

El ser humano desde sus orígenes busca opciones para vivir bien y se esfuerza por conseguirlo. Sus aspectos positivos le permiten presentar diversas formas de progreso en todos los campos donde se desempeña y participa. Por el contrario, los inconvenientes que se le presentan impiden el avance hacia cualquier forma de satisfacción, pero también podrían ser estímulo para buscar cambios positivos. Sin embargo, estos aspectos tienden a ser enfrentados de forma participativa con la sociedad que, en mayor o menor número está presente en los mismos. Cuando el individuo enferma, busca alternativas para su curación. De esta forma, la medicina, a través de los siglos ha buscado las mejores terapias, productos, materiales y formas de intervención para que el ser humano, ahora convertido en paciente, encuentre el bienestar personal que, seguramente, le permitirá provocar estrategias para encontrar su bienestar comunitario. Probablemente una de las formas más difíciles de enfrentar una enfermedad es el desconocimiento de lo que sucede, lo que acontece y lo que sucederá en caso de seguir –o no– las indicaciones del profesional médico encargado de buscar opciones para recobrar la salud.

Mentir al médico o al profesional encargado del diagnóstico repercutirá en el paciente, quien tendría un tratamiento inadecuado en relación a sus males.

En el campo de la medicina preventiva o el seguimiento de problemas crónicos se ha establecido una serie de estrategias encaminadas a orientar a los pacientes y, en algunos casos, a sus familiares acerca de la forma en que se presente determinada enfermedad, su desarrollo, consecuencias, tratamiento, expectativas y todo lo relacionado con su aparición en el individuo hasta su probable cura o su control permanente.

La falta de una buena comunicación propiciará el desapego al tratamiento y, en el paciente, puede provocar la falta de entendimiento de su padecimiento, lo que le llevará, como se ha mencionado antes, a seguir un tratamiento incompleto o inadecuado que con dificultades podrá encontrar buenos resultados.

La comunicación es entonces el instrumento prioritario en ese proceso de enseñanza de las enfermedades y su entorno y consecuencias a los individuos. La falta de un buen canal provocará una falta de comprensión que representará un rotundo fracaso en el tratamiento de los pacientes.

Cd. Victoria, Tamaulipas, abril 29, 2017
Carlos David Santamaría Ochoa, Ph. D.

Comunicar la salud

La comunicación al servicio del sistema sanitario

Carlos David Santamaría Ochoa







Comunicar la Salud

La comunicación al servicio del sistema sanitario



C.P. Enrique C. Etienne Pérez del Río
PRESIDENTE

Dr. José Luis Pariente Fragoso
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Cappello García
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos
VOCAL

Dr. Marco Aurelio Navarro Leal
VOCAL

Lic. Víctor Hugo Guerra García
VOCAL

Comunicar la Salud

La comunicación al servicio del sistema sanitario

Carlos David Santamaría Ochoa, Ph. D.

MMXVII



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
TAMAULIPAS



LA GENERACIÓN del
CONOCIMIENTO
con VALORES



Consejo de
publicaciones
UAT



Primera edición, 2017

Carlos David Santamaría Ochoa: Comunicar la Salud. La comunicación al servicio del sistema sanitario. Universidad Autónoma de Tamaulipas – Colofón, 2017

104 p.; 17 x 23 cm

Centro Universitario Victoria
Centro de Gestión del Conocimiento. Tercer Piso
Cd. Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87149
consejopublicacionesuat@outlook.com

D. R. © 2017 Universidad Autónoma de Tamaulipas
Matamoros SN, Zona Centro Ciudad Victoria, Tamaulipas C.P. 87000
Consejo de Publicaciones UAT
Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • *www.uat.edu.mx*

Edificio Administrativo, planta baja, CU Victoria
Ciudad Victoria, Tamaulipas, México
Libro aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT

Colofón
Franz Hals núm. 130, Alfonso XIII
Delegación Álvaro Obregón C.P. 01460
Ciudad de México
www.paraleer.com/colofonedicionesacademicas@gmail.com

ISBN: 978-607-8563-73-9

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra —incluido el diseño tipográfico y de portada—, sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento por escrito del Consejo de Publicaciones UAT

Consejo Editorial del Consejo de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dra. Lourdes Arizpe Slogher

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Amalio Blanco

Universidad Autónoma de Madrid. España

Dra. Rosalba Casas Guerrero

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Francisco Díaz Bretones

Universidad de Granada. España

Dr. Rolando Díaz Lowing

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Manuel Fernández Ríos

Universidad Autónoma de Madrid. España

Dr. Manuel Fernández Navarro

Universidad Autónoma Metropolitana. México

Dra. Juana Juárez Romero

Universidad Autónoma Metropolitana. México

Dr. Manuel Marín Sánchez

Universidad de Sevilla. España

Dr. Cervando Martínez

University of Texas at San Antonio. E.U.A.

Dr. Darío Páez

Universidad del País Vasco. España

Dra. María Cristina Puga Espinosa

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Luis Arturo Rivas Tovar

Instituto Politécnico Nacional. México

Dr. Aroldo Rodríguez

University of California at Fresno. E.U.A.

Dr. José Manuel Valenzuela Arce

Colegio de la Frontera Norte. México

Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. José Manuel Sabucedo Cameselle

Universidad de Santiago de Compostela. España

Dr. Alessandro Soares da Silva

Universidad de São Paulo. Brasil

Dr. Akexandre Dorna

Universidad de CAEN. Francia

Dr. Ismael Vidales Delgado

Universidad Regiomontana. México

Dr. José Francisco Zúñiga García

Universidad de Granada. España

Dr. Bernardo Jiménez

Universidad de Guadalajara. México

Dr. Juan Enrique Marcano Medina

Universidad de Puerto Rico-Humacao

Dra. Ursula Oswald

Universidad Nacional Autónoma de México

Arq. Carlos Mario Yori

Universidad Nacional de Colombia

Arq. Walter Debenedetti

Universidad de Patrimonio. Colonia. Uruguay

Dr. Andrés Piqueras

Universitat Jaume I. Valencia, España

Dr. Yolanda Troyano Rodríguez

Universidad de Sevilla. España

Dra. María Lucero Guzmán Jiménez

Universidad Nacional Autónoma de México

DRA. PATRICIA GONZÁLEZ ALDEA

Universidad Carlos III de Madrid. España

Dr. Marcelo Urra

Revista Latinoamericana de Psicología Social

Dr. Rubén Ardila

Universidad Nacional de Colombia

Dr. Jorge Gissi

Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Julio F. Villegas

Universidad Diego Portales. Chile

Ángel Bonifaz Ezeta

Universidad Nacional Autónoma de México



Índice

Dedicatoria	11
Introducción	13
Capítulo 1. Patch Adams y la diabetes	17
Capítulo 2. El derecho a la educación en diabetes y su aplicación en la sociedad mexicana	27
Capítulo 3. La comunicación y su rol en la capacitación de grupos de pacientes crónicos: el caso de la diabetes mellitus en Tamaulipas	43
Capítulo 4. La radio: instrumento de orientación y capacitación de diabetes	67
Capítulo 5. Las redes sociales: su empleo en temas de salud en población universitaria en México	77
A manera de conclusión	98



Dedicatoria

A David, Daniela y Dafne, con todo mi amor...
A cada uno de nosotros, que vivimos con diabetes...



Introducción

El ser humano desde sus orígenes busca opciones para vivir bien y se esfuerza por conseguirlo. Sus aspectos positivos le permiten presentar diversas formas de progreso en todos los campos donde se desempeña y participa.

Por el contrario, los inconvenientes que se le presentan impiden el avance hacia cualquier forma de satisfacción, pero también podrían ser estímulo para buscar cambios positivos.

Sin embargo, estos aspectos tienden a ser enfrentados de forma participativa con la sociedad que, en mayor o menor número está presente en los mismos.

Cuando el individuo enferma, busca alternativas para su curación. De esta forma, la medicina, a través de los siglos ha buscado las mejores terapias, productos, materiales y formas de intervención para que el ser humano, ahora convertido en paciente, encuentre el bienestar personal que, seguramente, le permitirá provocar estrategias para encontrar su bienestar comunitario.

Probablemente una de las formas más difíciles de enfrentar una enfermedad es el desconocimiento de lo que sucede, lo que acontece y lo que sucederá en caso de seguir –o no– las indicaciones del profesional médico encargado de buscar opciones para recobrar la salud.

Cuando el enfermo y el tratante de la medicina tienen su primer encuentro, resulta determinante una buena entrevista, en el sentido de poder disipar las dudas del médico, quien, a su vez, y en base a la información recabada, propondrá un diagnóstico y posterior tratamiento para que el paciente recobre la salud.

Mentir al médico o al profesional encargado del diagnóstico repercutirá en el paciente, quien tendría un tratamiento inadecuado en relación a sus males.

Y para que este primer contacto tenga éxito y pueda ser la base de una intervención exitosa se requiere el desarrollo de un buen proceso de comunicación, propiciado en primera instancia por los profesionales de la medicina y, en segunda instancia, por el paciente.

En el campo de la medicina preventiva o el seguimiento de problemas crónicos se ha establecido una serie de estrategias encaminadas a orientar a los pacientes y, en algunos casos, a sus familiares acerca de la forma en que se presente determinada enfermedad, su desarrollo, consecuencias, tratamiento, expectativas y todo lo relacionado con su aparición en el individuo hasta su probable cura o su control permanente.

La falta de una buena comunicación propiciará el desapego al tratamiento y, en el paciente, puede provocar la falta de entendimiento de su padecimiento, lo que le llevará, como se ha mencionado antes, a seguir un tratamiento incompleto o inadecuado que con dificultades podrá encontrar buenos resultados.

La comunicación es entonces el instrumento prioritario en ese proceso de enseñanza de las enfermedades y su entorno y consecuencias a los individuos. La falta de un buen canal provocará una falta de comprensión que representará un rotundo fracaso en el tratamiento de los pacientes.

Ésa es la verdadera importancia de una buena comunicación.

El médico y su paciente, el médico y los familiares del paciente, el paciente y sus familiares, los miembros del grupo interdisciplinario y el paciente y sus familiares, y la interacción entre los que capacitarán al paciente sobre cómo sobrellevar su enfermedad serán fundamentales en el proceso de la búsqueda de su bienestar.

De otra forma, ningún tratamiento, por probado y positivo que sea, podrá dar resultado: la participación de ambas partes resulta fundamental, pero el que quien sobrelleva en su persona el padecimiento entienda qué y cómo lo lleva resulta ser el primer paso de un diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico.

Se encuentran a consideración de quien desee, algunas experiencias y vivencias sobre los métodos de comunicación relacionados con la salud, en el entendido de que la presente edición tiene como finalidad ser un instrumento enfocado en aspectos de comunicación, dejando para otros especialistas la manera de enfrentar la o las enfermedades desde el punto de vista médico o de su patología propia.

No pretende ser una guía breve de cómo tratar enfermedades: es una recopilación de vivencias sobre la necesidad de instrumentar una positiva y adecuada comunicación en el ámbito de la salud, destacando la importancia que tiene para los protagonistas de cualquier evento dentro de la medicina saber manejar un mensaje adecuado, transmitirlo y entenderlo.

Hay que señalar que en el ambiente hospitalario y clínico se presentan muchas incongruencias en el seguimiento y tratamientos debido a la falta de comprensión adecuada de la enfermedad, de las consecuencias, de la terapia con medicamentos u otras opciones, o de lo que cada uno tiene que hacer dentro de su rol determinado.

Es por ello que consideramos que la comunicación es la base de un buen tratamiento, avalada, siempre, por el conocimiento de los aspectos de la medicina que un profesional comparte con cada persona que requiere de sus servicios.

Con gusto, la presente obra está dedicada a los comunicadores de la salud, a los profesionales de ésta tan importante área de desarrollo, a los pacientes de cada una de las muchas enfermedades, y a quien desea participar en el bienestar de los demás.

Cd. Victoria, Tamaulipas, abril 29, 2017
Carlos David Santamaría Ochoa, Ph. D.



Capítulo 1

Patch Adams y la diabetes



Originario de Washington, D.C. Estados Unidos, Hunter Doherty Adams, conocido como “Patch” Adams (Washington, D.C. 28 de mayo, 1945), es considerado como el precursor de la “risoterapia”, forma de la medicina moderna adoptada como alternativa de mejoramiento de la salud a través de dinámicas en las que la risa forma parte prioritaria.

Como todo adolescente de su nación y su época, fue objeto de acciones discriminatorias que le convirtieron en blanco de abusadores en la escuela. Según sus biógrafos, era infeliz y se convirtió en una persona con tendencias suicidas. Tuvo tres intentos de arrebatarse la vida en un año, hasta que decide que no se mataría a sí mismo.

La filosofía de Adams en la medicina se basa en el hecho de que “curar puede ser un intercambio de amor, y no una transacción económica”, lo que viene a reforzar aquella idea que Hipócrates tuvo como premisa y se convirtió en la más importante filosofía de la medicina.

En el año de 1971 obtuvo su título de doctor en Medicina en la Universidad Virginia Commonwealth (Colegio Médico de Virginia).

Cuando era estudiante, Adams comenzó a soñar con un sitio en el que los pacientes pudieran acudir para curarse sin tener que pagar; un sitio amistoso, alegre, donde no hubiera temor por encontrarse ahí, en lugar de hacerlo en los hospitales que, según su opinión, que “asustan a muchas personas”.

Algunos biógrafos aseguran que Adams estudió medicina para su empleo como herramienta de cambio social.

Convencido de que una persona no se puede separar de la salud de la familia, la comunidad y el mundo: siempre debe haber una relación íntima en estos ambientes.

Funda en el año de 1972 el Instituto Gesundheit! -del alemán ¡salud!-, con la idea y visión de revolucionar la atención de la salud mediante la sustitución de lo que el instituto considera como la competencia y la avaricia, con la generosidad y la compasión.

Dentro de sus proyectos, el instituto maneja el concepto de “payasos humanitarios”, utilizando el recurso de la risa como elemento integrante de la atención eficaz al enfermo.

Mediante el instituto realiza diversas acciones que tienen como objetivo recabar fondos que les permitan preparar recursos humanos dentro de la medicina, y especialmente en la risoterapia, convencido de los resultados que ésta puede ofrecer.

El doctor Adams cobra inusitada popularidad cuando en el año 1998, el actor Robin Williams interpreta la película titulada “Patch” Adams, donde pone de manifiesto las bondades del tratamiento a base de la risoterapia.

Adams ha trabajado además como conferencista en todo el mundo, recabando fondos que sostienen su proyecto inicial de formación de recursos dentro de la risoterapia.

En el curso “Amor en la atención de la salud: Al paciente con cariño”, ofrecido en el 2010, expresa su opinión sobre la necesidad de amor y compasión en la atención de la salud:

Ninguna escuela enseña que el amor es lo más importante de la vida y ninguna universidad enseña que la compasión es lo fundamental, por lo que aspiro a desarrollar una currícula médica que tenga entre sus prioridades la enseñanza de la compasión.

En aquella ocasión, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, donde impartió su plática, lo nombró Profesor Visitante.

La forma en que Adams desarrolla terapias auxiliares para la curación, podría tener una relación muy interesante dentro del campo de las enfermedades crónico degenerativas, toda vez que, al saberse incurables tienden a afectar al paciente en forma anímica y deprimirlo, al pensar que al día de hoy, y con todos los avances de la ciencia, la enfermedad no desaparecerá de su existencia hasta el último aliento de vida.

Un tratamiento adecuado tiene como premisa fundamental el apego del paciente y la forma en que pueda llevarlo tan estrictamente como sea posible, de ahí la importancia de estar bien convencido de ello.

La experiencia de los profesionales de la medicina en tratamientos a largo plazo es que en forma constante se presentan episodios en los que el paciente presenta retraso en su calidad de vida debido al frecuente “olvido” de su tratamiento o cuidados paliativos que debe considerar en todo momento.

Quien no tiene disciplina para hacer las cosas en forma organizada, debe tener entonces una importante motivación para mantener los procesos adecuados; en el caso de los tratamientos médicos, resulta fundamental que el paciente esté convencido de que debe hacerlo.

En el ámbito clínico, algunos especialistas en endocrinología y medicina interna consignan que el paciente se deprime y abandona el tratamiento. En el caso de los que han sido diagnosticados con diabetes *mellitus* se presentan actitudes como “de todas formas me voy a morir”, o “poco veneno no mata”, haciendo referencia a que si un día no logran establecer controles adecuados de sus niveles de glucosa no puede pasar mucho en su organismo que les pueda afectar.

