, 1996), y los instrumentos del genograma, ecomapa (Pereira A, Telxeira G, Belcorso B, Gue M, 2009) y Apgar familiar (Alegre P & Suárez B, 2006).

Se utilizaron las técnicas de visitas domiciliarias, entrevista guiada, observación y exploración física. Para la elaboración de los diagnósticos enfermeros se utilizó la taxonomía NANDA 2015-2017, se detectó en la familia nueve diagnósticos enfermeros, seis de estos eran disfuncionales, uno en riesgo de disfunción y dos con disposición de mejorar. Las intervenciones de enfermería realizadas a la familia fueron en base a la Clasificación NIC (Dochterman J, Butcher H, Bulechek G. 2013), evaluadas mediante la Clasificación de Resultados NOC (Moorhead S; Jhonson M, Meridian L; Swanson E. 2013).

## **VALORACIÓN DE LA FAMILIA E.C.**

### **Valoración de la estructura familiar**

Familia extensa biparental con hijo, dos proveedores, tradicional, urbana, tipo obrera, estado civil en unión libre y el subsistema hijo soltero con una hija, siendo cuatro integrantes en total.

### **Valoración del desarrollo**

La familia E.C. se encuentra en la etapa del ciclo VI de Duvall que comprende el centro de lanzamiento (Florenzano R, 1986), es decir cuando los hijos salen del hogar. La familia estaba compuesta por los subsistemas madre, padre, hijo y tres hijas. RG, JG y FU (subsistemas hijas) salieron del hogar y formaron su familia, al igual que la nieta J.E.C de 19 años, hija de EDE (subsistema hijo). El padre y el hijo son proveedores económicos del hogar, la madre M.C.C. realiza las actividades del hogar y asume el rol de madre sobre el subsistema nieta. El desempeño del rol parental es una familia con límites apropiadamente permeables, con límites flexibles, siendo en su mayoría desarrollados por la madre, apoyándose del padre.

### **Valoración del contexto**

*Antecedentes:* Familia de clase social baja-baja según PROFECO, ingreso económico mensual de \$5,200.00 pesos. Residen desde hace 14 años en la vivienda actual.

*Medio ambiente:* La propiedad es irregular, se apropiaron del terreno, por lo mismo la colonia no cuenta con todos los servicios públicos municipales, la mayoría de las calles no están pavimentadas, tienen malas condiciones de saneamiento ambiental y de inseguridad. Vivienda con tres cuartos y un baño, construida de bloque y piso de cemento, dos cuartos se usan para dormir y el otro para cocinar.

*Salud, percepción, manejo y asistencia:* Perciben su estado de salud como “deteriorado” debido a que recientemente el subsistema madre presentó dolor punzante en la parte media del glúteo “nervio ciático”. El evento estresante actual por el que atraviesa la familia es la preocupación por la situación de los subsistemas hijo y nieta debido que éste consume drogas y por el temor que la nieta sea separada de la familia y se le lleve a una casa hogar. La atención a la salud es por el Seguro Popular. El sistema familiar cuenta con apoyo del programa PROSPERA.

*Actividades de recreación familiar:* La convivencia es solamente entre los subsistemas madre y nieta, acostumbran a salir a caminar y jugar juegos de mesa.

### **Valoración del funcionamiento**

*Funcionamiento expresivo.* Familia democrática, en ocasiones no existe una comunicación emocional estable entre padres.

*Funcionamiento familiar.* Cuestionario Apgar familiar. Subsistema madre con puntuación APGAR de 20 (buen funcionamiento familiar). Subsistema padre con puntuación APGAR de 12 (disfunción familiar moderada). Subsistema nieta con puntuación de 20 (buen funcionamiento familiar). En la escala de percepción del funcionamiento familiar (FF-SILL) los subsistemas madre y padre tuvieron valor de 53 cada uno en la escala, lo que corresponde a una familia moderadamente funcional.

*Reajuste social.* (Escala de Thomas y Rahe). La familia ha presentado varios acontecimientos estresantes y es posible que se pueda generar crisis familiar y disfunción familiar, motivada sobre todo por el hijo y nuera (padres de la nieta) ambos son adictos. Además de la inseguridad que priva en el ambiente donde habitan.

*Apoyo social.* En Subsistema madre su índice global de apoyo social, emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción fue medio. En apoyo afectivo obtuvo apoyo máximo. Subsistema papá en índice global de apoyo social, emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo fue medio. En subsistema nieta el índice global de apoyo social, emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo fue máximo.

### **Valoración por patrones funcionales**

**Patrón mantenimiento y percepción de salud de la familia.** La familia considera su nivel de salud como malo, subsistema madre tiene hipertensión arterial y no tiene apego al tratamiento médico. Subsistema padre se niega a asistir a consulta aun cuando la requiere. Los factores de riesgos presentes en la familia son el tabaquismo y consumo de alcohol en el subsistema padre y consumo de drogas en el subsistema hijo. En cuanto a la comunidad, las calles aledañas se encuentran sin pavimentación, mal saneamiento ambiental, problemas de delincuencia y fauna nociva. Evaluación: patrón disfuncional

**Patrón nutricional metabólico de la familia.** El subsistema madre se encarga de la preparación de los alimentos, siendo dos o tres comidas al día con una dieta no equilibrada en nutrientes de acuerdo con los requerimientos que marca el plato del buen comer. En cuanto a los líquidos, el agua que consumen es purificada en cantidades adecuadas de acuerdo con la jarra del buen beber, existe consumo diario de bebidas azucaradas. Subsistemas madre y padre presentan sobrepeso de acuerdo con la NOM-043-SSA2. La familia presenta caries dentales grado II, III y IV, así como placa bacteriana. Existe presencia de edema (+) en miembro inferior derecho en el subsistema madre. Evaluación: patrón disfuncional.

**Patrón eliminación de la familia.** Subsistema madre refiere que en ocasiones presenta estreñimiento. Tanto los padres como la nieta reconocieron orinar bien y no presentar dificultad. El patrón de la familia no fue valorado debido a que no se presentó micción y evacuación durante la valoración. Evaluación: Patrón en riesgo de disfunción

**Patrón actividad-ejercicio de la familia-** La familia ocupa su tiempo libre en juegos de mesa, actividades domésticas y caminando ocasionalmente. No requieren apoyo para las actividades de autocuidado, el ritmo de la familia es moderado. Subsistema madre presenta hipertensión

(160/90 mmHg), un arco de movimiento incompleto y lento en el brazo izquierdo, y presencia de varices en los miembros inferiores. Evaluación: Patrón disfuncional.

**Patrón de sueño y descanso de la familia.** Los hábitos de sueño nocturno de la familia son horas 8 horas y media, estando dentro de las recomendaciones de la OMS. Subsistema madre presenta insomnio dos veces a la semana lo cual causa dolores de cabeza y bostezos durante el día. En ocasiones se muestran indispuestos y sin ganas de iniciar las actividades del día. Evaluación: Patrón disfuncional

**Patrón cognitivo y perceptivo de la familia.** En la carta Snellen se obtuvo un resultado de 20/20 en ojo derecho, izquierdo y en ambos ojos, en todos los integrantes. Evaluación: Patrón funcional

**Patrón de autopercepción y autoconcepto de la familia.** El sistema familiar se percibe como una familia unida. Subsistema madre describe el estado de ánimo habitual de la familia como triste, debido al problema de consumo de drogas del subsistema hijo. No existen pérdidas importantes en el último año ni ideas de suicidio en algún integrante de la familia. Lo que le ayudaría a sentirse mejor a la familia, es tener una buena salud y economía. Evaluación: Patrón en riesgo de disfunción

**Patrón rol-relaciones de la familia.** En ocasiones existen problemas de comunicación entre subsistemas madre y padre, ya que hay una barrera para expresar los sentimientos entre ambos. Hay alianza fuerte entre el subsistema madre y nieta, siendo ella uno de los principales sistemas de apoyo de la familia. Las relaciones con sus vecinos son conflictivas, debido a la falta de higiene que tienen en su entorno. Evaluación: Patrón en riesgo de disfunción

**Patrón sexualidad – reproducción de la familia.** La familia EC está satisfecha con el número de hijos procreados, madre se realiza el examen cervicouterino anual, la autoexploración mamaria es ocasional. Subsistema padre no realiza examen de próstata. MCC inició hace 5 años su climaterio y no recuerda cuando fue su última menstruación. Existe una disminución de la libido en el subsistema madre. Evaluación: Patrón disfuncional

**Patrón enfrentamiento-tolerancia al estrés de la familia.** Cuando se presentan problemas en la familia se manifiestan con tristeza, llanto y en ocasiones molestias físicas como cefalea. La frecuencia con que presentan en los episodios de estrés es tres veces a la semana. Evaluación: Patrón en riesgo de disfunción

**Patrón valores y creencias de la familia.** La familia practica la religión católica, la cual no influye con sus prácticas de salud. El sistema familiar define la salud como “no tener tratamientos, dolores y poder estar activos”. La enfermedad la define como “padecer de dolor”. Cuando un miembro de la familia se enferma acuden al Centro de Salud del Seguro Popular. Evaluación: Patrón funcional

## DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Los principales problemas reales encontrados en la familia fueron los procesos familiares disfuncionales, las tendencias a adoptar las conductas de riesgo para la salud y la falta de adherencia al tratamiento terapéutico, así como también se encontraron alteraciones en los patrones nutricionales, de sueño y descanso y de sexualidad. A continuación, se presenta el plan de cuidados, solo con dos de los diagnósticos enfermeros.

### PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Incumplimiento (00079) r/c conocimiento insuficiente acerca del régimen terapéutico, dificultad financiera, cobertura sanitaria insuficiente, m/p conducta indicativa de la falta de adhesión, incumplimiento de tratamiento y falta de asistencia a las visitas concertadas en el subsistema madre	<b>(1601) Conductas de Cumplimiento</b> (160102) Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito (160105) Conserva la cita con un profesional sanitario (160107) Realiza autocontrol cuando se le indica (160108) Realiza sus actividades de ña vida diaria según prescripciones	<b>(4470) Ayuda en la modificación de sí mismo</b> Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas. Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. Ayudar al paciente a identificar los efectos de las conductas DIANA sobre su estilo de vida actual.	La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de intervenciones psicológicas para lograr cumplir con el tratamiento, cumplir con la medicación, seguir un régimen alimentario y algunos otros cambios en el modo de vivir.  (Pisano G, González P. 2014)

<p>Procesos familiares disfuncionales (00063) r/c estrategias de afrontamiento ineficaces, m/p tensión, emociones reprimidas, dificultades económicas, permitir el patrón de consumo de sustancias, incapacidad para expresar una amplia gama de sentimientos, disminución del contacto físico, abuso de sustancias.</p>	<p><b>(2606) Afrontamiento de los problemas de la familia</b>                  260003) Enfrenta los problemas familiares                  (260005) Controla los problemas familiares                  (260007) Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros                  (260009) Utiliza estrategias para controlar el conflicto familiar</p>	<p><b>(7150) Terapia familiar</b>                  Determinar los patrones de comunicación de la familia.                  Identificar el modo de resolución de problemas de la familia.                  Determinar la forma de tomar decisiones de la familia.                  Identificar los puntos fuertes/recursos de la familia.                  Identificar los papeles habituales dentro del sistema familiar.                  Determinar las alianzas familiares.                  Identificar las áreas de satisfacción y/o conflicto.                  Ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia.                  Facilitar el dialogo familiar.</p>	<p>La terapia familiar aborda los problemas generados en el contexto de las relaciones familiares, ayuda a los miembros de la familia a conseguir un modo de vida más positivo para vivir mejor, tiene gran impacto en la mejora del funcionamiento familiar en áreas como la comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etcétera.</p> <p>(Pérez C. &amp; Mercadal J. 2017)</p>
--	--	---	---

### Evaluación

Se brindó cuidado a la familia durante cuatro meses. Los objetivos planteados fueron alcanzados. Los integrantes de la familia tuvieron una mejora en el nivel de salud, el afrontamiento y control a los problemas fue mejor, utilizaron estrategias adecuadas para resolver el conflicto familiar y se acudió al centro de desintoxicación donde el hijo recibe atención. Se evaluó una mejora en las conductas de autocuidado y un mejor apego al tratamiento médico y seguimiento en el Centro de Salud.

### Conclusiones

El abordaje de la familia es complejo, requiere de actuación y seguimiento de la enfermera por largo tiempo para medir el logro de los resultados del cuidado. Con la implementación del proceso de enfermería se fomentó la capacidad de la familia, en el mantenimiento de la salud y la calidad de vida. Al término del proceso de atención de enfermería, los integrantes expresaron el agradecimiento a los participantes y lo positivo de contar con la atención profesional en el hogar.

