



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE
OCTAVO SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERIA EN LA UAEMéx

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
GILARI MARLENE PRIMITIVO HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MARÍA EUGENIA ÁLVAREZ OROZCO

TOLUCA MÉXICO, FEBRERO 2019.



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	15
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
METODOLOGÍA.....	16
<i>Tipo de estudio:.....</i>	<i>16</i>
<i>Línea investigación.....</i>	<i>16</i>
Universo de estudio.....	16
<i>Universo:.....</i>	<i>16</i>
<i>Muestra:.....</i>	<i>16</i>
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	17
<i>Criterios de inclusión.....</i>	<i>17</i>
<i>Criterios de exclusión.....</i>	<i>17</i>
<i>Criterios de eliminación.....</i>	<i>17</i>
PROCEDIMIENTO.....	17
<i>Fase empírica.....</i>	<i>18</i>
<i>Fase analítica.....</i>	<i>18</i>
<i>Técnica.....</i>	<i>19</i>
<i>Instrumento:.....</i>	<i>19</i>
CAPITULO I: TABAQUISMO.....	20
1.1 RUTA HISTÓRICA DEL TABACO.....	20
1.2 EL TABAQUISMO EN EL MUNDO.....	22
1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO A NIVEL MUNDIAL.....	23
1.4 TABAQUISMO EN AMÉRICA LATINA.....	25
1.5 IMPACTO ECONÓMICO DEL TABAQUISMO EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA.....	27
1.6 TABAQUISMO EN MÉXICO.....	28

1.7 IMPACTO ECONÓMICO DEL TABAQUISMO EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE MÉXICO	30
1.8 TABAQUISMO EN EL ESTADO DE MÉXICO.....	31
1.9 INTERVENCIONES PARA MODIFICACIÓN DE ESTILO DE VIDA.....	34
1.10 PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO.....	35
1.11 RIESGO CARDIOVASCULAR RELACIONADO CON EL CONSUMO DE TABACO	36
CAPITULO II: ESTUDIANTES DE NIVEL SUPERIOR	38
2.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA	38
2.2 CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE.....	44
2.3 EL PROBLEMA DE LA ADAPTACIÓN DE LOS ESTUDIANTES A LA UNIVERSIDAD.....	45
2.4 LOS ESTUDIANTES Y LA ADAPTACIÓN A LA UNIVERSIDAD.....	45
2.5 EL ESTUDIANTE COMO ACTOR UNIVERSITARIO	46
2.6 EL ENFOQUE DE LA SOCIOLOGÍA ESTRUCTURAL-CONSTRUCTIVISTA	48
2.7 EL ENFOQUE DE LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN EN LA ESCUELA ...	49
2.8 FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD.....	50
CAPITULO III: ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA	52
3.1 MISION	52
3.2 ATENCIÓN INTEGRAL AL ALUMNO.....	53
3.3 ANTIGÜEDAD DE LA FEYO-UAEM	54
3.5 GESTORES DEL CAMBIO	55
3.6 ESPACIOS ACADÉMICOS DE LA FEyO-UAEM.....	55
3.7 EVOLUCIÓN ACADÉMICA.....	56
3.8 SÍMBOLOS DE LA FEyO-UAEM.....	57
3.9 SIGNIFICADO DEL ESCUDO.....	58
3.10 DOROTHEA OREM TEORIA GENERAL DE ENFERMERIA	59
Concepto de persona	62
Concepto de Salud.....	62
Concepto de Enfermería.....	62
RESULTADOS	63

<i>DISCUSIÓN</i>	83
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
<i>FUENTES DE INFORMACIÓN</i>	86
<i>ANEXOS</i>	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO I: SEXO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA	63
GRÁFICO II: RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA	64
GRÁFICO III: IMPORTANCIA DEL HÁBITO DE FUMAR	65
GRÁFICO IV: JUEGO Y MANIPULACIÓN DEL CIGARRO COMO PARTE DEL HÁBITO DE FUMAR	66
GRÁFICO V: JUEGO Y MANIPULO DEL PAQUETE DE TABACO DEL HÁBITO DE FUMAR	67
GRÁFICO VI: OCUPACIÓN DE MANOS Y DEDOS PARA EVITAR EL TABACO... ..	68
GRÁFICO VII: COLOCACIÓN DE ALGO EN LA BOCA PARA EVITAR FUMAR... ..	69
GRÁFICO VIII: RECOMPENSACIÓN ASÍ MISMO CON UN CIGARRILLO TRAS CUMPLIR UNA TAREA	70
GRÁFICO IX: ANGUSTIA AL QUEDARSE SIN CIGARRILLOS O NO ENCONTRAR EL PAQUETE.....	71
GRÁFICO X: CUANDO NO TIENE TABACO, LE RESULTA DIFÍCIL CONCENTRARSE O REALIZAR CUALQUIER TAREA	72
GRÁFICO XI: JUEGA CON EL CIGARRILLO O PAQUETE DE TABACO CUANDO ESTÁ EN UN LUGAR DONDE ESTÁ PROHIBIDO FUMAR... ..	73
GRÁFICO XII: ALGUNOS LUGARES LE INCITAN A FUMAR.....	74
GRÁFICO XIII: ENCIENDE UN CIGARRILLO POR RUTINA, SIN DESEARLO... ..	75
GRÁFICO XIV: REDUCE EL ESTRÉS TENER UN CIGARRILLO EN LAS MANOS SIN ENCENDERLO.....	76
GRÁFICO XV: SE COLOCA CIGARRILLOS SIN ENCENDER U OBJETOS EN LA BOCA PARA REDUCIR EL ESTRÉS.....	77
GRÁFICO XVI: PARTE DEL PLACER DE FUMAR PROCEDE DEL RITUAL DE ENCENDER EL CIGARRILLO	78
GRÁFICO XVII: PARTE DEL PLACER DE FUMAR CONSISTE EN MIRAR EL HUMO CUANDO INHALA.....	79
GRÁFICO XVIII: ENCIENDE ALGÚN CIGARRILLO SIN DARSE CUENTA DE QUE YA TIENE UNO ENCENDIDO... ..	80
GRÁFICO XIX: CUANDO ESTÁ EN ALGÚN LUGAR SE SIENTE MÁS SEGURO CON UN CIGARRILLO EN LAS MANOS.....	81
GRÁFICO XX: SUELE ENCENDER UN CIGARRILLO SI SUS AMIGOS LO HACEN... ..	82

ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN I: PUBLICIDAD SOBRE EL TABACO.....	20
IMAGEN II: INTRODUCORES DEL TABACO EN INGLATERRA.....	24
IMAGEN III: CARICATURA DE 1771 DE UN MEDICO ESNIFANDO TABACO.....	27
IMAGEN IV: ORIGEN DEL TABACO.....	28
IMAGEN V: EL IMPUESTO SELECTIVO AL CONSUMO.....	30
IMAGEN VI: EL CIGARRILLO LE QUITA AÑOS DE JUVENTUD AL CORAZON Y ARTERIAS...37	
IMAGEN VII: EXPERIENCIAS UNEN ESTUDIANTES DE TODO EL MUNDO.....	46
IMAGEN VIII: EL SIMULADOR AYUDA A LA FORMACION ACADEMICA DEL ESTUDIANTE DE ENFERMERIA... ..	51
IMAGEN IX: FACULTAD DE ENFERMERÍA.....	54

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en enfermería en la UAEMéx.

El tabaquismo en México se ha propiciado en el ámbito social, psicológico y de salud así mismo el consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), como característica principal el tabaquismo es la segunda causa principal de muerte en el mundo, es un problema epidemiológico. (OMS, 2016)

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas. El número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades concomitantes es de más de 60 mil, 38 % de éstas (22 778 defunciones) consecutivo a enfermedad isquémica del corazón, 29% (17 390 muertes) a enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 23% (13 751 defunciones) a enfermedad cerebrovascular y 10% a cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (6 168 muertes) (OMS, 2016).

La investigación de esta problemática social se realizó por el interés de determinar la prevalencia de tabaquismo en los alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, esto permite identificar el consumo de tabaco. Sin embargo, la prevalencia en profesionales de la salud fue de 29 %, y en la población en general era de 26.4 % en una encuesta que se realizó anteriormente Instituto Nacional del Seguro Social (IMSS, 2014).

Por otra parte, se logró analizar la dependencia psicológica, social y gestual de cada integrante de este grupo social.

Profundizar la investigación sobre la prevalencia de tabaquismo en profesionales de la salud, en el área de enfermería fue de un interés académico, además de aportar estadísticas recientes sobre el problema observado.

En el ámbito profesional, como pasante de la licenciatura en enfermería, el interés en conocer el contexto social, así como las variables independientes y dependientes de los individuos que se desarrollan en la comunidad universitaria.

En el marco de la teoría es con la teórica **Dorothea Orem** define su modelo como "teoría general de enfermería que se compone de otras 3 relacionadas entre sí; Teoría del auto cuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. Metodología: para tal fin esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo utilizando el instrumento de test de Nilson que consta de 3 partes: 1) Diagnóstico se definen las condiciones sociodemográficas (sexo y edad), mediante los ítems del 0-4.2) Intervención: se aplicó el instrumento a los alumnos de octavo semestre y se firmó un consentimiento informado para que los alumnos pudieran contestar el cuestionario 3) Resultado: Se llevaron a cabo con el programa estadístico Statical Package Fort the Social Sciences (SPSS) versión 24. Durante la investigación, uno de los obstáculos en la aplicación de cuestionarios fue el control del grupo para aceptar contestar los cuestionarios. El objetivo general es determinar la prevalencia de tabaquismo estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en enfermería en la UAEMéx. El marco teórico está integrado por Capítulo I. Se realizó una investigación sobre historia del tabaquismo, la prevalencia que existe en México, prevalencia de tabaquismo en trabajadores de la salud. Capítulo II Se realizó una investigación sobre estudiantes de nivel superior, profesionales de la salud, relación social, esto nos permite analizar la dinámica social, psicológica y gestual de los profesionales de la salud. Capítulo III. Antecedentes históricos de la facultad de enfermería.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el consumo de tabaco es la principal causa de mortalidad evitable en todo el mundo, ningún otro producto es tan peligroso ni mata a tantas personas. El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco (OMS/OPS, 2016).

Se estima que en 2020 el tabaco será la causa del 12% de todas las muertes a nivel mundial, para entonces este porcentaje será mayor que el de las muertes causadas por VIH/SIDA, tuberculosis, mortalidad materna, accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios en conjunto.

En el Continente americano el consumo de tabaco es responsable de aproximadamente un millón de muertes por año, de las cuales unas 500 mil corresponden a los países de América Latina y el Caribe.

En México, en menos de dos décadas el número de fumadores se incrementó de 9 a 13 millones de personas y las enfermedades asociadas al tabaquismo matan a más de 53,000 personas cada año, es decir, 147 cada día. Estas defunciones representan 10% de las muertes nacionales.

La edad de inicio es cada vez menor y el consumo en las mujeres también se ha incrementado en las últimas décadas tendiendo a ser igual o mayor que en los hombres. Adicionalmente, más de la tercera parte de los habitantes de México están expuestos al humo del tabaco y en la región centro del país, el porcentaje se acerca a la mitad según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2016).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizó en 1994 un estudio y reportó una prevalencia de tabaquismo de 25.3 % en otro estudio en el 2004 la prevalencia fue de 29 %;

en 1997, en los Institutos Nacionales de Salud fue de 22 % en población general era de 26.4 %. En 1998, la Universidad de Guanajuato, y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), informaron una prevalencia de 43.1 % en médicos y de 29.3 % en enfermeras.

La población general era de 27.7 %. El INSP en el año 2000 registró 16 % de prevalencia en médicos y 12.5 % en enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuernavaca, Morelos.

El consumo de tabaco es un problema mundial de salud pública. De acuerdo con la OMS, fumar es la principal causa de muerte prevenible y provoca al menos siete millones de muertes anuales, en México causa más de 25 000 decesos por año. Las encuestas nacionales aplicadas a profesionales de la salud estiman una prevalencia de consumo de tabaco alrededor de 28%, similar a la prevalencia urbana de 26.7% (ENA, 2012)

En los países desarrollados, la experimentación y el inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales se produce típicamente en los primeros años de la adolescencia, coincidiendo con la etapa de la escolarización secundaria. (Araceli C.H, Beatriz G, Jaime P y Patricia B, 2015)

La elevada prevalencia de tabaquismo en esta investigación en el personal de la salud va en contra del profesionalismo y la ética de estos trabajadores, ya que son responsables de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población, sin embargo, se puede explicar en parte por la falta de acciones específicas de prevención y control de tabaquismo en las instituciones de salud.

El personal de enfermería (PE) no es ajeno a esta problemática a pesar de que se promueve un mensaje con un paradigma de salud comunitario y progresista. El fumar suscita en el personal de enfermería la exposición a riesgos en su salud y requieren de medidas de prevención y recuperación del personal afectado. En este contexto es imprescindible movilizar al equipo de enfermería, como actor de la salud comunitaria, hacia cambios en su conducta de manera de conseguir la revalorización del autocuidado de su salud priorizando el aspecto preventivo, y no tanto el curativo de manera tal que, aquellos que no fumen

traten de evitarlo y aquellos que sí lo hacen busquen la ayuda necesaria para revertir la situación.

Respecto a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, éstas se presentan después de fumar en promedio 10 cigarros al día por más de 10 años. En los fumadores, el riesgo relativo para cáncer pulmonar aumenta 23.2% veces con la edad, en comparación con los no fumadores; en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se incrementa 11.7% veces; en la enfermedad coronaria y cerebrovascular se duplica. La fracción atribuible al tabaquismo para el cáncer pulmonar es de 83 %; en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de 79 %; y en la enfermedad cardiovascular, de 83 %.

De este contexto se desprenderá la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de octavo semestre de la Licenciatura en Enfermería en la UAEMex?

JUSTIFICACIÓN

Dentro del contexto el licenciado en enfermería es un proveedor de la salud que está autorizado para ofrecer una amplia gama de servicios de atención en salud, uno de ellos y el más importante es ofrecer información sobre la prevención de enfermedades, adicciones y todo lo relacionado con primer nivel. Al estar en contacto con la población se pudo notar que la mayoría de los estudiantes de la licenciatura en enfermería tienen gran adicción por el cigarrillo y tabaquismo.

Es importante señalar que el personal de enfermería es el principal encargado para humanizar y concientizar a la población en general, principalmente la población joven quienes son los más susceptibles a alguna adicción. Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA), estima en 21.7% la prevalencia global de fumadores activos, es decir, 17.3 millones de personas que tienen entre 12 y 65 años que han fumado, 12 millones son hombres y 5.3 millones son mujeres. Analizado por regiones, el tabaquismo muestra una presencia mayor en el Distrito Federal, en donde tres de cada 10 personas entre los 12 y los 65 años fuman. (ENA, 2012).

Se realizó una investigación sobre la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en enfermería en la UAEMéx donde fue posible determinar la prevalencia de tabaquismo que existe en los alumnos de la facultad de enfermería. La teórica a seguir durante esta investigación es **Dorothea Orem** define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres entre sí; **Teoría del autocuidado**; En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. **Teoría del déficit de autocuidado**; en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. **Teoría de los sistemas de enfermería**; en la que se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en enfermería en la UAEMéx.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la dependencia psicológica, social y gestual de tabaquismo que existe entre los alumnos de octavo semestre.
- Analizar la dependencia psicológica, social y gestual con base a cuestionario aplicado en estudiantes de octavo semestre.
- Medir la prevalencia de tabaquismo en los alumnos de octavo semestre

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Enfoque metodológico de tipo cuantitativo porque existen variables que pueden ser medidas ya que, al momento de realizar una asociación o correlación, pueda llegar a una inferencia casual que explique porque las cosas suceden o no de una forma determinada. Además, esta investigación tiene un enlace descriptivo, porque detalla los fenómenos, situaciones, contextos, eventos y sus manifestaciones; transversal, debido a que se estudiaron las variables simultáneamente en un solo tiempo y espacio de acuerdo con el periodo en el que se capta la información.

Línea investigación: Investigación Educativa en Enfermería.

Universo de estudio

Universo: 306 alumnos de la facultad de enfermería UAEMéx del turno matutino y vespertino de octavo semestre,

Muestra: El tipo de muestra en esta investigación, es de tipo probabilístico por conveniencia donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad para la investigación, que se caracteriza por el esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas.

Se aplicó la fórmula para cálculo de muestras en poblaciones finitas de (**Polit & Hungler, 2002**);

$$n = \frac{(Z)^2 (p) (q) (N)}{(N) (E)^2 + (Z)^2 (p) (q)}$$

Desarrollándose la fórmula donde n= número de muestra, Z= significancia estadística (1.96), P= valor positivo (0.5), Q= valor negativo (0.5), N= número de población (306), E= error máximo aceptable (0.05), obteniendo un total de 306 alumnos equivalente al 70% de la población.

Así mismo de la población establecida (306 alumnos) de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de enfermería y obstetricia UAEMéx. Solo se tomó como muestra a 161 alumnos de la generación 2014 -2018 de dicha licenciatura, de los turnos matutino y vespertino, con una edad 20 – 23 años, tomando en cuenta ambos sexos donde el 91.2 % son mujeres y el 8.8% son hombres.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Alumnos que estén cursando el octavo semestre.
- Alumnos que sean procedentes de la facultad de enfermería.
- Alumnos que deseen participar y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Alumnos que no asistieron el día de la investigación.
- Alumnos que no fuman.
- Alumnos que no estén de acuerdo en la investigación y en contestar.

Criterios de eliminación

- Instrumentos aplicados que no se contestaron en su totalidad

PROCEDIMIENTO

Para fines sistemáticos esta investigación se dividió de tres fases teórica, empírica y analítica.

Fase teórica

Se investigó en la facultad de enfermería, se accedió a la base de datos de redalyc, scielo, páginas de INEGI, OMS, OPS, RIE, ENA y de artículos científicos que se encuentran en internet, para fundamentar este trabajo.

Fase empírica

En esta fase se realizó el primer acercamiento con la población de estudio posterior de tener la solicitud de autorización de la coordinadora de la Licenciatura en Enfermería para la aplicación de cuestionarios, se les dio a conocer el objetivo de la investigación, que cumplieran con los criterios de inclusión antes mencionados, se formó un ambiente de confianza y viabilidad entre el profesional de salud y el encuestado, después de esto se procedió a la firma del consentimiento informado, posteriormente a esto se procedió a la aplicación de los cuestionarios. La información recabada ayudo a determinar la prevalencia de tabaquismo que existe en los estudiantes de la facultad de enfermería. Dichos cuestionarios se aplicaron en el mes de mayo de 2018.

Fase analítica

Una vez obtenidos los datos se realizó la tabulación de los cuestionarios en el programa Statical Package Fort the Social Sciences (SPSS) versión 24 para Windows y el uso de paquetería de Office 2016 con los programas Word y Excel para obtener las frecuencias y porcentajes así mismo realizar el análisis de los resultados, discusión, conclusiones y sugerencias.

FUNDAMENTO BIOÉTICO

De acuerdo a la ley general de salud del título quinto de investigación para la salud en el capítulo único del artículo 100. La investigación en seres humanos, deberá adaptarse los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica; el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

Es importante señalar de acuerdo al reglamento de la ley general de salud título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo I Artículo 17; que la presente investigación será sin riesgo, teniendo en cuenta los principios de beneficencia, no mal eficiencia, justicia y equidad. (Secretaria de salud; 2015)

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

I. Principios básicos

Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

II. Privacidad y confidencialidad

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (investigación biomédica no clínica)

El investigador o el equipo investigador deben suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas. (Declaración de Helsinki;2013)

Técnica

Instrumento: la herramienta que se utilizó para medir la prevalencia de tabaquismo fue un test de Glover Nilsson validado en guías de buena práctica clínica abordaje tabaquismo en el año 2012, el cual consta de 18 ítems en escala de tipo Likert 0 – 4 (donde su valor es 0 = nunca, 1= raramente 2= a veces 3= a menudo 4= siempre).

CAPITULO I: TABAQUISMO

1.1 RUTA HISTÓRICA DEL TABACO

Probablemente, el origen de fumar provenga de los hombres primitivos, los cuales, como tenían que conservar y avivar el fuego, le tiraban todo tipo de maderas y plantas a su alcance. Este hecho provocaría que se dieran cuenta de la diferencia de olores emitidos por

unas plantas y otras, y lo que es más importante, de los efectos que provocan. Tal vez, con el tiempo fueron conociendo mezclas estimulantes, tranquilizantes, alucinógena útiles a fines religiosos; las prepararon picando las hierbas, las quemaron, y aspiraron su humo con intención.

Los mayas son el primer pueblo del que sabemos

Imagen I



Titulo: Publicidad sobre el tabaco 1877.

Pagina Web:https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_del_tabaco

con seguridad que fumaban. Hay prueba: el grabado de un sacerdote maya fumando (siglos VI-VII) que se encuentra en el templo de Palenque (Yucatán). Ahora bien, son muchas las plantas, hierbas y mezclas de ellas que se pueden fumar. ¿Cuándo empieza a fumarse tabaco sin mezclar? Lo desconocemos. Con amplitud, podemos decir que la América Precolombina fue consumidora de tabaco, sobre todo para prácticas religiosas o curativas. Y no sólo se fumaba, sino que también se bebía, se mascaba, e incluso se aspiraba por la nariz. Para lo primero utilizaban tubos de madera o de barro que llenaban con la hierba

picada; para la inhalación reducían la hierba a polvo. Todavía hoy los chamanes o médicos brujos de los indios de Warao de Venezuela emplean una mezcla, compuesta en su mayor parte por tabaco, para alcanzar los estados de trance que son parte de rituales sacros (Silvia E, 2014)

El tabaco, al ser descubierto y valorado por los hombres de la primera expedición española a la isla de Santo Domingo, tomo prontamente la ruta lógica de España, que fue la plataforma de su difusión general.

El revuelo de las discusiones que se originaron alrededor del tabaco le dieron fama y difusión; la obra inicial que desde ayamonte iniciara el famoso capitán expedicionario colombiano, Rodrigo de Xerés, que logro poner en moda el consumo de puros y el cultivo de las plantas; la curiosidad de las personas y el interés de lucro de muchos mercaderes y navegantes; la credulidad y el vicio, bien pronto hicieron que se generalizara el tabaco, usándolo no solo en el fumar, sino en la forma medicinal de “rape”, cuya manufactura fue la primera que se desarrolló industrialmente en la península, ya en el año de 1494, dos después del descubrimiento de américa, se publica en España el primer libro o tratado sobre el tabaco en polvo, que adquiriría notable consumo popular.