La constancia en que se presenten estos acontecimientos puede ser la diferencia entre una vida adecuada y una vida donde las complicaciones crónicas hagan su aparición, para destrozarse toda posibilidad de una vida digna y sin interferencias médicas.

Pero, ¿qué es la risoterapia?

La risoterapia se puede definir como una estrategia o técnica psicoterapéutica que tiende a producir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa, aunque no puede considerarse como una terapia, porque por sí misma no cura enfermedades, aunque permite ocasionalmente que se presenten efectos positivos en los pacientes que son sujetos a ella.

En términos generales, se puede decir que consiste en terapias grupales en las que se practican técnicas de interrelación personal, con el objetivo de propiciar que el paciente entre en un estado de ánimo positivo y fluya el recurso de la risa, es decir, fomentar lo que se conoce como risoterapia, mediante el contacto interpersonal, bajo la premisa de que reír en grupo no representa lo mismo que reír solo.

El efecto grupal permite estimular a los que normalmente no acostumbran a reír.

Yoga de la Risa

Es justo considerar que la risoterapia no nace en el siglo pasado, y que existen antecedentes del uso de este recurso humano como parte de una forma de enfrentar problemas físicos y clínicos para buscar la mejoría.

En torno a esta estrategia de la risoterapia se han desarrollado otras como el Yoga de la Risa o Laughter Yoga, concepto que adquiere gran popularidad y que fue desarrollado en 1995 por el doctor Madan Kataria, médico de la India, y fundamenta su práctica en la risa, considerada para él como “la mejor medicina”.

A través de los llamados “Clubes de la Risa” maneja terapias donde ésta se convierte en elemento fundamental para llegar a la cura. Hoy en día existen más de 5 mil clubes en más de 50 países.

Durante la práctica de este tipo de Yoga, la risa se inicia mediante un ejercicio grupal, hasta convertirse en risa real y contagiosa, gracias al contacto visual y el cultivo -fundamental- de una actitud infantil y juguetona.

Su nombre deriva de la combinación de ejercicios de respiración del Yoga con ejercicios de risa, con el fundamento de que ya sea que riamos de verdad o se simule la risa, el cuerpo no reconoce la diferencia entre la risa real y la simulada, obteniendo así beneficios fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, gracias a la secreción por parte del cerebro de endorfinas y otros químicos considerados “de bienestar”, que se liberan durante el acto de reír.

Richard Mulcaster recomendaba la risa como ejercicio, antecedente de esta forma de apoyo para la curación, en el siglo XVI; en aquel entonces, el clérigo y erudito inglés Robert Burton la proponía ya como método terapéutico. Decía el filósofo alemán Immanuel Kant que era la risa “un fenómeno psicosomático”.

Freud atribuía a las carcajadas el poder de liberación de energía negativa de nuestro organismo; decía que esa catarsis nos permitiría vivir mejor. William Mc Dougall, profesor de psicología en Harvard, sostiene que

la función biológica de la risa es ayudar a mantener el bienestar y la salud psicológica.

Existe todo un movimiento en el mundo acerca del Yoga de la Risa y sus formas de práctica que, finalmente, procuran el objetivo de una terapia médica: la recuperación de la salud.

Se reconocen otros tipos de terapia similares en la actualidad.

Aprender Jugando: Baden Powell

Años antes, en Gran Bretaña nació el llamado Movimiento Scout, fundado por Lord Robert Stephenson Smith, conocido en el mundo como Baden Powell of Gillwell, (Londres, 1857) y que tiene una estrecha relación con los métodos de transmisión del conocimiento a través de formas poco comunes.

Militar británico, quien además fue actor, pintor, músico, militar, escultor y escritor, concibió la idea de formar un grupo de adiestramiento tipo militar en niños y adolescentes, por lo que dio forma al movimiento Scout. Publicó un libro titulado “Escultismo para Muchachos”, que fue motivo de inspiración para jóvenes británicos para formar patrullas y tropas, formando lo que se conoce hoy en día como movimiento Scout.

De Baden Powell existen testimonios en todo el mundo, ya que se dedicó durante los últimos años de su existencia a la formación de grupos de Scouts en el orbe. Llevó a cabo campamentos de tipo local, nacional e internacional, en los que se pretendía establecer una perfecta comunicación y convivencia entre jóvenes de todos los países con un mismo objetivo: el escultismo, cuya filosofía siempre fue el bastarse a uno mismo y ser autosuficiente, aprendiendo en forma de juego todas las rutinas y disciplinas necesarias para ello.

El método de aprendizaje de las artes de supervivencia militar fue desarrollado por este militar británico bajo el sistema que desarrolló y denominó “aprender jugando”, de forma que los muchachos participantes pudieran encontrar la lógica a las enseñanzas de actividades como caballería, campismo, orientación, astronomía, primeros auxilios y otras más, destacando también las de orden físico como atleta, saltador y más

actividades. El objetivo: formar jóvenes capaces de ser autosuficientes, con el adiestramiento mínimo necesario que les permita subsistir en cualquier ambiente.

El escultismo fue un éxito y se multiplicó en todo el mundo. Hoy en día existen scouts en grupos varoniles, femeniles y mixtos y ha sufrido transformaciones importantes de acuerdo a la época que se vive y las formas en que el desarrollo se presenta.

El mensaje inscrito en la tumba de Baden Powell reza: “Intentad dejar este mundo en mejores condiciones de cómo lo encontrasteis”, resumiendo uno de los objetivos a lograr en los jóvenes a través del escultismo.

Distintos caminos: un objetivo

Dos formas de aprender y de apegarse a lo enseñado: la risa y el juego.

La estrecha relación entre la forma de Adams, Kataria y Baden Powell sustenta un sistema de aprendizaje que lleva a conseguir un objetivo: dominar determinada actividad y sentirse bien al desarrollarla. Llevarla hasta el final de acuerdo a lo enseñado.

Para que una persona pueda entender a la perfección una disciplina, técnica, materia o rutina, debe asimilar todos los pasos que se refieren a la misma, de ahí la importancia de que la transmisión del conocimiento debe ser comprensible, y para ello, las estrategias que se pueden y deben emplear no tienen límite.

Seguramente cuando Adams llegó por vez primera con su roja nariz a una institución hospitalaria hubo quien pensó que habría perdido la razón, y que nada tenía que hacer en una sala donde algunas personas luchaban por sobreponerse o por la vida misma.

El estado de ánimo que inyectó -y ha inyectado desde entonces- Adams ha sido documentado como exitoso, de ahí que la risoterapia se mire en el ambiente médico con toda la seriedad que es posible.

Y el método de aprender jugando lleva a una serie de reflexiones que transportan, a quien se encarga de capacitar, a la búsqueda de opciones agradables y dinámicas, para que los que reciben el aprendizaje no lo olviden o lo puedan practicar de la mejor manera posible.

Un tratamiento se debe llevar a cabo en forma obligada, y qué mejor que convencer, a través de una carcajada o una diversión a al paciente de que tiene que seguir los pasos al pie de la letra.

Esta forma de abordaje al paciente se populariza y, en algunos países se lleva a cabo en forma experimental, procurando ofrecer al paciente una alternativa de curación basada en un cambio determinante en su estado de ánimo, con el convencimiento de que cuando un enfermo tiene una distinta actitud, los resultados pueden variar radicalmente.

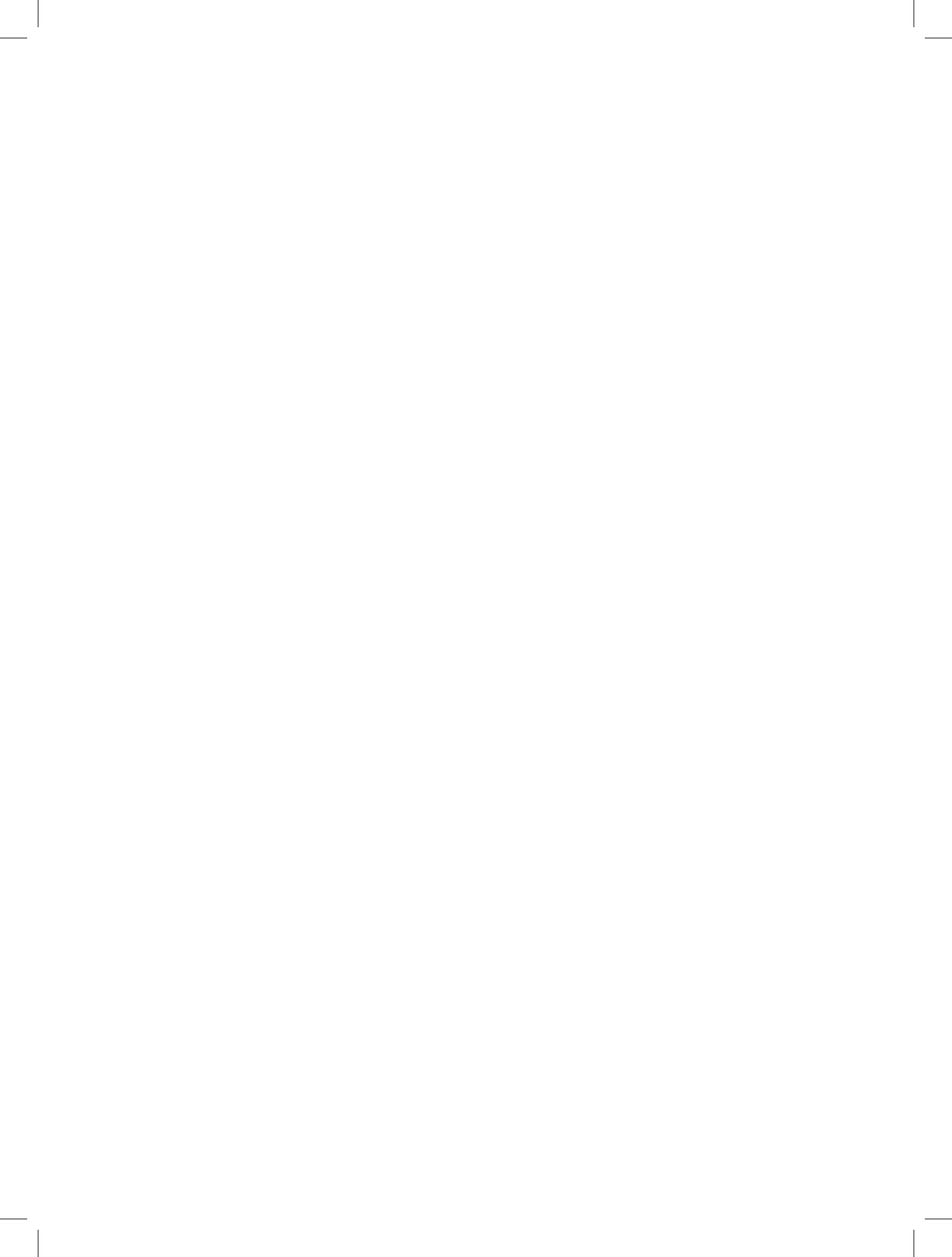
Desde el punto de vista de la comunicación, la risa o el juego se convierten en el medio por el cual el mensaje (instrucción, tratamiento, descripción), puede llegar a ser comprendido por el interlocutor (receptor) de forma más clara, precisa y sencilla, logrando una mejor comprensión y, por consiguiente, obtener mejor apego a éstas instrucciones que le permitirán tener una mejor calidad de vida al recuperar la salud perdida.

De ahí la importancia de encontrar los mecanismos adecuados que permitan a quien tiene problemas con su salud, encontrar la manera de recibir la instrucción necesaria, en el tiempo adecuado, para poder hacer frente a todo tipo de aspectos relacionados con su enfermedad, en una forma tal que no existan dudas acerca de lo que tiene que desarrollar o practicar.

Es la risa, el juego o cualquier otra actividad un instrumento que ha mostrado positivos resultados para capacitarnos sobre nuestras dolencias y limitaciones físicas.

De ahí la importancia de estas técnicas, aunque para ello se requiere de procesos comunicativos eficientes, completos y sencillos, que puedan llegar y cumplir con el objetivo para el que han sido considerados.

La finalidad de la comunicación interpersonal es el logro de aprendizaje de estrategias para obtener la salud.



Capítulo 2

**El derecho a la educación en
diabetes y su aplicación
en la sociedad mexicana**



Desde siempre, el ser humano ha procurado sobrevivir cubriendo una serie de satisfactores básicos para su desarrollo. Entre éstos, se encuentran el alimentarse y vivir dignamente, para emprender a través de lo indispensable, la búsqueda de mejores condiciones de vida.

Es por ello que, en los ámbitos sociales donde participa el individuo se privilegia el que tenga derecho a llevar a cabo éstas y otras actividades más. Los países del mundo se rigen actualmente por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, documento que marca un hito en la historia de los derechos humanos.

Este documento fue elaborado por representantes de todas las regiones del mundo, interviniendo criterios jurídicos y culturales. La misma fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, Francia, el 10 de diciembre de 1948, mediante la Resolución 217 A (III) como un ideal común para todos los pueblos y naciones.

En la declaración se establece, por vez primera, los derechos fundamentales que deben observarse y protegerse en el mundo entero. Actualmente ha sido traducida a más de 500 idiomas y lenguas.

Dentro de los derechos universales, en su artículo 25 refiere que:

- (1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- (2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Como parte de la comunidad internacional, México forma parte del grupo de países que participaron en la elaboración de esta Declaración Universal e incluye en sus postulados temas dedicados a la protección de los derechos de las personas.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos considera, dentro del capítulo I de su primer título los derechos de todo ciudadano mexicano.

Garantizado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la educación se circunscribe a una instrucción formal, académica, sin embargo, no se involucra legalmente en uno de los más importantes privilegios que debe tener el ser humano: el derecho a la salud. La misma Carta Magna consagra éste como uno de sus principales beneficios para los mexicanos, aunque en la práctica, el derecho a la educación en salud no está legislado: se proporciona en forma indiscriminada en instituciones de salud públicas y privadas, sin que existan factores de medición del mismo ni garantía de que todos los pacientes que requieren instrucción básica puedan obtener la capacitación necesaria, que les permita acceder a un nivel de vida decoroso. Nada obliga al paciente a acudir, aunque ya el Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido, dentro de sus políticas, la obligatoriedad de acudir, tanto a la realización de análisis de laboratorio como a reuniones de clubes de autoayuda para poder optar por la consulta con el médico familiar que llevará el tratamiento de enfermedades como hipertensión arterial o diabetes *mellitus*. O en su caso, el seguimiento que se hace a las mujeres embarazadas, a quienes se les establece como requisito para recibir la constancia de nacimiento de su bebé, acudir al programa de pláticas, para tener un mejor control de su embarazo.

Las instituciones de salud en México tienen dentro de su estructura programas tendientes a capacitar a sus pacientes, tanto en la administración pública como en la práctica privada, de ahí la importancia de que se pueda hacer efectivo el cumplimiento de dos derechos consagrados en la máxima ley mexicana, y que se refieren a la educación, y a la salud, resultando fundamental el hecho de que a los usuarios del sistema público de salud se les pueda entrenar para hacer frente a enfermedades que se constituyen

como los principales factores de riesgo y defunciones, entre ellas, la diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, cáncer y otros padecimientos más.

Las estadísticas conservadoras aseguran que en México cerca del 10 por ciento de personas mayores de 25 años padece diabetes *mellitus*, aunque un importante grupo que puede oscilar en el 30 o 40 por ciento no sabe que la tiene, es decir, no están diagnosticados, por lo que siguen llevando un estilo de vida poco saludable con los riesgos que ello implica: complicaciones crónicas y agudas, incapacidad temporal o permanente e inclusive la muerte son solamente algunas de las consecuencias por no asumir el papel de pacientes y seguir indicaciones que, por supuesto, no se han proporcionado a tiempo.

El sector sanitario en México gasta millones de pesos en medicina preventiva y curativa para hacer frente al número de pacientes de enfermedades crónico degenerativas, siendo la diabetes la segunda causa de muerte (INEGI, 2015).

Hoy, las estadísticas indican que las enfermedades crónico degenerativas siguen incrementando su número de casos y defunciones.