## Referencias

1. Alegre Palomino Y, Suárez Bustamante M. (2006). Instrumentos de atención a la familia: El familiograma y el Apgar Familiar. RAMPA, 1 (1): 48-57.
2. Ares P. (2002). Psicología de la Familia. Una Aproximación a su Estudio. La Habana: Editorial Félix Varela.
3. Ayuso Murillo D, Tejedor Muñoz L, Serrano Gil A. (2015). Enfermería familiar y comunitaria. Actividad asistencial y aspectos ético-jurídicos.
4. Diario Oficial de la federación. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012.Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
5. Dochterman J, Butcher H, Bulechek G. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC 6ta edición. Elsevier. España.
6. Florenzano R. (1986). Ciclo vital del individuo y de la familia. Corporación de Promoción Universitaria, Santiago de Chile.
7. Gordon, M. (1996). Diagnóstico enfermero proceso y aplicación. (3ª ed.). Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid, España.
8. Lima-Rodríguez J, Lima-Serrano M, Sáez-Bueno A. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. Enferm. Clin. 19 (5): 280-283.
9. Nolasco, C. (1988). ¿Qué es la terapia familiar?. Revista Médica Hondureña. (56): 294-299.
10. Parra-Giordano D, González –Molina D, Pinto-Galleguillos D. (2017). Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. Enfermería Universitaria, 14 (1): 67-75.
11. Pereira AS, Telxeira G., Belcorso B., Gue M. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enf, Brasília, maio-jun; 62(3): 407-416.
12. Pérez C, Mercadal J. (2017) La eficacia de la terapia familiar: Una revisión. La Revue du REDIF. 9 (1): 34-45.
13. Pizano González M, González Pizano A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enferm. Clin. 24 (1): 59-66.
14. Procuraduría Federal Del consumidor (2018). PROFECO. Recuperado en: <https://www.gob.mx/profeco>
15. Pulido-Castillo G., Correa-Muñoz E. (2018). Valoración familiar de Calgary, intervenciones de enfermería familiar. Caso Clínico. Casos y Revisiones de Salud, 1(0): 13-19.
16. Ricci María Teresa. (2012). Proceso de atención de enfermería, compilado, recuperado de <https://colegaslujan.files.wordpress.com/2012/03/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.pdf>

17. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012.
18. Wright LM, Leahey M. Calgary family intervention model: one way to think about change. J Marital Fam Ther. 2015; 12(3): 381-395.

## Formación de grupos para el programa de Educación en Diabetes “Yo Decido”



### **Group formation for the "I Decide" Diabetes Education program.**

*Manuel Azareel May Chable\**, **Coautor:** *Antonio Vicente Yam Sosa\*\**

*\*Pasante de la Licenciatura en Enfermería (PLE) por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. e-mail: [azareel\\_may@live.com](mailto:azareel_may@live.com)*

*\*\*Doctor en Ciencias de la Enfermería (DCE). Profesor de Tiempo Completo e integrante del cuerpo académico “Calidad de vida y Cronicidad” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. e-mail: [antonio.yam@correo.uady.mx](mailto:antonio.yam@correo.uady.mx)*

#### **Resumen**

##### **Objetivo**

Formar un grupo de intervención educativa con enfoque de empoderamiento para la educación en diabetes.

##### **Justificación**

Trabajo de investigación correspondiente a la primera etapa del programa “Yo decido. Un programa para el automanejo de la diabetes”, su importancia radica en la creación de un grupo de personas que vivan con diabetes mellitus tipo 2 para proporcionar educación basada en la filosofía del empoderamiento.

##### **Materiales y Métodos**

El total de reuniones semanales del programa “Yo decido” es de 16, la primera de tipo informativa y las siguientes 15 de tipo educativas, 1 por semana, a las personas visitadas en su domicilio que hayan cumplido con los criterios de inclusión. En relación con la etapa de formación se utilizó la metodología de Contreras, se realizaron visitas al Centro de Salud Urbano Tizimín (CSUT) para la autorización de ubicar a las personas seleccionadas de los módulos 1 al 7. Aproximadamente de 2 a 4 personas por módulo fueron las visitadas.

**Resultados:** 24 personas seleccionadas de acuerdo con criterios de inclusión, 23 visitadas en su domicilio, 1 sin localizar. 19 personas con número telefónico, 11 confirmaron asistencia a la

reunión informativa, de las cuales, 9 asistieron, 8 del sexo femenino y 1 del sexo masculino. De los 9, 7 confirmaron que pueden iniciar el programa, 2 se rehusaron por motivos personales y laborales.

### **Conclusiones**

Participantes que asistieron sienten la necesidad de adquirir un estilo de vida diferente enfocado en el cuidado de su diabetes, para prevenir complicaciones asociadas y ser capaces de tomar sus propias decisiones para mejorar el automanejo de su enfermedad.

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus Tipo 2, Educación en Salud, Promoción de la Salud, Empoderamiento para la Salud.

### **Summary**

#### **Objective**

To form an educational intervention group with an empowerment approach to diabetes education.

#### **Justification**

Research work corresponding to the first stage of the program “I decide. A program for diabetes self-management”, its importance lies in the creation of a group of people living with diabetes mellitus type 2 to provide education based on the philosophy of empowerment.

#### **Materials and Methods**

The total weekly meetings of the “I decide” program is 16, the first one of an informative type and the following 15 of an educational type, 1 per week, to the people visited at home who have met the criteria of inclusion. Regarding the training stage, the Contreras methodology was used, visits were made to the Tizimín Urban Health Center (CSUT) for the authorization to locate the selected people from modules 1 to 7. Approximately 2 to 4 people per module They were visited.

#### **Results**

24 people selected according to inclusion criteria, 23 visited at home, 1 not located. 19 people with telephone numbers, 11 confirmed attendance at the informational meeting, of which 9 attended, 8 female and 1 male. Of the 9, 7 confirmed that they can start the program, 2 refused for personal and work reasons.

## Conclusions

Participants who attended feel the need to acquire a different lifestyle focused on the care of their diabetes, to prevent associated complications and to be able to make their own decisions to improve the self-management of their disease.

**Key words:** Diabetes Mellitus, Type 2, Health Education, Health Promotion, Empowerment for Health.

## Introducción

Dentro de los argumentos por los que se les da importancia a los padecimientos crónico-degenerativos, como la Diabetes, de manera directa es porque afecta la calidad de vida de la persona quien lo padece; el hecho de modificar el estilo de vida para mantener los parámetros metabólicos dentro del rango normal, los gastos en los cuidados, hábitos nutricionales, actividad física y complicaciones influyen provocando una carga existencial para quien la padece. De manera indirecta la afectación es para la familia, puesto que los aspectos que giran en torno a la persona, de igual manera afecta en la situación laboral y económica de quienes son los encargados del cuidado de la persona. No controlarse puede llevar una pesada carga económica para el individuo, la familia, la sociedad y el sistema de salud.

La diabetes ha salido de control en los últimos años, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 la población mundial con Diabetes era de 108 millones, en 2014 la estimación total fue de 422 millones, cifra que se toma de referencia en la actualidad. Esto corresponde a que 1 de cada 11 personas vive con Diabetes (OMS, 2018).

En México, 127 millones de personas tienen diabetes, de las cuales mueren 23,100 hombres y 22,000 mujeres por diabetes. El 14% representa el total de las muertes por Diabetes dentro de la tasa de mortalidad proporcional de las enfermedades y padecimientos más frecuentes en todas las edades (OMS, 2016). Sin embargo, aún no es causa perdida, ya que la promoción de la salud y las medidas preventivas son la solución para normalizar los parámetros metabólicos de la glucosa, disminuir el riesgo cardiovascular, reducir los factores de riesgo, pero, sobre todo, la educación en diabetes, que es la mejor arma disponible en condiciones crónicas para evitar la aparición de esta en individuos que sanos y controlar el estilo de vida en sujetos que viven con diabetes.

Pertenecer a un grupo para educación en diabetes ayuda a la persona a lograr una autonomía en donde la persona sea capaz de tener la capacidad para tomar decisiones que sean

favorecedoras al cuidado de su salud favoreciendo su calidad de vida. Los grupos de ayuda en diabetes favorece el intercambio de experiencias y aprendizajes, ayudan a la resolución de dudas en cuanto a su enfermedad y mutuamente entre los miembros existe motivación para seguir adelante con el tratamiento.

### **Objetivo**

Formar grupos de intervención educativa con enfoque de empoderamiento para la educación en diabetes.

### **Justificación**

Este trabajo corresponde a la primera etapa del programa “Yo decido. Un programa para el automanejo de la diabetes”, esta etapa tiene el propósito de formar un grupo de intervención entre personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, como parte del programa. Contreras refiere que existen 3 etapas en la vida de un grupo: formación, integración y organización, las cuales varían de acuerdo con el tipo de grupo e intereses de los participantes. La importancia de la etapa de formación radica en la creación del grupo, se identifican los intereses personales de las personas y ayuda a estas a asociarse. Contreras menciona que uno de los procedimientos más directos para la formación de grupos son las visitas domiciliarias, ya que éstas permiten individualizar a la gente, observar el ambiente y motivar más de cerca a las personas.

El cuidado de la Diabetes requiere de un marco conceptual con enfoques conductuales, educativos y clínicos utilizados para tratarla, (Funnell, 2005). Las técnicas de grupo son un método bien aplicado a situaciones y necesidades particulares; ya que participantes con características similares pueden unificarse y combinarse sin perder de vista los objetivos del programa. Las intervenciones con enfoque educativo permiten a las personas que viven con diabetes incorporar un estilo de vida basado en la capacidad de tomar decisiones que contribuyan a mejorar su nivel de salud, controlar sus hábitos saludables y responsabilizarse de su enfermedad, (Contreras, 2003).

Cabe señalar que la filosofía bajo la cual se abordará el proyecto es el empoderamiento. Éste se basa en ayudar a las personas a descubrir y desarrollar su inherente capacidad de ser responsables de sus propias vidas y hacerse con el dominio de su diabetes. Con el fin de controlar la diabetes con éxito, las personas tienen que ser capaces de establecer metas, y tomar decisiones que sean eficaces para encajar con su estilo de vida. La educación para el

autocontrol de la diabetes es el primer paso para el empoderamiento de la persona, sin esta, no pueden hacer o aplicar decisiones de autogestión informadas para su vida diaria.

### **Procedimientos (materiales y métodos)**

El Programa “Yo decido. Un programa para el automanejo de la diabetes”, se trata de un estudio cuantitativo experimental de tipo descriptivo con diseño metodológico transversal.

En relación con la formación del grupo, se aplicó una metodología con enfoque a la primera etapa que menciona Contreras; como primer paso, se visitó a la directora del Centro de Salud Urbano de Tizimín (CSUT) en donde se solicitó por medio de un oficio la aceptación para trabajar con las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 de los módulos 1 al 7 pertenecientes al CSUT.

Se proporcionó la autorización para trabajar con los pacientes, el siguiente paso fue la visita de cada módulo para solicitar de 3 a 4 pacientes con los criterios de inclusión de que sean personas que vivan con diabetes que acudan de manera habitual a su módulo, que estén registradas en el tarjetero de personas con padecimientos crónico-degenerativos, que no pertenezcan al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) de su módulo y que tengan disposición para participar.

De cada persona, se tomó su nombre, dirección y número telefónico (en caso de tener) y se realizó un concentrado de todas las personas. El siguiente paso fue la ubicación de las personas en un croquis por módulo, para que sea más fácil y rápido localizar a los futuros participantes. Seguidamente se tuvo que realizar una visita a cada persona registrada en los domicilios, para ello se tuvo que solicitar el apoyo de una camioneta de la Unidad Multidisciplinaria Tizimín para transportarse en cada una de las viviendas.

Para esta actividad se requirió salir en 3 días diferentes, con la convicción de lograr encontrar a cada persona. Se hallaron casos de personas que se tuvo cambio de domicilio, domicilio desconocido, y calles y cruzamientos que no coincidían con los registrados, por lo que se tuvo hacer un doble esfuerzo para localizar a cada una de las personas.

Al momento de visitar a las personas se les explicó el motivo del programa y se les solicitó asistir a una reunión informativa de carácter importante el miércoles 10 de julio del 2019, este para conformar el grupo y se les pidió que confirmaran su domicilio y que proporcionen un número telefónico.

Al finalizar la etapa de las visitas domiciliarias, un día previo a la reunión se realizaron llamadas telefónicas a cada una de las personas que habían confirmado su asistencia, se solicitó el equipo electrónico, se realizaron gafetes de identificación, se verificó la programación de la plática a realizar y se consideró un pequeño refrigerio para los participantes después de esta.

Es importante señalar, que para el propósito de esta investigación no se requirió una muestra ni un procedimiento para realizarla, puesto que la metodología de formación de grupos no requirió seleccionar a las personas por algún método cuantitativo.