Dado el aumento creciente del consumo de tabaco y las inacabables polémicas sobre su bondad o perjuicios, el estado tomo cartas en el asunto y fue así como Felipe II, 65 años más tarde de la llegada del tabaco, ordenó al sabio médico don Francisco Fernández de Toledo que fuera a Méjico para estudiar esa planta y llevar sus simientes a España. Con tal motivo, el ilustre médico de su majestad partió para la nueva España, en el año 1599. A su regreso el doctor Fernández de Toledo llevó semillas de tabaco y una memoria interesante sobre usos de esta solanácea en varios países del nuevo mundo, así como la forma indígena de cultivarse y modos de secamiento y de consumo en sus diferentes empleos.

Puede asegurarse que, a partir de este hecho trascendental, el tabaco quedo consagrado en España como un producto de consumo libre que manipularían industrias especiales.

Desde España paso el tabaco a Portugal, donde tras las condiciones se interesó por esta planta el embajador francés de Lisboa, Dr. Juan Nicot, que envió una muestra de tabaco a

su majestad la reina Catalina de Médicis, a la que intereso sobre sus características notables.

Durante la Primera Guerra Mundial aumentó de forma notable el hábito de fumar, y en especial la costumbre de fumar cigarrillos. El comandante en jefe de las tropas norteamericanas cablegrafió a Washington el siguiente texto: «el tabaco es tan indispensable como la ración diaria, necesitamos miles de toneladas de él sin demora». Estas palabras son lo suficientemente demostrativas para alarmarnos sobre el signo distorsionante bajo el cual nació el siglo XX, que, envuelto en plena conflagración mundial reclamaba al tabaco en un plano de necesidad similar al de los alimentos. A pesar que desde hace siglos ha habido partidarios y detractores del tabaco, es a partir de los años cincuenta del siglo XX cuando distintos estudios epidemiológicos bien controlados demuestran el claro incremento del riesgo para la salud que tienen los fumadores. En 1956 la OMS declara que el tabaco es la primera causa previsible o evitable de muerte precoz. En 1962, un informe del Real Colegio de Médicos de Londres expone una mayor tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en los fumadores de cigarros. En 1964 aparece el informe Terry (encargado por Kennedy) donde se pone de manifiesto que la mortalidad general es en los fumadores casi el doble que en los no fumadores. En la actualidad, muchos Estados luchan contra el tabaco. Su fundamento es la información de los perjuicios derivados del consumo, y, sobre todo, la protección de los fumadores pasivos. Aquí, en España, el último golpe estatal fue asestado el 1 de enero de 2006. Entre otras medidas, se restringió la venta de tabaco a unos pocos lugares autorizados, se prohibió totalmente su consumo en centros de trabajo, y se obligó a locales hosteleros grandes a delimitar una zona para no fumadores. Otros países, refuerzan su oposición al tabaco igualmente, incluida Cuba, nación que obtiene importantes ingresos de la venta de cigarros (Silvia E R,2014).

1.2 EL TABAQUISMO EN EL MUNDO

En enero de 1964, hace 50 años, el Dr. Luther Terry dio a conocer por primera vez a la Comunidad Médica Mundial, a través del reporte del Cirujano General en Estados Unidos los efectos dañinos y carcinogénicos del tabaco y sus productos, particularmente del

cigarrillo, libremente comercializado y promocionado por las poderosas transnacionales de la Industria Tabacalera.

Inició desde entonces una lucha contra el Tabaquismo, considerado hasta esa época inofensivo, relajante y sinónimo de estatus social e independencia. A partir de la década de los ochenta de manera formal la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al Tabaquismo como un problema de salud pública iniciando una serie de campañas sostenidas a nivel mundial para combatir esta “droga legal” que mata a sus mejores clientes y enferma y también produce la muerte a los que conviven a su alrededor. Pero es hasta este siglo, en el año 2003, que se inician las negociaciones del Primer Tratado Mundial de Salud: el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), el cual, pese a la poderosa influencia de la Industria del Tabaco, es aprobado y ratificado por los países miembros, entrando en vigencia en febrero 2005, siendo actualmente 177 países del mundo partes del mismo.

El Colegio Médico de Honduras en cumplimiento de su función social de velar por la salud de nuestra población, ha sido el primer abanderado en la lucha antitabaco en nuestro país, reorganizando y liderando en el 2003 la Alianza Hondureña Antitabaco, logrando en su momento la firmar y ratificación del CMCT y en febrero 2011 la aprobación y vigencia en nuestro país de la Ley Especial para el control del Tabaco.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, con estrecha relación al tabaquismo, son ahora la principal causa de muerte ya no sólo en países desarrollados, sino principalmente en los de ingresos bajos, siendo este tema y las medidas de control discutido ampliamente en el encuentro en Naciones Unidas en septiembre 2011 (Luz M., R., S. Teresa S., L., Ignacio M., Rosalba R., M., y Lazcano P, 2009).

1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO A NIVEL MUNDIAL

El informe sobre la epidemia mundial del tabaquismo de la OMS en 2013 (WHO, 2013) y el de enfermedades no transmisibles de 2014 (WHO, 2014) presentan la prevalencia tabáquica en países de todo el mundo, citado en (Lazcano, 2009).

Los datos estandarizados por edad muestran que los países cuya prevalencia tabáquica es mayor son Kiribati (52%), Nauru (51%), Austria (46%), Chile y Papau New Guinea (41%), Grecia y

Federación Rusa (40%) y Bulgaria (39%). España se situaría en el puesto número 28 con un 30%. Los

países con las tasas estandarizadas de tabaquismo más bajas son Nigeria (5%); Sao Tome and Principe, Nigeria, Eritrea y Congo (6%), Saint Kitts and Nevis y Barbados (7%); Togo, Senegal, Oman, Dominica y Cabo Verde (8%) y Swaziland (9%). Estos datos han de manejarse con cierta precaución dado que hay países del tercer mundo en los que el registro de prevalencia tabáquica puede no ser muy fiable por existir Infra-registro. De los países de la OCDE los que presentan una menor tasa ajustada de fumadores diarios son Canada (18%), Nueva Zelanda (20%), Australia (20%) y Reino Unido (22%), que ocuparían en el ranking los puestos 50, 56, 58 y 61, respectivamente.

Un estudio publicado en JAMA analiza la prevalencia tabáquica de 187 países en los años 1980 y 2012. Este estudio ha utilizado diferentes bases de datos nacionales e internacionales para estimar las prevalencias tabáquicas y poder calcular la disminución del consumo de tabaco en este periodo teniendo en cuenta el país de origen y el grupo de edad de la población. Se ha tenido en cuenta el consumo diario de cualquier producto derivado de tabaco para calcular la prevalencia tabáquica mediante un algoritmo específicamente desarrollado para ajustar los datos de las distintas bases de datos. Los resultados muestran una gran variabilidad en la prevalencia de consumo entre los países que van desde cifras superiores al 50% a inferiores al 5%.

Otro dato a destacar es que la prevalencia tabáquica estimada es siempre superior en hombres que, en mujeres, excepto en Suecia. Por otra parte, al analizar la evolución del consumo se ha detectado una disminución de la prevalencia global estandarizada de

Imagen II



Título: introductores del tabaco en Inglaterra.

Fuente: [Walter Raleigh](#).

consumo de tabaco diario por grupos de edad. Para hombres mayores de 15 años era en 1980 de 41,2% frente a un 31,1%. Sin embargo, la disminución es atribuible a los primeros años analizados, no siendo tan pronunciada desde 2006 en que la tasa anualizada de descenso es del 0,9% frente al 1,7% observada entre 1980 y 1996 citado en: (Luz M., R., S. Teresa S., L., Ignacio M., Rosalba R., M., y Lazcano P,2009)

Esta desaceleración es atribuible al incremento del tabaquismo en países de Asia como China, Bangladesh o Indonesia. Sin embargo, aun observándose tasas inferiores de tabaquismo en los últimos años el número de personas consumidoras de tabaco se ha incrementado debido al incremento de la población.

La prevalencia estimada de consumo diario de tabaco en las mujeres en el mundo varía mucho de unos países de altos ingresos a otros. La prevalencia observada ronda el 15% en el caso de Canadá, Islandia, Israel, Japón, Suecia y los Estados Unidos, mientras que otros países (Austria, Bélgica, Chile, Francia y Grecia) presentan una prevalencia del 26%. Igualmente, destacable es la baja prevalencia estimada en las mujeres de muchos países de ingresos medios cuya tasa se encuentra por debajo del 5%, mientras que, en otros como Bulgaria, Hungría y el Líbano, las tasas de prevalencia son superiores al 20%.

La intensidad del consumo es desigual entre países. Se analizó la cantidad de cigarrillos consumidos en 2012 agrupando los países con base a media de consumo (inferior a 10 cigarros. /día, entre 10 y 20 cigarros. /día o más de 20 cigarros. /día) (Luz M., R., S. Teresa S., L., Ignacio M., Rosalba R., M., y Lazcano P,2009)

1.4 TABAQUISMO EN AMÉRICA LATINA

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte prevenible en el mundo. Aproximadamente seis millones de personas mueren por consecuencias relacionadas con fumar, tanto por el consumo directo como por el consumo indirecto de cigarrillos (tabaquismo pasivo) y, para el período 2010-2050, se proyectan alrededor de 400 millones de muertes por enfermedades atribuibles, sobre todo cáncer de pulmón, enfermedad respiratoria crónica y enfermedad cardiovascular. Se estima que la mayoría de las muertes se producirán en países de bajos y medianos ingresos. En América Latina y el Caribe (ALC), la proporción de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que se pierden

cada año a consecuencia del consumo de tabaco aún es demasiado alta. Además de este importante impacto en términos de muerte y morbilidad, el tabaquismo impone una significativa carga económica: se estima que genera un costo a nivel mundial superior a los USD (dólares estadounidenses) 500 mil millones cada año, principalmente por costos directos en el sistema de salud y por productividad perdida (Luz M., R., S. Teresa S., L., Ignacio M., Rosalba R., M., y Lazcano P,2009)

El consumo de tabaco en poblaciones con bajo nivel de ingresos se relaciona con una mayor frecuencia de enfermedades asociadas y los pacientes tienen menor acceso a los servicios de salud, además de menores posibilidades de comprar medicamentos. La mayor incidencia de tabaquismo (comienzo del hábito) se da en hombres de países de ingreso bajo y medio, pero la prevalencia del tabaquismo es mayor entre los países de ingreso medio-alto.

De acuerdo a un modelo epidemiológico ampliamente citado, en las primeras etapas de la epidemia, el consumo de tabaco y las enfermedades relacionadas predominan en los hombres y tiene una difusión limitada entre las mujeres, cualquiera sea el tipo de país. Luego, la prevalencia masculina disminuye con una reducción del retraso de la incidencia de la enfermedad en los hombres, mientras que las mujeres siguen una progresión similar, aunque de proporciones menores. Según esta evolución, las sociedades de mayores ingresos son las involucradas al inicio, ya que son más abiertas a la incorporación de nuevos hábitos, para luego ser alcanzadas por las sociedades de menores ingresos. Sin embargo, dado que varía la dinámica según el ingreso, se ha recomendado describir la epidemia en los países en desarrollo mediante un análisis de hombres y mujeres por separado (Luz M., R., S. Teresa S., L., Ignacio M., Rosalba R., M., y Lazcano P,2009)

1.5 IMPACTO ECONÓMICO DEL TABAQUISMO EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA

En América Latina, la carga de morbilidad atribuible al consumo de tabaco no se ha modificado de manera sustancial desde 2004. La proporción de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que se pierden cada año a consecuencia del consumo de tabaco aún es muy elevada. Pero además de este importante impacto en términos de muerte y morbilidad, el tabaquismo impone una significativa carga económica. Se estima que el

Imagen III



Título: Caricatura de 1771 de un médico esnifando tabaco.

Página web: https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_del_tabaco

mismo genera un costo a nivel mundial superior a los USD 500 mil millones (dólares estadounidenses) principalmente por costos directos en el sistema de salud y por productividad perdida.

La recaudación en concepto de impuestos sobre el consumo de tabaco cubre menos de un tercio de estos costos y apenas llega a los USD 145 mil millones. Tan

solo los costos médicos directos producidos por el consumo del tabaco pueden llegar a

representar pérdidas para los países de hasta 1% de su producto bruto interno (PIB) y ser responsables de 15% de todos los gastos sanitarios.

El tabaco empobrece de manera desproporcionada a los más pobres, en quienes se registra la mayor prevalencia, a través del gasto en tabaco, la menor capacidad de afrontar gastos derivados de la atención de la salud y la muerte temprana de quienes son sostén de hogar.

Si bien los países latinoamericanos han aumentado la inversión en salud en los últimos años, hoy en día se hallan frente a una creciente incidencia de enfermedades crónicas, al mismo tiempo que persisten los problemas de salud de los países en desarrollo.

La forma en que los sistemas de salud administren y prioricen hoy sus recursos definirá los resultados sanitarios que se obtendrán en el futuro. Los países que logren reducir la prevalencia de tabaquismo podrán obtener enormes beneficios sanitarios y grandes reducciones en los costos sociales y del sistema de salud.

Para avanzar en políticas eficaces de control del tabaco se requieren datos sobre las consecuencias sanitarias y económicas de la epidemia, así como información sobre cómo estas se distribuyen entre los individuos, las familias, las comunidades y los países de la región. Esta información es útil para sembrar conciencia, estimular a los decisores a implementar nuevas medidas o profundizar las existentes y movilizar mayores recursos para el control de la epidemia (Pichon Riviere A.2016).

1.6 TABAQUISMO EN MÉXICO

Las encuestas nacionales de salud (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANut 2012) y los sistemas de vigilancia epidemiológica del tabaco nacional y global (Encuesta Global de tabaquismo en Adultos, GATS 2009, Encuesta Nacional de Adicciones, ENA



2011, y la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes, ETJ 2011) confirman que la epidemia de

tabaquismo en México continua siendo un grave problema de salud pública, con una tendencia al incremento entre los adolescentes, adultos jóvenes (18 – 25 años) y las mujeres tanto de las áreas urbanas como rurales. A pesar de que la prevalencia de consumo de tabaco presenta un descenso en la última década entre los hombres mexicanos y considerando el patrón de consumo donde la mitad son ocasionales y la mitad de los fumadores diarios consumen menos de 5 cigarros al día; en términos absolutos hay 14 millones de adultos fumadores y otros 11 millones no fumadores en riesgo ya sea porque son consumidores o están expuestos a humo de tabaco ajeno (HTA).

En México, el tabaquismo es uno de los más importantes factores de riesgo de la carga de la enfermedad, el 8.4% de la mortalidad total (43,246 muertes) se atribuyen al tabaquismo; dado principalmente por las enfermedades cardiovasculares (11,469 muertes), las enfermedades respiratorias crónicas (10,664 muertes), cáncer de pulmón (6,035 muertes) y las enfermedades cerebrovasculares (3,218 muertes). Esto tiene un impacto negativo en la mortalidad y en la calidad de vida causando de manera directa la pérdida de más de un millón de años de vida saludable. Adicionalmente, el tabaquismo genera un costo anual para el sector salud de 61 mil millones de pesos que corresponde al 1% del producto interno bruto (PIB) y al 11% del presupuesto anual en salud (INSP/OPS, 2015).

La prevalencia de consumo de cigarros fue tres veces mayor entre los hombres (25.1%) que entre las mujeres (8.2%). Entre los hombres, la prevalencia de consumo de cigarros disminuye con la edad a partir del grupo de edad de 15-24 (27.5%) y 25-44 (28.2%) al grupo de 65 años o más (13.8%) y fue mayor en las áreas urbanas (27.2%) comparado con las áreas rurales (17.7%). Entre las mujeres, la prevalencia de consumo de tabaco fue más alta en los grupos de edad de 15 a 24 años (7.4%), 25-44 (10.0%) y 45-64 (8.0%) y disminuyó entre los grupos de 65 y más años (3.3%). La mayoría de las mujeres fumadoras de cigarros vivían en las áreas urbanas (9.9%) en comparación con las que vivían en las áreas rurales (1.8%). De acuerdo con el nivel educativo, la prevalencia de consumo de tabaco fue más alta entre los que tenían educación primaria (17.4%), educación secundaria (17.5%), educación técnica (17.6%) y educación universitaria y más (16.8%) en comparación con aquellos con educación no formal (10.7 %). Entre los hombres, la

prevalencia del tabaquismo fue casi la misma en todos los niveles educativos. Sin embargo, entre las mujeres, el tabaquismo aumentó con el nivel de educación (INSP/OPS, 2015).

1.7 IMPACTO ECONÓMICO DEL TABAQUISMO EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE MÉXICO

El tabaquismo tiene un costo tanto en términos sociales como económicos para las familias y para el Estado, en este último sentido, cobra relevancia el costo para la hacienda pública: su magnitud se estima de 81 mil 132 MDP para 2017, en las finanzas del Gobierno Federal; cifra que representa 2.8 por ciento de los ingresos tributarios y 58.3 por ciento de los ingresos obtenidos por el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) no petrolero, por lo que se considera como uno de los padecimientos prevenibles más costosos para el erario público, además de su alto costo social, por ser una enfermedad prevenible relacionada con distintos tipos de cáncer y con otras afecciones, como la cardiopatía isquémica, enfermedades vasculares cerebrales, bronquitis crónica, enfisema pulmonar agudo y crónico (EPOC), por señalar sólo las principales. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, menciona que en México el inicio promedio del consumo de tabaco es a los 19 años; y de los individuos entre 12 y 65 años, los fumadores representan el 17.5 por ciento, donde de este total 74.5 por ciento son hombres y 25.5 por ciento mujeres. Del total de los fumadores, 78.3 por ciento declaró tener interés en dejar de fumar y 48.1 por ciento realizó la compra por unidad (cigarros sueltos). Esta proporción aumenta a 75.7 por ciento entre los fumadores de 12 a 17 años (CEFP, 2018).

Imagen V



Título: el impuesto selectivo al consumo.

Fuente: alerta tabaco Uruguay.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de tabaco en todo el mundo provocó la muerte de más de 7

millones de personas durante el año 2017, 3 mientras en México las estimaciones de mortalidad prematura, atribuible al tabaquismo, indican que el consumo de tabaco es responsable de entre 25,000 y 60,000 muertes anuales; además, casi 11 millones de mexicanos que nunca han fumado (26 % de los hombres y 22 % de las mujeres), están expuestos al humo de tabaco de segunda mano en lugares públicos.

Esto se ha traducido en un gasto en los servicios de salud especializado en enfermedades respiratorias en México, para los fumadores pasivos de 9 mil 521 MDP, de acuerdo con la información disponible en la Organización Panamericana de la Salud para 2015 (CEFP, 2018).

1.8 TABAQUISMO EN EL ESTADO DE MÉXICO

El Programa Nacional de Salud 2007-2012, contempla entre sus principales objetivos, la disminución de los niveles de consumo de drogas en la población, considerando que los adolescentes y jóvenes constituyen el sector más vulnerable en este tema. En tal contexto, quedan registradas diversas estrategias y acciones como el Programa contra las Adicciones, las actividades de Promoción de la Salud y Prevención y Atención de las Enfermedades, que pretenden dar respuesta a este problema de salud pública. En el caso de la EPOC, según datos del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones es el padecimiento que presentó la más alta morbilidad en el Estado de México en el año 2008, con un total de 1,358 egresos, en su mayoría (55%) pacientes del sexo femenino (CEVECE, 2014).

Según datos de ENA 2011, en población de 12 a 65 años existe a nivel nacional una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). El 8.9% de la población en este grupo de edad reportó ser fumador diario (7.1 millones), de los cuales el 13.2% son hombres y 4.8% mujeres. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado. Según las regiones establecidas para la ENA 2011, el Distrito Federal presenta la prevalencia estimada más alta en el país (30.8%), seguido de la región Occidental (Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit) que reporta una

prevalencia de 24.7%. En orden descendente, se encuentra la región Nororiental (Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) con una prevalencia de 24.6%, la región Norte Centro (Coahuila, Chihuahua y Durango) de 24.4%, la región Centro (Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato) de 21.6% y la región Noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) con una prevalencia de 20.6%. Las prevalencias más bajas se observaron en las regiones Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Guerrero y Michoacán) y Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco) con una prevalencia de 18% y 13.7% respectivamente. Otros datos que reflejan la epidemiología del tabaquismo a nivel nacional, derivados de la ENA 2011 por ser la fuente más actual y de mayor representación, refieren que los fumadores diarios entre 12 y 65 años, en promedio, inician el consumo diario de tabaco a los 20.4 años; los hombres a los 20 años y las mujeres a los 21.7 años, no observando diferencias por tamaño de localidad, nivel de escolaridad, región o nivel de ingreso. Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados con la ENA 2002 y 2008. En cuanto al consumo promedio de cigarros en fumadores diarios, se conoce que es de 6.5, siendo los hombres los mayores consumidores con 6.8 y las mujeres 5.6 aunque la moda fue de 2 cigarros diarios y la mediana de 4 que en comparación con las ENA 2002 Y 2008, no muestran cambio estadísticamente significativo. Respecto a los adolescentes, la ENA 2011 reporta que la prevalencia de fumadores activos es de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores, de los cuales el 16.4% (1.1 millones) son hombres y el 8.1% (539 mil) son adolescentes mujeres. En este grupo etario, principalmente se trata de fumadores ocasionales (10.4%), siendo sólo el 2% (263 mil adolescentes) los que fuman diariamente. La encuesta no arroja cambios en la prevalencia global o por sexo de consumo activo de tabaco entre el año 2008 y 2011 entre adolescentes (CEVECE, 2014.).