En diversas épocas y administraciones, funcionarios del sector salud han señalado la necesidad de proporcionar una adecuada instrucción a los pacientes que son diagnosticados con problemas atribuibles a estas primeras causas de muerte, para poder administrar mejor los costos que implica la atención en segundo y tercer nivel de enfermos complicados, cuya estancia hospitalaria se extiende en ocasiones por semanas, ocasionando gastos que podrían haber sido innecesarios, de haber contado con la educación para el paciente, así como de haber dado seguimiento puntual a estos enfermos.

Ante tal panorama epidemiológico y las expectativas a futuro, se plantea como una alternativa viable la instrumentación de políticas obligatorias en materia de educación en salud en todos los niveles de atención, amparado lo anterior en el cumplimiento estricto de los derechos que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a cada uno de los ciudadanos de esta nación.

Una correcta interpretación de la Constitución Mexicana, de la Ley General de Salud, y otros ordenamientos legales podría garantizar el derecho a la educación en salud, propiciando un importante ahorro en los costes sanitarios, aunque más importante aún, una disminución considerable en los fallecimientos por falta de atención y seguimiento, al ejercer el propio paciente la tutela de sus enfermedades.

Hablar de educación no es sencillo: etimológicamente, el término tiene dos significados: *educare*, que significa “conducir”, llevar a un hombre de un estado a otro, y *educere*, que significa “extraer”, sacar algo de dentro del hombre.

Esta noción etimológica revela dos notas de la educación: por un lado, un movimiento, un proceso y, por otro, tiene en cuenta una interioridad a partir de la cual van a brotar esos hábitos o esas formas de vivir que determinan o posibilitan que se diga que una persona “está educada”.

Podríamos pensar que la educación significa, entonces, una modificación del Hombre, un desenvolvimiento de las posibilidades del ser. No tendría sentido tal modificación si no implicara una mejora. Por lo anterior, podemos asumir que toda educación significa un aprendizaje rumbo a la perfección. Sin embargo, no toda perfección es educación, ya que existe en el hombre una perfección que surge de una evolución espontánea del ser.

En el diccionario de la Real Academia Española se define el término educación como “*crianza y doctrina que se da a los niños y jóvenes*”. No es muy clara la definición probablemente cuando se trata de buscar la explicación del por qué debe manejarse el concepto de educación en salud, propiciando con ello tener clara la idea de lo que se necesita para no perder o para recuperar la salud.

La educación constituye el recurso fundamental del individuo para aprender, para desarrollarse y para poder hacer frente a cualquier circunstancia.

En su título primero, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos expone, dentro del contenido del Título primero, capítulo I, el argumento referente a los derechos humanos y sus garantías. Sobre el derecho a la educación, el artículo tercero señala lo siguiente:

Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El estado -Federación, estados, Distrito Federal y municipios-, impartirá educación preescolar, primaria,

secundaria y media superior. La educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica; esta y la media superior serán obligatorias.

La educación que imparta el estado tenderá a desarrollar armónicamente, todas las facultades del ser humano y fomentara en él, a la vez, el amor a la patria, el respeto a los derechos humanos y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia.

I. Garantizada por el artículo 24 la libertad de creencias, dicha educación será laica y, por tanto, se mantendrá por completo ajena a cualquier doctrina religiosa;

II. El criterio que orientará a esa educación se basará en los resultados del progreso científico, luchará contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios, además:

a) Será democrático, considerando a la democracia no solamente como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo.

b) Será nacional, en cuanto -sin hostilidades ni exclusivismos- atenderá a la comprensión de nuestros problemas, al aprovechamiento de nuestros recursos, a la defensa de nuestra independencia política, al aseguramiento de nuestra independencia económica y a la continuidad y acrecentamiento de nuestra cultura, y:

c) Contribuirá a la mejor convivencia humana, a fin de fortalecer el aprecio y respeto por la diversidad cultural, la dignidad de la persona, la integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos.

III. Para dar pleno cumplimiento a lo dispuesto en el segundo párrafo y en la fracción II, el ejecutivo federal determinará los planes y programas de estudio de la educación preescolar, primaria, secundaria y normal para toda la República. para tales efectos, el ejecutivo federal considerará la opinión de los gobiernos de las entidades federativas y del Distrito Federal, así como de los diversos sectores sociales involucrados en la educación, en los términos que la ley señale.

IV. Toda la educación que el estado imparta será gratuita.

V. Además de impartir la educación preescolar, primaria, secundaria y media superior, señaladas en el primer párrafo, el estado promoverá y atenderá todos los tipos y modalidades educativos -incluyendo la educación inicial y a la educación superior- necesarios para el desarrollo de la nación, apoyará la investigación científica y tecnológica, y alentará el fortalecimiento y difusión de nuestra cultura.

VI. Los particulares podrán impartir educación en todos sus tipos y modalidades. En los términos que establezca la ley, el Estado otorgará y retirará el reconocimiento de validez oficial a los estudios que se realicen en planteles particulares. en el caso de la educación preescolar, primaria, secundaria y normal, los particulares deberán:

a) Impartir la educación con apego a los mismos fines y criterios que establecen el segundo párrafo y la fracción II, así como cumplir los planes y programas a que se refiere la fracción III, y

b) Obtener previamente, en cada caso, la autorización expresa del poder público, en los términos que establezca la ley.

VII. Las universidades y las demás instituciones de educación superior a las que la ley otorgue autonomía, tendrán la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas; realizarán sus fines de educar, investigar y difundir la cultura de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra e investigación y de libre examen y discusión de las ideas; determinarán sus planes y programas; fijarán los términos de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico; y administrarán su patrimonio. Las relaciones laborales, tanto del personal académico como del administrativo, se normarán por el apartado a del artículo 123 de esta constitución, en los términos y con las modalidades que establezca la ley federal del trabajo conforme a las características propias de un trabajo especial, de manera que concuerden con la autonomía, la libertad de cátedra e investigación y los fines de las instituciones a que esta fracción se refiere, y

VIII. El Congreso de la Unión, con el fin de unificar y coordinar la educación en toda la República, expedirá las leyes necesarias, destinadas a distribuir la función social educativa entre la Federación, los estados y los municipios, a fijar las aportaciones económicas correspondientes a ese

servicio público y a señalar las sanciones aplicables a los funcionarios que no cumplan o no hagan cumplir las disposiciones relativas, lo mismo que a todos aquellos que las infrinjan.

Una sociedad sin educación frena su desarrollo; una sociedad que no goza de cabal salud, no puede, tampoco, incorporarse a las exigencias de hoy en día.

Definición de salud

Respecto al concepto de salud, hay que recordar que la Organización Mundial de la Salud, en su Carta Fundacional que data de 1948, define la salud como ...un estado completo de bienestar físico, mental y social y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económica y social. La salud de todos los pueblos es una condición económica y social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos.

Vallejo-Nájera (1999) define la salud como *“el estado subjetivo de equilibrio social del individuo en la comunidad, lo que le permite sentirse suficientemente integrado en ella, al no apreciar ninguna alteración física o mental o social, de minusvalía, ni ser rechazado ni separado por aquella”*.

El Diccionario de la Real Academia Española la define como *“estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones.”*

La salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano. Sobre éste, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos recuerda en su artículo 4º del mismo capítulo y título, que expone diversos motivos de salud:

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia”.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá

la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley.

También expone que:

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

El estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Conociendo los conceptos de educación y salud, habrá que establecer el hecho de que los individuos tenemos derecho a la segunda, y para lograrlo, hemos de ser sujetos a la capacitación necesaria, de ahí la importancia de establecer qué es y cómo se lleva a cabo la educación en salud.

Por educación en salud podríamos decir que se refiere al hecho de otorgar a los ciudadanos la información adecuada, a través de los canales necesarios, para poder preservar la salud y, en caso de la pérdida de ésta, encontrar los conocimientos que nos permitan recuperarla. La Ley General de Salud en México en el título tercero artículo 27 señala que la educación para la salud es un servicio básico para el efecto del derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Salud para México, en el título séptimo se refiere a la promoción a la salud; el capítulo II expone en sus artículos 112 y 113 lo referente al derecho a la educación para la salud:

Artículo 112:

La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 113

La Secretaria de Salud, en coordinación con la Secretaria de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

A la par con nuestros ordenamientos federales, existen leyes en cada una de las 32 entidades federativas referentes a la materia. Se adaptan al texto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, siendo éstos los lineamientos máximos con que contamos.

Dentro de las principales causas de mortalidad en nuestro país, se ubican las enfermedades crónico degenerativas dentro de las que más incidencia presentan. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática -INEGI- publicaba en 2007, los resultados de sus trabajos de investigación, asegurando que en nuestro país se registraron 514 420 defunciones, de las cuales, ocurrieron 87 185 por enfermedades del corazón, 70 517 por diabetes *mellitus* y 65 112 por tumores malignos. De las tres

principales causas, se puede observar que las dos primeras son causal de enfermedades crónico degenerativas. En el caso de las enfermedades del corazón, el registro sanitario refiere que un gran porcentaje de éstas tiene relación directa con la hipertensión arterial. Cabe señalar que la segunda causa de mortalidad –diabetes *mellitus* - se ubica como una de las principales preocupaciones a nivel mundial de organismos sanitarios, por su elevado crecimiento registrado en los últimos años.

Para la Federación Internacional de Diabetes -IDF, por sus siglas en inglés- se calcula que 366 millones de personas tenían diabetes en el año 2011; para el año 2030 la cifra habrá aumentado hasta alcanzar 552 millones de personas en el mundo. El número de personas diagnosticadas con diabetes tipo 2 ha crecido en todo el mundo, y el 80 por ciento de las personas con esta enfermedad viven en países de ingresos medios y bajos.

Alarmante resulta el saber que hay unos 183 millones de personas con diabetes sin diagnosticar en el planeta; la mayoría de los ya diagnosticados se encuentra en el rango de edad de 40 a 59 años.

4.6 millones de personas murieron en el 2011 por causa de la diabetes, y esta enfermedad ha originado alrededor de 465 mil millones de dólares de gasto sanitario, así como el 11 por ciento de los gastos totales de sanidad en adultos de 20 a 79 años .

La IDF considera que en ese mismo año se ha gastado en cada persona con diabetes, en tratamiento y control de la enfermedad, un promedio de 1 274 dólares; los gastos sanitarios por esta enfermedad no están distribuidos en forma uniforme entre los grupos de edad, siendo que el de personas entre 50 y 79 años ha ocupado el 75 por ciento del gasto total.

Oficialmente se manejó la cifra de 10.3 millones de mexicanos diagnosticados con diabetes *mellitus* al cierre del año 2011, según el mismo documento que publicó la IDF y se encuentra disponible para todo el mundo.

En México, la Secretaría de Salud reportó ese mismo año, 538 mil 288 fallecimientos, de los cuales, el 14 por ciento, es decir, 75 572 fueron por causa de la diabetes *mellitus* ; como segunda causa aparecen las enfermedades isquémicas del corazón, con 59 mil 579, que representa el 11.1 por ciento,

y como tercera causa, las enfermedades cerebrovasculares, con 30 212, que significa el 5.6 por ciento del total.

En los últimos diez años, la diabetes *mellitus* se ha constituido como la principal causa de muertes en México. Aunado a esto podemos considerar lo señalado por el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, donde claramente se vislumbra el panorama con respecto a la capacidad de las instituciones de salud:

En ese mismo año de 2011, México contaba con 4 203 hospitales, de los cuales 1 121 eran públicos y 3 082, privados. El sector público contaba con un promedio de 0.74 camas por cada mil habitantes, inferior al valor sugerido por la Organización Mundial de la Salud, que es de una cama por cada mil habitantes. Las instituciones de seguridad social tienen una tasa de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

Claramente, en nuestro país aún existe un significativo déficit de camas hospitalarias por cada mil habitantes, pese a que se han cristalizado esfuerzos por elevar el número de camas por habitantes en la geografía nacional.

En el orden más general de la vida social, el acceso a servicios de salud no alcanza aún a toda la población, y pagar por servicios privados resulta muy difícil para la mayoría. Entre 2000 y 2005 se apreció una disminución de la población no derechohabiente debido, principalmente, a la elevada afiliación al Seguro Popular, que es un seguro médico voluntario dirigido a evitar el empobrecimiento de las familias por gastos emergentes de salud.

Lo anterior denota la importancia de la educación en salud, para que cada vez más los ciudadanos tengan la oportunidad de vivenciar la medicina preventiva, ejerciendo un derecho que efectivamente les permita disminuir los factores de riesgo para su salud.

Según la Encuesta Nacional de Gasto en Salud -ENAGAS-, en el año de 2008 cada paciente gastó en promedio 1 089 pesos mensuales en su tratamiento de diabetes, a pesar de que la mayoría de la población cuenta con servicios médico asistenciales, proporcionados por instituciones públicas.

Educación en salud: una urgente necesidad

Para cambiar el panorama epidemiológico en México es necesario sustituir la forma de otorgar servicios de medicina preventiva y educación en salud. Por experiencias de años anteriores con base en resultados (INEGI, 2010), por el incremento año con año de los casos y defunciones de diabetes se desprende la conclusión de que no están funcionando las estrategias que se llevan a cabo, por lo que se plantea la posibilidad de instrumentar una ley que establezca la obligatoriedad en el paciente, a la educación en salud, y a las instituciones del sector sanitario nacional a otorgar la capacitación conducente a este modo de medicina: la medicina preventiva, con el convencimiento de que es la forma más económica de hacer frente a una enfermedad traumatizante, desgastante y costosa.

Se considera prioritaria la utilización de técnicas de comunicación empleadas conjuntamente con términos y estrategias que el sector salud ha considerado pertinentes. Es por ello que, a través de una adecuada capacitación, se puede lograr la conformación de educadores en salud capaces de enfrentar los retos que implica la capacitación grupal, dominando por una parte los términos propios de la enfermedad, en este caso, la diabetes *mellitus*, y por otra parte, las técnicas de comunicación a emplear dentro de una dinámica de grupo o personal en caso necesario, que nos permita garantizar el éxito de estos esfuerzos. Entre éstas, podemos considerar el desarrollo de técnicas de comunicación interpersonal, comunicación intercultural, comunicación de grupos, comunicación abierta, y otras más.

Deberá considerarse en la mencionada ley un mecanismo de control y evaluación que permita medir los alcances y metas del programa, con el objetivo de poder hacer evaluaciones periódicas, temporales y finales, y en caso necesario, hacer los ajustes competentes.

Aunque no se tiene un importe exacto, de todos es sabido que las incapacidades que provoca la diabetes *mellitus* impactan significativamente en la economía de las familias mexicanas, ya que una discapacidad permanente o temporal significa el dejar de laborar con sus consiguiente falta de ingreso, además del probable pago de insumos médicos o personal de apoyo, que multiplican los costes tanto de la familia donde radica el

paciente diagnosticado, como en las instituciones de salud que prestan el servicio correspondiente.

Bajo la premisa de que no es prudente el pago de servicios médicos que pueden evitarse con medidas que, se ha comprobado, son poco costosas, suponemos que los sistemas sanitarios mexicanos tendrán que cambiar su idea de la medicina preventiva, involucrar a ciudadanos para capacitar a los pacientes, ofrecerles y proporcionarles la instrucción adecuada, y entonces podremos pensar que se ha dado el más importante paso del sector salud en nuestro país: conformar equipos de capacitación ciudadanizados, aunque con la tutela de los expertos en salud, ya que el dinero que deje de emplearse para el pago de incapacidades, seguros por defunción, consultas de segundo y tercero niveles, podrán invertirse en rubros como investigación y desarrollo científico, que nos permitirán contar con una población con más elevados índices de bienestar, objetivo principal de la Carta Magna de nuestro país en su apartado de Garantías Individuales.

La educación en salud no debe considerarse como una estrategia más de salud, sino como uno de los grandes derechos de cada ciudadano, y es deber del Estado otorgar la información necesaria para que, conjuntamente, podamos aspirar a un país con mejores indicadores de morbilidad y mortalidad.