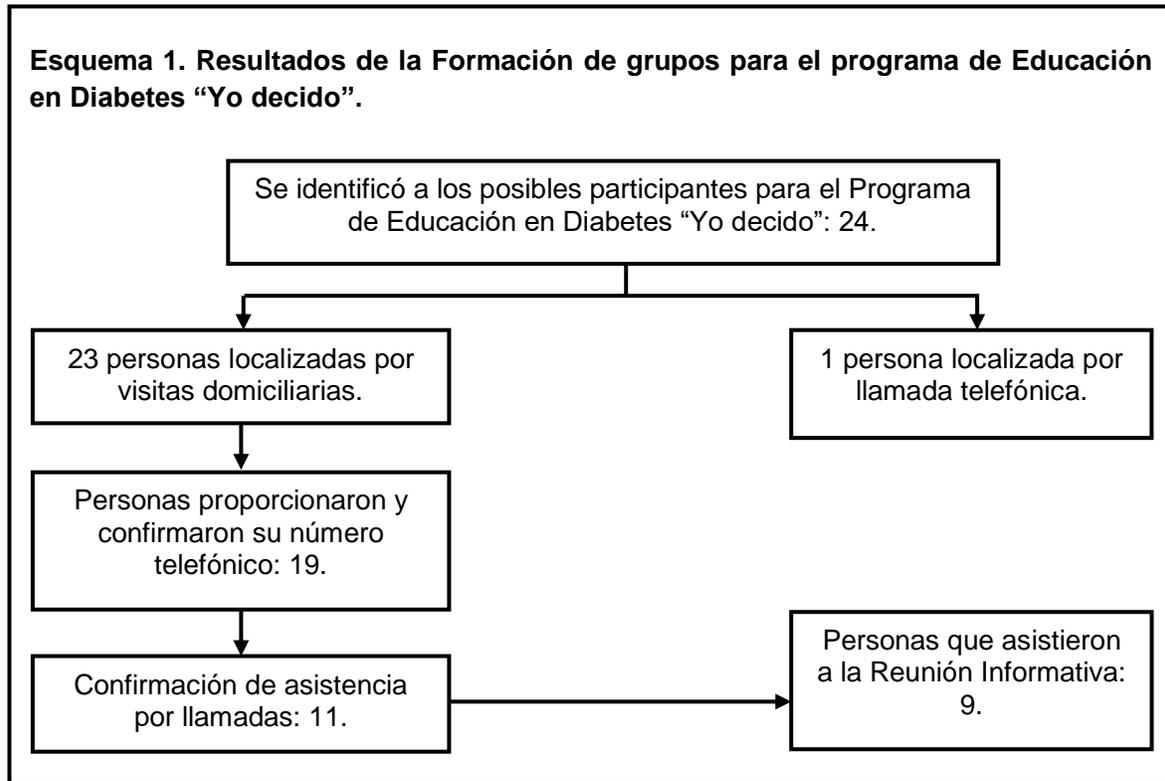
Como criterios de exclusión se tomaron en cuenta personas que pertenezcan al GAM; como criterios de eliminación se consideró aquellas personas seleccionadas que no puedan asistir a ninguna reunión por motivos personales, personas que decidan abandonar el estudio y que no asistan a la reunión informativa y a la primera reunión. La recolecta de los datos de las personas fue por medio de las visitas domiciliarias informando el motivo del programa haciendo hincapié a asistir a la reunión informativa.

### **Resultados**

A continuación, se encuentran los resultados que se obtuvieron de acuerdo con las personas seleccionadas por el personal de salud del CSUT. En total, 24 personas fueron seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión del estudio. El total de personas seleccionadas por los módulos fue de 24, fueron 23 las personas visitadas en su domicilio, ya que 1 persona la cual no se localizaba su domicilio fue llamada y refirió que no podrá participar en el estudio por motivos laborales. 19 personas tienen número telefónico. El total de personas que confirmaron por medio de las llamadas un día previo a la reunión informativa fue de 11 personas, de los cuales solamente 9 asistieron a la reunión informativa el día 10 de Julio del 2019 dentro de los cuales 8 son del sexo femenino y 1 del sexo masculino.

Los 9 participantes expusieron sus experiencias durante la reunión informativa, dentro de esta se obtuvo que la mayoría tiene familiares con diabetes y estos presentan complicaciones y discapacidad permanente a causa de la enfermedad, por lo tanto, los participantes refirieron que tienen la necesidad de cuidar su salud y vivir de forma saludable con su padecimiento.

Se encontró a una participante de edad temprana que vive con diabetes desde hace unos meses. De los 9 participantes, 7 confirmaron que podrán asistir a las 15 reuniones del programa.



**Discusión**

La formación de grupos de autoayuda o clubes de personas con diabetes han sido recomendados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para brindar una atención enfocada tanto en el apoyo fisiológico como en el psicológico. Se necesita tener el concepto de “iguales” para afrontar una situación común por medio de reuniones en donde se compartan experiencias en ámbitos de fraternidad y afecto. El objetivo de estos grupos es ayudar a las personas con diabetes a mantener el control metabólico.

Ávila-Sansores G y col., mencionan que la integración de personas con la misma afección, en un grupo pueden proporcionar la oportunidad del aprendizaje mutuo y la generación de una red asistencial más amplia y efectiva capaz de responder a la creciente crisis de provisión de servicios en la sociedad. Los autores concuerdan con que formar grupos entre personas con el mismo padecimiento ayudan a mejorar el estado psicológico del paciente y mediante las experiencias los pacientes entran en confianza con sus compañeros del grupo.

La formación de estos grupos son similares a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), en el adulto y adulto mayor con enfermedades crónico-degenerativas, ya que fortalecen el control metabólico y capacitan continuamente a las personas en temas necesarios para el automanejo de su enfermedad, sin embargo, se diferencian en que los GAM son de manera estricta para todos los pacientes que padezcan alguna enfermedad crónica que estén afiliados a alguna dependencia de los servicios de salud y las reuniones son de manera mensual en un periodo determinado. (Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, 2016).

Se tiene contraste con los resultados de la investigación lo mencionado por Lara-Esqueda A y col., donde señalan que en los Grupos de Ayuda Mutua o clubes de personas que viven con diabetes se facilita la adopción de cambios conductuales mediante el intercambio de experiencias, ya que, las personas de forma individual quizá no proporcionen toda la información sobre su padecimiento a un profesional estando de manera aislada, de igual manera no sepan expresar sus dudas; entrar en confianza con otras personas que tienen la misma afección y con ayuda de un educador en diabetes capacitado, la persona pueden entrar en confianza al escuchar que otras personas tienen las mismas dudas que ella, y puede externar mejor su sentir viviendo con la enfermedad.

### **Conclusiones**

Con base a los hallazgos encontrados en la primera reunión informativa de la formación de grupos, se concluye con la asistencia de 9 participantes, de los cuales 7 refieren que desean iniciar con este programa ya que tienen la convicción de empezar un estilo de vida enfocado en el cuidado de su enfermedad puesto que quieren prevenir las complicaciones asociadas y ser capaces de tomar sus propias decisiones para mejorar el automanejo de su enfermedad. Se tiene la expectativa de que las personas puedan ser constantes durante todas las sesiones y se lleven puedan adquirir la capacidad de tomar decisiones que sean favorables para el su estilo de vida y el cuidado de su enfermedad.

### **Referencias**

1. Organización Mundial de la Salud. (2018). Diabetes. Recuperado el 23 de julio del 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Organización Mundial de la Salud. (2016). Perfiles de los países para la diabetes: México. Recuperado el 23 de julio del 2019, de [https://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1)

3. Funell M, Anderson R. (2005). Cap. 5 Empoderamiento de Pacientes. En Snoek F, Skinner C. (Ed.) Psicología para el Cuidado de la Diabetes (pp. 95-108). Reino Unido: Editorial WILEY.
4. Contreras de Wilhelm Y. (2003). Trabajo social en grupos. (2° Ed.) México: Editorial Pax.
5. Barceló A, et al. (2009). Paso a paso en la educación y el control de la diabetes. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 18 de julio del 2019, de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Paso\\_a\\_paso\\_alta\\_definicion.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Paso_a_paso_alta_definicion.pdf)
6. Ávila-Sansores G. Gómez-Aguilar P, Franco-Corona B. (2011). Grupos de Ayuda Mutua: ¿Son Eficaces en el Control Lipídico y Glucémico en la Diabetes? Desarrollo. Cientif. Enferm., 19 (1), 10-14. Recuperado el 19 de julio del 2019, de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-010.pdf>
7. Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. (2016). Estrategia Grupos de Ayuda Mutua, Enfermedades Crónicas: Lineamientos de Operación 2016. México. Recuperado el 18 de julio del 2019, en [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Lineamientos GAM\\_2016.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Lineamientos_GAM_2016.pdf)
8. Lara-Esqueda A. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Arch. Cardiol. Méx., 74 (4). Recuperado el 26 de julio del 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-99402004000400012](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402004000400012)

# Adaptación del rol Materno en adolescentes embarazadas: Revisión Integradora



*MCE Isabel Beristáin García<sup>1</sup>, DCE Alicia Álvarez Aguirre<sup>2</sup>, DCE Mayra Itzel Huerta Bsltazar<sup>3</sup>, MCE María de los Ángeles Alarcón Rosales<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería de la UG. <sup>2</sup>Profesor de Tiempo Completo de la UG campus Celaya-Salvatierra. <sup>3</sup>Profesor de Tiempo Completo de la UMSNH. <sup>4</sup>Profesor de Tiempo Completo de la FAEO-UJED*

## Resumen

### Introducción

La adolescencia es una etapa de cambios fisiológicos y psicológicos, la adolescente está pasando por un cambio de niñez a la adultez, y si durante esta transición, se presenta un embarazo deseado o no; es importante que la adolescente embarazada adopte su rol de madre.

### Objetivo

Identificar la literatura existente referente a la adaptación del rol materno en adolescentes embarazadas desde el enfoque de la teoría de Ramona Merced.

### Metodología

Se utilizó la metodología de Cooper para la Revisión integradora mediante búsqueda electrónica de artículos sobre la adaptación al rol materno hayan utilizado o no la teoría de Ramona M; que estuviesen incluidos en las bases de datos: MEDLINE; EBSCO, LILACS; SciELO y PubMed, publicados entre 2011 a agosto 2019, en español o inglés.

### Resultados

Se encontraron 25 artículos relacionados al tema de los cuales 9 son cualitativos, 13 cuantitativos y 2 con diseño mixto; de los cuales 12 hacen mención a la Teoría de adaptación al rol maternal de Ramona Merced. **Conclusión:** El tema de la adaptación al rol materno no ha sido muy abordado en investigaciones en México; la mayoría corresponden a países de América del Sur, se invita a los profesionales de enfermería a indagar más en el tema desde el enfoque de la Teoría de Ramona Merced como fundamento teórico para proporcionar un cuidado holístico a las adolescentes embarazadas en la adaptación a su rol de madre.

**Palabras clave:** Adaptación, Rol, Maternidad, Adolescente, Embarazada

### **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, se caracteriza por un ritmo acelerado en el crecimiento y desarrollo, viene condicionada por diversos procesos biológicos; con el comienzo de la pubertad”<sup>1</sup>. Se presentan cambios físicos y emocionales, se pasa de la niñez a la adultez; en esta etapa se define su carácter y personalidad presenta cambios en sus emociones. El adolescente deja su etapa infantil y comienza una transición desconocida para él, es aquí donde forjará valores, el adolescente necesita apoyo de la familia, escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje<sup>2</sup>. Si surge un embarazo en la adolescencia deberá iniciar una vida adulta, muchas veces no planeada.

Esta situación propicia efectos en su salud física y mental, “el riesgo de fallecer por causas relacionadas al embarazo se duplica si la madre es menor de 15 años de edad, y las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo, cada año se practican unos tres millones de abortos peligrosos entre adolescentes, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud”<sup>3</sup>. “Unos 16 millones de adolescentes de entre 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos”<sup>4</sup>.

Un gran número de adolescentes embarazadas están mal nutridas lo que conlleva a aumentar la incidencia de abortos, partos prematuros o hijos con bajo peso al nacer ya que el cuerpo de la adolescente aún no está preparado para un embarazo. en muchos de los casos la adolescencia dejar la escuela, que trae como consecuencia que sus oportunidades de desarrollo económico disminuyan<sup>5</sup>. “En el 2016 México ocupó el primer lugar de nacimientos de madres adolescentes con 77 alumbramientos por cada mil mujeres; este dato incluye 34 países que integran la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), informó el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)<sup>6</sup> el 17.8% en el 2016 fue el porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes”<sup>7</sup>. Si la adolescente embarazada adquiere una adaptación de su rol materno ayudará a que las complicaciones que se han mencionado disminuyan o no aparezcan, ya que al aceptar su rol asumirá el compromiso que implica el ser madre a temprana edad y el binomio madre-hijo se verá favorecido; como menciona Ramona M. en su Teoría.<sup>8</sup>

El propósito de la presente revisión integradora es analizar las evidencias disponibles sobre la Adaptación del Rol Materno en Adolescentes Embarazadas y de ellas cuantas hacen uso de la teoría de Ramona M.

### **Metodología**

Se realizó una revisión integradora de literatura sobre las publicaciones científicas que abordaron la adaptación al rol materno de las adolescentes embarazadas; se consideraron los siete pasos de Cooper<sup>9</sup> para la realización de esta revisión: 1) formulación del problema, para lo cual se estableció la pregunta de investigación, ¿ Qué tanto se ha aplicado la teoría de Ramona Merced en la adaptación al rol materno en adolescentes embarazadas? ; 2) búsqueda de la literatura, realizada de acuerdo a los criterios de selección definidos; 3) recabar información de los estudios, para lo cual se seleccionaron los considerados de interés para el propósito planteado; 4) evaluación de la calidad de los estudios; 5) análisis e interpretación de los resultados de los estudios; 6) interpretación de la evidencia; y 7) presentación de resultados.

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos Pubmed, IMBIOMED, EBSCO, Elseiver, UAEM, CUIDEN, ScienceDirect, Scielo, Portales latindex, Portal de Revistas Científicas y arbitradas, Hemeroteca Cantarida, Fundación Index, Biblioteca Virtual en salud.