La prevalencia de fumadores adolescentes activos por región geográfica, señala como la más alta también al Distrito Federal (20%), seguida de la región Occidental (16%). El tercer lugar es ocupado por la región Centro (14.6%), en donde se ubica al Estado de México, seguida de las regiones Norte Centro (12.3%) y Nororiental (11.3%). Las regiones Sur, Centro Sur y Noroccidental tienen las prevalencias más bajas, con 9.2%, 8.2% y 7.1% respectivamente. Los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años, siendo similar para hombres y mujeres y consumen

en promedio 4.1 cigarros al día. La edad de inicio y el consumo promedio de cigarrillos han permanecido estables de 2002 a 2011. De igual modo, la ENA 2011 señala que la Exposición al Humo de Tabaco Ambiental (HTA) reporta una prevalencia de 30.2% (12.5 millones de mexicanos), lo cual implica a personas que nunca han fumado pero que sufren las consecuencias del tabaquismo. El 26.1% de los adultos y el 36.4% de los adolescentes reportaron estar expuestos al HTA. Los lugares de mayor riesgo a la exposición son el hogar, para las mujeres (19.7%) y el trabajo, para los hombres (18.2%). La ENA 2008 Estado de México, refiere que existe una prevalencia de consumo del tabaco de 23.5% que corresponde a 2,065,100 adultos; entre los hombres fue de 35.4% (1,504,000) y de 12.4% (561,000) para mujeres. Alrededor de 181 mil fumadores activos del Estado de México consumen el primer cigarro del día durante la primera media hora después de levantarse. La edad promedio de inicio al consumo diario de cigarrillos en los mexiquenses fue de 16.3 años y en promedio consumen 7 cigarrillos diarios. La prevalencia del consumo de tabaco entre la población adolescente (estudiantes de Toluca entre 13 a 15 años) fue de 27.5% (11,590 de un total de 42,144 adolescentes). De estos, 31.7% (6,878) fueron hombres y 22.9% (4,712) fueron mujeres. Datos para el Estado de México sobre consumo de tabaco en estudiantes, 2009, muestran que 49.4% de los alumnos ha consumido tabaco alguna vez en su vida, siendo los hombres quienes reportaron mayor porcentaje en comparación con las mujeres (52.1% y 46.9% respectivamente), además, 27.8% de adolescentes de 17 años han fumado en el último mes. Así, 14.4% de los estudiantes mexiquenses son fumadores actuales (16.2% hombres y 12.9% mujeres). Los municipios de Atizapán de Zaragoza, Coacalco de Berriozábal, Cuautitlán México, Cuautitlán Izcalli, Nicolás Romero y Tultitlán (14.7%), así como Ecatepec de Morelos (14.2%), fueron los que mayor porcentaje de fumadores actuales concentraron. Otro estudio realizado en escuelas secundarias de la Ciudad de Toluca en el año 2008, refiere que 80% de los establecimientos ubicados en la periferia de los planteles, venden cigarrillos por cajetilla, 4 de cada 5 ofrecen cigarrillos sueltos y solamente 3 de cada 10 contaron con letrero alusivo a la prohibición de venta de cigarrillos a menores de edad. De igual modo, se encontró que 97% de los puestos ambulantes vendían cigarros sueltos (CEVECE, 2014).

1.9 INTERVENCIONES PARA MODIFICACIÓN DE ESTILO DE VIDA

México, los datos epidemiológicos comparativos entre los periodos correspondientes al 2011 y 2016 indican que disminuyó la edad de inicio en la que los jóvenes experimentan el consumo de tabaco. Anteriormente se registraba a los 20.4 años y actualmente es a los 19.3; aumentó el número de cigarros entre quienes fuman diariamente, de 5.6 a 7.3 y se registra un incremento en el porcentaje de individuos quienes padecen adicción a la nicotina, de 11.4% hasta 12.3%. Los jóvenes que llegan a la mayoría de edad incrementan el consumo, en los últimos 30 días, hasta en 6 veces más en comparación con el que reportan los adolescentes de 14 años.

Los estudiantes de bachillerato muestran una prevalencia en el consumo de tabaco del 23% en mujeres y 27.6% en hombres; este porcentaje se incrementa notablemente en estudiantes a nivel superior, correspondiendo a 26.6% en mujeres y 32.2% en hombres.

Estos datos resultan preocupantes debido a que los adolescentes se inician en el consumo de tabaco a menor edad, exponen su organismo a los efectos de la sustancia psicoactiva, con más riesgo de presentar la problemática de dependencia a la nicotina, además de que se sitúan en condición de mayor vulnerabilidad para disminuir años y calidad de vida al padecer alteraciones referentes a padecimientos respiratorios, cardiovasculares y cancerígenos. Adicionalmente, estarán en mayor riesgo de iniciarse en el consumo de otras sustancias adictivas y de padecer alteraciones psicológicas y otros trastornos en la salud mental.

A los 18 años, la independencia en la toma de decisiones asociada a la mayoría de edad, así como la facilidad para obtener la droga propician permisividad para consumir tabaco e ir aumentando tal consumo hasta 6 veces más. Es importante resaltar la influencia del ambiente para propiciar el consumo, como tener familiares y amigos fumadores (Barragán Lira, 2018).

Respecto a las características de la conducta de consumo, la mayoría de los estudiantes (88%) consumen tabaco diariamente, entre 20 a 30 cigarros (44%) y diariamente experimentan un fuerte deseo por consumir (88%). De acuerdo a características de frecuencia, cantidad y problemas asociados al consumo, se detectó que requieren

tratamiento Intensivo (75%) y que ya habían intentado reducir el consumo (72%); por lo que estaban decididos (50%) a atenderse y mostraban intentos por modificar su patrón de consumo (33%), padecían niveles elevados de ansiedad (61%) y depresión (31%). Sus familiares manifestaron preocupación por su consumo en los últimos 3 meses. La segunda sustancia de consumo registrada fue alcohol seguido de marihuana. El 36% de los participantes que recibieron la intervención abandonaron el consumo de tabaco y el 64% lo disminuyeron.

Se concluye que es necesario dar a conocer a una mayor cantidad de estudiantes, a partir de niveles educativos básicos, conductas de autocuidado de la salud física, y a quienes cursan secundaria, bachillerato y universidad, información personalizada sobre riesgos en la salud física, emocional, familiar, social, económica y laboral respecto al consumo de tabaco para evitar el inicio y el uso.

1.10 PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO

A nivel de médula adrenal, se produce un estímulo en la liberación de catecolaminas con predominio del tono simpático, traduciendo aumento del gasto cardíaco por elevación de sus componentes, a saber: frecuencia cardíaca, contractibilidad y resistencias periféricas. Sin embargo, es la vasoconstricción coronaria, la que engrosa las cifras de morbimortalidad del tabaquismo.

El efecto vasoconstrictor, se ve adicionalmente potenciado, por la merma en la síntesis de óxido nítrico y prostaciclina, que conduce a disfunción endotelial. Los sitios de lesión endotelial vienen a favorecer el depósito de colesterol LDL con formación de placa aterosclerótica.

La asociación de estos fenómenos (gasto cardíaco aumentado, vasoconstricción y placa aterosclerótica) constituye el cimiento de la cardiopatía isquémica. Que solo se vea gravada por el aumento de agregación plaquetaria e hiperfibrinogenemia producto del tabaquismo activo.

El espectro de patología vascular incluye algunos ejemplos como: síndrome coronario agudo, enfermedad cerebro vascular, arteriosclerosis, dislipidemia, enfermedad arterial

periférica e hipertensión arterial. Tanto originados como potenciados por el tabaquismo, y que, constituyen un motivo de consulta habitual en centros de atención primaria, así como hospitalarios.

Siendo que el Tabaco expresa la liberación de toxinas en el humo, es natural pensar, en el intercambio alveolo capilar y las implicaciones de este agente irritante a este nivel. Así pues, la mucosa bronquial manifiesta un proceso inflamatorio con la subsecuente migración celular, que se traduce en reducción de la luz bronquial, hipersecreción de moco y mal manejo de estas secreciones. De esta forma, se manifiestan patologías como: enfisema, bronquitis crónica (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedad de las pequeñas vías aéreas o bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad intersticial pulmonar (Vargas, 2014).

Por otro lado, es imposible referirse al tabaquismo, sin hacer hincapié en la enfermedad cancerígena. Los efectos aun inconclusamente estudiados en el sistema inmunológico han venido a mostrar una asociación directa e indudable con cáncer en varios sitios anatómicos.

Un paradigma adicional dentro del espectro patológico del Tabaco, es el tema de adicción. Mismo implica una historia del consumo de Tabaco, aspectos sugestivos de adicción como patrones conductuales, evaluación psicopatológica y fisiológica (Vargas, 2014).

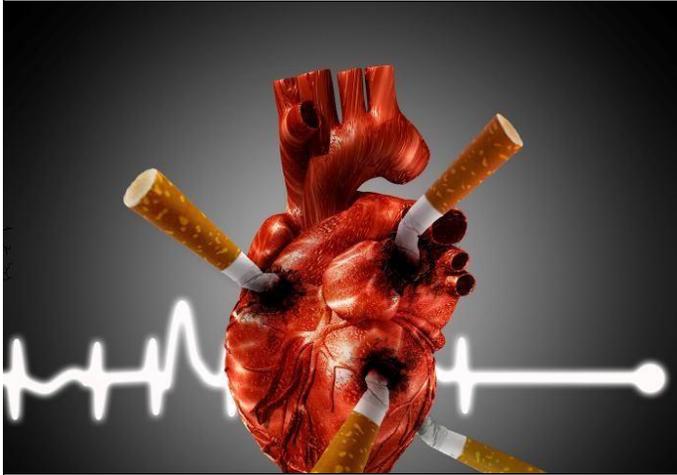
1.11 RIESGO CARDIOVASCULAR RELACIONADO CON EL CONSUMO DE TABACO

El consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno están entre las grandes causas de ECV, y contribuyen a aproximadamente un 17% de las muertes mundiales por ECV, es decir, unos 3 millones de defunciones al año. El riesgo cardiovascular aumenta con la cantidad de tabaco fumado y los años de consumo. No obstante, aunque hay una clara relación entre la cantidad de tabaco fumado por día y el riesgo cardiovascular, esta relación no es lineal.

El riesgo aumenta considerablemente incluso con una baja exposición al humo de tabaco, como ocurre con la exposición al humo ajeno. De hecho, fumar solamente un cigarrillo al día conlleva la mitad del riesgo de cardiopatía coronaria y accidente vascular cerebral (AVC)

que fumar 20 cigarrillos al día. La exposición al humo ajeno puede causar cardiopatía coronaria en el adulto y aumenta el riesgo en alrededor de un 25%-30%. Las ECV son, con mucho, la principal causa de muerte asociada a la exposición al humo ajeno. Alrededor del 55% de las cerca de 890 000 defunciones de adultos que se producen cada año en el mundo por exposición al humo ajeno son atribuibles a la cardiopatía isquémica (OMS, 2018).

Imagen VI



Título: él cigarrillo le quita años de juventud al corazón y a las arterias.

Fuente: royalty free.

Una de cada tres defunciones es consecuencia de enfermedades cardiovasculares (ECV), a pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, económicos y seguros. De hecho, las ECV son la principal causa mundial de muerte, y se cobran la vida de cerca de 18 millones de personas cada año, el 80% de ellas en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018).

El consumo de tabaco y la hipertensión arterial como riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular.

En las Américas, un 30% de la población de más de 18 años padece hipertensión, en tanto un 21% de quienes tiene más de 15 años son fumadores. Combinados, los dos factores de riesgo potencian la posibilidad de tener enfermedades cardiovasculares, las cuales que son las responsables del 30% de las muertes en las Américas. Muchos de los riesgos de la hipertensión pueden reducirse al controlar la presión arterial. Si a esto se le suma el abandono del tabaco, se puede reducir aún más el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

El tabaquismo es responsable del 16% de las muertes de las personas de más de 30 años en las Américas, lo que representa un millón de muertes anuales. Junto con Europa, la región

tiene el porcentaje más alto de fallecimientos vinculados al tabaco, por encima del 12% del promedio global.

En tanto, la hipertensión arterial aumenta el riesgo de tener un infarto al corazón, un accidente cerebrovascular e insuficiencia renal crónica. En las Américas, las enfermedades cardiovasculares causan 1,9 millones de muertes al año y son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de la región.

El tabaco combinado con la hipertensión resulta letal. Abandonar el tabaco colabora a una significativa reducción de las muertes por ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

Las personas que son diagnosticadas con hipertensión pueden ser tratadas y controladas a largo plazo, lo que mejora significativamente su probabilidad de tener vida larga, saludable y productiva. Todos los actores tienen un papel a jugar en ayudar a prevenir esta enfermedad y también en controlarla. Las medidas que ayuden a reducir el consumo de tabaco también son medidas que ayudan a reducir y a controlar la presión alta (OPS, 2015)

CAPITULO II: ESTUDIANTES DE NIVEL SUPERIOR

2.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

la adolescencia es una etapa en la que los jóvenes buscan su propia identidad se rebelan ante la autoridad, luchan por su independencia, busca el adolescente ser aceptado por sus compañeros, pasa por cambios en su cuerpo y en la imagen que tienen de ellos mismos.

“la adolescencia es una etapa de búsqueda y comprensión de valores. Hay un conflicto entre los valores propios y los de nuestros padres, amigos y maestros. En la adolescencia tenemos dos tipos de conflictos: uno es entre los que tenemos y los que queremos tener, el otro es entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. (Vargas B, 2016)

Otro de los libros de Susan plantea el concepto como:

La adolescencia es una de las etapas más críticas de del ser humano porque es el momento anterior a asumir responsabilidad social adulta.

Por eso se dice que el adolescente busca su identidad, necesita responder a la pregunta ¿Quién soy? la adolescencia para Brooks, (del latín *adoleceré*, significa crecer hacia madurez) refiriéndose al periodo de crecimiento que se extiende aproximadamente de los doce a los trece años hasta los veinte años.

la adolescencia es una etapa de tan fundamental importancia en el ciclo vital del individuo que ha sido considerada como un segundo nacimiento, un nuevo y gran desprendimiento, no ya del seno materno, sino del núcleo familiar. Un periodo de crecimiento que abarca entre los 13 y 18 años aproximadamente.

la adolescencia ha sido caracterizada como una etapa en la que se atraviesa por un proceso de duelo que abarca las tres áreas de la conducta: a) el duelo por el cuerpo infantil; b) la pérdida de los primitivos vínculos familiares y su sustitución por otros, menos conocidos, ‘sociales’, y la pérdida de las identificaciones (identidad) y procesos mentales infantiles. Los adolescentes, como los niños cursan por una fase crítica de crecimiento y desarrollo. Son aun personajes dependientes, sujetos que pueden bastarse a si mismo; su vivencia transcurre bajo la influencia de muy diversos factores, todos obrando a la vez; unos factores son positivos y otros negativos.

La adolescencia es una fase más del desarrollo del hombre: la que hace posible el paso de la infancia a la edad adulta. Se trata, por ello, de una etapa puente, de un periodo de transición, entre dos realidades muy diferentes y alejados entre sí. Esta característica – transición – explica por sí misma la forma de ser en estas edades. También sirve para comprender que la adolescencia es, ante todo, una época de maduración y crecimiento especial.

La adolescencia es percibida como una etapa especial, aunque cada uno la vive distinto. Frecuentemente es considerada por los adultos como una etapa difícil. Es por ello que tantos padres, maestros y sociedad debemos apoyar a los adolescentes dándoles una orientación adecuada ya que de este tipo de orientación va a depender que sea una persona bien definida y tanto en lo que es, y en lo que quiere para el mañana.

La adolescencia es sin duda un periodo difícil de la vida, tanto para el propio adolescente como para quienes en esta etapa conviven con ellos, los demás miembros de la familia. A

esta edad comienza el niño a romper los lazos de dependencia con sus padres, intentando el mismo llevar las riendas de su propia vida. En ese momento están puestas todas las condiciones para que inicie una serie importante de problemas de relación y conflictos en el contexto familiar.

A los ojos del adolescente, los padres hasta ese momento todos poderosos pasan a ser los opositores. La oposición surge fundamentalmente por la rebeldía del joven y su necesidad de autoformarse como persona independiente y única.

La adolescencia es momento crucial en la vida del hombre y constituye la vida decisiva de un proceso de desprendimiento del núcleo familiar. Los cambios psicológicos que experimenta el adolescente, aunados a los cambios corporales, propios de esta etapa, dan como resultado una nueva relación con sus padres y con el mundo que los rodea. (Arminda Aberasturi, 2017)

Es durante la adolescencia, que el ser humano trata de establecer su identidad adulta, su mismidad, pero para lograrlo, tiene que enfrentar una serie de problemas.

El adolescente se caracteriza por su inestabilidad emocional y su contradicción que son índices de inmadurez, que demuestran que el individuo no está seguro de sí mismo y que trata de adaptarse a la nueva situación que debe asumir en su grupo social.

El fenómeno de la adolescencia es de los más importantes en la vida humana; es un periodo donde se hacen necesarios un conjunto de ajustes del individuo para funcionar con respecto a sí mismo y con el medio, y a la vez estos ajustes inciden y se matizan por el medio social y cultural donde el individuo se desarrolla.

La adolescencia como hemos visto es una de las etapas más difíciles que han tenido el ser humano y es por ello que tanto padres, así como docentes debemos estar preparados para orientar en los problemas sociales como pueden ser las adicciones de diferente tipo como son las drogas legales e ilegales, el embarazo a temprana edad, etc. El adolescente vive una transición de la niñez a la adolescencia donde sufre cambios radicales tanto en su aspecto físico, psicológico, biológico y sobre todo su actitud que asume frente a los adultos, se convierte el adolescente en una persona rebelde, fuera de control donde todo lo quiere probar sin pensar en las consecuencias que puede acarrear.

Así mismo busca su identidad y una aceptación por parte de los amigos que son de la edad, porque según dicen los adolescentes que solo sus amigos los entienden.

Stanley Hall definió a la adolescencia como:

Un monumento característico y decisivo de la evolución humana, de este modo. "la adolescencia es un nuevo nacimiento, los rasgos humanos surge en ella más completos, las cualidades del cuerpo y del espíritu son más nuevas, el desenvolvimiento es menos gradual y más violento.

Schopen:

Define a la adolescencia como la lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo entre el individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia´.

Mira y López declara "la adolescencia es el periodo de crecimiento acelerado, el llamado estirón, que separa a la niñez de la pubertad´.

Para muchos otros la adolescencia es:

La palabra adolescencia deriva de la voz latina *adolescere*, que significa crecer o ´desarrollarse hacia la madurez´

Sociológicamente: La adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma.

Psicológicamente: es una situación ´marginal´ en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones: aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto.

Cronológicamente: es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce a trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales.

La juventud de los ocho a los doce años comprende del periodo que hoy en día es comúnmente llamado "pre adolescencia´. En esta etapa el niño recapitula la ´vida monótona del salvajismo´ de hace varios miles de años. Es el periodo de vida en que el niño ofrece

una predisposición favorable a la ejercitación y disciplina, cuando el entrenamiento y la reiteración rutinarios son los métodos de educación más apropiados.

No existe en la vida del hombre otro periodo de tan optimas posibilidades para adiestramiento y la disciplina, ni de parecida maleabilidad, tanto para adquirir costumbres como para adaptarse fácilmente a nuevas condiciones. Es la edad del entrenamiento exterior y mecánico.

La adolescencia corresponde a una época en que la raza humana se hallaba en una etapa de turbulencia y transición. Hall describió la adolescencia como un segundo nacimiento, 'pues es entonces cuando aparecen los rasgos más evolucionados y más esencialmente humanos'.

El adolescente desea la soledad y el aislamiento, pero al mismo tiempo se encuentra integrado en grandes grupos y amistades.

Giselle consideraba; como K. Lewin que la adolescencia es la transición decisiva entre la niñez y la edad adulta. Los primeros indicios de conducta adolescentes aparecen aproximadamente a la edad de once años, y la madurez final se logra poco después de los veinte. La tarea central del adolescente consiste en encontrarse así mismo. El periodo tiene aproximadamente dos años menos para las niñas, porque estas se desarrollan más rápidamente. Los cambios más importantes se producen durante los primeros cinco años de la adolescencia. Este es el periodo de tiempo que Giselle llamaba 'juventud', en su libro sobre la adolescencia. Giselle no creía que la adolescencia deba necesariamente ser turbulenta, errática y atribulada, tal como Hall la pintaba en su concepto de 'tormentas y tensiones'. La consideraba en su totalidad como un proceso de maduración, aunque no exento de irregularidades. Además, consideraba los niveles de edad que el mismo utilizaba para definir las distintas etapas del desarrollo eran solo aproximados, sujetos a un lento proceso de modificación entre un nivel y otro, y algunos superpuestos a otros.

Lo que ha movido en gran parte a estudiar la adolescencia es algo más concreto y más urgente. El adolescente es el adulto del mañana, es decir, un futuro miembro de la sociedad con todos los derechos y deberes (consumidor, trabajador, ciudadano, padre, etc. De ahí el interés de la sociedad en ejercer una acción pedagógica, terapéutica y también publicitaria o política. Protección de la infancia, política de la juventud, son frases significativas. Son

muchas las personas interesadas por esos problemas: padres que de repente ya no comprenden a sus hijos; maestros preocupados por una pedagogía más adaptada; educadores en busca de soluciones prácticas para los problemas que se les presentan.

Como hemos venido viendo en el transcurso del capítulo muchos consideran a esta etapa como edad que puede ser un periodo miserable de la vida. El adolescente tiene que soportar los cambios hormonales, un cambio corporal notable, una identidad totalmente confusa, bruscos cambios en las emociones y muy poca certeza respecto hacia donde conduce el futuro.

Imaginemos como nos sentiríamos si de pronto nos sometieran a tal estado de cosas. También es una época de temor para estos últimos, ya que muchas conductas rebeldes pueden tener consecuencias trágicas y a largo plazo.

Así mismo otros consideran a la adolescencia como una noción ambigua que se confunde fácilmente con otras parecidas; pubertad y juventud. Es una noción en claroscuros, por decirlo de otro modo.

Muchas veces se ha definido al adolescente como la personalización de una autentica lucha contra la sociedad, contra sus padres, contra sí mismo y lo cierto es que nos encontramos ante la probablemente más conflictiva etapa del desarrollo humano.

Como todo, esta fama y estos rasgos de conflictividad tienen su explicación, y están bastante bien estudiados. Para comprenderlos realmente, para entrar en la mente de un adolescente, en su forma de pensar y en su escala de valores, hemos de analizar sus dos características esenciales: como es la búsqueda de identidad y el egocentrismo.

Es totalmente falsa la imagen de rebelde sin causa con que algunos pretenden etiquetar a los adolescentes, haciendo gala de una capacidad de análisis bastante simplista. Casi todo lo que hace un joven es este momento de desarrollo, tiene su causa y su motivo. Sus escalas de valores, sus pautas y sus normas, y hacen todo lo posible por saltárselas.

La principal preocupación de un adolescente es la búsqueda de su identidad adulta, tanto en si es consciente de ello como si no lo es. Ero sin entrar aun en este tema, podemos decir que su siguiente preocupación esta interrelacionada y es la primera en su escala de valores: la relación de amistad.

Los amigos y amigas, condicionan al adolescente. Esto es así hasta imponerse a la familia o los padres. Hacer algo que no está muy bien visto en casa puede no preocuparle a la mayoría, pero si está mal visto por su grupo de amigos se cuidaran mucho de no hacerlo. En este grupo se encuentra su confidente de verdad, el compañero que le hace reír, el líder que admira por su decisión, su inteligencia y su atractivo físico o su capacidad para conquistar jóvenes del sexo opuesto. Encuentran incluso esos valores que arecen "trasnochados" en nuestra sociedad: la lealtad, el valor. Si un adolescente delata a sus compañeros en algo es tachado de traidor, le hundirán hasta donde puedan. Si es egoísta y no está dispuesto a compartir o sacrificarse por otro, le dejarán de lado, si en una pelea se acobarda, le marginarán, si le quita la novia a un amigo, dejarán de hablarle, etc. Cada grupo tiene sus normas y suelen respetarlas. No están escritas pero el que se las salta queda excluido del grupo y el grupo es lo primero para ellos. Hemos de tener en cuenta, además que la autoestima de muchos es vulnerable, por muy seguros que parezca. Cuando uno es rechazado por el grupo y su nivel de autoestima es bajo, la consecuencia es muy grave.