Capítulo 3

**La comunicación y su rol en la capacitación
de grupos de pacientes crónicos: el caso
de la diabetes mellitus en Tamaulipas**



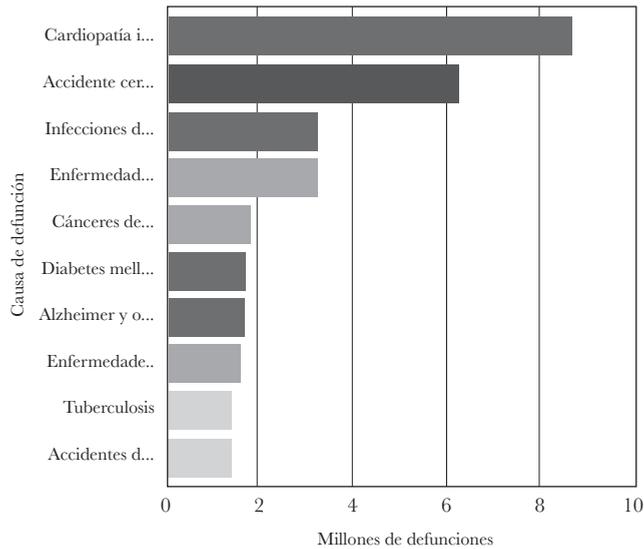
El acelerado cambio tecnológico que hemos vivido en las últimas décadas ha tenido consecuencias en el mundo entero; la salud ha experimentado repercusiones directas, al cambiar la manera de abordar y tratar enfermedades y epidemias, de curar y enfrentar la manera de solventar la recuperación de la salud.

Si tuviéramos oportunidad de hacer una revisión cronológica nos daríamos cuenta que hoy en día las enfermedades han sufrido alteraciones importantes: unas, han cambiado su conformación y se han hecho más resistentes a los medicamentos, lo que propicia que se desarrollen otros más efectivos; en otros casos, la estructura genética de los virus ha sufrido transformaciones significativas y ha generado el que se consideren nuevos padecimientos y, por consiguiente, otras formas de abordar políticas sanitarias con el objetivo de recuperar la salud.

Es importante recordar que hace un siglo, los fallecimientos ocurrían por padecimientos ajenos a nuestro actual estilo de vida: la gente moría por causas distintas a las que hoy ocupan las estadísticas en general, producto de la falta de medicamentos adecuados o del conocimiento que hoy en día tenemos y que, a través de políticas de impacto ha permitido que cambie la prevalencia: en este tiempo es difícil encontrar el registro de un fallecimiento por varicela, poliomielitis o alguna otra enfermedad que antes era prácticamente terminal: ahora morimos por otras causas.

El panorama epidemiológico en el mundo ha tenido cambios radicales; el más importante, quizá, es el referente a la generación que nos toca vivir y que tiene como principales afecciones las relacionadas a enfermedades crónico-degenerativas, cardiopatías, accidentes cerebro vasculares, hipertensión arterial y diabetes *mellitus*, a las que se atribuye la mayor cantidad de muertes, no en México, sino en el mundo entero.

Las 10 principales causas de defunción en el mundo en 2015



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2016)

Todavía hace poco tiempo se pensaba que estas enfermedades eran exclusivas de los grupos de edad avanzada: hoy las cifras indican que se diagnostican en personas a partir de los 4 años de edad. Dejaron de ser enfermedades consideradas “de adultos mayores” para convertirse en padecimientos generalizados.

Se atribuyen, entre otros factores de riesgo, los asociados con la nueva forma de vida del milenio: sedentarismo, sobrepeso y obesidad.

Durante los primeros años del nuevo milenio, se estimaba que el avance de este tipo de padecimientos ocasionó, en el caso de la diabetes *mellitus*, 14 de cada 100 fallecimientos (SSA, 2015), y si observamos los datos que ofrece la Organización Mundial de la Salud o la Federación Internacional de Diabetes -IDF, por sus siglas en inglés- sobre las expectativas de crecimiento, resulta alarmante el hecho de saber que contamos con enfermedades que despiertan con una inusitada fuerza, y que, de no llevar a cabo acciones adecuadas, serán las principales causas de muerte en el mundo.

El cambio en las causas de mortalidad ha dado un giro radical en las últimas décadas. Solo en México, en 1922 la principal causa de muerte era

Neumonía e Influenza; para 1930 y hasta 1960, la principal causa se relacionaba con enfermedades gastrointestinales.

En el año de 1970 fueron las neumonías y la influenza las causas de muerte, hasta que en la década de 1980 los accidentes registraron el mayor número de decesos.

Diez años más tarde, las enfermedades del corazón fueron la principal causa, hasta que, a partir del año 2000 ha sido la diabetes la causa de fallecimientos en mayor número en la población mexicana.

Es precisamente en el nuevo siglo donde se registra un incremento significativo en casos de diabetes *mellitus*, hipertensión arterial y problemas cardiovasculares, lo que se atribuye al estilo de vida que se ha adoptado en casi todo el mundo, cuya base es el sedentarismo y la inadecuada alimentación, que lleva irremediamente a padecer problemas de sobrepeso y obesidad, responsables directos del desencadenamiento de otras enfermedades.

El nuevo estilo de vida tiene una repercusión directa en las causas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero.

Principales causas de mortalidad en México 1922 – 2005 (Compendio histórico de estadísticas vitales DGEI-SSA)

Año	Principales Causas
1922	Neumonía, Influenza
1930	Diarreas, Enteritis
1940	Diarreas, Enteritis
1950	Gastroenteritis, Colitis
1960	Gastroenteritis, Colitis
1970	Neumonía, Influenza
1980	Accidentes
1990	Enfermedades del corazón
2000	Diabetes <i>mellitus</i>
2005	Diabetes <i>mellitus</i>

Fuente: Elaboración propia

Como consecuencia de este cambio, los gobiernos de distintos países han desarrollado estrategias tendientes a detener la pandemia que ha amenazado durante las últimas décadas a la población adulta, aunque conforme avanza el tiempo, se presentan más casos de menores afectados, y podría convertirse también en un tema recurrente y de alarma.

Está comprobado por un sinnúmero de estudios e investigaciones que la participación social es determinante para garantizar el éxito de cualquier programa sanitario: si no existe una respuesta social a los esfuerzos que se realizan, inútil resulta proseguir con esas estrategias o acciones. La población fortalece las políticas sanitarias, las hace... las lleva al éxito o al fracaso.

Mortalidad en el mundo, 2015

Causa	Defunciones (Millones)
Cardiopatía isquémica	8.76
Accidentes cerebrovasculares	6.26
Infecciones vías respiratorias	3.19
Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica	3.17
Cáncer (tráquea, bronquios, pulmón)	1.69
Diabetes <i>mellitus</i>	1.59
Alzheimer y otras demencias	1.54
Enfermedades diarreicas	1.39
Tuberculosis	1.37
Accidentes de tránsito	1.34

Fuente: Elaboración propia (Datos: OMS, 2016)

No puede pensarse que el médico más prestigiado tenga un paciente con éxito en su tratamiento si el atendido, no asume su responsabilidad y lleva a cabo el tratamiento tal y como se indica, con las recomendaciones pertinentes.

En los primeros años del siglo que nos ocupa, la Secretaría de Salud en México estableció programas denominados de “Ayuda Mutua”, en los

que se busca, principalmente, que a través de una orientación adecuada y el intercambio de experiencias, el paciente pueda superar las crisis que se presentan en el desarrollo de enfermedades, a la fecha, incurables, pero que tienen una forma de controlarse, evitando daños significativos.

El éxito de los programas sanitarios oficiales se basa en la aceptación comunitaria y la manera en que las personas puedan comprender la utilidad de lo que ahí se les expone. De otra forma, estaremos hablando de esfuerzos humanos y materiales que no tienen un resultado tangible, es decir, poco prácticos.

Es muy importante señalar que, en el caso de la diabetes *mellitus*, las cifras ubican a poco más del 50 por ciento de los afectados en edades que superan el medio siglo de existencia, lo que dificulta aún más el esfuerzo por cambiar rutinas, costumbres o hábitos que son, algunos, generados desde la infancia y por la misma circunstancia son difíciles de erradicar.

A pesar de los muchos recursos tecnológicos con que se cuenta, las instituciones sanitarias mundiales siguen apostando al tratamiento basado en el contacto físico entre los pacientes y quienes les deben apoyar: el equipo sanitario, auxiliares, instructores y comunicadores o facilitadores especializados en temas de esta naturaleza.

Y surge la figura del capacitador de la salud. Para algunos médicos, el principal obstáculo que existe entre ellos y los pacientes es que los primeros olvidan que sus interlocutores no poseen los conocimientos de medicina que ellos, y se presenta un obstáculo en el lenguaje que se utiliza: la barrera de la terminología muchas veces propicia la falta de confianza del paciente y el consecuente abandono del tratamiento, en detrimento de ellos mismos, y que impacta las estadísticas sanitarias de los países.

La diabetes *mellitus* se ha convertido en México y varios países del mundo en una amenaza para la sociedad: los múltiples factores de riesgo existentes para considerar un diagnóstico de esta naturaleza le hacen convertirse en uno de los enemigos a vencer por la ciencia médica: la diversidad de éstos y los últimos estudios que revelan que no es una enfermedad propia de adultos mayores, sino de cualquier individuo le ubican en un sitio difícil dentro del panorama epidemiológico mundial.

Es la diabetes *mellitus* una de las enfermedades que más se ha propagado en el mundo moderno, por razones que tienen diversos orígenes; la nueva forma de vida propicia que existan factores propicios para su aparición. En el mundo entero ha habido un incremento alarmante según la Organización Mundial de la Salud y los datos estadísticos de países del orbe.

Siendo una enfermedad incurable, se puede controlar en su totalidad, para lo que se requiere de un adecuado autocuidado, mismo que requiere de una capacitación básica.

Es en el ámbito sanitario donde existen barreras comunicativas tales como el manejo de términos no comprensibles para la población que no tiene formación médica, propiciando que tanto pacientes como sus familiares no tengan la información adecuada y no se lleve un adecuado cuidado y control de la misma, lo que podría evitar la aparición de complicaciones crónicas tales como ceguera, amputaciones y daños renales, entre muchos otros problemas de salud.

Por lo anterior, se considera a la comunicación eficaz como la principal herramienta que debe privilegiarse en este sentido, para lograr un cambio en la comunidad de cada entidad y, por consiguiente, una mejora en la calidad de vida del individuo.

En Tamaulipas se llevó a cabo un estudio que permitió evaluar el impacto de las estrategias comunicativas que se emplean en los grupos de Ayuda Mutua, considerando que los resultados pueden ser aplicados en otras áreas de la medicina.

En el trabajo de referencia, en primera instancia, se busca hacer una revisión de las herramientas de capacitación para pacientes con diabetes a través de la figura de los grupos de Ayuda Mutua, para posteriormente considerar la eficacia de éstas, y sugerir o establecer acciones que permitan mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje que debe presentarse en este tipo de grupos sociales, orientados desde su inicio, al apoyo de los pacientes y a incidir en su calidad de vida.

El trabajo realizado por investigadores tamaulipecos buscó también que los instructores de estos grupos, y que conforman el equipo transdisciplinario -médicos, trabajadores sociales, nutriólogos, podólogos, psicólogos

y otros- pudieran utilizar diversas técnicas de comunicación y estrategias en ese sentido, para informar y “convencer” al paciente acerca de la necesidad existente de llevar a cabo un cuidado más intenso, de forma tal que se pueda tener un mejor control de los niveles de glicemia que, por consecuencia, le llevarán a evitar las llamadas complicaciones crónicas que registran un número muy importante de incapacidades temporales, permanentes, así como decesos.

Al llevar a cabo entrevistas con médicos y pacientes surge la propuesta de mejorar los sistemas de comunicación mediante sesiones de capacitación para fortalecer la interacción, e instrumentar métodos de difusión entre ambos, que logren derribar la barrera de la comunicación intercultural existente, es decir, buscar formas en que ambos puedan tener una comprensión total y el mensaje tenga un objetivo que resulte en la mejora del estado de salud del paciente.

En el estudio llevado a cabo en el Hospital Civil de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, en el año de 2015, se buscó determinar la influencia que tiene la información recibida en las actividades de los clubes de Auto Ayuda en el paciente, y el impacto que puede tener en cada uno de los integrantes del club, conformado con la idea de motivar a los mismos a elevar las medidas de autocuidado, en aras de mejorar su calidad de vida.

Paralelamente, se logró establecer el perfil de los pacientes que asisten a este tipo de grupos en las instituciones médicas, donde se puso de manifiesto que en su mayoría son personas de edades que sobrepasan el medio siglo de existencia, con diagnóstico de diabetes de entre 2 y 15 años de evolución.

Como resultado del mismo, se establece que la participación conjunta entre miembros del equipo transdisciplinario, pacientes y familiares permite lograr un mayor apego al tratamiento y, por consecuencia, menos desarrollo de complicaciones, lo que se refleja en los promedios de hospitalización e incapacidades.

La diabetes mellitus en nuestra comunidad

Dado su carácter de incurable y el crecimiento que ha registrado en los últimos años, la diabetes *mellitus* se ha convertido en un problema de salud

pública para el mundo, cuya magnitud crece año con año. En algunos escenarios le nombran “el asesino silencioso”,

Esta enfermedad crónico-degenerativa tiene características que surgen del daño que se provoca en las células beta de los islotes del Langerhans, en el páncreas; al generar este órgano insulina en insuficiente cantidad o calidad para poder cubrir las necesidades del organismo, se presentan dificultades en el torrente sanguíneo propiciadas por el exceso de glucosa en la misma, y posteriormente, por el daño en los vasos sanguíneos del organismo, surgen complicaciones que incluyen daño inicial a severo en órganos, y que puede incluir la muerte.

La diabetes provoca que se genere insuficiente cantidad de insulina para cubrir los requerimientos humanos, o que la generada no tenga la calidad necesaria para hacer frente a las demandas del organismo, provocando que los niveles de glucosa en la sangre se eleven considerablemente fuera de los rangos establecidos como adecuados, mismos que oscilan entre los 70 y 100 mg/dl., según la clasificación de la American Diabetes Association (ADA), avalada por la IDF (2006).

La clasificación de la ADA se considera la base en el mundo entero para cuantificar el nivel óptimo de glucosa en sangre de una persona.

Al experimentar el organismo una elevación considerable de estos niveles de glucosa en sangre, se propicia que haya desórdenes en el mismo, principalmente, en vasos sanguíneos, lo que provoca complicaciones que van desde las más conocidas como retinopatía (daño en la retina), nefropatía (daño en el riñón) y neuropatía (daño en las terminales nerviosas), así como también en el sistema circulatorio, lo que lleva a una alta prevalencia de infartos, enfermedades cerebro-vasculares y otras, elevando los riesgos de mortalidad en quien la padece o ha sido diagnosticado (Cabezas Serrato, Touriño Peralba, Cabezas Agrícola, 2004)

El Atlas de la IDF (2011) la define de esta manera:

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia

(aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Aunque no se pretende hacer una explicación detallada de la diabetes *mellitus*, resulta fundamental para su comprensión el tener claros algunos conceptos; al igual que la OMS, la International Diabetes Federation -IDF- reconoce tres tipos básicos de diabetes:

Diabetes mellitus tipo 1, conocida también como insulino dependiente, juvenil o infantil; se caracteriza por una deficiente -o nula- producción de insulina, y requiere la administración diaria de esta hormona por vía intramuscular. A la fecha, se desconocen las causas que la provocan, por lo que no se puede prevenir en la actualidad.

Sus principales síntomas son, entre otros: poliuria o excreción excesiva de orina; polidipsia o sed frecuente, polifagia o hambre desmedida, pérdida de peso, cansancio y trastornos visuales; todos estos síntomas pueden presentarse en forma aleatoria o conjunta y suelen aparecer en forma súbita.

Diabetes mellitus tipo 2, conocida como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta; caracterizada por una utilización inadecuada de la insulina por parte del organismo, por su poca producción o mala calidad de la misma. Se presenta en un 90 por ciento de los casos en el mundo, y aparece, en gran medida, cuando el paciente tiene un peso corporal excesivo y vida sedentaria, es decir, inactividad física.

Los síntomas son similares a la diabetes tipo 1, aunque menos intensos, y por lo general se diagnostica cuando tiene varios años de evolución y hay complicaciones manifiestas. Algunos estudios aseguran que puede permanecer asintomática hasta por cinco años.

Aunque era conocida como la diabetes del adulto, hoy en día se ha manifestado en niños, jóvenes y adultos de todas las edades, debido al incremento de casos de obesidad y sedentarismo, así como el estrés, propios de la vida moderna, principalmente en las grandes ciudades.