Se consideraron artículos con las palabras clave obtenidas del DeCS: Adaptación, Rol, Maternidad, Adolescente, Embarazada; fuesen ensayos clínicos, observacionales, revisiones, metanálisis, experimental/cuasi experimental o serie de casos, se utilizó el operador booleano AND. que se hubiesen publicado entre 2011 hasta agosto 2019. La búsqueda se realizó de enero a marzo 2018 y septiembre 2019.

### **Resultados**

Se identificaron 28 artículos en las bases de datos arriba mencionadas; se excluyó 1 artículo por duplicidad, 2 eran programas. Se presentan las características generales de los estudios seleccionados en la tabla 1.

Del total de los estudios se encontró 9 con enfoque cualitativo de los cuales, 2 fueron narrativas, un relato biográfico, dos reportes de caso y 4 no especificó, 14 cuantitativos: 2 con diseño mixto; del total 12 hacen mención a la Teoría de adaptación al Rol maternal de Ramona Merced. Hasta

el mes de agosto del 2019 se encontraron 3 artículos, 1 en el 2018 y 8 artículos se publicaron en el 2017, 4 en 2016, 3 el 2015, 3 en 2014; y 2 en el 2011. Según el origen geográfico 11 estudios se realizaron en Perú, 6 en Colombia, 2 en Ecuador, uno en Quito, uno en Barcelona, uno en Cuba y uno en Cachi. El número de participantes vario en los cuantitativos entre 160 a 200 y en los cualitativos por su diseño fueron muestras pequeñas; la recolección de datos en los cualitativos fue la entrevista, en los cuantitativos los instrumentos utilizados fueron: el mother-child relationship, una guía de observación, la escala de Massie Campbell, la escala de adopción del rol materno y escala de autoeficacia parental.

**Tabla 1**  
**Características generales de los estudios analizados**

No.	Diseño de investigación	Autor, año.	País	Muestra
1.	Cualitativo	Alvarado Laura et al, 2011 (10)	Colombia.	1 adolescente
2.	Cualitativo	Chupillón Pérez Luz E, et al, 2013 (11)	Chiclayo Perú.	7 madres
3.	Cualitativo	Berlanga Fernández, et al. 2014 (12)	Barcelona.	21 madres
4.	Cualitativo	Romero Peñaranda Silvana P. et al, 2014 (13)	Bogotá, Colombia	3 madres
5.	Cualitativo	Moreno Mojica Claudia M. et al, 2015 (14)	Colombia.	10 adolescentes
6.	Cualitativo	Rincón Villamil Tania R. 2016 (15)	Colombia.	6 adolescentes en gestación.
7.	Cualitativo	Mojica Moreno Claudia, et al, 2017 (16)	Bogotá, Colombia	1 adolescente.
8.	Cualitativo	Villarán Landolt, et al, 2017, (17)	Perú.	20 madres
9.	Cualitativo	Villafuerte Almeida Ivan A., et al, 2017 (18)	Quito	10 madres
10.	Cuantitativo	García Valencia Carina E. et al, 2017 (19)	Perú.	198 madres adolescentes
11.	Cuantitativo	Giraldo Dora I. et al, 2017 (20)	Medellín Colombia.	117 madres
12.	Cuantitativo	Ramos Rangel Yamila, 2017 (21)	Cumanayagua, Cuba.	35 madres
13.	Cuantitativo	Camargo Delgadillo Patricia D. et al 2016 (22)	Lima Perú.	50 madres.
14.	Cuantitativo	Jácome Artieda, et al 2016 (23)	Tabacundo Ecuador.	100 adolescentes primerizas

1! Cuantitativo	Condori Porcel, et al, 2015 (24)	Arequipa- Perú.	200 madres primíparas
1! Cuantitativo	Terán Alfaro Noelia L., et al, 2014 (25)	Trujillo Perú.	92 madres adolescentes
1! Cuantitativo	Garrido Hidalgo María del Carmen, et al, 2011 (26)	Trujillo.	66 madres adolescentes primerizas.
1! Cuantitativo	Fernández Parraga, et al 2017 (27)	Huancayo – Perú	90 madres primerizas
1! Cuantitativo	Iza Campaña Margarita C. et al 2016 (28)	Quito	195 madres
2! Cuantitativo	García Aranda Noelia Y. Et, al 2018 (29)	Huánuco, Perú	57 madres
2! Cuantitativo	Llamo Cabanillas, Giuliana L. et, al 2019 (30)	Pimentel – Perú	50 madres
2! Cuantitativo	Tarazona Sotelo Gehidy Y, et al, 2019 (31)	Lima- Perú	23 madres
2! Cuantitativo cuasi exp	Blas Moreano Yanet Y., et al, 2019 (32)	Lima – Perú	30 madres primíparas
2! Investigación Mixta	Gordon Díaz, et al 2015 (33)	Carchi	76 estudiantes y 18 embarazadas
2! Investigación Mixta	Bravo Sandoval Andrea F. et al 2017 (34)	Ambato – Ecuador	162 madres

*Fuente: Elaboración propia.*

## **Discusión**

Es de suma importancia realizar investigaciones con enfoque cualitativo, es así como se puede abordar la problemática de interés si no están adaptas a su rol materno es necesario intervenir para apoyarla en encontrar ese vínculo madre-hijo; es necesario hacer investigaciones en población mexicana ya que en es un problema de Salud Pública a Nivel Nacional; las investigaciones deben fundamentarse con la teoría de Ramona Merced aplicarla a la práctica fundamentando las intervenciones y proporcionando a los profesionales de enfermería herramientas para un cuidado de calidad y calidez, así la adolescente esté en condiciones físicas y psicológicas de proporcionar cuidados a su hijo, al aceptar su rol de madre. De los estudios encontrados que hacen mención de la Teoría solo la incluyen en su Marco Teórico, pero hace falta intervenir y medir los resultados desde esa perspectiva.

## Conclusiones

En México hace falta realizar investigaciones donde su marco teórico sea la Teoría de Ramona Merced “Adopción del rol materno: convertirse en madre ” ya que la aplicación de esta teoría en la práctica de enfermería sirve como fundamento para los cuidados que proporciona al binomio madre-hijo proporcionando un cuidado holístico el cual debe proporcionarse en el control prenatal; para que la adolescente embarazada adquiera las competencias que requiere para el cuidado de su hijo; de los 12 artículos analizados que refieren a Ramona M. solo la incluyen en su marco teórico, pero hace falta realizar y medir intervenciones proporcionadas por el personal de enfermería.

Se requiere validar instrumentos que proporciona la teoría y adaptarlos a población mexicana; es importante cuidar el binomio madre - hijo, realizando intervenciones necesarias para que las adolescentes logren el vínculo entre ella y su hijo y se de la identidad del rol y sentirse cómoda en él; es ahí donde la madre aprende las tareas del cuidado, expresa placer y gratificación con el rol, de esta manera disminuir posibles complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; mostrara interés en cuidar de ella y su hijo, la adaptación al rol materno debe darse durante el embarazo como menciona Ramona Merced, la madre tendrá mayor oportunidad de ese proceso interactivo y de desarrollo, para detectar algún problema en su microsistema y realizar las intervenciones necesarias.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud; OMS. (5 de marzo 2018) *Salud de la madre, el recién nacido del niño y del adolescente, desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia; Unicef México; *la adolescencia*. [Internet]. [citado 5 de marzo 2018] Recuperado de [https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos\\_6879.htm](https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm)
3. Organización Mundial de la Salud; OMS. (23 de febrero de 2018) Centro de prensa. *El embarazo en la adolescencia, datos y cifras*. [citado 8 de septiembre 2019] Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Organización Mundial de la Salud; OMS. Detail. (6 de marzo 2018) Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
5. Gobierno de la República. (s. f.). *Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. México: Gobierno de la República*. (febrero abril 2018) Recuperado de <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia>.

6. Olgún L. Michel; (12 JUNIO 2018). Embarazo adolescente: México primer lugar a nivel Mundial. *UNAM Global*. 13:26 [citado 8 de septiembre 2019] Recuperado de <http://www.unamglobal.unam.mx/?p=41566>
7. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática; INEGI. (marzo 2018) Estadísticas de natalidad. [Internet]. [citado 3 de abril 2018]. Recuperado de: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
8. Raille A. Martha. Modelos y Teorías de enfermería. Elseiver 8ed. Ramona T. Mercer: adopción del rol materno: convertirse en madre, pag. 524 Molly Meighan
9. Cooper H. Research synthesis and meta-analysis a step by step approach. Applied social research methods series. 4a ed. Thousand, Oaks: Sage Publications, Inc.; 2010.
10. Guarín A. Laura, et al. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Merced al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. Escuela de enfermeras UDES. *Cuidarte* [Revista Internet]. [citado 15 febrero 2018]. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v2n1/v2n1a15.pdf>
11. Chupillón, P, & Núñez, O. & Adela, R. (2013). Rol materno en adolescentes primíparas y desarrollo del vínculo afectivo. Servicio de Neonatología -Hospital público Chiclayo- *monográficos de investigación en salud* ISSN: 1988-3439 - año ix – n. 22 – 2015 [citado 110 febrero de 2018]. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/464.php>
12. Berlanga Fernández, Flores V. María P. (2013). Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Atención primaria*. 45(8):409-417 Barcelona. [citado 20 febrero 2018]. Recuperado de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/38042/1/2013\\_Berlanga\\_etal\\_AtenPrimaria.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/38042/1/2013_Berlanga_etal_AtenPrimaria.pdf)
13. Romero, P, & Silvana, P. (2014) *Maternidad adolescente: narrativas de la construcción del vínculo afectivo con sus hijos* (Tesis Pregrado). Universidad de Bogotá Colombia. [citado 20 marzo de 2018]. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19061/RomeroPenarandaSilvanaPaola2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Moreno Mojica, Claudia María et al. (2015). Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. *Revista Cuidarte*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 1041-53, ISSN 2216-0973. Recuperado de: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/162>>. Fecha de acceso: 30 nov. 2018 doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.162>.
15. Rincón Villamil Tania R. (2016) Colombia.
16. Moreno Mojica C, Hernández Mancipe L, Rincón Villamil T. (2017). La realidad de convertirse en madre: vivencias de una adolescente. *Investig Enferm Imagen Desarrollo*, 19(2):13-28. [Citado 15 febrero 2018] <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.rcmv>

17. Villaran Landolt, Valeria; Traverso Koroleff, Pierina; Huasasquiche Vences, María Luz. (01 July 2017). *Narrativas sobre el embarazo y la maternidad en mujeres adolescentes de sectores urbano marginales de Lima que acaban de dar a luz*. The Free Library. [Citado 15 febrero 2018]. Recuperado de <https://www.thefreelibrary.com/Narrativas sobre el embarazo y la maternidad en mujeres adolescentes...-a0505130692>>.
18. Villafuerte, A, & Iván, A. (2017). *Los significados de la maternidad que construyen mujeres adolescentes en una casa de acogida Quito*. (Tesis especialidad). [citado 7 septiembre de 2019]. <file:///C:/Users/Acer/Documents/ARTICULOS%20rol%20materno/ART22.pdf>
19. García, V. (2016). *Educación sobre los cuidados básicos del recién nacido y adopción del rol maternal en madres adolescentes del Hospital Regional Ica* (Tesis maestría) Repositorio Universidad Privada Institucional. [citado 1 de febrero de 2018]. Recuperado de: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1371>
20. Giraldo Montoya Dora I. Castañeda Palacio Hellen L. Mazo Álvarez Héctor M. (2017). Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil. Univ. Salud [Internet]. [cited 2018 Nov 15]; 19(2): 197-206. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072017000200197&Ing=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000200197&Ing=en). <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.82>.
21. Ramos Rangel Y, Deyanila Borges Caballero D, Valladares González AM. (2017). Particularidades sociodemográficas de la maternidad en adolescentes. *Humanidades Médicas*, 17(1) [revista en Internet]. [citado 2018 Nov 15]; [aprox. 18 p.]. Recuperado de: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1038>
22. Camargo Delgadillo Patricia D. et al (2016) lima Perú.
23. Jácome, Aa, & Campaña, C. (2016). *Análisis del rol materno en las madres adolescentes primerizas atendidas en el Centro de Salud de Tabacundo según la percepción de autoeficacia parental*. (Tesis Maestría). Instituto Superior de Investigación y Postgrado. Quito: UCE. 66 p. [citado 10 de marzo 2018]. Recuperado de [www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11748](http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11748)
24. Condori Porcel, Fredy A. Pallo C. Yessica S. (2015). *Tipos de convivencia y adopción del rol materno en madres primíparas. Centro médico Universitario Pedro P. Díaz Arequipa*- Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa- Perú. [Internet]. [citado 6 de febrero 2018]. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/355>
25. Terán, A. (2014). *Adopción del rol materno en relación con el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray*. (Tesis pregrado). Universidad de Trujillo Perú. [citado 20 marzo de 2018]. Recuperado de: [repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2446/1/re\\_enfe\\_noelia.teran\\_adopcion.del.rol.materno.en.relacion.con.el.nivel.de.vinculacion\\_datos.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2446/1/re_enfe_noelia.teran_adopcion.del.rol.materno.en.relacion.con.el.nivel.de.vinculacion_datos.pdf)