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE

a) La búsqueda de identidad

Todos sabemos que cada ser humano es único e irrepetible. No solo en nuestras características físicas, sino también las peculiaridades de nuestra personalidad nos diferencian del resto. Pues bien, la etapa a la que nos referimos es en la formación de nuestra identidad personal y es, además, tremendamente sensible a todas las influencias externas, ya que la personalidad del individuo se forma como un coctel de las personalidades de cuantos nos rodean.

Tomamos de otras personas su forma de andar, de vestirse, de expresarse y con todo ello hacemos nuestra mezcla, incluyendo los cambios y originalidades que nos hagan sentir lo más a gusto posible con nosotros mismos. Será inútil buscar dos seres humanos cuyo comportamiento sea idéntico, pero constantemente encontraremos personas que caminen igual que otras, que se rían igual que otras, que hablen igual que otras, e incluso sus gestos nos recordaran siempre a otros conocidos. Somos muchos habitantes en esta tierra y dudamos que alguien pueda crear rasgos únicos de personalidad que no existan aún.

Es en la adolescencia donde más influenciados estamos por modelos de conducta, y esto traduce en cuatro procesos paralelos que explicaremos más adelante uno a uno: se rompe con la infancia, los padres dejan de ser el principal modelo de conducta, se imitaran los comportamientos adultos, y se buscan nuevos modelos (Lilia Guzmán Marín.,2017

2.3 EL PROBLEMA DE LA ADAPTACIÓN DE LOS ESTUDIANTES A LA UNIVERSIDAD

El estudio del proceso de adaptación a la universidad se ha abordado desde diferentes perspectivas teóricas, enfoques metodológicos y focos de investigación, que se apoyan en distintas metodologías. Algunas con la intención de identificar y relacionar los factores que intervienen en dicho proceso, otras con la de comprender los procesos que los estudiantes viven durante su ingreso al campo universitario, entre otras. Independientemente de las perspectivas, enfoques y métodos utilizados, se puede encontrar un fin común en todas ellas: que, a través de sus resultados, las universidades conozcan y comprendan este fenómeno y estén en condiciones de establecer estrategias que permitan que los alumnos se adapten a éstas.

2.4 LOS ESTUDIANTES Y LA ADAPTACIÓN A LA UNIVERSIDAD

Un tema importante en la investigación educativa es el referente al ingreso a la universidad, en especial el primer año de estudios universitarios (Silva, 2011; Silva & Rodríguez, 2012) dado que se le considera la etapa en la que se sientan las bases para un inicio adecuado de la formación universitaria o en su defecto se establecen pautas que desembocan en un desempeño mediocre durante la carrera universitaria

Si bien, la diversidad de perspectivas teórico metodológicas ha permitido aumentar la comprensión de los procesos que viven los estudiantes al ingresar a la universidad, también ha generado algunos problemas. En este sentido resalta el uso de diferentes términos para referirse a problemáticas similares, lo que puede ocasionar confusiones.

2.5 EL ESTUDIANTE COMO ACTOR UNIVERSITARIO

La definición de estudiante universitario es un tema que se debatió ampliamente durante la década de 1990 por los sociólogos franceses (Guzmán, 2002) y que ha influido fuertemente en los trabajos de investigación en México. Este debate fue motivado por dos procesos que dominan la vida universitaria: la masificación del ingreso a la universidad y la diversificación de la oferta educativa (Dubet, 2005; de Garay, 2004). El nuevo escenario modificó la relación entre el estudiante y la universidad y evidenció la necesidad de reflexionar sobre los cambios que provocó en él. En este debate destacan dos puntos de acuerdo: la necesidad de entender a los estudiantes como un sector heterogéneo y reconocer a los estudiantes como actores o sujetos (Guzmán, 2009).



El debate contribuyó a actualizar la manera como se entiende a los estudiantes universitarios, que hasta ese momento había sido dominada por la definición de heredero desarrollada por Bourdieu y Passeron (Dubet, 2005). La figura del heredero plantea un prototipo de estudiante universitario proveniente de la burguesía y de la clase media ilustrada, quien gracias a su condición social y especialmente al capital cultural transmitido por sus padres, goza de ventajas que le permiten ingresar y permanecer en la universidad.

Esta condición en apariencia individual se traslada a la colectividad. De esta forma, la universidad termina siendo una institución que de manera velada reproduce las

desigualdades sociales a través de una selección de estudiantes provenientes de cierta clase social.

La concepción de universidad elitista, a la que ingresaban sólo aquellos con ciertas características específicas, definidas desde su clase social, contribuyó a crear la idea de un estudiante ideal, que se caracteriza por ser culto y mantenerse en una especie de alejamiento del mundo real, especialmente de las cuestiones laborales, para dedicarse de manera exclusiva a sus estudios.

Esta dualidad permitió analizar a la universidad y a sus estudiantes en un momento específico, concretamente durante década de 1960. Sin embargo, a partir del proceso de masificación y diversificación durante la década de 1970, la universidad abrió sus puertas a una gran cantidad de estudiantes, con diferencias respecto a su origen social, género, edad, condición laboral, etc., con lo que quedó desfasada la idea de un estudiante heredero.

Los nuevos estudiantes distan mucho del modelo clásico de herederos de Bourdieu, ahora pueden provenir de familias con bajos niveles educativos, poco familiarizados con el entorno universitario sus valores y métodos de enseñanza, por lo que enfrentan mayores obstáculos para concluir su aprendizaje (Guzmán, 2002). De esta manera se fortalece el planteamiento de que entender requiere reconocerlos como un grupo heterogéneo y diverso (Garay; 2009).

Dubet (2005) advierte que el crecimiento de la universidad no trajo consigo una verdadera democratización, pues se abrió la oportunidad de ingresar a un mayor número de jóvenes que anteriormente estaban menos representados; sin embargo, los estudiantes provenientes de clases medias siguen siendo mayoría en la universidad. Dubet (ibid) retoma a Passeron (1986) para mencionar que las universidades no son ni democráticas ni igualitarias, pues en distintos tipos de escuelas los estudiantes de determinadas procedencias sociales son mayoría, sin que a su interior dejen de existir las diferencias ya mencionadas.

Dubet (2005) plantea que la condición estudiantil se puede encontrar en el equilibrio entre la integración, el proyecto y la vocación y partir de ello presenta ocho tipos de estudiantes que van desde el tipo 1 Los verdaderos estudiantes, que se caracterizan por estar fuertemente integrados al marco institucional, tienen un claro proyecto profesional y viven sus estudios

como parte de su vocación; hasta el tipo 8 Los estudiantes fuera de juego que se distinguen por estar aislados de la institución, sin un proyecto profesional ni gusto por los estudios, no logran convertirse en estudiantes y son propensos a desertar.

De esta manera, los estudiantes pueden vivir su experiencia universitaria de diversas formas, ya sea la del tipo 7 que en su carácter de joven se integra a la vida social de la universidad, pero no define una vocación ni su proyecto profesional; o la del tipo 3 que describe a aquellos que logran una fuerte integración a la universidad y tienen un proyecto profesional claro, pero sacrificaron su vocación.

El mismo Dubet (2015) advierte que estas tipologías pueden ser insatisfactorias para comprender a los estudiantes, pues su construcción depende de las características de los estudiantes y de la institución, pero es el precio que se tiene que pagar ante la gran diversificación del mundo estudiantil.

Iniciar los estudios universitarios implica nuevos retos en la vida del estudiante tanto dentro como fuera de la universidad, de esta forma algunos requieren mudarse, hacer ajustes en sus rutinas diarias, etc. Además, deben conocer las reglas de la nueva institución y cumplir con ellas, todo esto implica cambios para el estudiante. “Para muchos estudiantes, el ingreso a la universidad es también un cambio de medio; los viejos amigos se alejan; en un universo de masas es necesario, encontrar nuevas redes, organizar el tiempo libre. En pocas palabras, hace falta adaptarse” (Dubet, 2012).

2.6 EL ENFOQUE DE LA SOCIOLOGÍA ESTRUCTURAL-CONSTRUCTIVISTA

Uno de los primeros antecedentes respecto a las investigaciones que abordan el tema de la influencia del contexto social en el desarrollo de los estudiantes universitarios lo presentan Bourdieu y Passeron (1964/2003) quienes analizaron datos estadísticos de los estudiantes franceses desde 1900 hasta 1963 y los combinaron con cuestionarios abiertos para dar cuenta de que aquellos sujetos procedentes de clases sociales favorecidas, es decir, provenientes de clases altas o hijos de profesores, tenían hasta 80 veces más posibilidades de ingresar a la educación superior que los estudiantes provenientes de clases desfavorecidas como hijos de obreros o jornaleros para quienes las posibilidades de acceso

a la educación universitaria es más bien formal y que apenas alcanzaban cinco posibilidades sobre cien.

Bourdieu y Passeron (1964/2003) mencionan que la dificultad de acceso no es el único obstáculo que deben sortear los estudiantes universitarios provenientes de las clases sociales desfavorecidas, pues reportan que las limitantes económicas y culturales los hacen más propensos a tomar una elección forzada, es decir, a que ya sea por desconocimiento del sistema universitario o por falta de méritos académicos, los 29 estudiantes no elijan adecuadamente la carrera y la institución en la que estudiarán lo que en consecuencia dificultará sus estudios; además, identificaron en los estudiantes de clases favorecidas la existencia de un conjunto de disposiciones adquiridas desde la infancia a través de la familia de origen, que les permitían adaptarse de mejor manera a la vida y exigencias universitarias, disposiciones que no se presentaban en los estudiantes de clases desfavorecidas.

2.7 EL ENFOQUE DE LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN EN LA ESCUELA

Otro enfoque que ha influido considerablemente en los estudios sobre la adaptación a la universidad es el desarrollado por Tinto (1975/1987) y Pascarella y Terenzini (1991; 2005), quienes plantean que la capacidad de socialización dentro de la escuela es el principal factor a través del cual se puede explicar el éxito o fracaso escolar y en consecuencia, lograr una adecuada adaptación a la universidad.

El primero en desarrollar este enfoque fue Tinto (1975/1987), quien analizó los factores que influyen en la deserción de los alumnos de primer ingreso a la universidad, a partir de ello identificó que contrario a lo que se creía hasta el momento, la deserción no debe ser considerada como un fracaso personal, pues en ella influyen una gran cantidad de factores como dificultades de adaptación, problemas económicos, la elección ingenua de la carrera, entre otros; además, identificó que estos factores tienen mayor influencia durante el primer año de estudios, por lo que es más factible la deserción durante este periodo. Concluye que las instituciones universitarias deben de establecer mecanismos y programas para apoyar a los estudiantes durante este periodo para evitar la deserción.

Tinto (2012) menciona que con la intención de dar luz sobre el rol que juegan el ambiente académico y social de una institución en el éxito de sus estudiantes publicó en 1975 un artículo en el que pretendía delinear una teoría sobre la retención estudiantil en la universidad, dicha teoría fue desarrollada más claramente con la publicación de la primera y la segunda edición del libro “El abandono de los estudios superiores: una nueva perspectiva de las causas del abandono y su tratamiento”.

Por su parte, Pascarella y Terenzini, (1991; 2005), analizaron diferentes enfoques para entender el proceso de adaptación a la Universidad y los dividieron en dos grandes familias: por un lado se encuentran las teorías del desarrollo o psicológicas, que pretenden explicar la adaptación a la universidad a partir de los cambios intrapersonales del individuo; por otro, están las teorías que atribuyen al medio ambiente y a las relaciones interpersonales el éxito o fracaso en el proceso de adaptación. Después de su análisis, los autores concluyeron que es necesario contemplar ambas aproximaciones: las teorías psicológicas y las sociológicas para entender y explicar los cambios que viven los estudiantes universitarios (Pascarella, 2005).

2.8 FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

La profesionalización como proceso, es una exigencia que deviene del desarrollo social y que como tendencia es deseable porque garantiza mayor calidad en el desempeño profesional. Es el resultado de un proceso de formación continua que exige no solo una elevada preparación teórica en las disciplinas y asignaturas que imparte, sino también en las cuestiones de la Didáctica de la Educación Superior, que le permitan elevar la calidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje universitario. Para que esto tenga lugar de una manera articulada y coherente, en las universidades de ciencias médicas los programas de formación tienen que considerar los problemas de salud, contextualizados en el entorno territorial donde desarrolla su actividad, además de considerar otros problemas que por su carácter estratégico se consideren. Se necesita la integración de una concepción pedagógica de contenido humanista de visión cultural, política-ideológica y orientación ética y bioética, que incluya los contenidos de la profesión pedagógica, los métodos y

procedimientos para la educación en valores como componentes de su profesionalidad para la dirección del proceso de formación del Médico General.

Imagen VIII



Título: el simulador ayuda a la formación académica del estudiante de enfermería.

Fuente: universidad autónoma de nuevo león.

El papel de la cultura es fundamental en el proceso salud-enfermedad. En las sociedades en las que conviven personas que tienen diferentes referentes culturales, los profesionales de enfermería deberán estar capacitados para

comunicarse eficazmente con estos pacientes y, además, deberán conocer y tener en cuenta sus condicionantes culturales respecto al proceso salud y enfermedad. Considerando imprescindible la adquisición por parte de los enfermeros y enfermeras de estos conocimientos culturales, se ha llevado a cabo una investigación con objeto de conocer los contenidos en competencia cultural y competencia comunicativa intercultural que ofrece la formación reglada de los futuros profesionales enfermeros.

CAPITULO III: ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

3.1 MISION

La Facultad de Enfermería y Obstetricia (FEyO) de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) es un organismo académico de carácter público que tiene el compromiso social de formar profesionales de Enfermería y Gerontología, aptos para servir a la sociedad, con un perfil altamente calificado, mediante programas educativos de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado; que potencialicen las capacidades y habilidades individuales, así como el desarrollo de competencias profesionales y para la vida a bien de actuar, de manera responsable y crítica, ante las necesidades del ser humano, sano o enfermo, en los ámbitos estatal, nacional e internacional, con el objeto de preservar, con ética y humanismo, la salud de la sociedad; con liderazgo científico, académico y asistencial, a través de programas acreditados que permitan crear y difundir conocimientos que contribuyan a la solución de problemas sociales, formando cuerpos académicos consolidados, generando investigación que contribuya a lograr una convivencia solidaria, sensible y comprometida con la salud y el bienestar de la sociedad.

Es una institución de educación superior, formadora del factor humano “Licenciada(o) en Enfermería”, de gran prestigio, ya que el 4 de marzo de 1999, fue ACREDITADA, extendiéndose el certificado el 20 de octubre del 2001. Recientemente obtuvo la REACREDITACIÓN DE CALIDAD del 23 de noviembre del 2004 al 23 de noviembre del 2009, siendo este Organismo Académico el primero en la República Mexicana en obtener la certificación por la Comisión de Acreditación y Certificación en Enfermería (COMASE) clave: SNAE-002. La FEyO ofrece estudios de Licenciatura en Enfermería plan flexible; así como el nivel de posgrado con la Maestría en Enfermería con dos énfasis: en Administración y en Salud Comunitaria; así mismo brinda dos especialidades de posgrado: Salud Familiar y otra en Gerontología, acordes con las necesidades de salud de la comunidad mexiquense. De la misma manera, la FEyO atiende las necesidades de profesionalización de las enfermeras, implementando cursos y diplomados de especialización a nivel técnico en: Administración de los Servicios de Enfermería,

Pediatría, Enfermería Médico Quirúrgica, Enfermería Quirúrgica, Terapia Intensiva, Neonatología, Enfermería Materno Infantil, Salud Pública, Desarrollo Gerencial, Oncología entre otras. La FEyO está consciente de que los principales protagonistas de la actividad son los docentes y alumnos, por tanto, se describe lo referente a cada uno de ellos (Catalina Ofelia López Ocampo, 2009)

3.2 ATENCIÓN INTEGRAL AL ALUMNO

La FEyO actualmente atiende a 1140 alumnos de todos los niveles educativos, obteniendo una demanda de ingreso de 461 alumnos, los egresados para el ciclo escolar 2004-2005 a nivel de posgrado fue de 9.0%, a nivel licenciatura fue de un 48.7% y a nivel técnico (especialidades) fue de un 42.3%. La FEyO a través de la UAEM otorga diferentes tipos de BECAS a los estudiantes: PRONABES, Económicas, Escolarizadas, bonos alimenticios, Escolaridad de Posgrado, Programa Enlace de la Investigación, IMA. Así mismo se les brinda: actividades deportivas, programas artístico-culturales, el número de becas para el 2005 ascendía a 840 becas. Un servicio más es el de biblioteca, con un acervo bibliohemerográfico existente de 1848 volúmenes, material didáctico de 469 materiales, servicios de cómputo con tres salas. Los egresados cuentan con una calidad educativa universitaria que les permite, dentro del mercado de trabajo, atender la práctica asistencial con actividades administrativas, educativa y de investigación, atendiendo tanto a los servicios públicos como privados.

Un servicio más que brinda la FEyO a los alumnos es el Programa Institucional de Tutoría Académica (ProInsTA), cuya meta es apoyar y orientar académicamente a los estudiantes durante su proceso formativo para la buena culminación de sus estudios. De esta manera el 100% de los P.T.C. participan en el claustro de tutores, atendiendo para el 2005 a 1015 alumnos (el 100% de la matrícula de la licenciatura). Implementándose simultáneamente el programa “Escuela para Padres” cuyo objetivo principal es promover la reflexión con respecto al cambio de actitudes que reditúen a la mejora de sus relaciones familiares. Así mismo, se cuenta con una unidad de apoyo a estudiantes indígenas, actualmente se atiende a 28 alumnas indígenas que reciben beca PRONABES. De igual al estudiante se le promueve el “Seguro de Salud Estudiantil”, para el año 2005 se afiliaron 979 alumnos.

Una unidad de apoyo que la FEyO brinda a toda su comunidad es la “Unidad de Servicios Comunitarios e Investigación” (USCIE), la cual se desarrolla al interior de la Facultad con ocho programas preventivos de salud: detección de cáncer cervicouterino, caries, prevención de toxicomanías, planificación familiar, detección de hipertensión arterial, diabetes mellitus y escuela digna. Al exterior la USCIE desarrolla el programa “Participación en jornadas comunitarias de salud”.

3.3 ANTIGÜEDAD DE LA FEYO-UAEM

La más que centenaria FEyO, antes Escuela Teórica Práctica de Obstetricia (ETPO), cumplió en marzo del 2009, 113 años de vida académica; 59 años como escuela dependiente del Gobierno Estatal, 55 años como escuela facultad universitaria, de los cuales la FEyO cuenta a la fecha con 14 años como Facultad al implementarse en 1995 los estudios de posgrado con la Maestría en Enfermería con dos énfasis: en Administración y en Salud Comunitaria.

Imagen IX



Título: Facultad de enfermería.

Fuente: universidad autónoma del estado de México.

3.4 INCORPORACIÓN A LA UAEM

Al considerar que la Escuela de Enfermería y Obstetricia (EEyO) había adoptado el plan de estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); por decreto N° 11 de fecha 30 de diciembre de 1954, la H. Legislatura local a través del Sr. Gobernador Ing. Salvador Sánchez Colín, se promulgó la incorporación de la EEyO al Instituto Científico Literario Autónomo (ICLA). Por tanto, al convertirse el ICLA en Universidad en 1956, la EEyO se convierte en universitaria, y la Universidad en este momento ya contaba con seis escuelas: Jurisprudencia, Medicina, Comercio y Administración, Enfermería, Pedagogía Superior y la Preparatoria; dos meses después se incorpora Ingeniería

3.5 GESTORES DEL CAMBIO

La EEyO-UAEM, le debe al Lic. Juan Josafat Pichardo Cruz, último director del ICLA y primer rector de la UAEM y al diputado médico Antonio Vilchis Hernández, quien fungía como director de la EEyO, la incorporación a la UAEM, y hace que la escuela se considerara piloto en su enseñanza por sus estudios experimentales y otorga becas para la formación de instructores en enfermería en la ciudad de México.

3.6 ESPACIOS ACADÉMICOS DE LA FEyO-UAEM

Los espacios académicos en donde la Facultad ha incursionado son: inicia la carrera de partera en la Casa de Maternidad e Infancia “Concepción Cordozo de Villada”, posteriormente se instala en el Hospital General “Brigadier José Vicente Villada”. De 1942 a 1964 ocupa un espacio específico en el Hogar Infantil “Isabel de Costilla”, ubicado en las calles de 1° de Mayo esquina con Guillermo Prieto, la escuela se llamó “Soledad Orozco de Ávila Camacho”, posteriormente hubo un periodo en los años 1964-1965, en que se recibió clases en el Edificio Central de Rectoría y en el Hospital Civil “Lic. Adolfo López Mateos”, y en junio de 1996 se lleva a cabo la inauguración del actual espacio académico, durante el mandato del Lic. Gustavo Díaz Ordaz, presidente de la República Mexicana, siendo Gobernador Constitucional del Estado de México el Lic. Juan Fernández Albarrán, como rector de la UAEM el Dr. Jorge Hernández García y director de la EEyO el Dr.

Antonio S. Naime Karam. Ubicado en Paseo Tolloca esq. Jesús Carranza, colonia Moderna de la Cruz, Toluca, México.

3.7 EVOLUCIÓN ACADÉMICA

La evolución académica de la FEyO-UAEM es a partir de la carrera de obstetricia de dos años como Escuela Teórica Práctica en Obstetricia (ETPO). Posteriormente en 1925, cambia su denominación a Escuela de Enfermería y Obstetricia (EEyO), pues ya se impartía la carrera de enfermería en dos años y la carrera de partera en dos años. 1952 adopta el plan de estudios de la UNAM y la carrera de enfermería se amplía a tres años y dos años la de obstetricia; los títulos eran expedidos por la Secretaría de Salud del Estado de México, como “Profesora en Enfermería” y como “Profesora en Obstetricia”

En el periodo de 1966-1967, se suspende la carrera de obstetricia. 1978 se implementan en forma regular las especialidades postécnicas de un año de duración. 1980 se implementa la carrera de enfermera general con bachillerato por sistema de bloques y posteriormente por semestres con cinco años más un año de servicio social, en el mismo año se lleva a cabo el curso complementario de licenciado en enfermería por cuatro promociones y es en 1982 que se implementa la licenciatura en enfermería escolarizada de 4 años más un año de servicio social; de esta manera en 1995 se crea el plan de estudios de Maestría en Enfermería, así mismo se implementan dos especialidades de posgrado: la de Salud Familiar y la de Gerontología, finalmente en el año 2008, se implementó la licenciatura en gerontología con 40 alumnos, sin soslayar los diplomados que se llevan a cabo en forma continua a través de convenios con el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), con el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y con el Grupo Ángeles de la ciudad de México, al ofrecer diplomados a nivel nacional. A la vez, cabe destacar que la FEyO con la participación de las facultades de: Odontología, Medicina, Ciencias de la Conducta y el Centro de Investigación en Ciencias Médicas, ofrece el “Programa Doctoral en Ciencias de la Salud”, estructurado de modo interdisciplinario.