Diabetes Gestacional, que se presenta durante el embarazo, con síntomas similares a la diabetes tipo 2, y se diagnostica en un importante porcentaje durante las pruebas prenatales; pocas veces la paciente refiere

síntomas. Por lo general desaparece cuando concluye la etapa de embarazo, aunque se considera que el 50 por ciento de las mujeres que fueron diagnosticadas, en un período breve de tiempo desarrollarán diabetes tipo 2.

Generalmente se evita el tratamiento con hipoglucemiantes para evitar daños durante el tiempo de evolución del embarazo. En la medida de lo posible, se busca que la persona siga un control glicémico a base de un adecuado plan de alimentación y actividad física.

La diabetes *mellitus* es una enfermedad crónico-degenerativa con alcances alarmantes para los sistemas sanitarios: en el mundo, según estadísticas de la OMS -Organización Mundial de la Salud- existían, según registros de 2004, más de 346 millones de personas que fueron sido diagnosticadas con esta enfermedad, y se calculaba que a partir de esa fecha, y hasta el año 2025, los casos se duplicarían.

Se considera, según la Federación Internacional de Diabetes, que hay poco más de 183 millones de personas con diabetes que no han sido diagnosticadas.

En ese mismo año -2004- se registraron 3.4 millones de fallecimientos de personas, todos relacionados directamente con la diabetes *mellitus*, de los cuales, más del 80 por ciento se registró en países de ingresos bajos y medios; casi la mitad eran menores de 70 años y el 55 por ciento del sexo femenino. Para 2011, la cifra subió a 4.6 millones. (OMS, 2012)

La IDF -International Diabetes Federation- asegura en su Atlas 2011 que ya los casos superan los 366 millones, es decir, el 8.3 por ciento de la población adulta mundial, y para el año 2030 serían 552 millones, lo que constituye el 9.1 por ciento de la población, y que significa que cada 10 segundos hay 3 casos nuevos en el orbe.

Con 10.3 millones de casos, México ocupa el séptimo lugar mundial en este rubro, debajo de naciones como China, India, Estados Unidos de América, Rusia, Brasil y Japón.

La diabetes y la OMS

Para la Organización Mundial de la Salud -OMS-, la diabetes *mellitus* es una de las cuatro enfermedades no transmisibles -ENT- que han sido

seleccionadas, por su alta prevalencia, para intervenir con carácter prioritario por dirigentes mundiales.

La OMS calcula en 422 millones de personas las diagnosticadas con diabetes para el año 2016, insistiendo en que dentro de 20 años la cifra amenaza con duplicarse, con los consecuentes problemas que ello implica en cuanto a atención, cobertura y los gastos sociales que surgen a la par.

En los últimos 34 años, la prevalencia mundial se duplicó: de 4.7 % subió a 8.5 % en la población adulta, y se considera que los factores determinantes para este incremento son el sobrepeso y la obesidad.

Los índices indican que la prevalencia ha sido más significativa en países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

En el informe que presentó la OMS en 2016 se estableció que en el año 2012 la diabetes provocó 1.5 millones de fallecimientos, y un nivel de glucosa en sangre más elevado que el promedio provocó otros 2.2 millones de muertes, incrementando los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otra índole.

Diabetes en el mundo:

	1980	2014
Casos	108 millones	422 millones
Prevalencia	4.7 %	8.5 %

Fuente: Elaboración Propia, en base al informe mundial sobre la diabetes, OMS, Ginebra, 2016

Destaca también que 43 % de estos 3.7 millones de fallecimientos ocurrieron en personas menores de 70 años.

A pesar de ser de las primeras causas en países en desarrollo, la OMS prevé que en 2030, la diabetes será la séptima causa mundial de defunciones, de ahí la necesidad de instrumentar acciones que tiendan a disminuir su prevalencia, y por consiguiente, los fallecimientos por esta razón. Es importante tener presente que los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de padecer un infarto al miocardio y accidente cerebrovascular; la neuropatía

de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y en una última instancia, amputación.

También, indican los expertos de la OIMS que la retinopatía diabética es la causa más importante de ceguera, por el daño que provoca en los pequeños vasos sanguíneos de la retina. Establecen que el 2.6 % de los casos de ceguera están asociados a esta complicación. Por otra parte, se considera como la principal causa de insuficiencia renal.

Grupos de Ayuda Mutua y Comunicación de grupos

Para hacer frente a esta problemática, el gobierno de México instrumentó un programa denominado “Clubes de Autoayuda”, ahora “Grupos de Ayuda Mutua” (GAM); de acuerdo a la guía técnica para su funcionamiento, de la Secretaría de Salud en México, se concibe como “La organización de los propios pacientes que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la diabetes”.

El objetivo de estos grupos es propiciar que la intervención médica sea más efectiva, y que se pueda reforzar la adherencia o apego al tratamiento correspondiente, así como lograr que la labor de los miembros del equipo sanitario sea más efectiva. Para tal efecto, se orienta y capacita a los miembros del grupo que acuden a los centros de salud u hospitales, con el objetivo principal de que, en base al conocimiento básico de la enfermedad se logre reforzar el autocuidado de cada paciente que le permita controlar su diabetes y, por ende, evitar complicaciones crónicas y agudas.

En estos grupos, el paciente recurre, mediante técnicas de basadas en la dinámica de grupos (Cirigliano, 1982), a la aplicación de estrategias de comunicación interpersonal entre personas igualmente diagnosticadas con esta enfermedad, coordinados, por lo general, por un profesional sanitario, que puede ser un trabajador social, psicólogo, enfermera o médico.

En la mayoría de los casos, se coordina a través de una persona y se ofrece capacitación acerca de aspectos propios de la enfermedad, por lo general, impartidos en conferencias o charlas que ofrecen médicos, aunque en un porcentaje importante, participan otros profesionales de la salud tales como

psicólogos, nutriólogos, trabajadores sociales, enfermeros y otros, ofreciendo capacitación o información de acuerdo a sus áreas de estudio e influencia.

Los grupos de Ayuda Mutua buscan que el paciente logre el manejo de su enfermedad, acción que se conoce como “empoderamiento”, es decir, que tome el control de la misma, para lo que se le ofrece la información necesaria, tanto de la diabetes como de las formas de control. La decisión de tomar los cuidados necesarios dependerá del paciente, apoyado por lo aprendido en los grupos de ayuda mutua, con la premisa de que, si tiene la información necesaria puede tomar las decisiones adecuadas, logrando establecer una retroalimentación con los demás miembros de esa pequeña comunidad creada para atender un fin común.

Sobre el aumento de casos de diabetes en el mundo hay muchas opiniones: para Cabezas Serrato, Touriño Peralba y Cabezas Agrícola (2004), se puede atribuir el mismo a la aplicación inadecuada de las medidas preventivas de parte de las autoridades sanitarias o la falta de atención a las políticas instrumentadas; cuando el paciente es diagnosticado se requiere que tome él mismo el control de esta enfermedad, logrando evitar las consecuencias que implica, entre las que destacan de manera importante las llamadas complicaciones crónicas que se refieren al daño en riñones, ojos y nervios, principalmente.

Para la Organización Mundial de la Salud, los daños son importantes cuando no se tiene un verdadero control de los niveles de glucosa en sangre: la diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral. Un 50 por ciento de los pacientes diabéticos mueren por enfermedades cardiovasculares, y la neuropatía en los pies, combinada con la reducción del flujo sanguíneo, incrementa el riesgo de úlceras en las extremidades inferiores, lo que lleva al incremento de amputaciones.

La Asociación Latinoamericana de Diabetes, establece en su documento titulado “Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes *Mellitus* tipo 2”, las complicaciones crónicas son: retinopatía diabética, que al cabo de 15 años de evolución de la diabetes en promedio ocasiona ceguera en un 2 por ciento de los pacientes, aunque también se sabe que un 10 por ciento de éstos sufre deterioros graves. También se

sabe que es de las principales causas de insuficiencia renal, considerando que del 10 al 20 por ciento de pacientes con diabetes mueren por esta situación.

La neuropatía diabética se define como lesión en los nervios y pérdida de sensibilidad en los mismos; puede afectar al 50 por ciento de los pacientes, y ocasionar problemas diversos que van desde hormigueo, dolor muy intenso, entumecimiento o debilidad en pies y manos, lo que lleva también a tener al menos dos veces más riesgo de fallecimiento.

En materia de economía se ha considerado que la diabetes causa grandes pérdidas a los sistemas sanitarios; como ejemplo, la OMS calculó que entre los años 2006 y 2015, China dejó de percibir alrededor de 550 mil millones de dólares por causa de las cardiopatías, accidentes vasculares y diabetes *mellitus* (OMS, 2015).

Las estrategias son variadas y tienen una gran relación con las medidas que se llevan a cabo en el ámbito de la medicina, sin embargo, ante la prevalencia mostrada a nivel mundial surge la interrogante acerca de si se están llevando a cabo las medidas indicadas.

Ante el panorama de esta enfermedad que sigue creciendo en el mundo, cabe preguntarse si existe la posibilidad de mejorar ese sistema de interacción entre personal sanitario, pacientes y familiares de éstos para que las decisiones sobre la diabetes impacten en la salud y, por consiguiente, en las estadísticas mundiales.

Se entiende que la prevención adecuada es la herramienta más adecuada en materia de salud, dado su bajo coste y viabilidad para su instrumentación; aunque puede suceder que no se tenga una idea definida de lo que se busca, o no se haya logrado convencer al paciente diagnosticado de la necesidad de establecer medidas adecuadas de autocuidado, lo que se ve reflejado en el incremento de problemas sanitarios como el sobrepeso y la obesidad, que se han incrementado en forma alarmante en el mundo entero (Dorantes, 2010). Al respecto, los expertos consideran que estos dos aspectos, convertidos en foco de atención mundial en salud pública propician enfermedades como hipertensión arterial, diabetes *mellitus* y problemas cardiovasculares, entre muchos otros.

Frente a este panorama sanitario, se sugiere un proyecto cuyo objetivo es el hacer llegar la información de causas y formas de desarrollo y control de la diabetes *mellitus* en forma tal que cualquier persona pueda entender lo que se dice, y obtener, por consiguiente, una mejor respuesta a las acciones de prevención y conservación de la salud.

Para lograr lo anterior, se busca que los instructores -médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud-, puedan utilizar otras estrategias y formas para informar y convencer al paciente de la necesidad de un cuidado más intenso, a manera que se pueda evitar un gran número de padecimientos, entre ellos, la diabetes *mellitus* .

La OMS sugiere que las medidas necesarias básicas son el atender una dieta saludable, así como realizar actividad física regular, mantener un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco, como base para prevenir este tipo de problemas de salud.

El ritmo actual de la vida en las grandes ciudades orilla a muchos hogares al consumo de productos alimenticios no balanceados, ricos en carbohidratos, que tienen repercusión directa en el peso corporal y por consiguiente, en el riesgo de ser diagnosticado con diabetes. En ese sentido, habrá que establecer estrategias que convengan al paciente y al ciudadano en general de cuidar su alimentación y su peso corporal.

Comunicar la salud

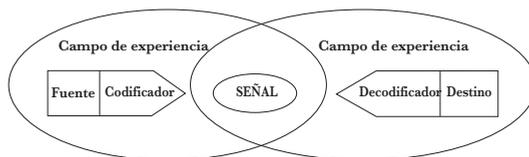
Es aquí donde surge el proyecto de llevar, mediante distintas técnicas de comunicación, la información al paciente diabético, con el objetivo de que pueda entender el mensaje que se requiere, y que éste tenga un impacto positivo en su estado de salud.

En sus distintas formas, la teoría de la comunicación, según lo explica Berlo (2003) en su obra *El proceso de la comunicación*, se fundamenta en una rutina en la que interviene un emisor y un receptor: se envía un mensaje a través de un código y canal común, a manera de lograr la retroalimentación. Cuando esta última no se hace presente, se considera que el proceso comunicativo está incompleto, es decir, no es válido. En ese sentido coinciden los modelos que comenta Berlo, atribuidos a distintos estudiosos de la comunicación.

Prácticamente todos los modelos de comunicación consideran que la retroalimentación es el principal justificante de la eficiencia en el proceso comunicativo, inclusive en el modelo de Schram, que utiliza el “campo de la experiencia” como base para transmitir el mensaje adecuado. En este caso, y ubicando las necesidades de los grupos de pacientes con diabetes *mellitus*, suele considerarse el empleo de este modelo, dado que la experiencia de uno y otro paciente puede ayudar a que los demás entiendan los términos que se emplean y manejan en la reunión, propiciando un mayor entendimiento y por consiguiente, logrando un apego a las indicaciones fundamentales que debe tomar cada paciente.

MODELO DE SCHRAM

Wilbur Schram, autor del libro “El Proceso y Efecto de la Comunicación de Masas” menciona como punto central LAS FUNCIONES del codificador y del decodificador. El CODIFICADOR es la fuente del mensaje; el decodificador es el receptor o destinatario del mensaje. Tanto la fuente como el destinatario operan dentro de sus propios campos de experiencia (el mundo en que viven), por lo que la fuente puede codificar, y el destinatario puede decodificar según sus propias experiencias. Si no que conoce bien la misa SEÑAL, no se puede decodificar el mensaje.



Fuente: Elaboración Propia

Sobre las estrategias que se emplean en la capacitación a pacientes con diabetes *mellitus*, podemos afirmar que, si el mensaje de control no es recibido adecuadamente, supone que la comunicación presenta algunos *ruidos* o *barreras* que deben atenderse para que pueda existir la retroalimentación adecuada que, en este caso, se debe reflejar en el estado de salud de cada individuo. Es necesario señalar que lo que en el ámbito comunicativo se conoce como ruido se refiere a las *barreras* que se pueden presentar y que evitan que se complete adecuadamente el proceso comunicativo.

Buscando que la función de capacitación tenga éxito, se sugiere inicialmente la incorporación en el equipo multidisciplinario de las

instituciones a un profesional de la comunicación, quien deberá asumir la función de dar forma a los mensajes de medicina preventiva y control dirigidos a los pacientes, así como la elaboración de material didáctico -trípticos, carteles, mensajes, correos, etcétera- para reforzar esta acción y obtener resultados positivos.

Integrado al equipo multidisciplinario, el comunicador deberá incorporar las técnicas de transmisión de información y capacitación necesarias, tales como “pequeños grupos”, “discusión”, “juegos tradicionales” o capacitación en general, a fin de que los pacientes entiendan el mensaje del sector sanitario y puedan tomar la decisión adecuada respecto a la conservación de su salud.

Dentro de los objetivos del grupo será importante considerar la capacitación de quienes tienen a su cargo la instrucción, así como los pacientes y familiares, propiciando el que se conviertan en monitores para los pacientes, otorgando la información necesaria de forma clara y sencilla, para que los resultados se vean reflejados en su estado de salud.

Para Gibb (1982), los grupos tienen sus dinámicas de acuerdo a cada integrante, pero, en el aspecto interno, consideran el tamaño, atmósfera grupal, identificación, homogeneidad, comunicación, participación, objetivos, normas, actividades y evaluación grupal, entre otros aspectos.

Considerando los dos tipos básicos de grupo en cuanto a pertenencia, y que son: por adscripción, es decir, cuando se pertenece por defecto, como puede ser la familia, y por adquisición, que considera la elección propia del mismo, los pacientes y familiares se ajustan al segundo tipo, dado que se requiere de su consentimiento para que participen en las actividades. Deben ser funcionales, es decir, enfocados al objetivo común que es el control de la diabetes *mellitus*.

Gibb (1982) propone, para lograr un buen funcionamiento del grupo, el atender 8 principios fundamentales para lograr un adecuado aprendizaje en los miembros del grupo, y que son:

1. Ambiente
2. Reducción de la intimidación
3. Liderazgo

4. Formulación del objetivo
5. Flexibilidad
6. Consenso
7. Comprensión del proceso
8. Evaluación continua.

Para Cirigliano y Villaverde (1982), las técnicas grupales son:

...maneras, procedimientos o medios sistematizados de organizar y desarrollar la actividad de grupo, sobre la base de conocimientos suministrados por la teoría de la “dinámica del grupo”; son el más valioso recurso para el logro de los objetivos que se ha propuesto el mismo grupo.

Resulta fundamental la elección de las técnicas grupales de acuerdo a los objetivos que se persiguen y que en este sentido son muy claras; la madurez y entrenamiento de los elementos que participan son importantes, así como el tamaño del mismo, el ambiente físico, las características del medio externo y de los miembros, así como la capacitación del conductor, dirigente o líder.