26. Rodríguez, D. (2016). *Conducta de apego de la madre - hijo de 4 a 12 meses en situación de stress en el consultorio de enfermería del centro materno infantil.*(Tesis maestría Internet). Universidad de Lima Perú. [citado 20 febrero 2018] Recuperado de: [repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1414/TTPLE%20Patricia%20Diana%20%20Camargo%20Delgadillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1414/TTPLE%20Patricia%20Diana%20%20Camargo%20Delgadillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Fernández, P, & Romero, P. (Dir). (2016). *Intervención educativa de enfermería sobre el conocimiento del cuidado del recién nacido en madres primerizas del centro de salud de Chilca.* (Tesis pregrado). Universidad de Huancayo – Perú. [citado 5 marzo de 2018]. Recuperado de: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/3966>
28. Iza, C, & Jacome, P. (2016). *Análisis del rol materno en las madres adolescentes primerizas atendidas en el Centro de Salud de Tabacundo según la percepción de autoeficacia parental.* (Tesis Magister). Instituto Superior de Investigación y Postgrado. Quito: UCE. [Citado 10 marzo 2018]. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11748/1/T-UCE-0006-005-2016.pdf>
29. Moreno, M, & Hernández, M, & Rincón, V, (2017 jul-dic) La realidad de convertirse en madre: vivencias de una adolescente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 19(2). [Internet]. [citado 20 de marzo 2018]. Recuperado de: <http://www.index-f.com/invenf/19/19213.php>
30. Llamo Cabanillas, Giuliana Liseth; Gálvez Díaz, Norma del Carmen. (2016) *Nivel de conocimiento de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal – Hospital Belén Lambayeque.* (2019) (Tesis pregrado). Universidad Pimentel Perú. [citado 7 septiembre 2019].  
<file:///C:/Users/Acer/Documents/ARTICULOS%20rol%20materno/niv%20conocimientos.pdf>
31. Tarazona, S, & Meléndez, R. (2019). *Rol maternal en adolescentes con recién nacidos prematuros en la UCI neonatal de un hospital Nacional.* (Tesis especialidad). [citado 7 septiembre 2019].  
[repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6586/Rol\\_TarazonaSotelo.pdf](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6586/Rol_TarazonaSotelo.pdf)
32. Blas, M, & Bustamante, P. (2019). *Efectividad de una intervención educativa sobre la adopción del rol materno en madres primíparas puesto de Salud Dignidad Nacional.* (Tesis pregrado). Universidad Lima – Perú [citado 7 septiembre 2019].  
<file:///C:/Users/Acer/Documents/ARTICULOS%20rol%20materno/efectividad%20de%20una%20intervencion%20.pdf>
33. Cadena, R. & Pergüeza, Y. & Gordòn, D. (2015). *Influencia del embarazo y rol materno en relación a las actividades académicas en las estudiantes de la UPEC.* (Tesis licenciatura). Universidad de Ecuador. [citado 20 de febrero 2018]. Recuperado de [repositorio.upec.edu.ec/bitstream/123456789/438/1/59 influencia del.](http://repositorio.upec.edu.ec/bitstream/123456789/438/1/59_influencia_del)

34. Bravo, S, & Pino, D. (2017). *El rol materno y el desarrollo psicosocial de los niños, niñas de 3 a 4 años en la unidad educativa Ambato* (Tesis pregrado). Universidad de Ecuador [citado 10 marzo 2018]. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26273/1/FJCS-TS-226.pdf>

## **Tabaquismo y educación: Entre el deber ser, la legislación y las prácticas sociales del tabaquismo**



Julio Cesar Leyva Ruiz *1*Profesor e Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Correo: [msjcleyva@gmail.com](mailto:msjcleyva@gmail.com)

*“Al día, 5 personas mueren por tabaquismo en Michoacán” (Quadratin, 2018).*

El tabaquismo es un problema de salud mundial, sin embargo, éste se ha atendido más desde el ámbito de la salud y la legislación que, desde una política integral, lo atienda como un fenómeno social que implica iniciaciones en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, búsqueda de identidades, pertenencias de grupo entre otros. El sistema educativo nacional parece estar al margen de este fenómeno, y por lo tanto no lo atiende en la profundidad que ello implica, desde la política educativa hasta los programas de estudio en todos sus niveles, de la educación básica a la superior. La correlación que implica a mayor nivel educativo mayor el número de fumadores, no es un referente para intervenir la prevención del problema. Los diseños curriculares mencionan el tabaquismo tímidamente, mientras la presión social lo hace contundentemente, el dilema está en fumar o no fumar en el marco de un sistema que tiende las redes de la seducción hacia grupos en condición de vulnerabilidad, mientras la educación parece contemplar cómo se extiende el problema.

**Palabras clave:** *Tabaquismo, educación, diseño curricular, salud.*

### **Estado, educación y tabaquismo**

La educación en México como en otras partes del mundo, tiene sus raíces en el origen de las propias sociedades organizadas sean estas mecánicas u orgánicas desde un sentido sociológico las que se definen por el grado de complejidad de sus relaciones y lazos sociales. No se pretende hacer un recorrido histórico puntual de la educación en este espacio; sin embargo, es menester hacer alusión al concepto que Emile Durkheim le dio a la educación y que parece reflejar bien como las sociedades hasta el siglo XIX y principios del XX se reconocían en esta definición. Para Durkheim (1999, p.4), la educación “es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquellas que no han alcanzado aún el grado de madurez necesario para la vida social; tiene por objeto el suscitar y el desarrollar en el niño un cierto número de

estados físicos, intelectuales y morales que exigen de él tanto la sociedad política en su conjunto como el medio ambiente específico al que está especialmente destinado”.

En la Ley General de Educación de México, en 2009, se incorporó un párrafo en el artículo dos que indicaba “La educación es medio fundamental para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; es proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, y es factor determinante para la adquisición de conocimientos y para formar a mujeres y a hombres, de manera que tengan sentido de solidaridad social”. Si retomamos el concepto de Durkheim, podemos apreciar cómo, para transmitir la cultura, se requiere de una generación de adultos que influyan en las más jóvenes. Pero, ¿a qué se debe que hagamos alusión a la educación y las generaciones involucradas en estos procesos? La respuesta exige evidenciar que, si las generaciones de adultos no están interesadas en la salud física y mental de las generaciones jóvenes, el proceso educativo sea este formal, no formal o informal no estará impregnado ni de contenidos ni de estrategias para enfrentar los problemas de salud en la población, mucho menos para promoverla.

En México como otros países europeos, la educación que impartía el estado en el siglo XIX estaba permeada por construir un estado-nación, una identidad nacional, como lo exponía José María Luis Mora en 1824, citado por Bolaños (2011) “Nada es más importante para el Estado que la instrucción de la juventud, ella es la base sobre la que descansan las instituciones sociales”; mientras que Valentín Gómez Farías en 1933 esgrimía que “la instrucción del niño es la base de la ciudadanía y de la moral social” y Gabino Barreda en las Leyes Orgánicas de 1867 y 1869, planteaba la necesidad de formar la generación de mexicanos que se encargara de hacer realidad el progreso del país” (Bolaños, 2011). Las últimas dos citas declaran explícitamente la intención de fondo de concepción de la educación permeada por el pensamiento decimonónico, es decir, educar al ciudadano con los perfiles definidos para darle identidad al país, para construir ese estado nación. No se explicita la idea de formar a un ciudadano autónomo, con un proyecto de vida personal sino el proyecto nacional. De tal manera que los intereses individuales se soslayan para someterse al interés del Estado.

Desde las leyes y reformas decimonónicas de la educación en nuestro país, hasta el siglo XXI, en que se redacta la Ley General de Educación de 2011 (artículo séptimo, fracción X), esta indica “Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y *adicciones*, fomentando el conocimiento de sus causas,

riesgos y consecuencias”. Este párrafo es ilustrativo, porque por primera y única vez, aparece la palabra **adicciones** en todo el texto que conforma la Ley de Educación. En la Ley General de Educación publicada en 2019 se diluye el término, aunque emerge en la Ley General del Sistema Nacional contra las Adicciones para atenderlo como parte de la política pública.

Con esto, el Estado parece obligarse a prestar atención a un problema de salud pública desde las instituciones educativas que lo conforman. Una vez reconocido el problema, se asume que implicará la necesidad o responsabilidad de atenderlo. Para ello, el Estado cuenta con una de las de las instituciones que más cercana está a la población para transformar sus prácticas culturales en el área de la salud, la educación; sea esta pública o privada, ambas opciones las rige la misma Secretaría de Educación.

De esta manera, podemos apreciar que, históricamente, en nuestro país, las adicciones no han sido una prioridad en los programas ni en la política pública para la educación de las comunidades escolares. La mira de las instituciones educativas ha estado estrechamente ligada a preparar al ciudadano para vida laboral, muy poco para la vida social y menos para la relación intrapersonal en aras de mantener y preservar la salud, todo esto bajo la mirada cómplice, apática o indolente de la sociedad, comenzando por la de los propios padres de familia.

### **Instituciones educativas y tabaquismo**

En educación básica, tanto profesores como padres de familia, se preocupan principalmente porque el niño lea, escriba y haga algunas operaciones aritméticas; que lleve la libreta firmada y algún sello distintivo que ha trabajado en el día o la semana, muy similar a como sucedía hace dos siglos. Queda en segundo lugar la formación para la vida, el sujeto y su historia, la educación socioemocional si se puede, si alcanza el tiempo se trabajarán los valores, la cultura el arte y la salud. En el currículo de la educación básica se marca la “educación física” como parte de su formación integral; sin embargo, en muchas instituciones se confunde o se soslaya el propósito, quedando únicamente como un espacio lúdico, divertirse, practicar el futbol u otro deporte, pero no como medio para concientizar o sensibilizar a los estudiantes de la relación entre cultura física, deporte y la salud.

En el nivel secundaria, como lo muestran las encuestas sobre adicciones, se generan los procesos de iniciación al consumo de drogas legales e ilegales. Los orígenes pueden ser diversos, los cambios psicológicos, las influencias del contexto, pero también la de los medios masivos de comunicación, la búsqueda de una identidad y la pertenencia a un grupo social. Las redes sociales, la globalización de la cultura, entre otros.

Lo estrictamente importante es que se sigue gestando e incrementando el fenómeno de las adicciones frente a los ojos de los profesores, dentro de las propias instituciones educativas que prefieren ignorar el problema, desviar la mirada cuando se presentan los casos de jóvenes que compran y consumen alcohol o tabaco afuera de las escuelas en las tiendas de la esquina, a tomar una postura activa, institucional, curricular, de responsabilidad social con estos grupos en condición de vulnerabilidad.

Las Instituciones de Educación Superior suelen tener acercamiento teórico sobre la salud, destacando el alcoholismo y tabaquismo. Sin embargo, el impacto es casi nulo en los estudiantes. Con la mayoría de edad, los universitarios tienen acceso abierto a la compra y consumo de drogas legales. Tiempo de “antros”, de “bienvenidas” como iniciaciones a la vida universitaria, de vida independiente de los padres, de romper con los grilletes sociales y familiares que limitaban ciertas prácticas en sus lugares de origen, ya que un alto porcentaje de jóvenes dejan el nido familiar para trasladarse a las capitales de los estados para continuar su formación universitaria. Basta caminar por las Facultades de Medicina, Odontología, Psicología, Farmacobiología o Enfermería para demostrar que estudiar en una dependencia de salud es insuficiente para evitar la seducción por el consumo de tabaco y alcohol.

La primera encuesta de usuarios de drogas ilegales en la ciudad de México, llevada a cabo en 2012, que presentó la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, reveló que el 54 por ciento de los encuestados tenía estudios de licenciatura, casi el 28 por ciento, tenía bachillerato. Estos datos parecen indicar que a mayor nivel educativo mayor consumo y menor conciencia del problema. Se esperaría que, a mayor nivel educativo, mayor toma de conciencia y menor consumo, pero las estadísticas desmienten la segunda premisa. Entonces, ¿qué papel juega la educación frente a este problema de salud pública? El hecho de que la ley exija a las empresas a poner anuncios e imágenes explícitas que el consumo del tabaco provoca cáncer, posibles abortos, malformaciones o riesgos para el neonato, no ha limitado su demanda, de hecho, sigue creciendo.

Fumar daña la salud, pero verle como un proceso social inocuo limita que se le preste la suficiente atención, no se le toma desde la perspectiva patológica sino como medio de iniciación a la vida social universitaria. De tal manera que no importa si las empresas exhiben el riesgo de fumar, o las instituciones hablan de los efectos que el tabaco provoca en el organismo porque los temas y contenidos aparecen como ornato en sus intenciones educativas y mapas curriculares; ninguna de las dos actividades son lo suficientemente fuertes para contrarrestar la avanzada del consumo de tabaco en los adolescentes y adultos jóvenes.

Ahora bien, dentro de las drogas legales y socialmente aceptadas, el alcohol y el tabaco son quizás las que encienden los focos rojos en los grupos de jóvenes. En este trabajo, el tabaco es el centro de nuestro análisis. Educación y tabaco parecen ser generar un buen *va/s*, socialmente legitimado. Las escenas del intelectual con un cigarro en la mano, un libro en la otra y una taza de café humeante en la mesa o el escritorio, son de lo más provocadores para jóvenes de educación media superior y superior.