3.8 SÍMBOLOS DE LA FEyO-UAEM

Los símbolos que identifican a la FEyO como institución son: Árbol de la Mora. La Mora según los botánicos, es oriundo de la antigua Persia, hoy llamada Irán, traída por los conquistadores colonizadores del Nuevo Mundo, por lo que un espécimen es símbolo viviente de la UAEM, plantado en el siglo XIX, custodiado por cada organismo académico.

En la FEyO fue plantado en 1992, bajo la dirección de la Lic. Enf. Hilda Contreras Mauricio, colocando una placa expresando: “Símbolo de la unidad universitaria, une el pasado glorioso del Instituto con el presente de la UAEM y nos impulsa al futuro”. Doscientos años de vida de la Mora, lo hacen símbolo de identidad universitaria. El Jardín de la Mora. La inauguración del Jardín fue en 1994 con motivo del 68 aniversario de la FEyO, en el cual resalta la belleza de su fuente, que ha servido como escenario de fotografías conmemorativas e históricas. El Vitral. Se encuentra en el interior de la Facultad en el acceso a las escaleras, con motivo del Centenario de la FeyO, ya que en 1989 se crea la ETPO “Concepción Cardozo de Villada”, de esta manera en 1896 se inaugura el Vitral por el Rector Maestro Marco Antonio Morales Gómez y como directora de la FeyO la Lic. Enf. Vicenta Gómez Martínez.

Vitral realizado por Nora Uribe, su significado es: “En busca de la luz para más vida” y representa el “agradecimiento a catedráticos, alumnos, administrativos y directivos por su labor humanista, académica y de servicio durante cien años de enriquecimiento al espíritu universitario”. Auditorio “Florencia Nightingale” Precursora de la enfermería moderna. Construido en 1988 en el que se llevan a cabo todos los eventos científicos, académicos y culturales, con un cupo para 120 personas.

Auditorio “Marco Antonio Morales Gómez” (ex-rector de la UAEM). Creado ex profeso para la realización de exámenes profesionales, entonando dentro del protocolo el Himno Universitario. Se creó durante la administración de la Lic. Enf. Vicenta Gómez Martínez y tiene un cupo para 56 personas. En él también se llevan a cabo reuniones científicas, académicas y administrativas, en su interior se expresa la leyenda: “La universidad es y seguirá siendo custodia y soporte de identidad estatal y nacional” (Catalina O, López Ocampo,2009)

3.9 SIGNIFICADO DEL ESCUDO

El dato histórico más antiguo que se conoce sobre el escudo de la Facultad de Enfermería se ubica en el año de 1980, cuando la directora en turno Mtra. Aurora López Ovando (1980-1989) hace surgir el proyecto “Imagen Institucional de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la UAEM (FEyO – UAEM).

El proyecto consideraba el proceso de llevar a cabo un concurso para diseñar el escudo de la FEyO, basado en varios conceptos que giraran en torno a la actividad profesional de la enfermera, es decir, en las cuatro funciones básicas de la enfermería: Asistencial, docencia, investigación y administración.

Considerando los conceptos filosóficos como, por ejemplo: la bioética, el humanismo; los valores esenciales como: compromiso, responsabilidad, desarrollo profesional, toma de decisiones, liderazgo, etc.

Por tanto, se contemplaba que el escudo debería estar dentro de un marco teórico-conceptual que diera margen a la resolución de problemas de salud del individuo, familia y comunidad, ya que el objeto de estudio de la enfermería es y seguirá siendo el CUIDADO. En el concurso participaron los alumnos de las facultades de Enfermería, Medicina, Arquitectura y Odontología, presentándose 36 escudos; finalmente ganó un alumno de Arquitectura (se ignora su nombre) otorgándose un estímulo económico al 1º, 2º y 3er. Lugar.

DESCRIPCIÓN Y EXPLICACIÓN DEL SIGNIFICADO DE CADA UNO DE LOS ELEMENTOS GRÁFICOS DEL ESCUDO.

LA CORONA DE ENCINO Y OLIVO, representa el *Amor a la Patria. Es parte del escudo de la UAEM.*

- El encino es la vida, y el olivo representa la victoria, la paz, la resurrección y la inmortalidad.
- Sobre el círculo se encuentra la leyenda Universidad Autónoma, y en la parte inferior del mismo, con los colores de la bandera, expresa Estado de México.

- En la parte inferior del círculo se encuentra el nombre de Enfermería.
- En la parte superior del círculo encontramos una banda dorada aludiendo a los Estados Unidos Mexicanos.

LA FLAMA, representa *la sabiduría* como base insustituible del conocimiento científico de la enfermería.

EL ROSTRO, alude el alto grado de *humanismo* que ejerce la profesión y una vez que el profesional de la enfermería conoce su *realidad*, proyecta así el cuidado a la salud que brinda al individuo, familia y comunidad, aplicando los principios científicos y humanísticos de la profesión.

LA LÁMPARA, representa la vigilancia constante a la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, velando por la salud a través de la asistencia, la investigación, la docencia y la administración.

EL SEMIRCIRCULO DE LÍNEAS ININTERRUMPIDAS, unidas al rostro, significa el *progreso*, la evolución constante en su *superación académica*, un ascenso permanente y continuo del *avance* de la enfermería.

LOS COLORES INSTITUCIONALES DE LA UAEM.

- EL VERDE representa la Patria, esperanza, renovación.
- EL ORO es el brillo de la ciencia, el conocimiento y la inteligencia

3.10 DOROTHEA OREM TEORIA GENERAL DE ENFERMERIA

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1. **Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una

actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- - Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
 - - Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
 - - Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.
2. **Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
3. **Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
- - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

- - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc. hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

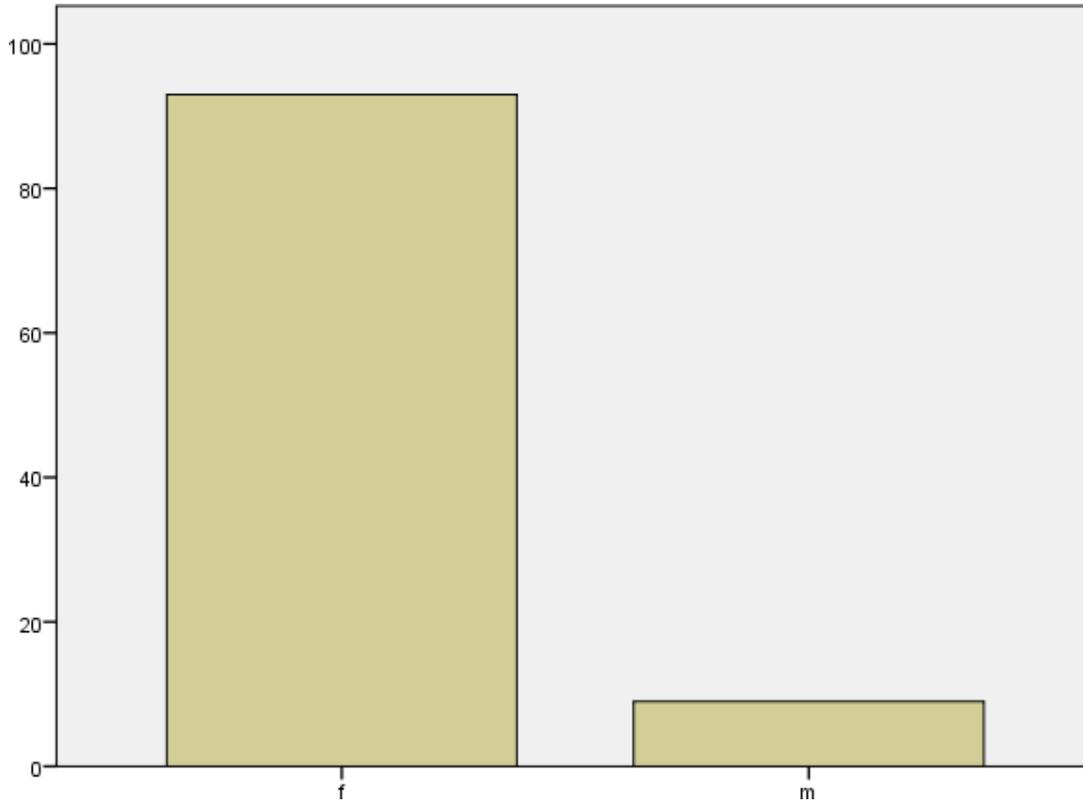
El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (Margarita Pereda Acosta, 2011)

RESULTADOS

Grafico I: Sexo de la población encuestada



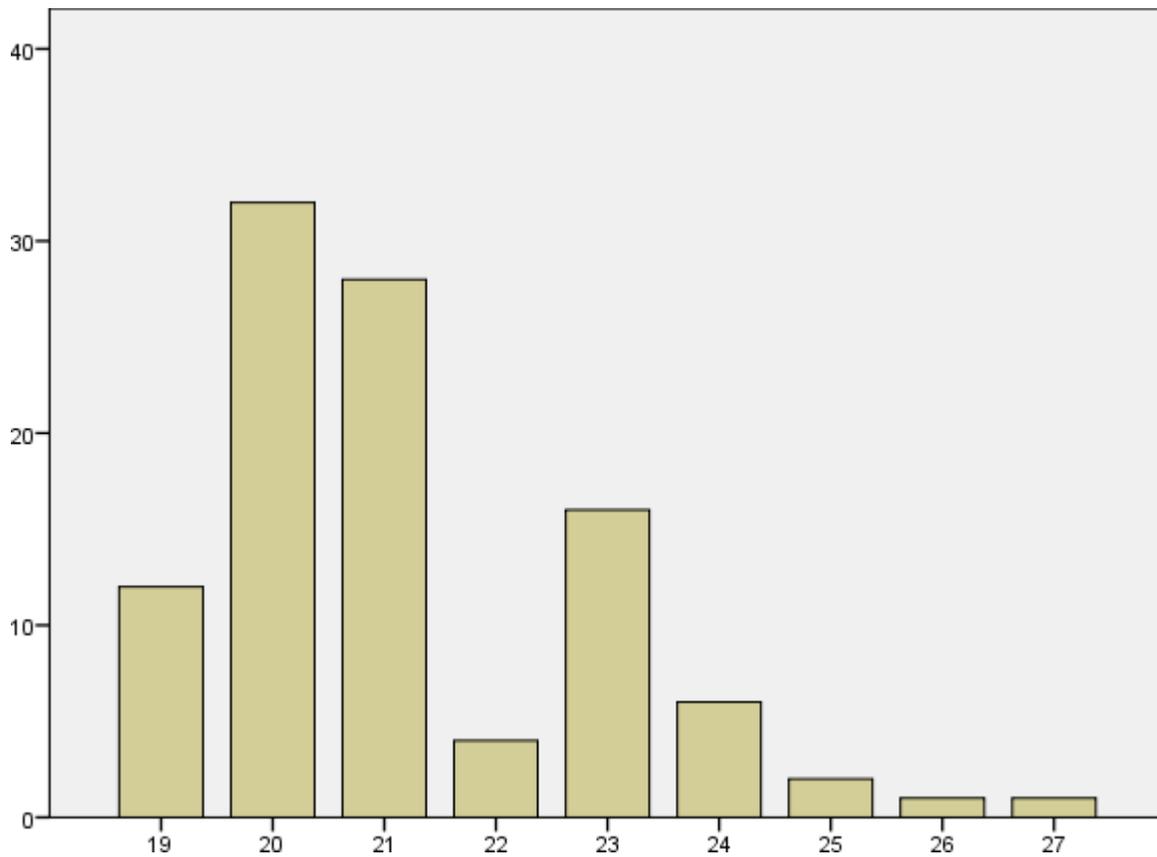
Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Este cuestionario valora la dependencia psicológica, social o gestual hacia el tabaco.

Descripción

91.2% de la población encuestada (93 estudiantes) son mujeres, y el 8.8% (9 estudiantes) son hombres, es decir, que en su mayoría la población del universo de estudio son mujeres, esta relación es debido al incremento de incidencia del tabaquismo en mujeres y la disminución de tal hábito en varones.

Grafico II: Rango de edad de la población encuestada

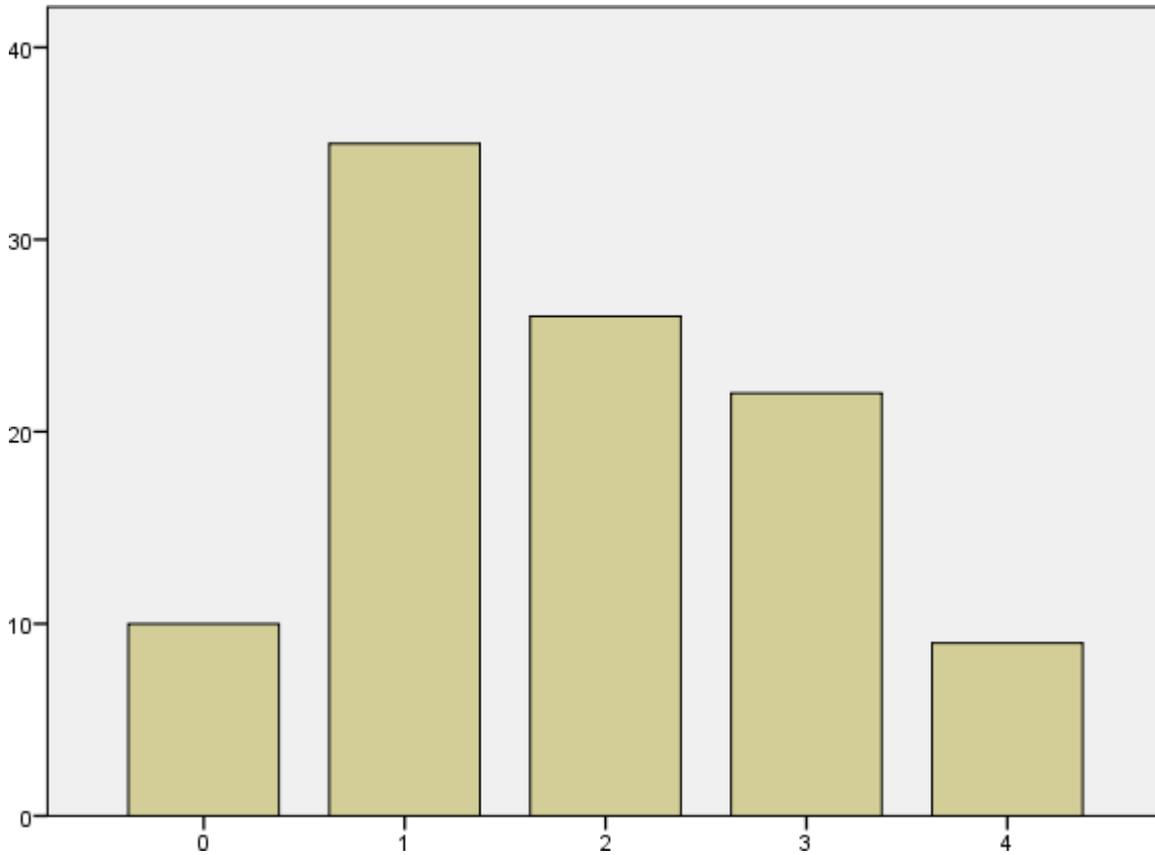


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

El universo, respecto al rango de edad de población se encontró que, 32 (31.4%) tienen 20 años, el 27.5% (28 estudiantes) 21 años, y el 15.7% (16 estudiantes) 23 años, es decir, que la mayoría de dicho universo son adultos jóvenes.

Grafico III: Importancia del hábito de fumar

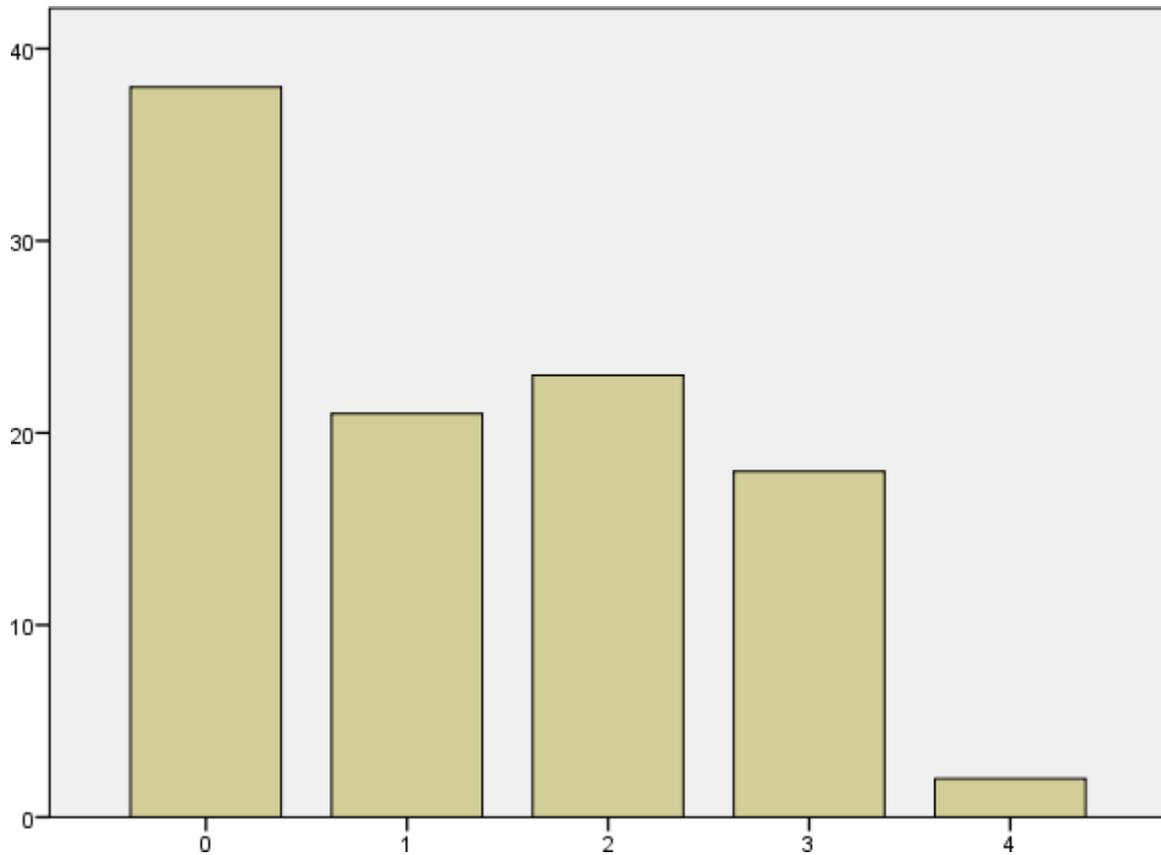


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

En relación con a la importancia del habito de fumar 35 personas refirieron que raramente lo consideran un hábito importante, es decir, el 34.3%; sin embargo, 26 (25.5%) estudiantes señalaron que a veces y 22 (21.6%) que a menudo, es decir, que el 47.1 % lo consideran un habito de importancia, lo cual, puede estar directamente relacionado con la frecuencia de la inhalación de tabaco.

Gráfico IV: Juego y Manipulación del cigarrillo como parte del hábito de fumar

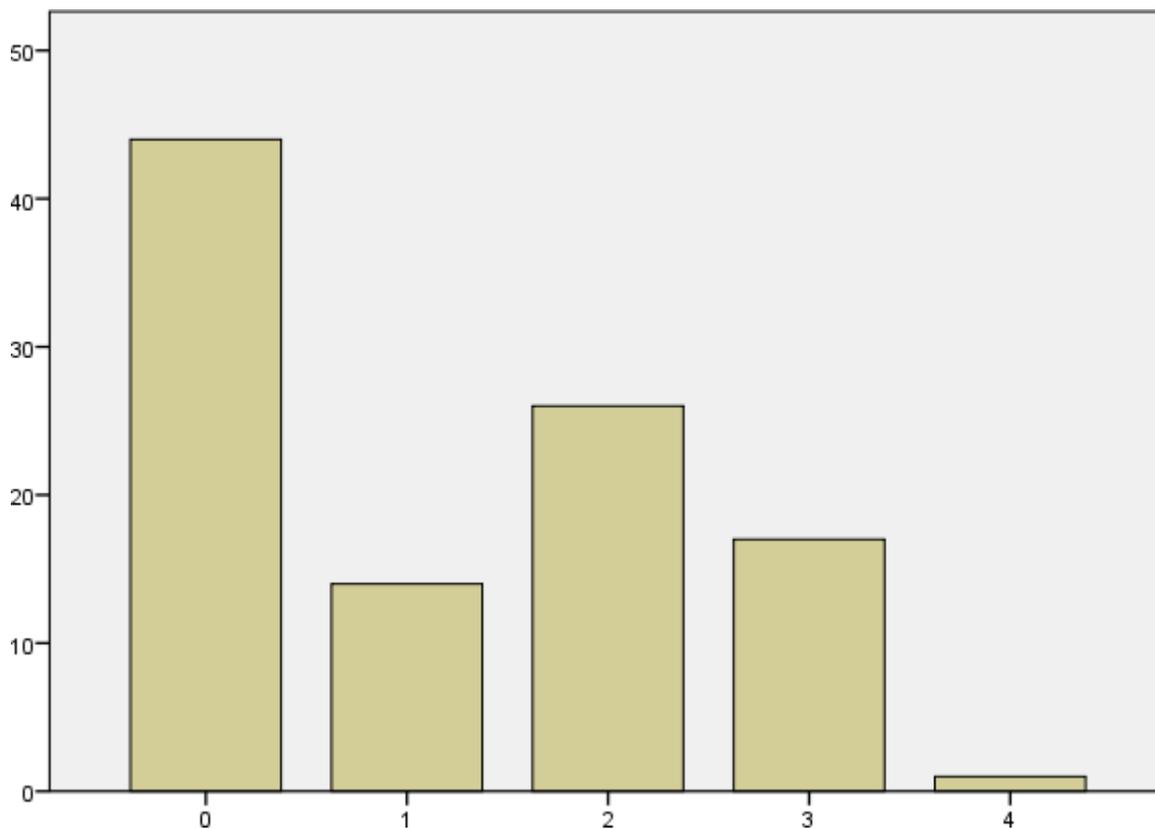


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

Por otra parte, 38 estudiantes, es decir, el 37.3 % no suele jugar ni manipular el cigarrillo como parte del hábito de fumar, sin embargo, 21 estudiantes (20.6%) señalo que rara vez, y 23 (22.5%) refieren que a menudo, lo cual, demuestra que 43.1% tiene dicho hábito, esto quiere decir que poco menos de la mitad no reflexiona sobre evitar el consumo de tabaco, es decir, una vez encendido el cigarrillo la inhalación es constante con breves pausas hasta consumir todo el cigarrillo.