El líder o cabeza del grupo se convierte en el coordinador de este proceso de aprendizaje: su papel es orientar la información, facilitar su adquisición y despertar el interés para que ésta sea ampliada y confrontada, fortalecida y reafirmada en cada uno de los miembros del grupo.

Respecto a los miembros del grupo, Chehabayar y Kuri (1989), sugiere que el sujeto de aprendizaje o el integrante del grupo “necesita saber qué aprende, sentirse productivo y aportar él mismo de su propia experiencia. Que no sea suficiente entender la información, sino tener la posibilidad de utilizarla”.

Ya conformado el grupo de pacientes y familiares, el líder o cabeza del grupo, que en el caso de las instituciones públicas es el coordinador, determinará las acciones a seguir para lograr un aprendizaje adecuado; lo anterior se llevará a cabo de acuerdo a las características de cada uno de los elementos participantes y las necesidades de todos.

Por lo general, se establece la coordinación entre el líder y las autoridades de la unidad médica, para establecer actividades y posibles participantes.

Los asistentes a los Grupos de Ayuda Mutua

Del estudio socioeconómico que se llevó a cabo en los miembros del GAM del Hospital Civil en Ciudad Victoria, Tamaulipas, se estableció que los pacientes que asisten a esta opción complementaria al tratamiento, su edad oscila entre los 30 y 70 años de edad, de los cuales 70 % tiene más de tres años de ser miembro.

La mitad de los entrevistados tiene más de cinco años de diagnóstico y 67 % son viudos, que dependen económicamente del apoyo que proporcionan sus hijos. 33 % son casados y reciben una insuficiente pensión por parte del Estado.

El 100 % son personas de nivel socioeconómico bajo, habitan en viviendas construidas con materiales de baja calidad, ubicadas en colonias de la periferia de la ciudad. En cuanto a la alimentación, se observó que en la mayoría, su dieta está compuesta por alimentos altos en carbohidratos, sin incluir la ingesta de verduras, lo que repercute en sus altos índices glucémicos, ya que reportan cifras superiores a los 170 mg/dl.

Respecto a su asistencia al grupo de ayuda mutua, expresaron que hacen lo posible por cumplir con las sesiones programadas, pero que ocasionalmente no asisten debido a que tienen problemas para transportarse desde su domicilio, además de no tener el apoyo de su familia, ya que acuden solos.

Manifestaron no saber qué hacer en caso de una emergencia y consideran que sus familiares no están capacitados para responder ante una situación de crisis y atenderlos de una manera adecuada. La comunicación que tienen entre los miembros del grupo les permite compartir con otras personas, situaciones difíciles en el control de su padecimiento o en su vida personal y familiar, pero sólo se establece dentro de la institución.

El 60% manifestó no conocer las complicaciones de la diabetes y sólo 30% reconoce que el personal de salud le ha informado sobre algunas de ellas, pero no las identifican como tales.

En cuanto a las estrategias utilizadas por el personal de salud, el 100% comenta que en la mayor parte de las ocasiones han recibido la información a través de charlas o pláticas con algunos de los médicos u otros profesionistas, pero que en ocasiones no les queda claro el mensaje o no

entienden las palabras que utilizan; mencionan que el personal de trabajo social les hace llegar información a través de folletos que les han entregado en algunas de las sesiones, donde les hablan de aspectos relacionados con su enfermedad, así como a través de mamparas con temática alusiva, que se colocan en diferentes áreas del hospital.

Los pacientes expresaron interés por conocer más acerca de la enfermedad, aprender de otra forma a mejorar su control glucémico y tener una comunicación más estrecha con sus familiares y el personal de salud.

Reiteraron no tener contacto con otros miembros del Grupo de Ayuda Mutua fuera de las sesiones aunque confirmaron que la interacción entre ellos les permite conocer diversos aspectos sobre el desarrollo de su diabetes.

Ante la realidad que se presenta en las unidades de medicina familiar del primer nivel en Tamaulipas, se percibe que existe una importante barrera entre el paciente y los profesionales del campo de la medicina que les atienden, propiciando la falta de claridad en los mensajes, de ahí que se requiera buscar otras estrategias de comunicación que resulten adecuadas y permitan a unos y otros interactuar en forma efectiva, y lograr que el paciente tenga las herramientas necesarias que le permitan tomar las decisiones adecuadas respecto a su enfermedad y su tratamiento, considerando como resultado la mejora de su salud en general.

La forma en que se expresan los profesionales de la salud se torna en diversas ocasiones incomprensible, porque utilizan términos propios de tu profesión. Ante esta realidad, es determinante para la comprensión de los miembros del grupo que se les pueda explicar cada uno de los conceptos que se manejan. Resulta más claro indicar a un paciente recién diagnosticado que puede tener los niveles de glucosa elevados en lugar de decirle que puede ser objeto de una hiperglicemia, o que la nefropatía diabética le puede afectar, en lugar de explicarle que la diabetes puede ocasionar daño en sus riñones, y así, uno a uno, los términos deben ser explicados en forma clara, precisa, de acuerdo al nivel que requiere el grupo, en base a su nivel socio-cultural.

De los resultados del estudio, se desprende lo siguiente:

1. Se necesita cambiar estrategias en los Grupos de Ayuda Mutua, mediante las que se pueda fortalecer la comunicación entre los

miembros del grupo de ayuda mutua, así como los lazos de unión, para crear verdaderas redes de apoyo que, con una adecuada comunicación, faciliten la atención y el buen control del padecimiento.

2. Se percibe claramente que no se ha logrado el impacto deseado sobre los índices glucémicos de los pacientes, lo que compromete aún más a los profesionales de la salud para buscar nuevas estrategias, que tengan la influencia directa sobre la comprensión de la información otorgada. Asimismo, la corresponsabilidad de los pacientes para ejercer de manera real los conocimientos adquiridos para un cuidado con mayor intensidad.

3. Se propone la participación del comunicador en el equipo multidisciplinario de salud, para que pueda colaborar en el establecimiento y manejo de técnicas, que la transmisión de la información no sólo sea a través de charlas: incluir además la participación de los pacientes en dinámicas grupales, juegos de mesa y de actividad física, en los que el comunicador pueda hacer llegar el mensaje de forma clara y concisa, para que el paciente logre una mayor comprensión de los temas tratados y, por consiguiente, un mejor estado de salud. Este comunicador debe ser objeto de un adiestramiento adecuado sobre temas referentes a la capacitación que se requiere.

4. De la misma manera, se propuso la instrumentación de un programa específico de salud pública en las instituciones oficiales del Sector Salud en la entidad, de forma tal que se pueda establecer la problemática y posible abordaje al respecto.



Capítulo 4

**La Radio: instrumento de orientación y
capacitación en diabetes**



Como medio de comunicación masiva, la radio fue considerada durante muchos años como el medio de mayor demanda y aceptación en la sociedad (Marín, 2005); es el vínculo entre la tecnología actual y la educación en salud en Tamaulipas, a través de las emisiones de un programa de periodismo hiperespecializado en diabetes *mellitus*.

Sin olvidar que la diabetes *mellitus* es, en México, la tercera causa de mortalidad en la población, y se calcula, según datos de la OMS, que uno de cada diez mexicanos muere a consecuencia de este padecimiento, por el desconocimiento en su tratamiento y prevención de complicaciones, es importante destacar que el reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (2016) la ubica como la sexta causa de muerte en el registro y estudios del año de 2015, con 1.6 millones de fallecimientos en el mundo.

El programa radiofónico *Al Día* ha constituido el vínculo entre los expertos en diabetes y sus complicaciones y la sociedad, a través de las radiodifusoras de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y la Organización Radiofónica Tamaulipeca, desde el 12 de abril de 1997: se ha constituido como una herramienta en la prevención y tratamiento de la diabetes *mellitus*.

A través de dos décadas, la población recibe durante las emisiones radiofónicas, información apropiada, en un lenguaje claro y sencillo, por medio de entrevistas con expertos y el desarrollo de temas de interés para quienes han sido diagnosticados con diabetes *mellitus* y sus familiares, propiciando la concientización social acerca de este problema de salud pública. *Al Día* se ha convertido en el intermediario entre la comunidad médica y la sociedad en general, logrando informar sobre un problema de salud específico, de una manera que se puede comprender la dimensión del mismo, y tomar medidas preventivas al respecto.

El programa *Al Día* es una producción radiofónica local del grupo de Investigación de Comunicación y Salud de la Unidad Académica de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, con

producción y edición general de la organización no gubernamental *Vive con Diabetes*. Inicialmente, el programa se transmitía en vivo, sin embargo, y por necesidades propias de la radiodifusora, hoy se graba y transmite diferido, compartiéndose con radiodifusoras universitarias de otros lugares, como Radio UTC, de la Universidad Tecnológica de Latacunga, en Ecuador, y se comparte el recurso radiofónico con estudiosos de la comunicación y salud de la Universidad Complutense de Madrid, en un proyecto que busca su difusión masiva, y aún se encuentra en proceso de estudio y posible aceptación.

El programa se difunde a través de la radiodifusora *Radio UAT*, en el estado de Tamaulipas, México, y por Internet, a través del *site* de la propia difusora, donde se cuenta con el recurso de *podcasts* del mismo, de forma tal que pueda ser aprovechado por un número ilimitado de radioescuchas e internautas.

Considerando la importancia del impacto de los *mass media* en la prevención de complicaciones de salud, y en forma específica, la utilización del programa radiofónico en el estado de Tamaulipas, se planteó la posibilidad de medir los alcances del mismo, propiciando el desarrollo de un estudio de tipo cuantitativo y cualitativo, descriptivo, con la finalidad de obtener datos que avalen su aprovechamiento y justifiquen su existencia.

Es importante destacar que, de los medios masivos de comunicación, la radio se constituyó durante décadas como el de mayor penetración, debido a su naturaleza, facilidades y alcance social, aunque hoy en día se presume que los recursos basados en el uso de Internet no tardarán mucho tiempo en desplazar a los medios tradicionales como la radio, televisión e inclusive, la prensa escrita. Sin embargo, se sigue considerando el recurso radiofónico como el que en forma mayoritaria tiene fuerte impacto en la sociedad, ya que no es menester el saber leer y escribir para poder recibir sus mensajes.

El periodista mexicano Carlos Marín (2005) sostiene que es el medio que llega a un mayor número de personas, y la facilidad económica para su adquisición y aprovechamiento le permiten estar disponible en todos círculos sociales. Es también el único medio de comunicación al que puede tener acceso otro sector de la sociedad como los automovilistas y jornaleros, que

no tienen necesariamente que dejar a un lado sus actividades cotidianas para escuchar los mensajes que a través de la radio se manejan.

La nueva radio del siglo veintiuno nos ofrece muchas más alternativas, al mezclar la tecnología digital y la electrónica con las facilidades de acceso. En México, la radio se puede escuchar libremente, ya que aún no se manejan los sistemas de pago por estación, es decir: cualquier aparato puede recibir la señal de la radio pública y oficial.

La Universidad Autónoma de Tamaulipas cuenta con una radiodifusora en Frecuencia Modulada: Radio Universidad, (102.5 Mhz, en Ciudad Victoria) y con cobertura en la entidad a través de repetidoras. Ésta alcanza la totalidad del territorio tamaulipeco y algunos puntos aledaños. Asimismo, a través de su página web (<http://radiouat.mx>) se puede acceder a la radio en vivo, escuchar por medio de esta red, y en un porcentaje importante, escuchar mediante *podcasts* los programas de producción local.

Con una programación variada, *Radio UAT* ofrece al radioescucha variados programas de tipo musical, cultural y social, entre ellos *Al Día*, que se convierte en el primer programa en la radio de FM dedicado al manejo de una temática específica, constituyéndose como un claro ejemplo de la radio hiperespecializada.

Para Martí i Martí (1990) , la oferta programática a partir de una radio hiperespecializada puede convertirse en la clave del éxito de las radiodifusoras, porque sería una oferta mucho más amplia y centrada en los contenidos que los oyentes están demandando y buscan sobre ciertas temáticas.

Al respecto dice:

En los escenarios del futuro, la radio no debe amoldarse solamente a las leyes de la oferta y demanda que marca la competitividad como resultado de la multiplicación de la oferta audiovisual, sino que fundamentalmente debe hacerlo a las exigencias del avance del propio medio y a los retos que supone la elevada tecnificación de los procesos productivos. Todo ello conduce (...) a que el discurso radiofónico debe tomar determinadas formas de especialización para buscar su ubicación diferenciada en la red de ofertas para el consumo de mensajes, sin renunciar nunca a la creatividad ni limitar su papel a un aparato de distribución de los mismos.

Viner (1996) considera que la radio del nuevo milenio comenzará a perder esas grandes audiencias que la caracterizaron hasta antes de la aparición de los sistemas digitales. La radio del futuro seguramente estará configurada por innumerables estaciones pequeñas con contenidos hiperespecializados, dirigidos a audiencias específicas.

Al Día se difunde semanalmente en la radio de la UAT y Radio UTC desde el año 2016; su temática es sobre diabetes *mellitus*, enfermedad crónico-degenerativa que registra una importante cantidad de decesos y problemas de salud pública en el país, tales como incapacidades temporales, permanentes y defunciones.

La Federación Internacional de Diabetes -IDF- reportó en su informe de 2003 una prevalencia en México de 10.7 por ciento del total de su población mayor de 20 años, y estimó que para el año 2026 pudiera llegar al 14 por ciento, lo que podría convertirla en la pandemia más peligrosa para las nuevas generaciones, dadas las complicaciones que se presentan en quien no tiene control de sus niveles de glucosa, tales como retinopatía diabética, nefropatía, neuropatía y cardiopatía isquémica, como las más frecuentes y, por ende, peligrosas.

Por su parte, la Federación Mexicana de Diabetes reporta que, según datos de la Secretaría de Salud (2010) en México hay entre 6.5 y 10 millones de personas diagnosticadas con diabetes *mellitus*, mayores de 20 años. Uno de cada tres mexicanos que fallece tiene relación con la diabetes, lo que la ubica entre las principales causas de muerte –directa e indirecta-, aunque según el último reporte de la OMS (2015) considera que ocupa el sexto lugar mundial, debajo de problemas que tienen que ver con aspectos cardiovasculares principalmente.

Según la Secretaría de Salud (2010) la diabetes *mellitus* es causante del fallecimiento de 13 de cada 100 mexicanos. Las consecuencias de esta enfermedad han propiciado que a nivel mundial se promuevan y establezcan políticas tendientes a frenar tal incidencia. La prevalencia en México sigue creciendo por las causas conocidas mundialmente: herencia, obesidad, tabaquismo, malos hábitos de alimentación, sedentarismo, edad avanzada y otros. Ante esta realidad, la Asociación “Vive con Diabetes”, con sede en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, instrumentó un programa radiofónico

como alternativa para hacer llegar la información a la población, respecto a las causas de diagnóstico, factores de riesgo, prevención, desarrollo y control de la diabetes *mellitus*.

Dentro de su estructura, el programa maneja entrevistas con profesionales de la salud especializados en diversos temas de interés para las personas con diabetes, y bajo el formato de entrevista procura el manejo de términos médicos explicados de una forma tal que el paciente y la sociedad en general sepan de qué se está hablando. Se tratan tecnicismos médicos y se explica a nivel claro y sencillo para la población. También maneja el formado de guión radiofónico para programa en vivo, y se establecen temas de interés, en algunas ocasiones, sugeridos por los mismos radioescuchas o miembros de la comunidad médica victorensis.

Al Día se transmitió durante nueve años a través de la estación XEBJ de la organización Radiofónica Tamaulipeca en la banda de Amplitud Modulada -AM- alcanzando 481 emisiones, y en la radio universitaria se transmite desde el 10 de abril de 1999. Sus más de 900 emisiones han permitido aumentar la cultura de la educación en diabetes en la entidad.

Desde su presentación en la radio universitaria y privada, es conducido por Carlos Santamaría Ochoa, y trata los temas de diabetes y sus complicaciones, de manera que puedan ser comprensibles por todos los sectores de la población, sin limitante formativa o de nivel socio cultural.

Dada la importancia de la radio, este programa se ha constituido como coadyuvante de los programas oficiales contra la diabetes, ya que la audiencia puede tener acceso en forma ágil y clara sobre temas que en ocasiones no son tratados en la consulta médica. La interacción vía telefónica se presentó en las emisiones en vivo y permitió reforzar el objetivo del programa: hacer llegar a la gente, de forma clara y sencilla, la información sobre su enfermedad, así como mensajes de apoyo para su tratamiento.