Antes de que saliera la ley antitabaco para no fumar en espacios cerrados, en el 2008, las influencias escolares de profesores sobre sus alumnos en el consumo del tabaco eran prácticamente innegables. Las escenas de profesores en todos los niveles educativos fumando en los pasillos, y algunos dentro de la propia aula eran comunes. En algún momento parece haber un estrecho vínculo en las escuelas primaria y secundaria como los lugares en los que se inician los fumadores más jóvenes.

Los ambientes de estudio entre los jóvenes son justificados bajo la influencia del argumento que el cigarro genera mayor concentración, mejor retención, mejores beneficios e impacto en el desempeño académico. ¿Qué estudiante no ha tenido como referente un profesor/a que fumara, y, además, fuera alguien a quien académicamente respetara o admirara? ¿Qué estudiante revolucionario no reconoce la figura del “Che Guevara” con un puro en la boca o encendido entre los dedos? ¿Qué estudiante que le guste la literatura o la poesía no tiene como referente a Jaime Sabines o Julio Cortázar con un cigarro en la mano o en la boca? Que decir de las influencias de actores, actrices o cantantes que en sus videos o portadas de discos aparecen sosteniendo un cigarrillo.

Rodríguez (2006) expone que en una encuesta sobre tabaquismo que se les hizo a fumadores veteranos indicó que quienes nacieron en 1930 comenzaban a fumar hasta los 21 años; mientras que aquellos que nacieron en los 80's iniciaron a los trece años. Por un lado, la edad a la que se inician en el consumo de tabaco baja y la incorporación del género femenino al campo de las adicciones aumenta.

La encuesta sobre consumo de tabaco en estudiantes de secundaria llevado a cabo en 2013 por la Universidad Pedagógica Nacional sede 161 de Morelia, Michoacán, mostró que, de los 7,531 estudiantes encuestados que fumaban, el 55 por ciento eran mujeres, en contraste con un cuarenta y cinco por ciento de hombres. Aún más, la edad a la que han empezado a fumar fue a los 11 años. Ambos hechos, demuestran que las tendencias arriba descritas se relacionan directamente con la realidad en el municipio de Morelia, Michoacán.

Un ejemplo adicional a las estadísticas, es mi propia experiencia con el tabaco desde las instituciones educativas que arroparon mi formación. Aún recuerdo la primera vez que compré una cajetilla de cigarros, corría el año de 1981; cursaba el tercero de primaria, recién había cumplido ocho años. Aunque no era para mi consumo, sino para mi profesor, que me envió a conseguirla a la tienda de la esquina; evento que no era una excepción en esa década; de hecho, era una escena más o menos común en mi escuela primaria. Recuerdo que una señora de complexión delgada, expresión parca y voz ronca me preguntó qué deseaba. “una cajetilla de cigarros, Raleigh, contesté”. “Aquí tienes”, pagué y me retiré; no pedí cambio, el maestro me había dado exactamente lo que costaba la cajetilla. Un detalle adicional de esa experiencia, es que no nos encontrábamos en la hora de receso, sino a mitad de clase, haciendo alguna práctica del libro. Así mismo, el maestro tampoco esperaba para fumar en un espacio abierto, sino dentro de la propia clase, quizás cerca de la ventana para que no se concentrara el humo. Esta práctica no causaba el menor prurito en los otros académicos o en las autoridades de la escuela, eran otras épocas, no había toma de conciencia, no aparecían en las cajetillas las leyendas de que el cigarro provocaba cáncer o que estaba prohibido vender cigarros a menores de edad. Alguna vez escuché un comercial en la radio que mencionaba la marca del cigarrillo y concluía... *“el cigarro de los deportistas”*.

Durante los siguientes meses, la señora de la tienda me identificaba sin problema. No deja de ser una experiencia que recuerdo a la perfección, porque ese mismo año escolar, en una función de matinee que organizó la primaria, también fumé mi primer cigarrillo; a escondidas con la “palomilla”, en la oscuridad del cine fumamos nuestro primer cigarro. Toda una hazaña, digna de celebrarse entre nosotros.

En primer lugar, por el reto que implicó atrevernos a pedirla a la señora del estaquillo del cine, y, que sin ningún reparo nos la vendiera. En segundo lugar, por la adrenalina que corría por nuestros cuerpos al intentar encenderlo y fumarlo cuando había un par de docentes que vigilaban los pasillos para que los alumnos no hicieran desorden. En tercer lugar, porque una compañerita que estaba en la fila de atrás comenzó a gritarnos diciendo que conocía a nuestras madres y les daría la queja.

Esto último, postergó mi carrera como fumador algunos años, hasta la entrada a la escuela secundaria; se fortaleció en la preparatoria y a mitad de la licenciatura decidí no fumar más. Hoy como profesor universitario en el área de la salud, intento recordar quiénes de mis maestros, o en qué institución educativa se tomaba el tema del tabaquismo como un asunto educativo, como un apartado de formación para la vida, para una vida saludable. Puedo arriesgarme a decir que

en los 40 años que ha tomado mi formación en distintas instituciones educativas y niveles, el tema de las adicciones, particularmente el tabaquismo, no se ha abordado formalmente como un problema social, tampoco cómo atenderlo, mucho menos como prevención; si acaso, como anécdotas de los docentes entre cómo se iniciaron en el consumo, o las aventuras de cómo le hacían para que no los descubrieran y el consejo de adulto “no fumen, el tabaco daña la salud y sus pulmones”.

Actualmente, no es raro ver por la ciudad, en nuestras colonias o barrios, aún en nuestras comunidades semirurales y rurales, jóvenes adolescentes o casi niños hombres y mujeres con un cigarrillo en la boca, comprando algún cigarro suelto en los *puestos de venta ambulantes* de la esquina de las propias escuelas o destapando una cajetilla para compartir con su grupo de amigos. Estas prácticas sociales no se realizan de manera aislada, se generan con la complicidad compañeros y amigos.

Las estadísticas en el campo de las adicciones en jóvenes menores de 17 años son abrumadoras, no sólo por ser un problema de salud pública a nivel internacional y local, sino por su tendencia a aumentar en términos de su consumo y a disminuir en términos de la edad a la que se inicia, como he descrito tanto en las encuestas a estudiantes de secundaria como mi propia experiencia.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, 2015, en México el 16.4% de la población de 15 años o más son personas fumadoras activas; entre ellas, 10.6 millones son hombres y 3.8 millones son mujeres. La encuesta destaca además que, entre el 16.4% de las personas fumadoras, el 7.6% son fumadores diarios y el 8.8% ocasionales. Entre quienes declaran fumar a diario, el promedio de consumo es de 7.7 cigarrillos al día; mientras que la edad de inicio al fumar es de 16.5 años (Fuentes, M 2017 p. 5-6).

### ***Educación informal y tabaquismo***

Las responsabilidades de la educación de la población durante mucho tiempo se le han dejado a las instituciones educativas oficiales. Es a partir de la primera década del siglo XXI que se han estado involucrando de manera más dirigida y activa a los padres de familia, persuadiéndolos de ser actores con posibilidad de influir de manera cualitativa y cuantitativa en la formación de sus hijos. Pero no toda la participación se remite a contenidos programáticos.

La educación de las y los alumnos conlleva otras prácticas que pasamos por alto, que van más allá del discurso persuasivo y de los consejos que tanto rechazan las generaciones de jóvenes,

por carecer de consistencia entre discurso y acción. Nos referimos a la educación que imparten los miembros de la familia adultos y el círculo social próximo al joven con sus actitudes, posturas, prácticas, iniciaciones, modales, vicios y adicciones. Aquellas que no se socializan necesariamente de manera verbal, sino con los actos cotidianos. ¿Cómo es que le exigimos a la educación formal que enfrente las adicciones cuando los jóvenes están rodeados de humo y alcohol?

Siguiendo la encuesta sobre tabaquismo, podemos observar que los estudiantes tienen en su círculo directo padres, madres, hermanos, tíos y primos que fuman. Profesores y sacerdotes o líderes espirituales que también consumen tabaco. El vecino, los compañeros de escuela y el artista preferido que también lo hacen. Quizás el planteamiento que hacen diversas investigaciones es herrado, porque lo hacen a partir de la pregunta ¿Por qué los jóvenes en edad escolar fuman? Tal vez sea momento de comenzar las investigaciones de manera inversa y preguntarse ¿Cuáles son los factores que influyen para que muchos jóvenes no fumen? Parece que, en un mundo rodeado por personajes simbólicos consumidores de tabaco, inevitablemente, los jóvenes están indefensos ante una abrumadora oleada de mensajes que los invitan a pertenecer a un grupo que tiene en común algo más que la música, el baile o el gusto por el cine, el tabaco. Sin embargo, lo extraordinario es que, en este mismo ambiente lleno de humo, haya quienes no se dejen seducir por un cigarro, aún más, por los diversos personajes que lo hacen aparentando un placer sublime, con beneficios sociales y recompensas personales a dicha práctica.

Además de la educación que se da en los grupos sociales cercanos, la mercadotecnia tiene sus propios mecanismos educativos para cautivar a sus compradores potenciales, los niños y jóvenes. En la década de los 50's y 60's se publicaban en Estados Unidos diversos tipos de anuncios para llegar a su mercado potencial. Llama la atención como la industria utilizaba referentes médicos para maquillar el daño que ocasionaba el tabaco en la salud, entre ellos "More doctors smoke Camels than any other cigarette -*La mayor parte de los doctores fuman Camel que cualquier otro tipo de cigarro-*"; o bien "*Los dentistas recomiendan Camel*". La misma empresa Camels, puso en circulación un Santa Claus ofreciendo una paquete de cigarros y diciendo su clásica frase "Merry Christmas to all smokers -*Feliz navidad a todos los fumadores-*".

La compañía Chesterfield también tenía su campaña navideña; sus carteles mostraban a un hombre firmando paquetes de cigarros y la frase "*Estoy enviando Chesterfield a todos mis amigos, es el mejor regalo que un fumador puede recibir*", y uno más en el que aparecen dos

niños decidiendo qué tipo de cigarrillos le regalaría a papá en navidad con el mensaje “*Un buen regalo para un buen amigo...sus cigarrillos favoritos*”. Para capturar el mercado femenino, Chesterfield proponía un cartel en el que se exponía a una mujer pensativa con el siguiente mensaje “*no sé si debería fumar, pero mi hermano y mi amado lo hacen, y eso me da un gran placer. Las mujeres comenzaron a fumar en la época en que comenzaron a votar...*”

Un cuarto mensaje de Chesterfield que llama la atención es el de una madre y un niño, pulcros, con una sonrisa encantadora. El niño sujetando un paquete de cigarrillos en una mano, la madre abrazando al pequeño y ambos sosteniendo un letrero en el que se lee “*Happy Birthday Dad, We Know your ABC's*” (Feliz cumpleaños papá, sabemos de tus ABC).

Hoy en día, no vemos niños en los comerciales de tabaco; si así fuera, causaría indignación, desde el año 2004 quedó prohibida la publicidad de cigarrillos en radio y televisión. Así mismo, la ley antitabaco prohíbe venderlos a menores de edad. Además, establece que los niños no pueden estar en las áreas para fumadores de los establecimientos que tengan esta adecuación para sus clientes.

Si las leyes han ido limitando poco a poco el campo de acción de las compañías tabacaleras a través de los medios masivos de comunicación. Se ha estado regulando a los establecimientos comerciales y de transporte público para que estén libres de humo. Si en los últimos años, se han realizado fuertes y diversas campañas en contra el consumo del tabaco, en las que se muestran evidencias de los daños al organismo, de las posibles patologías que se generarían a partir de su uso o abuso; entonces ¿cómo es que, las compañías tabacaleras encuentran las formas para llegar a este nicho de mercado? En los albores del siglo XXI, algunas tiendas de barrios y colonias en la que la colocación de carteles de cigarro no está a la altura de la mirada de los adultos, sino a un metro del piso, pegados en los refrigeradores, anaqueles y mostradores. Justo donde los niños podían verse cara a cara con la publicidad. La educación informal parece tener un papel protagónico en la relación jóvenes-tabaco; esta entendida como los aprendizajes y enseñanzas que se dan en la vida cotidiana, en la interacción con los demás; sin ataduras a espacios físicos, pues la calle, el trabajo o la misma escuela son lugares para la educación informal mutua.

A diferencia de la concepción durkhemiana, ya no es necesario partir de una generación de adultos a jóvenes, sino de pares en términos generacionales. Niños enseñando a niños a fumar. Jóvenes más experimentados en el campo de las adicciones, no por edad sino por experiencia, influyendo en otros mayores que ellos. Jovencitas influyendo en otras compañeras, pero también en varones, rompiendo con esto, la relación tradicional del hombre influyendo en la

mujer, como lo expresaban diversas campañas de la industria en la que los varones invitan a fumar a la mujer, la mujer le enciende el cigarro al varón o ambos disfrutan un cigarrillo, pero es el varón quien invita sutilmente a que la mujer tome un cigarro, un acto de atrevimiento a siglos de limitaciones estipuladas, culturalmente, por los hombres.