Grafico V: Juego y Manipulación del paquete de tabaco del hábito de fumar

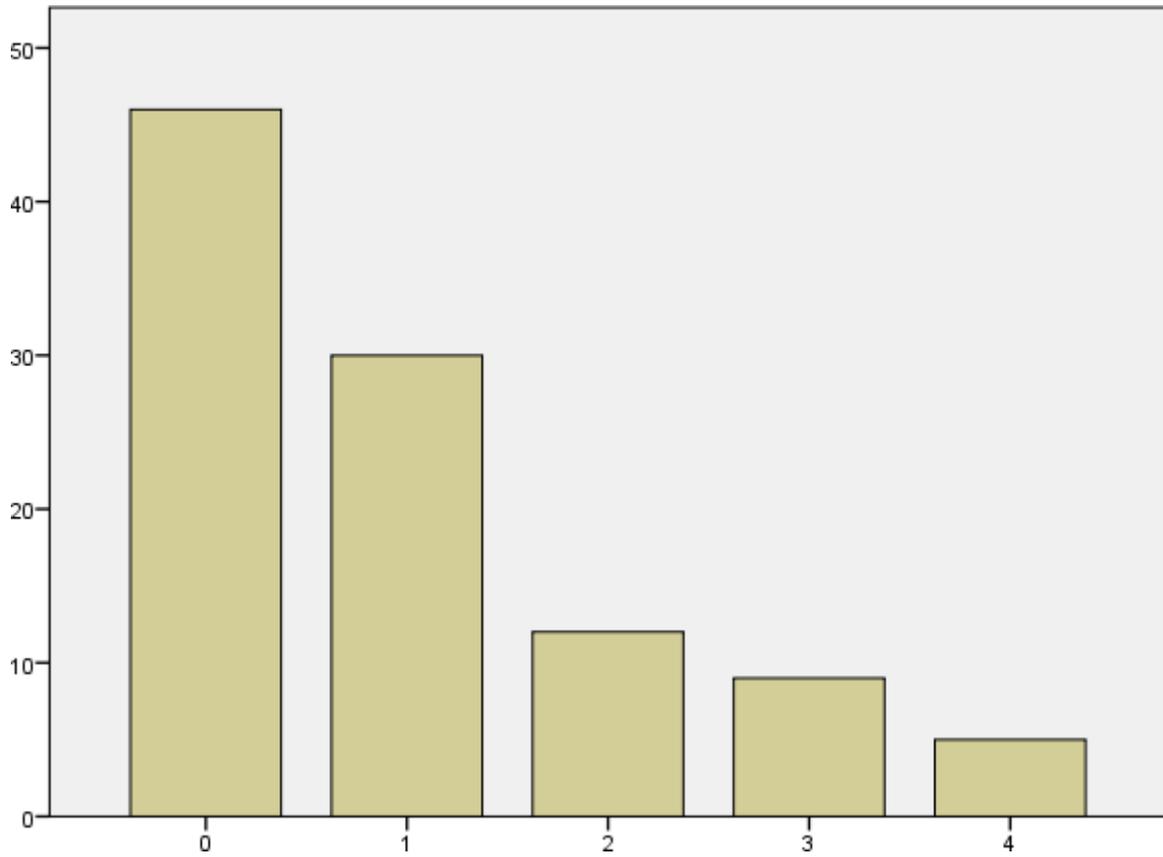


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

En este sentido, 44 estudiantes, es decir, el 43.1 % nunca jugar ni manipular el cigarrillo como parte del hábito de fumar, sin embargo, 26 estudiantes (25.5%) señalo que a veces y 17 (16.7%) refieren que a menudo, lo cual, demuestra que 42.2% tiene dicho hábito, esto quiere decir que poco menos de la mitad puede mostrar signos de ansiedad o dificultad en caso de abstinencia.

Grafico VI: Ocupación de manos y dedos para evitar el tabaco

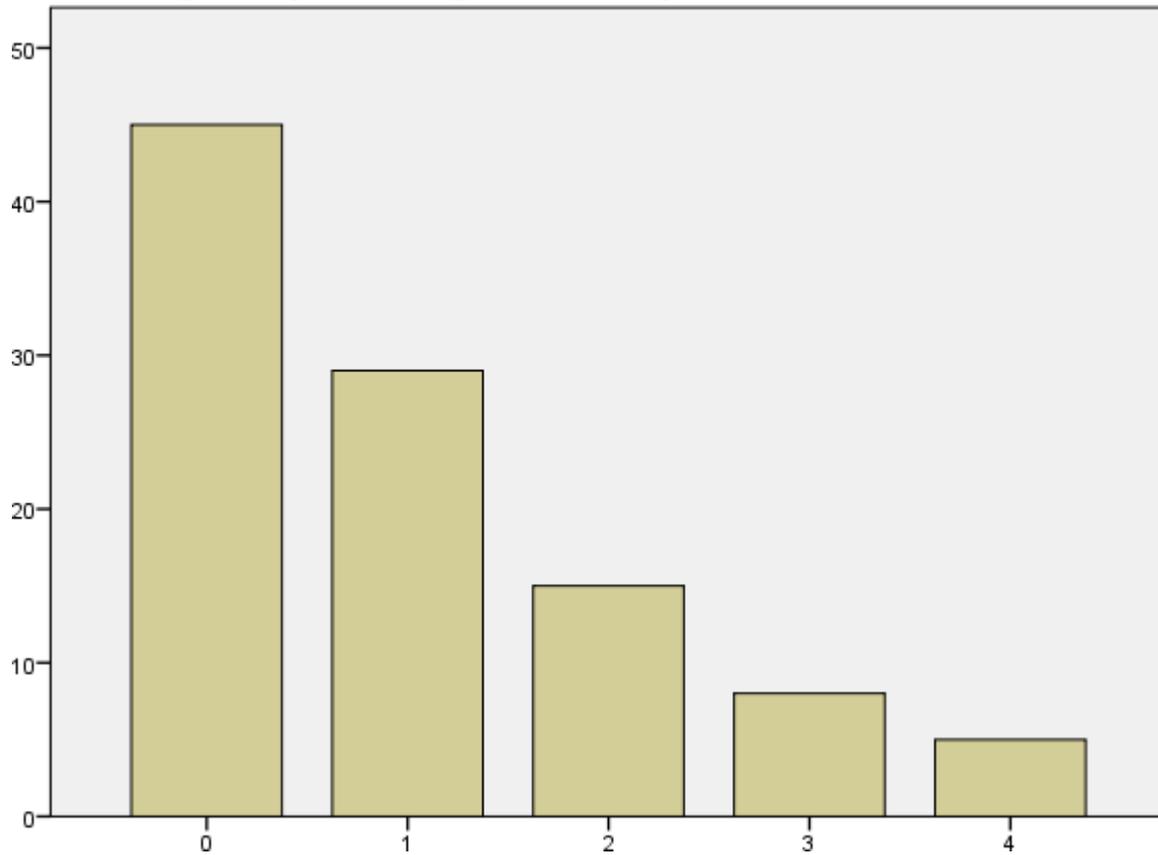


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

En cuanto a los hábitos relacionados para evitar el tabaco 46 estudiantes, que representan el 45.1% de la población encuestada, nunca han requerido este método como estrategia para evitar el consumo de tabaco, a pesar de ello, 30 estudiantes (29.4%) rara vez, y 12 (11.8%) que a veces; lo cual, demostró que 41.2% de la población entrevistada no presenta este signo como dato de ansiedad, lo cual, puede indicar que hasta el momento no han intentado dejar de fumar o bien, que utilizan otra estrategia.

Gráfico VII: Colocación de algo en la boca para evitar fumar

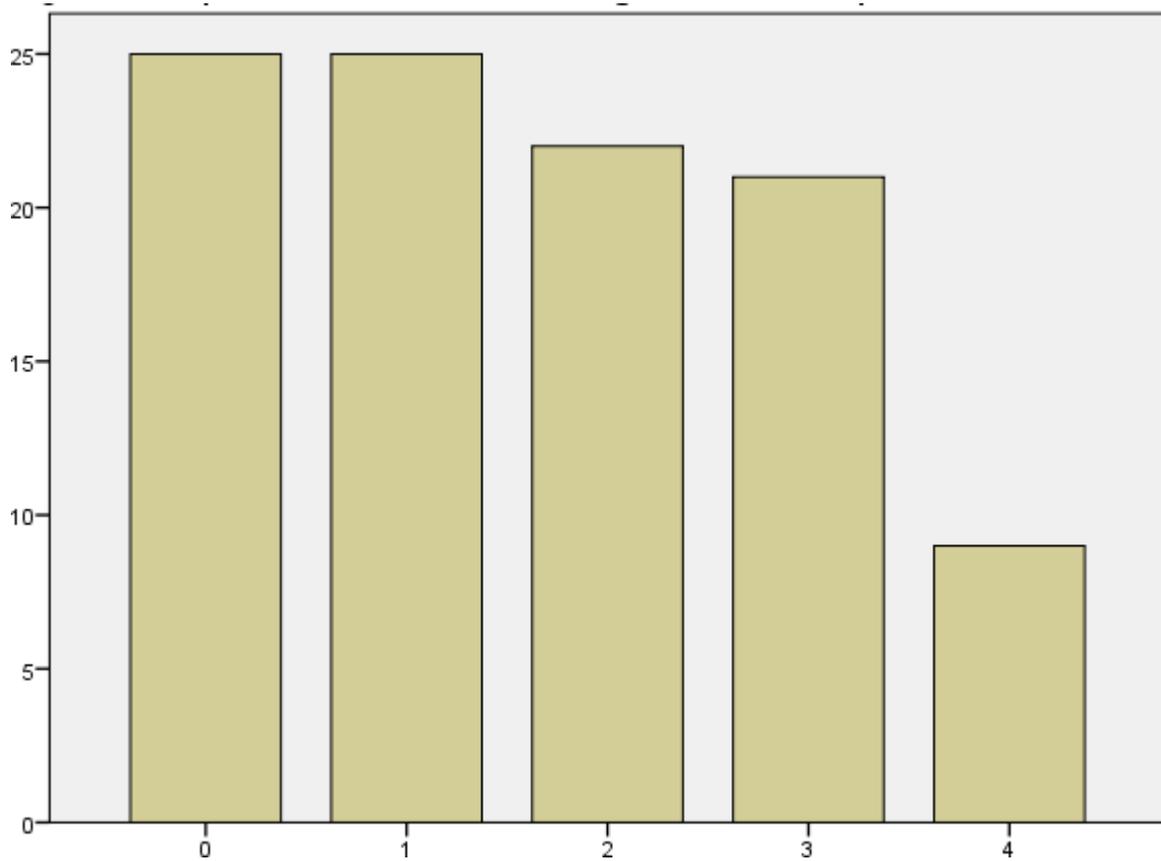


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

En relación con las estrategias o hábitos para evitar el consumir tabaco 45 estudiantes (44.1%) refieren que nunca han necesitado colocarse algo para evitar fumar, 29 (28.4%) muy rara vez, y 15 estudiantes (14.7%) a veces, lo que indica que el 43.1% de los estudiantes no se colocan algo en la boca como hábito para evitar consumir tabaco.

Gráfico VIII: Recompensación así mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea

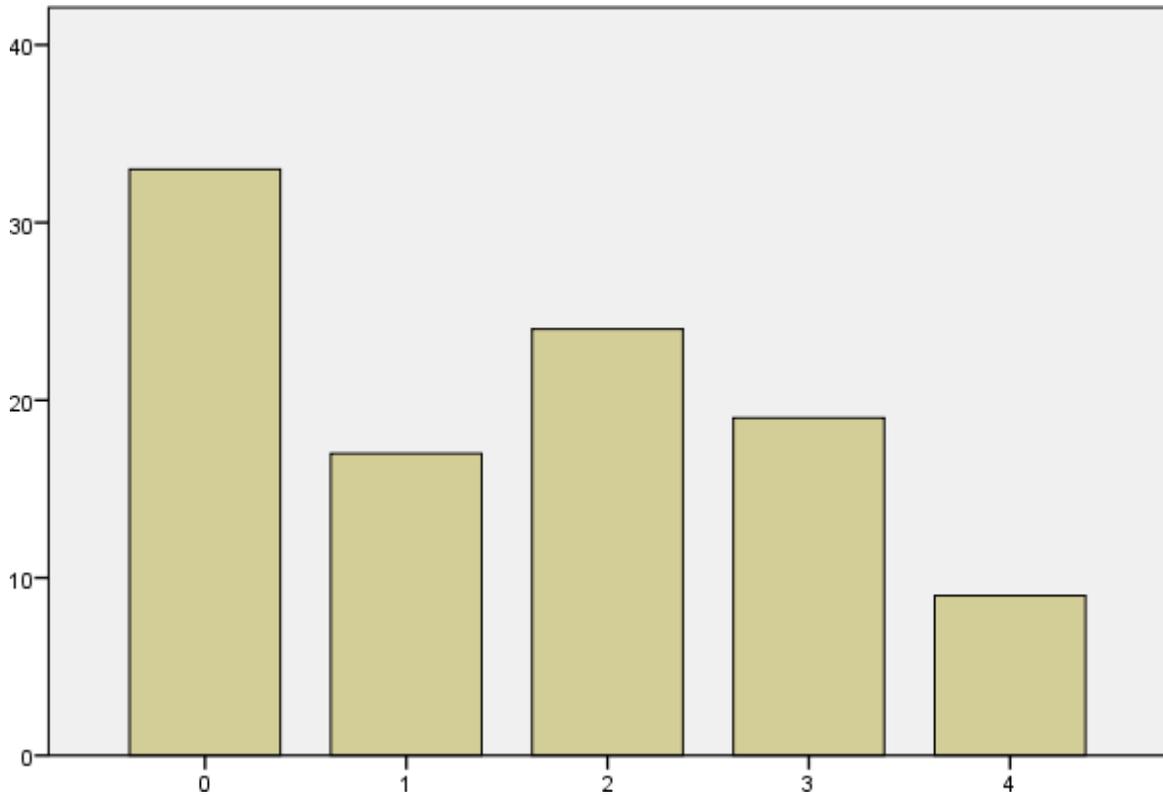


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

Anexas esto 25 estudiantes (24.5%) nunca se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea, sin embargo, 25 (24.5%) rara vez lo hacen y 22 (21.6%) indico que a veces, esto quiere decir que el 46.1% lo hace o puede llegar a hacerlo, es decir, que casi la mitad de la población encuestada tiene el hábito de recompensarse al cumplir con alguna tarea, lo que sin duda es contraproducente para la salud.

Gráfico IX: Angustia al quedarse sin cigarrillos o no encontrar el paquete

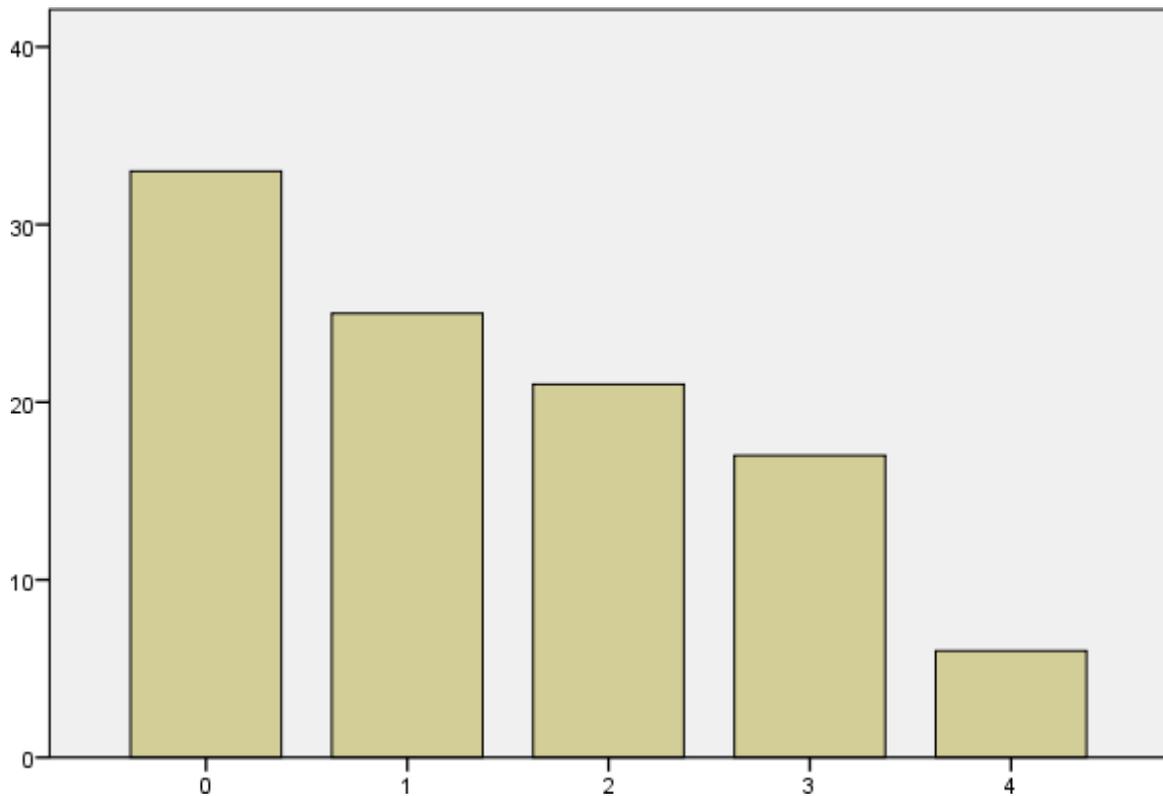


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

Anexar que 33 estudiantes de dicha población (32.4%) nunca han sentido angustia cuando se quedan sin cigarrillos o no consiguen encontrar el paquete de tabaco, sin embargo, 17 estudiantes (16.7%) refiere que rara vez y 24 (23.5%) que a veces, lo que muestra que el 40.2% a presentado ansiedad ante dicha situación.

Grafico X: Cuando no tiene tabaco es difícil concentrarse o realizar cualquier tarea

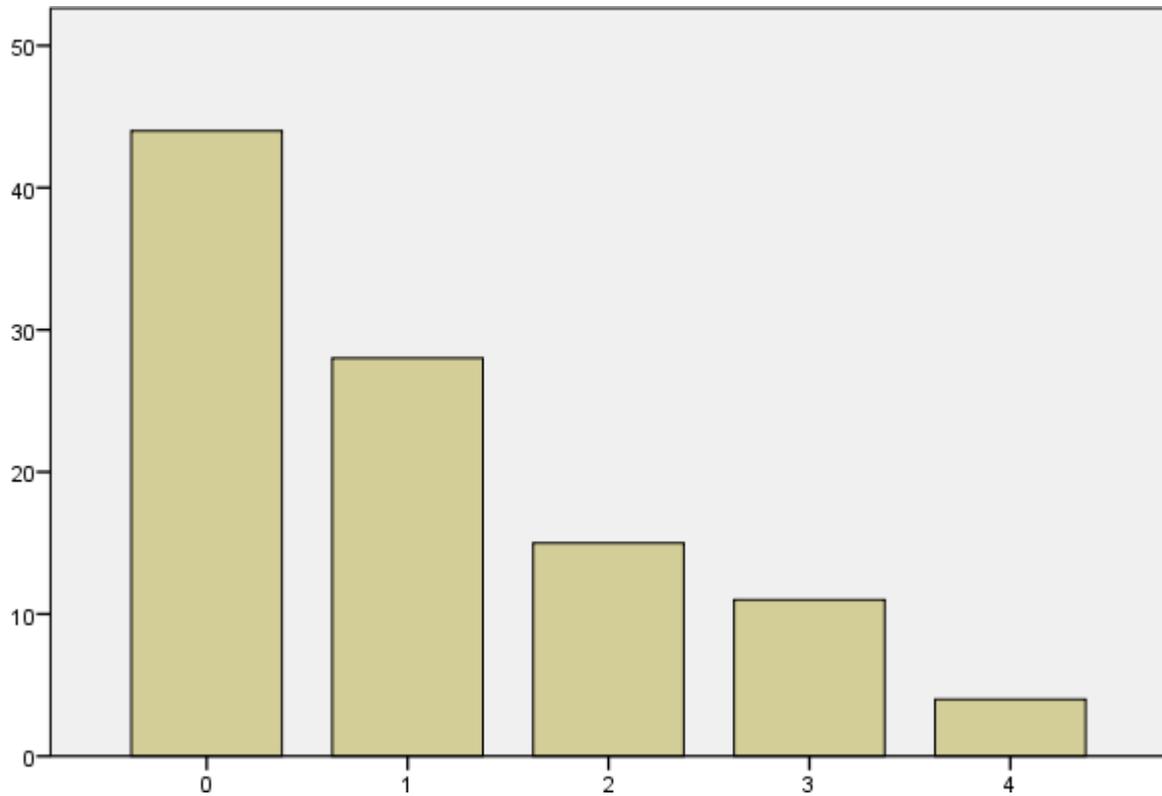


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicados

Descripción

33 estudiantes (32.4%) no le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea cuando no tiene tabaco, sin embargo, 25 (24.5%) indicaron que rara vez y 21 estudiantes (20.6%) que a veces, lo que demuestra que un 45.1% le es difícil concentrarse o realizar alguna tarea cuando no tiene tabaco.