El programa procura el manejo de información y orientación en base a las necesidades que se captan por parte de los pacientes con diabetes, tanto de grupos incorporados al servicio de Asistencia social como a la población abierta, es decir, sin cobertura oficial de servicio sanitario a través de atención institucional.

Estos grupos tienen sus reuniones en los hospitales de la ciudad pertenecientes al Sector Salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Hospital General “Dr. Norberto Treviño Zapata”, el Hospital Infantil de Tamaulipas, así como el Hospital Civil. Es en estos lugares donde se recogen opiniones de personas con diabetes, así como a través de al vía electrónica o por el recurso de correo electrónico y el espacio creado en la red social Facebook para tal efecto.

Con el objetivo de medir la efectividad de la labor de orientación y educación del programa, se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo y cualitativo, descriptivo, con la finalidad de obtener datos que avalen su aprovechamiento por parte de la población, encontrándose que los pacientes que escuchan el programa de forma frecuente tienen un mayor conocimiento de la diabetes *mellitus* como enfermedad, así como de sus complicaciones, y pueden experimentar una mejor calidad de vida al tomar conciencia de la importancia que tiene el autocuidado y la aceptación de su condición de personas diagnosticadas con diabetes.

El estudio de referencia se llevó a cabo con pacientes que asisten a los clubes denominados de auto ayuda, conformados en las instituciones oficiales mencionadas, pertenecientes a la capital de Tamaulipas, y pone de manifiesto que el conocimiento de la enfermedad, la forma de llevar su control y evitar complicaciones tiene un impacto positivo en la población, ha que muchos de estos pacientes, por temor o desconocimiento, no acuden a sus consultas médicas, provocando que la diabetes *mellitus* haga estragos en su organismo, ante la falta de información sobre la actitud que debe tener todo paciente ante un diagnóstico de esta naturaleza.

Los resultados arrojaron datos importantes para considerar el proyecto hacia otros padecimientos: los radioescuchas que siguen el programa se han familiarizado en mayor escala con los términos referentes a este padecimiento, y han propiciado en muchos casos una interacción familiar, necesaria para que el tratamiento pueda ser exitoso.

Si bien es cierto que la mayoría de los pacientes corresponde a enfermos mayores a 50 años de edad, se pudo ubicar un nivel de aprovechamiento que

se llevó a cabo mediante pruebas sencillas que se aplicaron a manera de encuesta dentro de las reuniones de estos clubes de autoayuda.

Se demuestra con este protocolo realizado que la capacitación a pacientes mediante dinámicas surgidas en los medios de comunicación masiva tienen un efecto positivo; en el caso de la diabetes se ha detectado a través del tiempo que un importante número de pacientes no acude a consulta por temor a que los conciudadanos se enteren de su padecimiento, provocando una enorme barrera que tiene repercusiones en ocasiones fatales.

No se puede olvidar que las complicaciones crónicas de la diabetes *mellitus* son eventos de pérdida del bienestar que requieren muchos años de evolución, y se van presentando en forma paulatina e indolora, hasta que el paciente ya tiene una incapacidad casi total en el sistema de al vista, circulación, nervios o riñones, provocando tratamientos muy costosos en todos sentidos.

Es por ello que la experiencia de “Vive con Diabetes” se ha sugerido como una estrategia comunitaria para el tratamiento de otras enfermedades, siempre coordinada por expertos en las áreas de la medicina a que se refieren, con el consecuente apoyo de expertos en comunicación como parte sustantiva del equipo de trabajo.

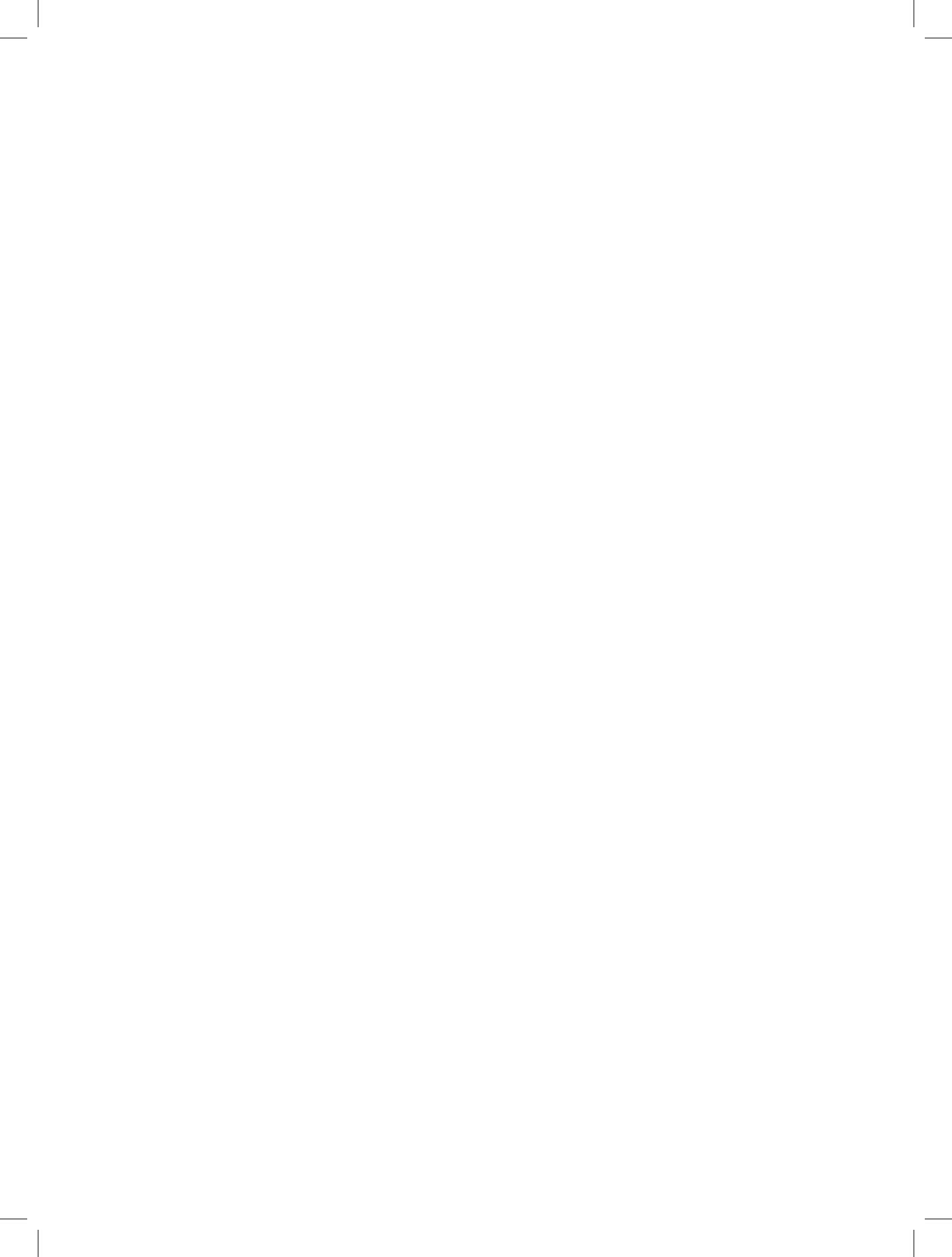
Es necesario reconocer la importancia de los medios masivos de comunicación dentro de la capacitación de tipo clínico y de orientación sanitaria. El uso de un lenguaje claro, sencillo y llano permitirá romper las barreras que muchas veces los mismos seres humanos nos imponemos para evitar que fluya adecuadamente la comunicación.

Los resultados obtenidos permiten proyectar estrategias similares para otros padecimientos cuya incidencia es muy importante en nuestra sociedad.



Capítulo 5

Las redes sociales: su empleo en temas de salud en población universitaria en México



En su tiempo, la radio jugó un papel preponderante dentro de las estrategias de comunicación, en este caso, dentro del ámbito sanitario; la televisión aparece y cambia el panorama mundial, sin embargo, refuerza los programas preventivos a través de medios de comunicación.

No se puede olvidar que ante la aparición de ambos medios, hubo quien supuso que el periodismo escrito desaparecería, por la facilidad con que, a través de la radio primero, y posteriormente con la televisión, podría cualquier persona enterarse de diversos temas de todo tipo.

Hoy en día, los medios masivos de comunicación siguen existiendo en su totalidad: periódicos, radio, televisión y cine siguen teniendo espacios y públicos específicos. Sin embargo, los adelantos tecnológicos han cambiado drásticamente el panorama mundial, con la aparición masiva del recurso de Internet, descubierto con fines militares y popularizado hoy en día de forma tal que resulta totalmente cotidiano el que alguien tenga el servicio de navegación o uso de redes sociales mediante el uso de un teléfono móvil, el recurso más recurrido por la sociedad del nuevo milenio.

Cuando aparecen las redes sociales se desata un fenómeno muy singular, por la facilidad con que éstas se pueden utilizar y participar a través de dos modalidades: espectadores pasivos o participantes activos.

Entendiendo que una red es definida como “un conjunto de elementos organizados para determinado fin”, se refuerza la noción de red social de Pérez y Gardey (2014) en donde se sugiere que “está vinculada a la estructura donde un grupo de personas mantienen algún tipo de vínculo, y estas relaciones pueden ser amistosas, sexuales, comerciales o de otra índole”.

Sin embargo, el concepto se ha actualizado en los últimos años, de manera tal que se considera que una red social es un sitio de Internet que favorece la creación de comunidades virtuales, donde es posible acceder a servicios que permiten armar grupos de acuerdo a los intereses de los

usuarios, y donde se comparten conceptos, sentimientos, fotografías, videos, estados de ánimo e información en general.

Para Requena (1989) una red social es “una serie de vínculos entre un conjunto definido de actores sociales”. Y establece la función de éstos de acuerdo a la intensidad de la relación, la posición del actor y su accesibilidad de acuerdo a los roles de los demás. Es, dice en forma metafórica: un sistema interrelacionado o interconectado.

Las redes sociales son sitios de Internet que permiten a las personas conectarse con sus amigos e incluso realizar nuevas amistades y relaciones de manera virtual, compartiendo contenidos, interactuando, creando comunidades con intereses similares que pueden ser de tipo laboral, recreativo, cultural, comercial, político, religioso y de cualquier tipo.

Seguramente cuando Randy Conrads crea las redes sociales en 1995 con el sitio Web classmates.com, con la idea de que la gente pudiera recuperar o mantener el contacto con antiguos compañeros del colegio, el instituto o la universidad, no imaginó en lo que sucedería años después, donde hoy la imagen más común en cualquier sitio de interacción del ser humano es la de alguien con un teléfono “inteligente” en la mano, y sustraído de su realidad para vivir esa virtualidad que otorga el manejo de redes con innumerables contactos y amigos “virtuales”.

Para el año 2002 aparecen los primeros sitios Web que promocionan redes de círculos de amigos en línea o relaciones en estas llamadas también “comunidades virtuales”. La popularidad de éstos crece de forma tan rápida y se perfecciona su funcionamiento, hasta llegar a nuestros días, donde se conforman innumerables espacios de las redes sociales en Internet, que siguen creciendo y ganando adeptos en una forma muy acelerada.

El actor de la red social puede ubicarse en el nivel central o periférico, de acuerdo al rol que considere idóneo para participar. Esta posición ayuda a simplificar el análisis a medida que aumenta el nivel de complejidad de la red, y se considera como un factor importante, ya que determina el grado de autonomía o dependencia del actor de la red, con respecto a los demás. Nunca se tendrá el mismo resultado cuando uno es miembro u organizador de un recurso de esta naturaleza.

Para Requena (1989) las redes sociales están compuestas por cuatro elementos morfológicos:

1. Anclaje o localización de la red: que se refiere a esos vínculos que se extienden, ramificándose a través de toda una comunidad u organización, cuando son redes totales, y debe estar anclada a un punto de referencia, es decir, el origen de la red, que puede ser el trabajo, la escuela u otro distinto.

2. Accesibilidad: que tiene relación con la fuerza requerida con que el comportamiento del participante de las redes está influenciado por sus relaciones con otros, y distingue dos magnitudes: la proporción de actores que pueden contactar con cada sujeto determinado, y el número de intermediarios que hay que usar para conectar con otro actor.

3. Densidad: que varía de acuerdo al número de vínculos que existen dentro de la red, y pueden o no estar vinculados entre sí, y:

4. Rango: que se refiere al número de personas vinculadas directamente, sin ningún intermediario, con el individuo. A mayor relación: mayor rango.

Otras características que es importante mencionar son el contenido, que se refiere al flujo de la comunicación a través de la red, la direccionalidad, es decir, a donde van dirigidas, la intensidad o grado de implicación de los actores vinculados entre sí, y la frecuencia, es decir, la repetición de los contactos entre sí, vinculados para que el vínculo persista.

La formación de redes sociales entre individuos se presenta de acuerdo a las necesidades de convivencia y desarrollo social que llegan a desarrollar, y que pueden ser de tipo recreativo, de ocio, cultural, laboral, político, etcétera.

Las redes sociales se han convertido en un medio de comunicación eficiente e inmediato, y su uso en los jóvenes universitarios se ha generalizado de forma tal que para algunos es la principal forma de interactuar con otras personas y grupos, y establecer métodos de adquisición de conocimientos.

Sin embargo, el uso de éstas es duramente criticado por algunas personas que consideran que no se emplean en forma adecuada. En la

comunidad universitaria resulta poco común encontrar a algún estudiante que no lleve un teléfono inteligente y esté consultando sus redes sociales o lo use para allegarse información, de tipo educativo o de otra índole.

Las prácticas cotidianas hablan de lo encontrado en redes sociales: abundan temas de política o espectáculos, deportes o aspectos totalmente personales, y entre la comunidad universitaria poco se comenta sobre temas sanitarios.

Las estadísticas aseguran que la red social que más uso tiene en el mundo y especialmente entre los jóvenes es Facebook. Para el IAB, 97 por ciento de los internautas tiene una cuenta en esta red social. 9 de cada 10 internautas están inscritos en redes sociales.

No se puede desconocer la importancia que han cobrado las redes sociales en la actualidad. En las zonas urbanas la gran mayoría de los ciudadanos usuarios de un teléfono móvil cuentan con el servicio de conexión inalámbrica a Internet, y por consiguiente, a las redes sociales en las que participan de forma activa durante todo el día: manifestando sus estados o sentimientos, compartiendo pensamientos e imágenes y muchas otras cosas, aunque en general, manejan poca información del área de salud. En México, en el año de 2013, se estimaba en 49 458 088 el número de usuarios de Internet, de los cuales, el 44.5 % estaba ubicado en el rango de edad de 12 a 24 años de edad (INEGI, 2013).

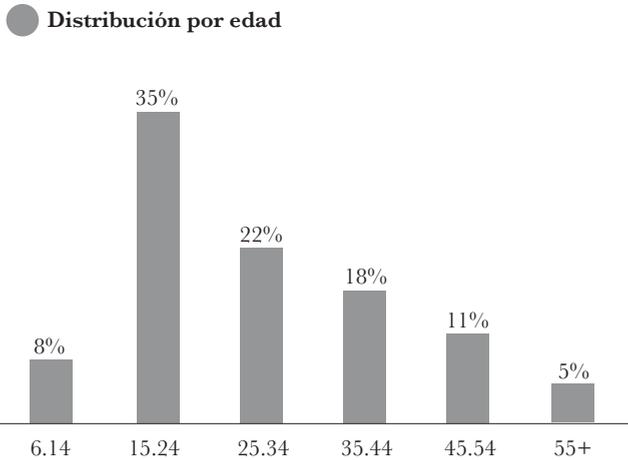
México tiene hoy en día, aproximadamente 66 millones de internautas, que corresponde al 55 por ciento de su población total. Los rangos de edad donde se presenta su mayor utilización corresponden a los 15 a 24 años, con un 35 por ciento, seguido de los jóvenes de 25 a 24 años, con un 22 por ciento.

Con base en esta inquietud, se buscó hacer un estudio para determinar la importancia y uso que tiene en jóvenes estudiantes universitarios de México la utilización de Facebook como herramienta de comunicación y capacitación en salud. Se han aplicado cuestionarios y realizado grupos focales; mediante la observación directa no participante.