En otra campaña de los años cincuenta; se veía una escena de una pareja de jóvenes hombre y mujer en la que él dejaba salir la bocanada de humo en la cara de ella, y una frase que decía “*exhala en su cara y te seguirá a donde sea*”. Estos mensajes de relaciones de poder del hombre sobre la mujer destacan que, detrás de esta cultural mercadológica, se encuentra todo un aparato de investigación sobre la psique del varón y de la mujer. No hay mensaje que no tenga una intencionalidad de fondo para persuadir a quien lo ve, cuando menos, de aventurarse a probarlo; es el anzuelo perfecto, la red tejida con hilos extraídos de la psique del adolescente, la tentación que no se puede postergar porque el tiempo del adolescente se mide con otro reloj, uno que es más veloz cuyas manecillas están hechas de adrenalina.

John Medina (2010), sustenta que los seres humanos somos exploradores por naturaleza; con esa premisa, la educación informal sin que medie un marco teórico, transmite a otros la necesidad de aprender y buscar nuevas emociones a través de sus procesos de interacción. Las empresas saben sacar provecho de ello, porque promueve un mundo por explorar; ya sea por morbo o por aventura, los ambientes llenos de nicotina también lo están de adolescentes. Siguiendo la encuesta sobre Tabaco UPN 2013, la respuesta *fumo por curiosidad* fue una de las más escogida entre opciones, por lo que se torna la evidencia que apuntala que los argumentos arriba expuestos.

### **Identidad social y tabaquismo**

En una sociedad cada vez más fragmentada, impersonal y competitiva, el individuo pasa a ser, cada día un poco más, un número, una cifra que representa entes con vacíos existenciales. En ese maremoto de confusiones, aún el sujeto sigue intentando construir una *identidad social*, no es gratuito entonces que en esa búsqueda se experimente, se intente, se persigan nuevas formas de construir y definir esa *quién soy* y *qué hago*, en un mundo al que parece no importarles su vida. Uno de los puentes hacia la la búsqueda de la *identidad* ha llegado a ser el consumo de tabaco; esto se da en diferentes proporciones y con diferentes características, lo que genera consecuencias diversas.

El tabaco se consume de manera indirecta (fumadores pasivos), ocasional, de fin de semana o de manera constante y sin control (adicción). Algunos factores individuales que se pueden considerar en el análisis del consumo son: la edad.

La adolescencia es considerada la etapa más propensa a la adicción, es decir entre los 11 y 12 por un lado y los 15 y 16 por otro (García-Señorián, 1994), edad que coincide con el cambio de nivel escolar; el sexo, el sexo está dejando de ser una diferencia en el consumo del tabaco, algunas décadas atrás, los varones eran más propensos. en los últimos años ya no (García-Señorián, 1994) sin embargo, aún se conservan algunos tabúes al respecto, sobre todo en un extracto de la sociedad que padece la misma necesidad que los adolescentes, construir su identidad; rasgos de personalidad es otra variante que se pueden asociar al consumo del tabaco como, esto es, asumir ciertas actitudes y acciones que propician el consumo del tabaco como la búsqueda de sensaciones, alto nivel de inseguridad, baja autoestima, rebeldía, baja tolerancia a la frustración; factores cognitivos: conocimientos, creencias, actitudes, expectativas; factores microsociales: influencias parentales, influencia de hermanos, compañeros y amigos, factores escolares, tales como las características de la escuela, la insatisfacción escolar, un nivel más bajo de compromiso con las actividades académicas, un mayor nivel de ausentismo escolar y una peor ejecución académica; en algunos casos estos últimos también inciden en el fracaso escolar, lo cual origina círculos difíciles de romper.

A mayor insatisfacción escolar, mayor riesgo de consumo; a mayor consumo más riesgo de fracaso escolar; factores macrosociales, influencia de los medios masivos de comunicación, los anuncios presentar siempre imágenes y mensajes sugestivos de salud, seguridad, encanto, atractivo, éxito social y sexual, asociados a una invulnerabilidad de caricatura en donde nunca pasa nada malo o lo que pasa no afecta, al mismo tiempo se viven las consecuencias pero por lo mismo se ignoran, una serie de problemas de salud que nos aquejan por un lado y una gama de soluciones “mágicas” por otro, como la belleza conseguida por medio de medicamentos, los contextos sociales relacionados con estilos de vida y el poder adquisitivo que tienen ahora los adolescentes como nunca antes, conductas de prestigio social y expresiones de placer imitadas. Estamos acostumbrados a consumir de manera continua sustancias que afectan nuestro estado de ánimo, comportamiento y percepción. Usamos infinidad de sustancias que producen excitación, tranquilizan, ayudan a dormir, alivian el dolor o mejoran nuestra resistencia a las enfermedades, todo en un marco de oferta y disponibilidad de toda clase de sustancias, incluyendo en tabaco.

Las relaciones sociales son un factor determinante en la construcción de la identidad, ya el sociólogo Parsons (Restrepo, 2001), plantea que la juventud es una categoría que se construye socialmente y depende del momento histórico-geográfico determinado para considerar tales o cuales características, cuya transición se da en el proceso de socialización.

En este proceso la familia y las instituciones juegan un papel muy importante ya que se encargan de proveer de normas y valores al sujeto en construcción, las cuales se traducen en formas de interpretar el mundo y de relacionarse con otros.

Cada día la juventud, como periodo de vida, tiende a prolongarse en el tiempo para aquellos que cuentan con cierta estabilidad económica y que pueden dedicarse al estudio retrasando los compromisos que lleva a la madurez social. Este período es llamado por Cubides (1998) “moratoria social” y representa un porcentaje de riesgo para acentuar el consumo de tabaco y migrar de ser ocasional a una adicción. Esta etapa inicia una vez que culminan los cambios corporales propios de la adolescencia y finaliza cuando el joven se vincula a la vida social; en este periodo hay una mezcla de responsabilidad y evasión que representa un abanico muy amplio de oportunidades para experimentar sensaciones y “modos de vida” dado el acceso que se tiene tanto a sustancias como a espacios y relaciones, todo ello influye en mayor o menor medida a la definición de la identidad.

La escuela como espacio de interacción posibilita escenarios de iniciación e identidad, pero también representa la extensión de la autoridad cuyas reglas se tornan en desafíos para los jóvenes como amasijo que propicia la materialización de una *identidad* que les permita responder a las exigencias que enfrentan en su vida cotidiana. De acuerdo con Nauatt y Suárez (2005), en su investigación con jóvenes mexicanos de una escuela secundaria de Cárdenas, Tabasco, sobre el consumo de tabaco, en los jóvenes “la noción de riesgo para la salud, enfermedad y muerte, no se percibe en esta etapa evolutiva de la vida, en su real y justa dimensión. Esto se debe a que ciertos rasgos de omnipotencia y prepotencia son típicamente normales”. (p. 29).

La socialización secundaria para Munné (1982) se caracteriza por procesos posteriores que llevan a la persona ya socializada a formar parte de subgrupos donde se construyen símbolos rituales. La socialización primaria, es la más importante y se da generalmente en el ámbito familiar, su principal característica es la fuerte carga emocional que debe existir entre la persona y los otros significantes para que se dé el aprendizaje y la internalización de roles; una vez que se logra la identificación con los otros significantes el sujeto es capaz de identificarse a sí mismo y de adquirir una identidad.

*Los otros significantes*, son los que mantienen la realidad subjetiva, es decir, la manera en que cada individuo interpreta y percibe la realidad objetiva y la identidad de sí mismo frente al mundo que lo rodea (Berger T. y P. Luckmann, 1967).

Siguiendo a Berger y Luckmann “La identidad se define objetivamente como la ubicación en un mundo determinado y puede asumírsela subjetivamente solo junto con ese mundo, dicho de otra manera todas las identificaciones se realizan dentro de horizontes que implican un mundo social específico” (p.168).

Una persona con una identidad estable tiene la sensación de continuidad biográfica y es capaz reflexionar sobre ello; esta identidad estable surge por relaciones tempranas de confianza que forman en las personas una coraza protectora que filtra en la conducta práctica de cada día muchos de los peligros que amenazan en principio la identidad del yo (Giddens, 1998). Para este autor, la identidad no debe ser entendida como dada, una vez y para siempre, ni como una suma pasiva de roles a lo largo de toda la vida de las personas; es en cambio una negociación interactiva y significativa entre el sujeto y el medio. Así, cuando la persona ha formado su identidad es cuando sabe quién es, sabe lo que piensa, en lo que cree y lo que puede hacer en la vida por sí mismo. Muchas de las decisiones tomadas forman parte de esa identidad y a veces hay hábitos nocivos como el consumo de tabaco.

Es importante estudiar y analizar el sistema educativo de nuestro país, ya que el ambiente en el que se involucran los adolescentes en los planteles educativos puede iniciar o catalizar a que se inicien en conductas de riesgo, como el consumo de tabaco. Por lo tanto, si se quieren realizar campañas de prevención exitosas, no sólo implica recomendar qué no hacer, sino también qué alternativas tienen para atender los desafíos que presenta el entorno social inmediato que puede limitar su desarrollo integral, aquello que les permita superar las adversidades, angustias, sobresaltos, inquietudes que condicionan su vida. La escuela es un medio que inhibe o promueve el tabaquismo, desde los procesos que implementa, los ejemplos que recibe y la influencia de sus maestros, quienes no siempre muestran congruencia entre el discurso y su actuar.

La escuela es un espacio en donde se encuentra el adolescente o adulto joven durante periodos importantes de su vida e interactuando con un gran y diverso grupo de personas que enmarcan su vida social. En ella se pueden generar lazos afectivos para toda la vida, eso nos da una idea de lo importante de dicha interacción. Las diferencias entre escuelas no están solamente a nivel estructural y de ubicación geográfica, también a nivel de cultura escolar interna, políticas y normas escolares, así como las relaciones entre los diferentes actores de la institución desde el director hasta el personal de apoyo. La actividad escolar también es un factor importante dado que la inactividad, el aburrimiento y los espacios libres representan un elemento de incidencia en la iniciación al consumo del tabaco.

Un bajo rendimiento escolar puede asociarse, aunque no de manera determinante, al consumo del tabaco. El consumo ocasional de alcohol también está ligado al consumo de tabaco, pues son prácticas que se asocian y que hacen más fácil las. Lamentablemente, la vida escolar, sobre todo en jóvenes de educación media superior y superior puede influir en la iniciación al consumo de tabaco o en un consumo más habitual.

Del mismo modo, la etapa escolar comprende las edades más influenciadas, son especialmente importantes los 11 y 12 años, donde previsiblemente aún no se habría iniciado el hábito al tabaco, sin embargo, algunos de los niños de esta edad se declaran fumadores. Los programas de educación para la salud en el medio escolar deben ayudar a que los estudiantes conozcan su cuerpo, sus procesos cognitivos y socioemocionales; también las necesidades y problemáticas que prevalecen en este periodo de desarrollo a fin de comprender, mejor, las diversas consecuencias que se derivan del consumo del tabaco. Será importante ayudar a limitar o vencer las presiones del entorno social inmediato: amigos, familia o publicidad, generando experiencias satisfactorias, actividades recreativas, culturales y toda clase de acciones encaminadas al logro de una formación integral.

Las vivencias cotidianas y las particularidades de cada edad hacen a la juventud heterogénea y vulnerable a los embates del medio. La escuela se ha convertido en un espacio que pretende, a partir de las necesidades y nuevas condiciones, de asumir algunas de las tareas y funciones que en otro momento tenía la familia, pero dado el cambio en sus funciones, ya no está asumiendo. Sin embargo, con el correr del tiempo y en el marco de los procesos de modernización social, es la educación formal la que absorbe algunas de aquellas funciones educativas domésticas al tiempo que las familias han ido experimentando profundas transformaciones, afectando especialmente la estabilidad y el modelo nuclear de la familia dando paso a esquemas múltiples de familias diversas.

### ***Reforma curricular y tabaquismo***

En la revisión de los programas educativos de la reforma curricular 2011 de Educación Básica (preescolar, primaria y secundaria) no se encuentran explícitos contenidos para trabajar el tabaquismo. En los planes de secundaria el programa de Tutorías y el de Educación Física no expresan una línea específica al respecto. Para el caso de la educación preescolar, la guía para educadora 2011 no contempla la adicción o tabaquismo.

Esto es, si no aparecen como referentes difícilmente implica una responsabilidad para atenderlas. La educación preescolar se propone como un proceso integral y se desarrolla en términos de seis campos formativos, a saber:

- Lenguaje y comunicación
- Pensamiento matemático
- Exploración y conocimiento del mundo
- Desarrollo físico y salud
- Desarrollo personal y social
- Expresión y apreciación artísticas

Parece deseable que en el campo “Desarrollo físico y salud” pudiera incorporarse algunos elementos para el trabajo con las adicciones, ya fuera como competencia o como saberes esperados en los niños, pero no es así. Tampoco se hace alusión en los propósitos de la educación preescolar al inicio del documento. De tal manera que se deja libre a las educadoras abordar el tema, pero nada les obliga llevarlo a acabo, tendría que ser una iniciativa personal, no hay una responsabilidad institucional, una visión del Estado por trabajar desde ese nivel las implicaciones de las adicciones en lo general y del tabaquismo en lo particular.