Gráfico XI: Juega con el cigarrillo o paquete de tabaco cuando está en un lugar donde está prohibido fumar

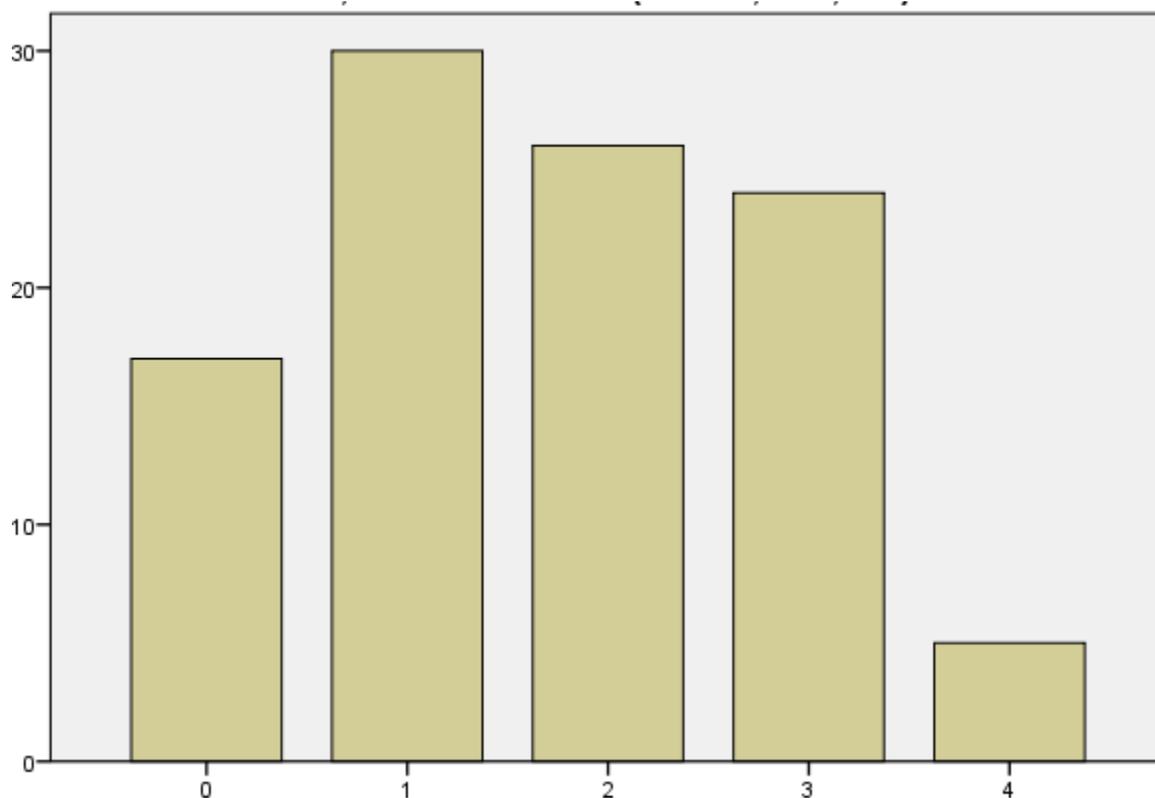


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

44 Estudiantes (43.1%) refieren que cuando se hayan en un lugar en el que está prohibido fumar, nunca juega con su cigarrillo o paquete de tabaco, 28 estudiantes (27.5%) rara vez lo hace y 15 estudiantes (14.7%) solo a veces, es decir, que 42,2% de dicha población tiende a hacerlo, por lo que esto puede ser considerado como un signo de ansiedad.

Gráfico XII: Algunos lugares le incitan a fumar

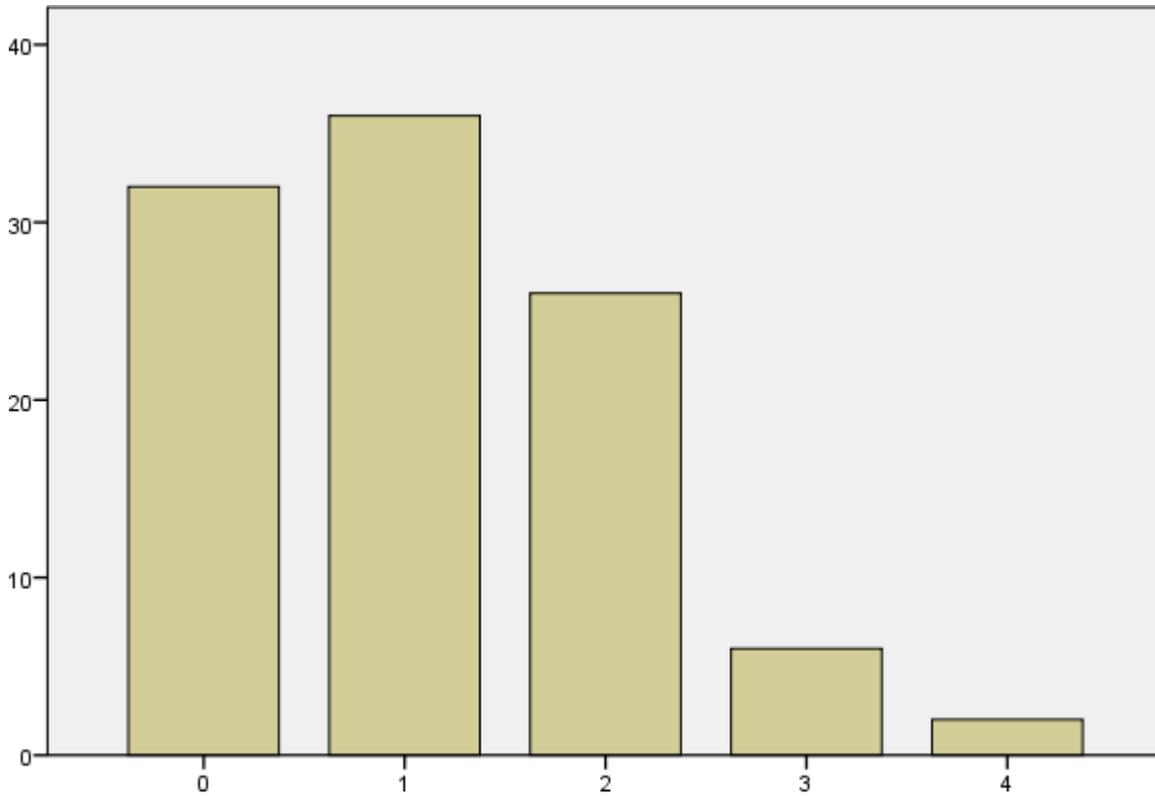


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

En otro sentido, 17 estudiantes es decir el 16.7 % refiere que no está identificado con lugares o circunstancias que le inciten a fumar, 30 (29.4%) refieren que rara vez y 26 (25.5%) solo algunas veces, lo cual, nos arroja que el 54.9% está identificado con lugares o circunstancias que le incitan a fumar, por lo que se concluye que el evitar ciertos lugares o circunstancias podrían ayudar a disminuir la frecuencia del consumo de tabaco.

Grafico XIII: Enciende un cigarrillo por rutina, sin desearlo

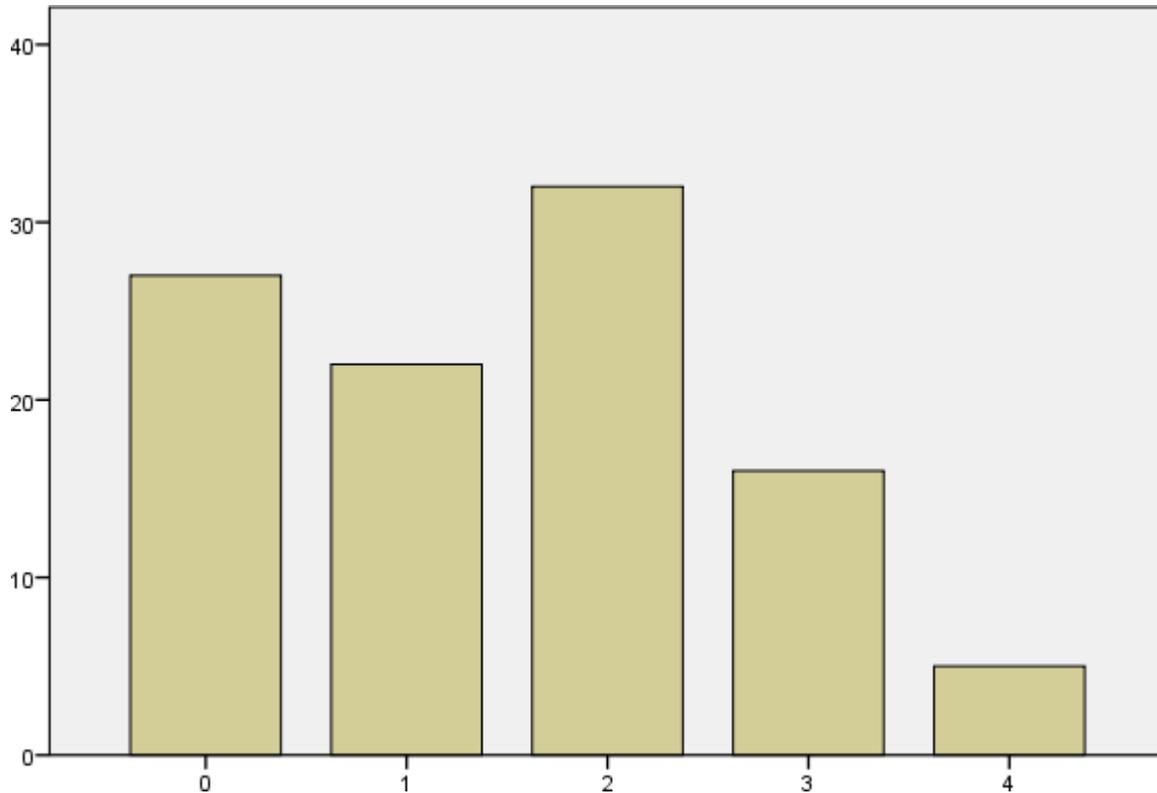


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

32 estudiantes de los encuestados refieren que nunca encienden un cigarrillo por rutina o sin deseo, aunque, 36 (35.3%) señala que rara vez y 26 (25.5%) solo a veces, por lo tanto, el 60.8% la hace por rutina o bien sin deseo de hacerlo, lo cual, puede estar directamente relacionado con el efecto de la nicotina.

Gráfico XIV: Reduce el estrés tener u cigarrillo en las manos sin encenderlo

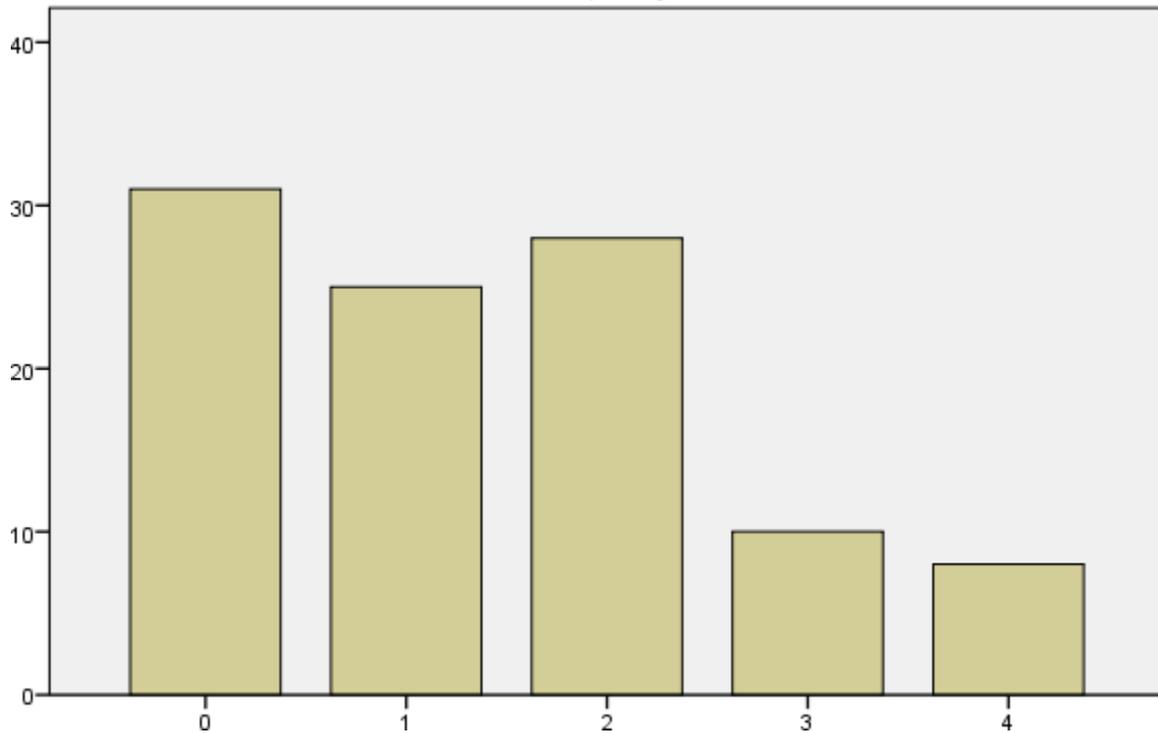


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

27 estudiantes (26.5%) indican que el tener un cigarrillo sin encenderlo en las manos no les ayuda a reducir el estrés, 22 (21.6%) refieren que rara vez, y 32 (31.4%) que a veces, lo cual significa que al 53% el hecho de sostener un cigarrillo no encendido les ayuda a reducir el estrés.

Grafico XV: Se coloca cigarrillos sin encender u objetos en la boca para reducir el estrés

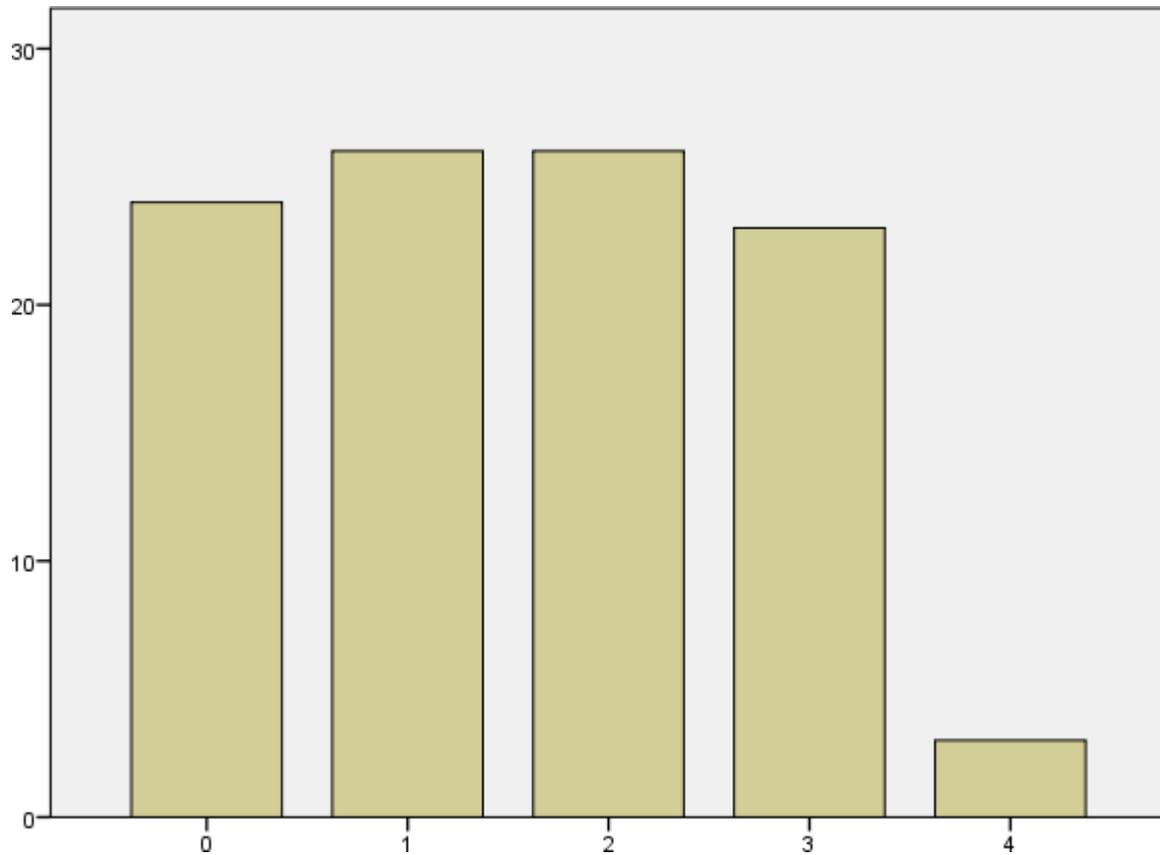


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

31 estudiantes, es decir, el 30.4% indicaron que nunca ha tenido que colocarse cigarrillos sin encender u otros objetos para relajarse en la boca, 25 (24.5%) rara vez lo hace y 28 (27.5%) solo a veces, lo que indica que el 52% necesita hacerlo para disminuir el estrés, tensión o frustración.

Grafico XVI: Parte del placer de fumar procede del ritual de encender el cigarrillo

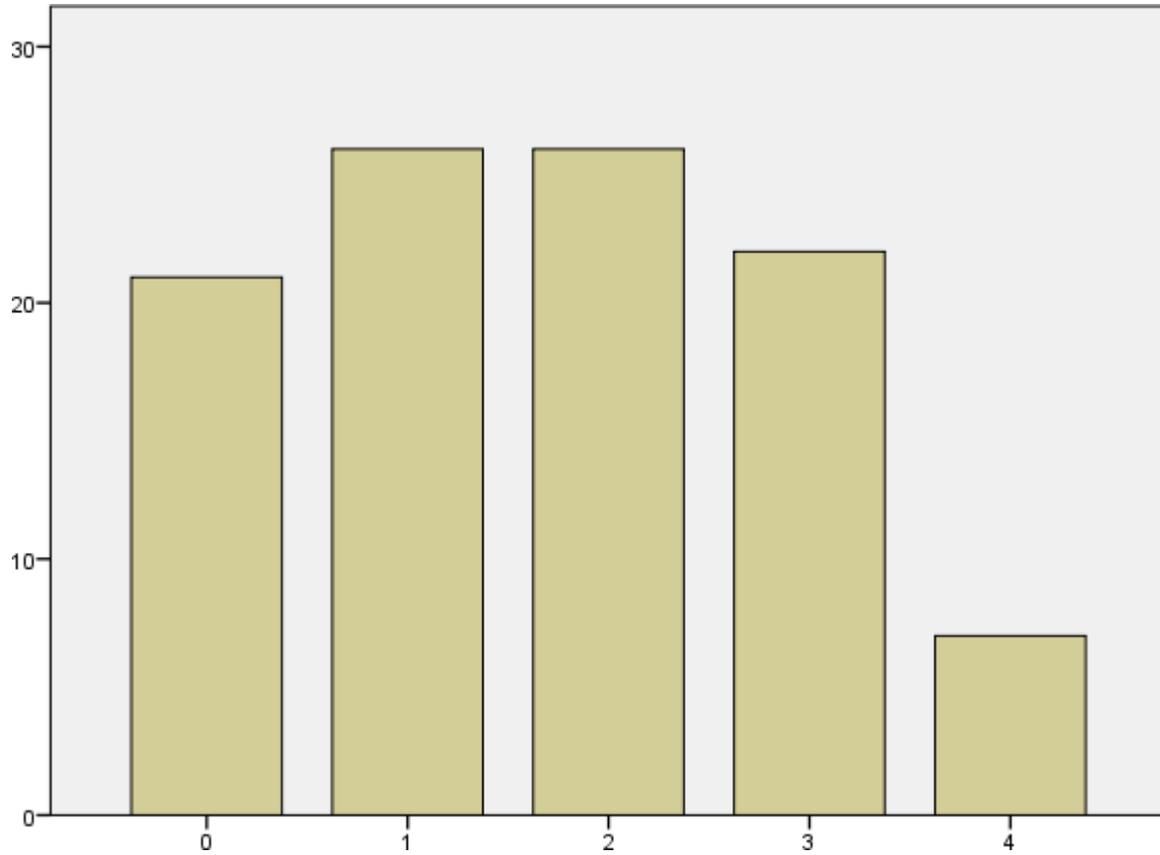


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

23.5% de la población, es decir, 24 estudiantes indicaron que el encender un cigarrillo nunca es parte del placer de fumar, 26 (25.5%) refirieron que rara vez y 26 (25.5%) que a veces, lo cual, muestra que el 51% si disfruta el hecho de encender un cigarrillo.

Grafico XVII: Parte del placer de fumar consiste en mirar el humo cuando lo inhala

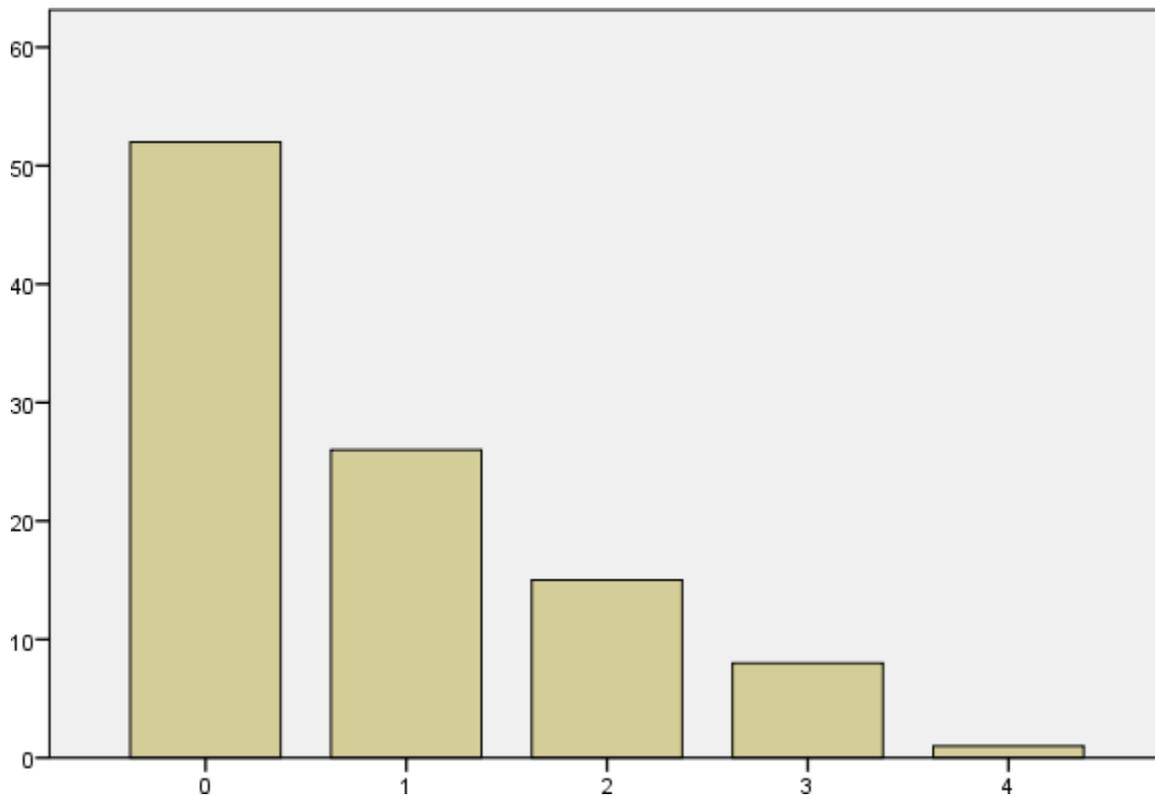


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

21 estudiantes (20.6%) refieren que mirar el humo cuando lo inhalan nunca es parte del placer de fumar, 26 (25.5%) rara vez, y 26 (25.5%) solo a veces, es decir, que el 51 % considera que mirar el humo mientras inhalan les ocasiona placer.