En primaria, se aborda el tabaquismo en los últimos dos años, pero únicamente como un contenido más dentro de la formación.

En la educación secundaria dos materias son las que parecen que, por su naturaleza, debieran tomar la responsabilidad de conducir las orientaciones con respecto al consumo de tabaco y otras adicciones. Estas son Educación Física y Tutoría. Nuevamente sorprende que en los diseños de estas dos materias no se contemple de manera explícita un trabajo de planeación hacia la prevención y/o afección y tratamiento del tabaquismo. Escasamente se alude que el profesor de Educación Física puede “realizar pláticas sobre alimentación, adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, etc.), prevención de enfermedades de transmisión sexual”, entre otros.

Nuevamente, la responsabilidad de abordar el tema queda sujeta a la voluntad, interés o compromiso de los profesores y no responde a una política educativa bien definida para atenderla. Asumiendo que el profesor decida iniciar un programa de concientización en los estudiantes de manera emergente, no es suficiente con querer hacerlo; la actividad implica, recursos materiales, tiempos, infraestructura, investigación y voluntad de los directivos para

hacer eco de manera institucional. De otra manera, se siguen haciendo esfuerzos aislados con un impacto difícilmente medible u observable; especialmente, si se contempla que los resultados de estos programas no se aprecian en el corto plazo, quizás en el mediano o a un plazo en el que los pioneros de las propuestas no alcancen a evaluar. Así, es muy probable que quienes proponen las iniciativas de enfrentar el problema no sean los que midan el impacto, sino los actores del siguiente o siguientes niveles educativos. Así como la Reforma Integral para la Educación Básica (RIEB) proponía una articulación desde preescolar hasta secundaria. Una propuesta ideal, pero de largo plazo. Para abordar el problema del tabaquismo, tendría que ser bajo estudios longitudinales, articulados con cuerpos académicos de investigación en tres o cuatro niveles: preescolar, primaria, secundaria y media superior. El seguimiento puntual a las generaciones con mediciones intermedias en el lapso que dure el trabajo, podría ofrecer evidencias más claras de su relación con los programas diseñados para enfrentar el problema con mejores estrategias.

Las instituciones educativas de todos los niveles deben hacer un diagnóstico para conocer de manera precisa la prevalencia sobre el consumo de tabaco en sus comunidades educativas. Identificar factores que favorecen esa prevalencia e incorporar el análisis de los resultados como insumos para integrarlo como un eje problematizador en el diseño y desarrollo curricular del nivel. Seguramente los factores influyentes en el consumo de tabaco puedan ser similares, no así los contextos que definen el problema de manera distintiva y particular.

No es posible generar resultados diferentes si seguimos realizando las mismas actividades, o bien no le damos seguimiento a las acciones emprendidas; tal vez no realizamos las actividades con la frecuencia necesaria para crear hábitos que promuevan el progreso integral de la población de nuestro país.

Leonardo Da Vinci, expresaba “si una persona es perseverante, aunque sea dura de entendimiento, se volverá inteligente; y aunque sea débil, se hará fuerte”; por su parte, Ovidio citaba “la gota hora la piedra, no por su fuerza, sino por su constancia”. Estas frases célebres las conocen bien los deportistas, no así las autoridades educativas. Cuando menos sus actos no parecen favorecer la constancia en los temas sensibles de salud. Celebrar el día mundial sin tabaco cada 31 de mayo, desde que la Organización Mundial de la Salud lo definió en 1987, no parece haber impactado en la población fumadora o las siguientes generaciones.

Hacer campañas contra el tabaco, como la que propuso el exgobernador Leonel Godoy en Michoacán en 2010 o la propia Secretaría de Salud en 2006 tampoco parecen haber hecho mella en el problema. De hecho, para la campaña que propuso la Secretaría de Salud, se hizo

una medición de “efectividad y recordación” en los participantes; llama la atención que el 83 por ciento de las personas que estuvieron en el estudio no recordaron al ver la campaña los daños que provocaba el tabaco (el Universal, 2006). De tal manera que los esfuerzos que hacen algunos o muchos profesores, loables desde luego, en poner en alguna semana del año en el periódico mural de la escuela, elementos alusivos a los efectos del tabaco en el organismo, no son suficientes para enfrentar las problemáticas y consecuencias del tabaquismo, tampoco para su prevención. Estos loables esfuerzos siguen quedándose en el nivel informativo, aunque tampoco se deben dejar de reconocer y de realizar, finalmente son medios que tienen las instituciones para promover mejores estilos de vida para la comunidad.

Hoy en día, ya no es suficiente el culpar a los medios masivos de comunicación por el consumo de tabaco en los jóvenes, esto debido a que la propia ley antitabaco del 2004 lo prohíbe. A falta de un culpable un enemigo común, como lo eran los medios de comunicación. Necesitamos buscar respuestas en otros lugares. Culpar a los demás por nuestros fracasos es no asumir nuestras responsabilidades, ya que el día que no están esos presuntos culpables nos damos cuenta de que el problema estaba en otras partes y con más responsables de lo que creíamos, familia, docentes, sistema educativo, sistema de salud y políticas públicas.

Una posibilidad política de atender problema del tabaquismo y otras adicciones es a partir del currículo educativo. Darle la importancia que corresponde al tamaño del problema, no sólo desde la perspectiva y campo de acción de las instituciones de salud pública, que pareciera que en ellas descansa la responsabilidad de mantener una población saludable, sino desde la perspectiva y fundamentos educativos integrados en un proyecto de estado anclado en la coordinación interdisciplinar e interinstitucional.

Es menester trabajar arduamente en la prevención del consumo de tabaco, pero, sobre todo, en atención a los jóvenes fumadores de secundaria y preparatoria. Diversas investigaciones en el campo de las adicciones en lo general, y del tabaco en lo particular, han demostrado que en estos niveles los casos de estudiantes fumadores son una estadística evidente; por lo tanto, las autoridades tienen la responsabilidad social y educativa de contar con programas de atención para estos grupos de fumadores juveniles. Esta medida sólo debe ser emergente, mientras se logra incorporar curricularmente las adicciones como un eje transversal para atender este creciente problema de salud pública. No se le puede dejar la conducción de estos contenidos, únicamente al profesor de “Educación Física”, o al profesor de “Tutoría” en secundaria. Tampoco es posible que sólo se lleve en la unidad de aprendizaje de “Naturales” de 5to y 6to de primaria, ni en “Educación cívica y ética”.

La falta de coordinación entre campos formativos en los diversos niveles, así como la falta de constancia en su abordaje, derivada de no ser un eje transversal en la formación, limita sustancialmente el impacto educativo en la toma de conciencia por parte de los estudiantes. Como hemos venido justificando, el tema del tabaco no se debe seguir abordando de manera desarticulada; por un lado, Secretaría de Salud con sus programas y campañas, por el otro la sociedad civil, y de manera paralela las escuelas que sólo lo abordan como un contenido superficial.

Probablemente, una medida curricular no será la panacea para resolver ciertos malestares sociales como el tabaquismo. Las teorías sobre el diseño curricular definen que se deben tomar en cuenta el contexto, las necesidades y problemáticas de la sociedad para ser atendidas desde las instituciones educativas. En este marco, la educación a través de sus planes y programas de estudio, y de sus comunidades académicas, tienen una oportunidad para ayudar a trascender las vidas de los estudiantes, expresadas en una mejor condición social.

### **Conclusiones**

A pesar de que los estudiantes pasan un porcentaje significativo de sus vidas en las instituciones educativas, este no es suficiente para detener la tendencia de la adicción al tabaco por parte de la población estudiantil. La educación informal, las influencias externas de figuras altamente representativas en su entorno inmediato presencial o digital, entre otros debilitan las pocas resistencias que tienen los estudiantes ante este arrollador fenómeno.

La salud de los jóvenes se sigue atendiendo a nivel de discurso. Los planes y programas no reflejan avances sustantivos, para hacer frente a un problema de salud pública como es el tabaquismo. Éste, entre otros temas de salud pública, se abordan como un contenido más, de manera periférica, con pocos o nulos elementos teóricos y estrategias para que las instituciones educativas, y en particular los docentes, puedan implementar planes de acción asertivos, dirigidos tanto a la sensibilización y concientización de los estudiantes, de los padres de familia y de la comunidad con respecto a las implicaciones del tabaco en la salud de la población, sobre todo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Apostarle a la educación como medio para preparar a las nuevas generaciones a enfrentar el tabaquismo como un problema de salud no debe ser un acto de fe o buenas intenciones, debe proponerse como una firme convicción de que otros escenarios son posibles, no por decreto sino por la suma de esfuerzos colectivos entre el Estado, las instituciones educativas y la sociedad en general.

Es necesario evidenciar que, hasta el momento, aparece en los escenarios educativos una ingenua complicidad para que el tabaquismo como práctica social se propague en la comunidad estudiantil; al no enfrentarla y combatirla, deja el camino libre para que el tabaquismo atrape a los jóvenes, sobre todo, por ser un grupo vulnerable, quienes por contexto o impericia adolecen de herramientas para detener el poder de seducción del tabaco.

Las instituciones educativas y sus plantas docentes no deberían cargar con el peso social y la responsabilidad exclusivas de educar a la población. El acceso a la información y al conocimiento ha crecido exponencialmente desde la aparición de las tecnologías de la información, sobre todo la internet. Estas tecnologías han derribado muchas barreras que limitaban el contacto con el mundo cultural, social, científico, además de otros campos del conocimiento. Si el tabaquismo es el problema más grave de salud para la humanidad y el tabaco es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores (Correa, 2010), no es deseable que sólo uno o dos actores respondan por la salud de los habitantes, sobre todo de la población escolar libre de humo.

Seguramente este, como muchos otros textos que se han escrito sobre tabaquismo en adolescentes desde un enfoque educativo, no ofrece las respuestas que esperaríamos pudieran aplicarse para limitar el impacto en la salud de los estudiantes. Por el contrario, con este texto se pretende provocar más preguntas abiertas al análisis y al debate. Las respuestas emergerán en la medida en que se lleven acciones de intervención socioeducativa articuladas, que eventualmente reflejen una tendencia a la baja en el consumo de tabaco.

### **Referencias**

1. Arillo S. (2005). *Association between individual and contextual factors and smoking in 13 293 Mexican student*. Dallas.
2. Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de la drogodependencia*. Madrid: Universidad Santiago de Compostela.
3. Berger T. y Luckmann, P. (1967). *La construcción social de la realidad*. México: Wiley.
4. Durkheim, E. (1999). *Educación y sociología*. Barcelona: Altaya
5. Cubides, H.J. (1998). *Viviendo a toda. Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Santafé de Bogotá: Fundación Universitaria Central.
6. Fuentes, M. (2017). *México social: tabaquismo un freno social*. Revisado el 14 de julio de 2019 de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/05/30/1166491>

7. García-Señorián, M. (1994). *Educación para la salud: el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia*. Galicia: Universidad de Santiago.
8. Giddens, A. (1998). *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Península.
9. Lipovetsky, G. (2003). *La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
10. Little, B. (2018). *When cigarette companies used doctors to push smoking*. Revisado el 19 de junio de: <https://www.history.com/news/cigarette-ads-doctors-smoking-endorsement>
11. Lyotard, J. (1986). *La condición posmoderna*. Madrid: Cátedra.
12. Muneé, F. (1982). *Psicología social*. Barcelona: CEAC S. A.
13. Muñoz, G. (2006). *La comunicación en los mundos de vida juveniles: hacia una ciudadanía comunicativa*. Manizales: Universidad de manizales.
14. Nahuatt, R. y Suárez, N. (2005). *Comportamiento del tabaquismo en adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica No. 10. Cárdenas, Tabasco*. Redalyc
15. Marketingdirecto (2011). *25 anuncios antiguos que hoy estarían prohibidos*. en <https://www.marketingdirecto.com/marketing-general/publicidad/25-anuncios-antiguos-que-hoy-estarian-prohibidos>
16. Massot, M. (2002). *Jóvenes entre culturas: la construcción de la identidad en contextos multiculturales*. Bilbao: Desclee De Broker.
17. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos*. México 2015. Cuernavaca, México: INSP/OPS.
18. Patiño, J. (2009) La juventud: una construcción social-histórica de Occidente. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, vol. 7, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 75-90 Universidad de San Buenaventura Cali, Colombia
19. Pulido, I. J. (2012). *Evolución del consumo de tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar*. Granada: Universidad de Jaén.
20. Restrepo, L. (2001). *La fruta prohibida. La droga como espejo de la cultura*. Bogotá: Panamericana
21. Secretaría de Educación Pública. (2019). *Ley general de educación*. México: SEP.
22. \_\_\_\_\_. (1993). *Ley general de educación*. México: SEP.
23. \_\_\_\_\_. (2017). *Aprendizajes clave para la educación integral*. México: SEP.
24. Solana, F., Cardiel, R., y Bolaños, R. (2011). *Historia de la educación pública en México 1876-1976*. México: Fondo de cultura económica.
25. Stuart. E. (2008). *When doctors, and Even Santa, Endorse Tobacco*. The New York Times. Revisado el 13 de julio de <https://www.nytimes.com/2008/10/07/business/media/07adco.html>