Gráfico XVIII: Enciende algún cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido

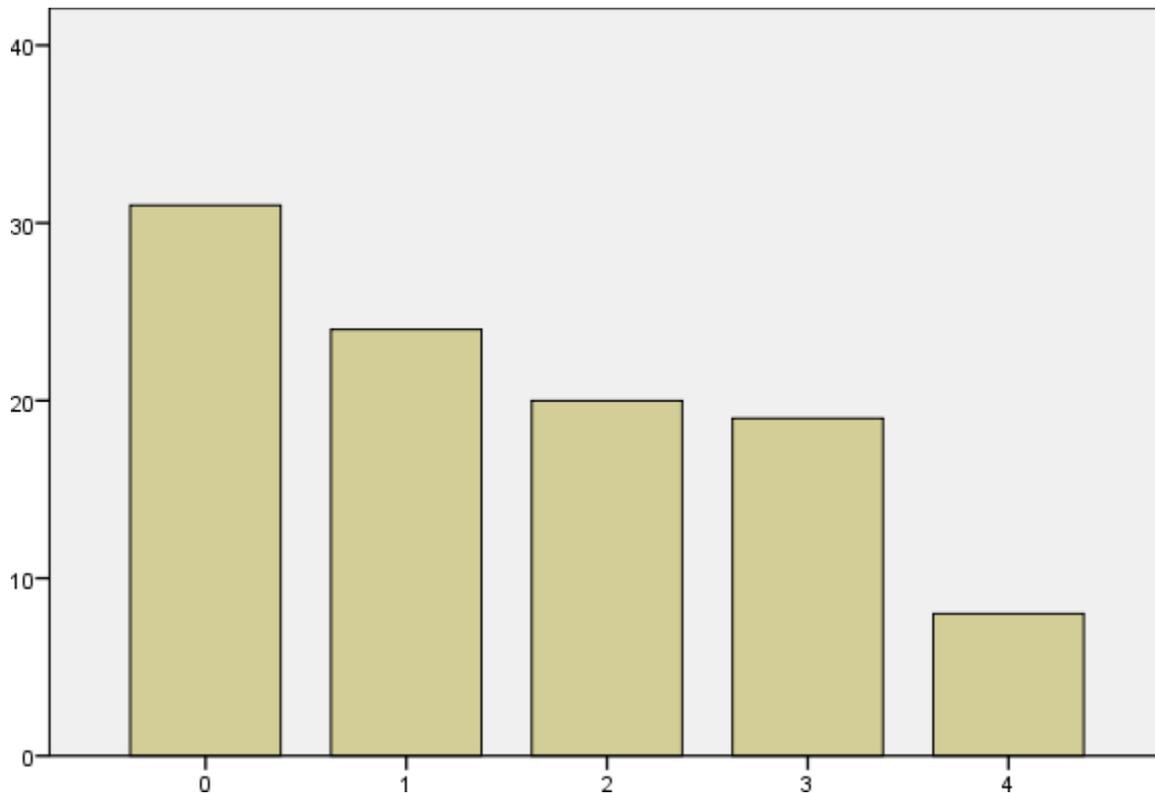


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

El 51%, es decir, 52 estudiantes refieren que nunca han encendido algún cigarrillo sin darse cuenta de que tenían uno encendido en el cenicero, 25.5% (26 estudiantes) rara vez lo han hecho y el 14.7% (15 estudiantes) solo a veces, lo que nos indica que el 40.2% han realizado dicha acción, lo que puede significar un cierto grado de dificultad para concentrarse además de posibles alteraciones en la memoria.

Gráfico XIX: Cuando está en algún lugar se siente más seguro con un cigarrillo en las manos

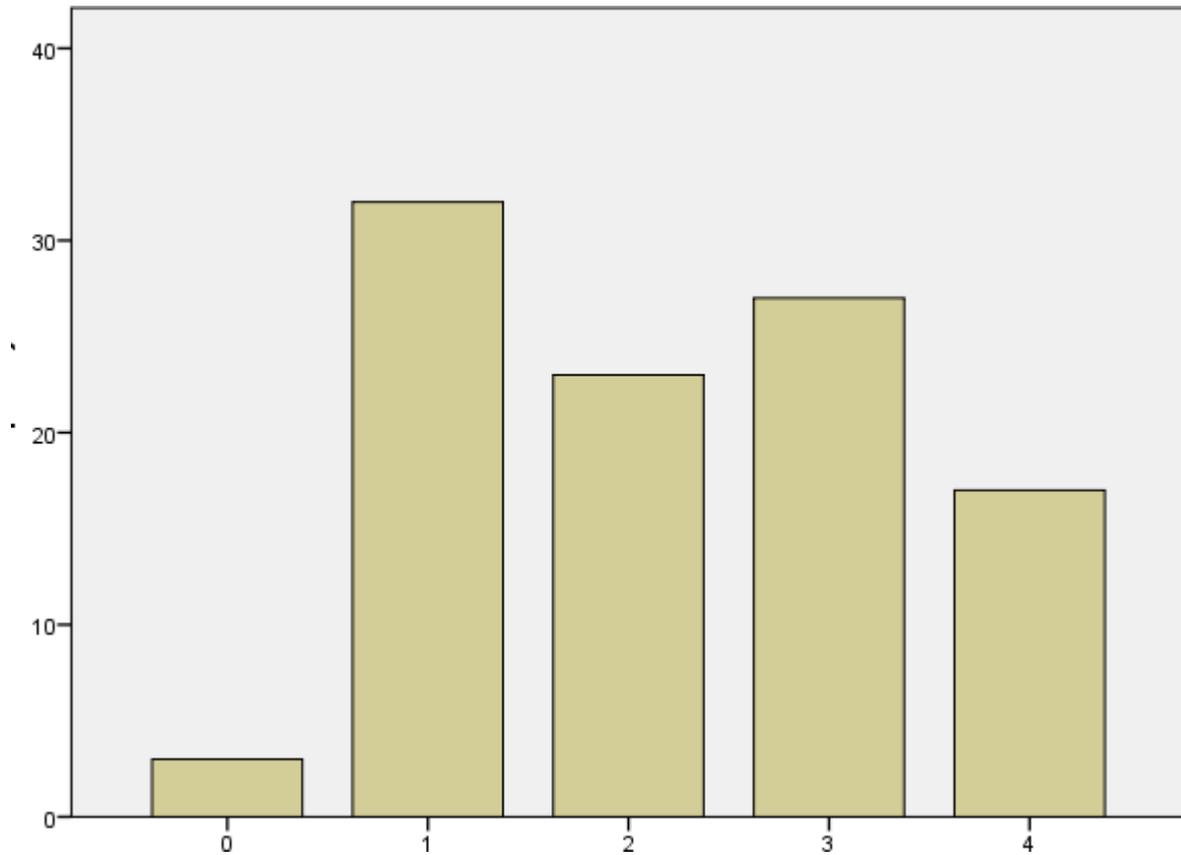


Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicado

Descripción

El 30.4% (31 estudiantes) refieren que el tener un cigarrillo en las manos nunca a repercutido para hacerlos sentir más seguros, 23.5% (24 estudiantes) rara vez se ha sentido seguro y el 19.6% (20 estudiantes) solo a veces, es decir, que el 43.1% se siente seguro teniendo un cigarrillo en las manos al estar en algún lugar (restaurante, parada de autobús, fiesta, etc.)

Grafico XX: Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen



Fuente: Datos obtenidos del Test de Glover- Nilson aplicación

Descripción

2.9% (3 estudiantes) refieren que nunca han encendido un cigarrillo si sus amigos lo hacen, sin embargo, el 31.4% (32 estudiantes) indico que rara vez lo hacen, y el 22.5% (23 estudiantes) que a veces, es decir, que el 53.9% enciende un cigarrillo si sus amigos lo hacen, lo cual, significa que la influencia social es un factor que influyen en la cantidad y frecuencia de cigarrillos inhalados.

DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica sobre la presencia del tabaquismo en el área de salud en los estudios realizados a nivel mundial del 2003 al 2011 en los estudiantes universitarios, informan prevalencias que oscilan el 21.4% hasta el 42% (OPS, 2015)

En universidades de Paraguay y Guatemala, la prevalencia de fumadores se encuentra entre 31% y menos de 8%, en el 2015. Datos similares se encuentran en el 2009 en profesionales de la salud de la misma región.

La prevalencia en profesionales de la salud en México fue de 29 %, y en la población en general era de 26.4 % en una encuesta que se realizó anteriormente Instituto Nacional del Seguro Social (IMSS, 2014)

Como información disponible se encontró como referente al 2014 en México, donde el consumo declarado es de 29% en profesionales de la salud, en la investigación que se realizó dentro de la UAEMéx con un universo de 161 alumnos de octavo semestre, donde se obtuvo una muestra 102 estudiantes que consumen tabaco, de la cual el 91.2% de la población encuestada son mujeres y el 8.8% son hombres. Por lo cual fue más alta la tendencia de género en mujeres y donde el rango de edad va desde los 20 hasta 23 años de edad. (gráfico I y II)

En el test aplicado de Glover-Russel evalúa la dependencia del fumador contemplando distintos aspectos como es:

Dependencia psicológica por lo cual obtuvimos como resultado mediante los gráficos III, VIII, IX y el X, si existe una alta dependencia es decir que el 68.7% lo considera un habito de importancia, lo cual puede estar relacionado con la frecuencia de la inhalación del tabaco (grafico III).

El 47.1% de la población tiene el hábito de recompensarse al cumplir con alguna tarea (grafico VIII)

El 40.2% de la población presenta ansiedad al quedarse sin cigarrillos o al no encontrar el paquete de estos (grafico IX)

El 45.1% de la población demuestra que le es difícil concentrarse o realizar alguna tarea cuando no tiene tabaco (grafico X)

En la dependencia social los gráficos XIX y XX son determinantes de este tipo donde la dependencia es alta es decir que el 43,1% de la población se siente seguro teniendo un cigarrillo en las manos al estar en algún lugar (grafico XIX).

El 53.3% enciende un cigarrillo si sus amigos lo hacen lo cual significa que la influencia social es un factor que influye en la cantidad y frecuencia de cigarrillos inhalados (grafico XX)

En la dependencia gestual: el 43.1% tiene el hábito de jugar y manipular el cigarrillo como parte del habito

54.9% están identificados con lugares y circunstancias que los incitan a fumar.

53% de la población refiere que el sostener un cigarrillo no encendido les ayuda a reducir el estrés.

51% de la población considera que mirar el humo mientras lo inhala les ocasiona placer.

Al compararse con otra investigación el género y uso del tabaco fue más elevado en hombres que mujeres, encontrándose diferencias estadísticas significativas (Bautista Pérez, 2014)

El consumo de cigarrillos entre los estudiantes universitarios del área de la salud en el estudio fue alto y con cuerda con otros estudios realizados en el país (IMSS, 2014)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base a los resultados obtenidos y las condiciones que se realizó el estudio se presentan las siguientes conclusiones:

El consumo de cigarrillos entre los estudiantes universitarios fue alto y su tendencia es a la reducción, con relación al género se observó que en mujeres fue más elevado que en hombres.

En situaciones malas o de estrés hubo un incremento del consumo que podría deberse probablemente a la crisis que sufre la persona.

Cuando se encuentran en un círculo social el consumo de tabaco incrementa y van tomando nuevos hábitos en la parte gestual del individuo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que en la UAEMéx continúen con este tipo de estudios sobre el tabaquismo en estudiantes del área de la salud, porque esto ayudara a promover programas de prevención en la población que no fuma.

En la universidad se deben implementar la asistencia a los talleres que esta ofrece.

Promover información del daño que produce el consumo de tabaquismo para lograr concientizar a la población estudiantil.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- A.C. Hernández, Bertha (2015) jóvenes de éxito. México Edit. Idalpe (pp.118)
- Aberasturi, A. La adolescencia normal; Un enfoque psicoanalítico. Ecuador: Edit. Paidós.
- Aguirre, B.R. (1992). El adolescente y las drogas. Edit. Monte Fénix.
- Araceli, C., H, Beatriz, G., Jaime, P., y Patricia., B., (dic. 2015). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. scielo, edit. Gac Sanit vol.19(6), (pp.10)
- Aberastury A. (2017). LA ADOLESCENCIA NORMAL. México: Edit. PAIDÓS, (pp120).
- Benegas. J. F, Diez. G., González. E, Álvarez Y. y Rodríguez. A. (2014). Disminución atribuible al consumo del tabaquismo del tabaco en España. Vol. 124 (20), (pp. 71-76).
- Castro, S y Rincón, C. (2014) Tabaquismo y profesionales de la salud del instituto mexicano del seguro social, salud pública, Morelos (pp.44)
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVEC). (2014). TABAQUISMO EN EL ESTADO DE MÉXICO. De CEVEC Sitio web: <http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/documentostec/documentos/Tabaquismomx.pdf>
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2012). Encuesta Nacional De Adicciones, De Dirección General De Epidemiología Sitio web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/238948/ENA_2012_Completo.pdf
- Eseverril, J.A (1989). Tabaquismo. México: Edit. Hispano americana
- Gómez y Grimaldi, A. (1998) tabaquismo en el personal de salud; estudiada en una unidad hospitalaria. Salud pública. México
- Hernández, C,B (1995) Peligros en el camino jóvenes de éxito. Programa de superación. México Edit. Idalpe (pp. 115)
- Instituto Nacional de Salud Publica/ Organización Panamericana de Salud publica. (2015). Se dan a conocer resultados de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos en México. Ciudad de México, 31 de mayo de 2016, de OPS Sitio web: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1128:se-dan-a-conocer-resultados-de-la-encuesta-global-de-tabaquismo-en-adultos-2015-en-mexico&Itemid=499
- Jiménez. C, A y Fagerstrom.K. O (2011). Tratado de tabaquismo, Madrid, España. Aula médica, formación de salud
- Guzmán L. (2017). LA ADOLESCENCIA PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS. marzo 2017, de escuela Nacional Colegio de Ciencias y Humanidades. Dirección General

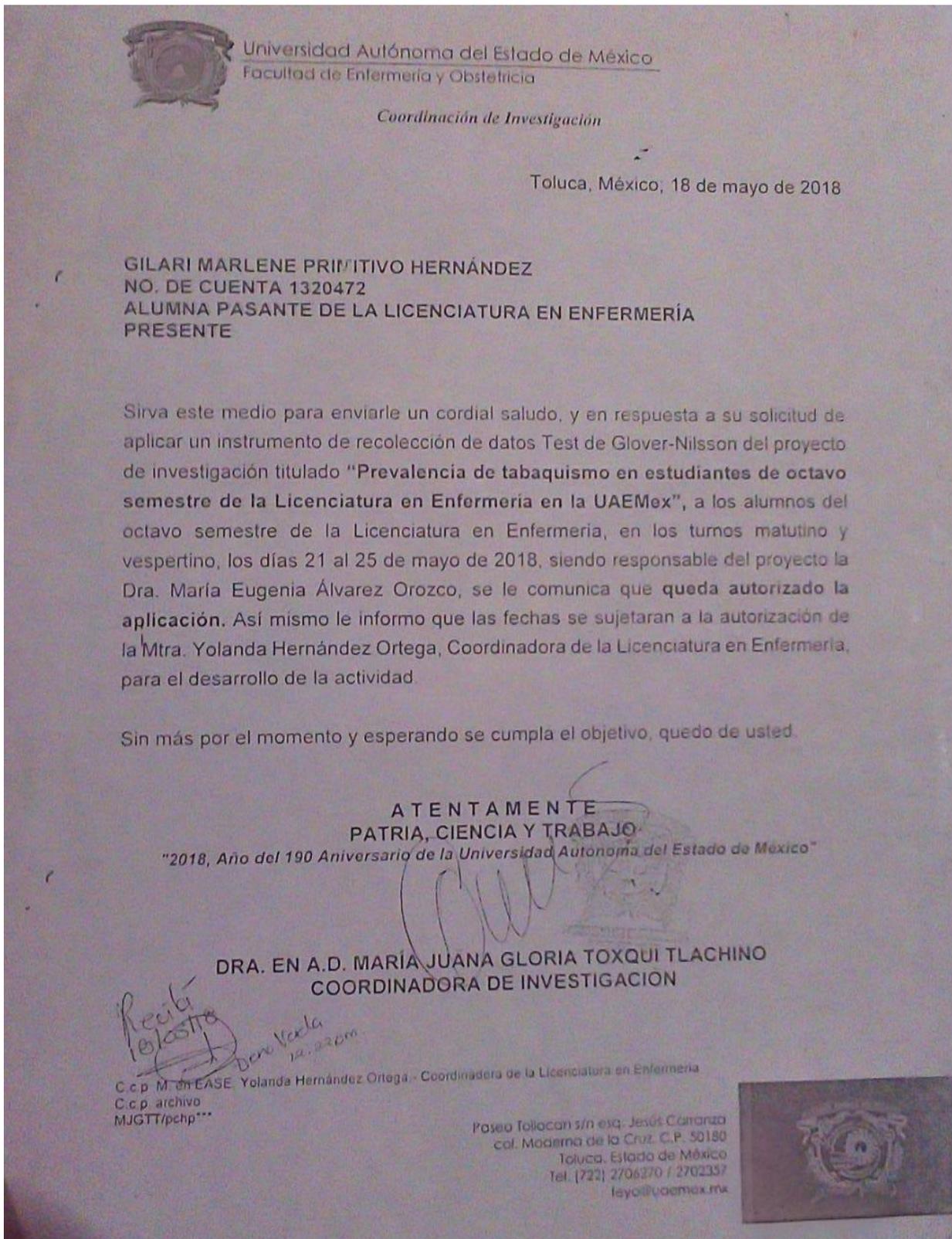
- Sitio web:
<https://www.cch.unam.mx/padres/sites/www.cch.unam.mx.padres/files/archivos/07-Adolescencia2.pdf>
- Luz M., R., S. Teresa S., L., Ignacio M., Rosalba R., M., y Lazcano P. (2009). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009. de OPS Sitio web: https://www.who.int/tobacco/surveillance/gats_rep_mexico.pdf
- López C. (2009). ANECDOTAS SOBRE LA HISTORIA Y SÍMBOLOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. 2009, de UAEMex Sitio web: <http://web.uaemex.mx/identidad/docs/ANECDOTASENFERMERIA.pdf>
- Pereda A. M. (2011). la teoría general de enfermería de Orem. medigraphic, Vol. 10, No. 3: (pp163-167).
- OMS. (2016). Situación del tabaco en México, de OPS/OMS México Sitio web: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=96:situacion-tabaco-mexico&Itemid=387
- Pichon-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu L.M, Teixeira Pinto M et (2016) Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. Organización Panamericana de la Salud vol.40(4) (pp213–21). Sitio web: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31302>
- Programa de acción. (2015). Adicciones y tabaquismo México: 2° ed
- Salmero C y Arillo, S (2002) Tabaquismo y profesionales de la salud del instituto mexicano del seguro social, salud pública, Morelos, vol. 44 (pp.67-75)
- Secretaria de salud. (2002). Tabaquismo en México. México: 2° ed
- Silvia E., R., (2014). Historia del tabaco y el tabaquismo. 15 de mayo 2014, de serunserdeluz Sitio web:
<https://serunserdeluz.wordpress.com/2014/05/15/%C2%ADhistoria-del-tabaco-y-el-tabaquismo/>
- Sussel Cheesman S, Suárez L, N. (2014). Factores de riesgo y protectores del tabaquismo en estudiantes de la Facultad Ciencias Médicas USAC, Guatemala. Diciembre 2014, de Redalyc Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845147002.pdf>
- Suarez, N, Cabaloso M y Hecharria, S. (2015) El tabaquismo en profesionales de la salud en el municipio de Habana vieja. Revista Cubana de salud pública. Vol. 14 (4). (pp.1-12)
- Valdés Salgado, R (2005) las cifras de epidemiología, Daños a la salud y mortalidad atribuible a instituto de la salud pública (pp.29-41)
- Vargas B., P, Vilma E. G., Z, Aguilar de Mendoza A, Francisco Herrador M, Victoria Alfaro Ramos A. (2016). Estudio de prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes universitarios. marzo 2016, de UEST Sitio web: <https://www.univo.edu.sv/wp-content/uploads/2016/10/libroInves.pdf>

Vorman, H.W. (2014) el cigarro y la salud. México. Edit. Trillas (pp.97)

World Health Organization (2010). Género, mujeres y epidemia del tabaco.

ANEXOS

Anexo 1





CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Toluca, México a ____ de _____ 2018

Por este medio informo a quien corresponda que acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE OCTAVO SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA EN LA UAEMéx.

Objetivo: determinar la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en enfermería en la UAEMéx.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en proporcionar información referente al consumo del tabaquismo para formar parte de una investigación y así poder obtener la prevalencia que existe entre los alumnos de la facultad de enfermería.

Declaro que se me ha informado de los objetivos que tendrá este trabajo de investigación:

- Se aplicará un cuestionario llamado "Test De Glover-Nilsson" que evalúa la dependencia del tabaco.
- El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda.
- El investigador me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Acepto



PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE OCTAVO SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA EN LA UAEMex.



TEST DE GLOVER - NILSSON

Nombre: _____

Como valora lo siguiente:

(Seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar adecuado).

Preguntas 1 a 3:					
0 – Nada en absoluto 1 – Algo 2 – Moderadamente 3 – Mucho 4 - Muchísimo					
01.- Mi hábito de fumar es muy importante para mi	0	1	2	3	4
02.- Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
03.- Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
Preguntas 4 a 18:					
0 – Nunca 1 – Raramente 2 – A veces 3 – A menudo 4 – Siempre					
04.- ¿Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
05.- ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
06.- ¿Se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
07.- ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
08.- ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
09.- ¿Cuándo se haya en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10.- ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12.- ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.)?	0	1	2	3	4
14.- ¿Parte del placer de fumar procede del ritual de encender en cigarrillo?	0	1	2	3	4
15.- ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16.- ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17.- ¿Cuándo está solo en un restaurante, parad de autobús, fiesta, etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18.- ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

Puntuación final: _____