Los resultados muestran que pese a que los universitarios emplean las redes sociales cotidianamente, los temas de salud no abundan entre los más frecuentes de Facebook, supeditándose fundamentalmente a los que

preocupan su desarrollo: sexualidad, obesidad y alimentación, dejando a un lado el conocer temas de salud pública y prevención de enfermedades. El recurso de utilización de Facebook para capacitarse en salud resulta poco recurrente en este grupo social. Asimismo, pone de manifiesto el poco interés en temas de salud, y la necesidad de establecer estrategias que permitan promocionar la salud y prevenir enfermedades en la población universitaria.

Uso de Redes Sociales en México



Fuente: comScore Media Metrix, México, Hogar y Trabajo, PC/Laptop, Diciembre 2014, Audiencia Total, Sitios Seleccionados
Audiencia Total: 25.378

Fuente: IAB (2015)

En la Universidad los jóvenes se han convertido en entes dependientes de un aparato electrónico que les ocupa durante horas, cada día: el paisaje natural es visualizar en el patio de la institución o el salón de clases -inclusive en las cafeterías- al grupo de estudiantes inertes, mudos, todos atentos a lo que aparece en su teléfono móvil, o en lo que contestarán al mensaje recibido. Estos jóvenes viven con sus manos y ojos monopolizados por el celular (Eco, 2013) siendo éste; por lo tanto, un excelente medio para informarse acerca de su contexto, de fenómenos sociales importantes como triviales.

La comunicación interpersonal se ha reducido a ser únicamente un recuerdo de los procesos en que los estudiantes intercambiaban sus

problemas existenciales. Hoy estamos ante un nuevo paradigma, tal y como lo mencionó Jean Baudrillard (1991): “Hoy vivimos en el (imaginario) de la pantalla, la interfaz y el redoblamiento, la contigüidad y la red. Todas nuestras máquinas son pantallas, y la interactividad de los hombres se ha vuelto la de las pantallas.”

El ámbito de la salud ha sido siempre algo discreto en cuanto a difusión. Se tuvo por años la creencia de que no era necesario dar a conocer mensajes que no fueran más allá de la obligada campaña de vacunación o de planificación familiar. Es por eso que crecieron radicalmente los riesgos a la salud que se han convertido en la base de las enfermedades que hoy afectan -y matan- a la mayoría de los ciudadanos no en México, sino en el mundo entero.

En México se tiene registro de mortalidad completamente distinto al de hace algunas décadas, (INEGI, 2015), cuando las principales causas se referían a padecimientos infecciosos o accidentes. Hoy en día, las principales causas tienen que ver con problemas cardiovasculares, accidentes y enfermedades crónico degenerativas como la diabetes *mellitus* y la hipertensión, que, según expertos, tienen una relación bastante estrecha con problemas que surgen a partir del sobrepeso y la obesidad. Los jóvenes no están exentos de estos padecimientos, y los registros mundiales siguen teniendo variaciones significativas en ese rubro. Hoy se registran más casos de diabetes a temprana edad, así como de hipertensión y otros males que se presentan como incurables hasta la fecha. Las principales causas de mortalidad en el país son: enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, diabetes *mellitus*, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e hipertensión arterial. (Aguirre, 2015)

Para los nutricionistas de la Secretaría de Salud, el sobrepeso y la obesidad han crecido de forma muy significativa en los jóvenes, motivo por el que sus padecimientos se han incrementado de forma radical. Con ello, las consultas en clínicas y hospitales de primer nivel se han multiplicado, ocasionando sobrecupo en las salas de espera de los mismos.

¿Qué se puede hacer? Del resultado de algunos trabajos relacionados con el uso de las redes sociales en temas de salud surge la imperiosa

necesidad de identificar estrategias de comunicación suficientes para captar la atención de los jóvenes universitarios y, de esta manera, conjurar los peligros que, en principio, tienen que ver con enfermedades crónico-degenerativas, propiciadas por el sobrepeso y la obesidad, pero también con otros padecimientos que aquejan a nuestra juventud y que van de la mano con sus formas actuales de vida: drogadicción, alcoholismo, control natal y enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

El presente estudio etnográfico, nos permite conocer la forma en que se constituye la comunidad universitaria, ubicando sus características físicas y sociales, y a través de un estudio exploratorio, se trató de conocer si existe para los jóvenes universitarios la respuesta a sus dudas sanitarias dentro del esquema que ofrecen las redes sociales, la frecuencia de su utilización para tal efecto y el nivel de interacción existente.

La importancia de las redes sociales en la vida diaria de nuestros jóvenes

Tomando un papel protagonista en la sociedad, las redes sociales digitales se suman a los recursos de información en la sociedad actual, y estableciendo un sitio privilegiado gracias a la facilidad con que son empleadas. No es ya un recurso de escritorio únicamente sino un soporte definido por su ubicuidad, que se puede llevar en todo momento. Resulta muy común observar cómo camina la gente y actúa con el teléfono móvil en la mano por su adicción a las redes sociales. En todo momento estamos conectados con quien deseamos.

Es importante definir este recurso como redes sociales digitales (Campos, 2013: 108), considerando que la primera red social de que se tiene registro es la familia. Necesario es recordar que las primeras redes sociales digitales se presentan en los años noventa, sin embargo, su despegue se registra durante la primera década del presente siglo veintiuno. Las primeras investigaciones al respecto sobre el fenómeno que presenta O'Reilly en 2004, ofrecen un nuevo concepto denominado web 2.0, pero no es hasta tres años después que comienza a difundirse esta propuesta teórica para considerarse motivo de estudio y divulgación.

Celaya define a las Redes Sociales como “lugares en Internet donde las personas publican y comparten todo tipo de información, personal y profesional, con terceras personas, conocidos y absolutos desconocidos” (Celaya, 2008: 92).

Campos (2013: 9) consigna, a partir del año 2007 el desarrollo de los recursos webmediáticos y su divulgación; en ese sentido, se investiga sobre nuevos medios, cybermedios, weblogs, blogósfera, software social, *user generated content* (UGC), medios sociales, medios colaborativos, comunidades virtuales, medios y redes digitales. En ese sentido, refiere que Ellyson y Boyd (2013) presentan las redes sociales en línea como “plataformas con una doble perspectiva mediática y autocomunicativa, conformadora de estructuras tecnosociales que dan lugar a un amplio sistema de relaciones”.

Desde el punto de vista social, las redes sociales puede decirse que son formas muy antiguas de la actividad humana, aunque actualmente han cobrado nueva vida, al convertirse en verdaderas redes de la información con el impulso de la llamada “red de redes”: Internet (Castells, 2001)

La definición de Redes Sociales de Caldevilla (2010) dice lo siguiente: Las Redes son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos. Una sociedad fragmentada en minorías aisladas, discriminadas, que ha desvitalizado sus redes vinculares, con ciudadanos carentes de protagonismo en procesos transformadores, se condena a una democracia restringida. La intervención en red es un intento reflexivo y organizador de esas interacciones e intercambios, donde el sujeto se funda a sí mismo diferenciándose de otros.

Caldevilla (2010) destaca que para esta corriente de pensamiento, las redes sociales nacen como una reunión de personas, -conocidas o desconocidas-, que interactuarán entre sí, retroalimentando y definiendo al grupo, enlazando la idea con los conceptos que se relacionan con la web 2.0, donde la premisa es hacer las cosas en grupo. Se privilegia la participación de todos, lo

que se considera una gran ventaja porque con el esfuerzo de todos se logran avances significativos. En ese sentido, se refuerza la idea de que cuando un individuo no puede aportar lo suficiente, el trabajo conjunto puede lograrlo.

De esta forma se considera que las páginas 2.0 se alimentan del material que añade cada usuario en forma tal que, aunque un elemento lleve prioridad en sus planteamientos, son varios los que participan con respuestas y opiniones, coincidencias y desacuerdos, lo que permite que la página pueda tener retroalimentación de varios participantes y crecer en su contenido.

A partir de esa fecha, numerosos investigadores se dedican al estudio de las mismas, encontrando que a través de ellas se plantea una nueva forma de comunicación, en la que la retroalimentación puede ser una de las mejores cualidades, sin embargo, diversos estudios revelan que un porcentaje importante de usuarios se convierte en receptor pasivo en cuanto a información no personal, es decir, la que se refiere a aspectos sociales, médicos, políticos y de otros temas, supeditando y limitando su uso al manejo de mensajes meramente personales entre su grupo de amigos/contactos, donde se limitan a conversaciones unipersonales y a compartir estados de ánimo.

Hoy en día, existe suficiente información al respecto: son muchos los expertos que se han dedicado al estudio de las redes sociales en línea. En base a la importancia que se ha otorgado a este medio de comunicación, se puede afirmar que las redes sociales se constituyen en factor determinante para hacer llegar los mensajes a la sociedad en forma expedita, ágil, veraz y oportuna.

Por su utilización entre la población, las redes sociales tienden a convertirse en un medio de comunicación eficaz y accesible para la población; en el caso de los jóvenes, el uso cotidiano de las redes permite que se conviertan en un vínculo para poder informar e informarse, de ahí la importancia de que se instrumenten proyectos que contengan recursos en la red para lograr una adecuada transferencia de temas de salud.

La población en edad universitaria acude con poca frecuencia a las instituciones sanitarias, por sus características físicas y algunas razones que tienen que ver con aspectos de ideología, según información estadística de la

Secretaría de Salud en Tamaulipas. Es cuando se convierte la red social en el instrumento idóneo para hacer llegar esos mensajes de prevención sanitaria, control o canalización a los recursos que ofrezcan el tratamiento adecuado. Su naturaleza y accesibilidad les convierten en un recurso útil y fácil de utilizar.

Los objetivos que persiguió el estudio realizado en la Universidad Autónoma de Tamaulipas fueron el conocer cuál es el uso que se hace de la Red Social Facebook, por parte de estudiantes universitarios en el Estado de Tamaulipas, México.

En base a lo anterior, se buscó conocer las preferencias respecto al uso y consulta de temas de salud, en jóvenes universitarios -en caso de que las hubiera-, y ubicar el uso que se puede dar a los websites que manejan este tipo de información; conocer también si los estudiantes tienen interacción, tanto con quienes manejan estos recursos como con otros jóvenes con inquietudes similares.

El presente trabajo de investigación tiene relación directa con los hábitos de los jóvenes pertenecientes a la comunidad universitaria en Tamaulipas, México, concretamente en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, dentro de su Campus ubicado en la capital del estado, Ciudad Victoria.

Se han utilizado diversas herramientas para la recogida de datos: el cuestionario, entrevista en profundidad, grupos focales y análisis de contenido en redes sociales. En este sentido, era necesario conocer si la información sobre salud que se distribuye por Facebook es suficiente, adecuada y si tiene la respuesta esperada por quienes la elaboran y crean.

En base al estudio etnográfico que se llevó a cabo, fue posible conocer la forma en que se constituye la comunidad universitaria, ubicando sus características físicas y sociales, y a través de un estudio exploratorio, se procuró conocer si existe para los jóvenes universitarios la respuesta a sus dudas sanitarias dentro del esquema que ofrecen las redes sociales, la frecuencia de su utilización para tal efecto y el nivel de interacción existente.

Berganza y Ruiz (2005: 3) explican que “la metodología pretende mostrar si es posible conocer la realidad, cuánta realidad es posible conocer y por qué cambios es posible conocerla”. Estos autores recuperan la definición

que Sierra Bravo ofrece del método científico aplicado a las ciencias sociales:
...el proceso de aplicación del método y técnicas científicas a situaciones y problemas teóricos y prácticos concretos en el área de la realidad social para buscar respuestas a ellos y obtener nuevos conocimientos que se ajusten lo más posible a la realidad.

A partir de ésta definición, el siguiente paso es identificar qué métodos y técnicas son más apropiadas para la investigación en el área de la comunicación.

La naturaleza de este trabajo se ubica en el uso de las redes sociales en temas relacionados con la salud y la juventud en etapa universitaria, por lo que se ha considerado la necesidad de utilizar una triangulación metodológica; en este caso, una técnica cuantitativa como la encuesta, para determinar el peso específico del uso de las redes sociales en temas de salud; respecto a las técnicas cualitativas, como el análisis de contenido y la observación directa no participante son procesos que nos llevan a obtener una visión general del uso de la red social Facebook en la comunidad universitaria. Asimismo, se emplea la entrevista en un grupo focal, que nos permite ahondar en factores que llevan a los jóvenes a tener el uso de la red social Facebook en temas que pueden o no ser relacionados con la salud.

Se llevó a cabo una revisión de recursos de salud en redes sociales en idioma español, durante los meses de enero a marzo del año 2015 en la red social Facebook, buscando elementos que puedan coincidir con los gustos de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, en Ciudad Victoria, México, para lo que en primera instancia desarrollamos dentro de los cuestionarios aplicados, algunos reactivos que nos permitieron ubicar los recursos utilizados en este rubro. Cabe destacar que los estudiantes participan con un uso escaso en cuanto a búsqueda de información de salud se refiere, tal y como se puso de manifiesto al final del estudio.

El objetivo de esta revisión fue encontrar los recursos disponibles que pueden ser consultados preferentemente por la población universitaria.

Se aplicó un cuestionario entre estudiantes del Campus Victoria de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, tomando como muestra a alumnos

de las carreras que ahí se ofertan: Derecho, Ciencias de la Comunicación, Relaciones Internacionales, Turismo, Trabajo Social, Nutrición, Psicología, Telemática, Comercio y Administración, Administración de Empresas y Ciencias de la Educación.

Considerando las carreras existentes y población universitaria del Campus Victoria, se administró el mismo cuestionario a 550 alumnos, tomando como muestra el equivalente a un grupo escolar por cada carrera -en promedio, los grupos fueron constituidos por 50 alumnos- de las once que se ofertan en el Centro. Se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio simple, sin reposición.

Como criterio de inclusión fue el hecho de que los mismos aceptaran ser usuarios de la red social Facebook, considerando la negativa como criterio de exclusión único.

En ese sentido, se utilizó un cuestionario elaborado para tal efecto, que permitió medir la calidad de la información que buscan los estudiantes en Facebook, su periodicidad y tipo de datos que visualizan en términos generales.

En el cuestionario incluyeron 15 preguntas enfocadas a la preferencia y utilización de las redes sociales, temática que se aborda en su uso, interacción que se logra a través de este recurso, búsqueda de información referente a temas de salud y alcances de la misma, e interacción entre otros usuarios con búsquedas similares. Se dividió en tres apartados, siendo el primero el referente a datos que ubican género, edad y escolaridad máxima; el segundo sobre la utilización de las redes sociales y frecuencia de uso, y el tercero que abordó temas específicos de salud, como las búsquedas, interacción e información sobre temas de interés para los usuarios.

Además, con ocho estudiantes de las carreras de ciencias de la comunicación, derecho, relaciones internacionales, trabajo social, psicología, nutrición, telemática y comercio y administración, -uno por cada carrera- se organizó un *Focus Group*, en el que se cuestionó acerca del uso que hacen de las redes sociales y la temática que prefieren, enfocando las preguntas hacia temas sanitarios dirigidos a la juventud, buscando en los integrantes del grupo que existiera equidad de género.

Se ha considerado fundamental la aplicación de una encuesta breve, cerrada, a fin de obtener una visión sobre el uso de las redes sociales electrónicas y su relación con temas de salud. Por esa razón, se aplicaron 550 cuestionarios en las distintas Unidades Académicas que conforman el campus de referencia para saber: sexo, edad, uso de redes sociales, interacción con jóvenes, uso de páginas de salud en redes sociales y temas que llaman más la atención.

Posteriormente, se revisó el contenido de los websites de las redes sociales, buscando que contuvieran los temas motivo del presente estudio y que busquen los jóvenes participantes; se buscó determinar si cumplen con los requisitos de contenido de un website exclusivo de salud para jóvenes o general. Finalmente, a través del Focus Group en el que participaron ocho jóvenes, cuatro de sexo masculino con edades de 20 y 22 años, estudiantes de las carreras de Ciencias de la Comunicación, Nutrición, Comercio y Administración y Psicología, y cuatro del sexo femenino, de 19 y 21 años, estudiantes de las carreras de Trabajo Social, Relaciones Internacionales, Telemática y Derecho, se establecieron los argumentos por los que se emplean las Redes Sociales por Internet, cual es el objetivo principal y, en el caso que nos ocupa, por qué no se da seguimiento a la información de salud que se ofrece en algunos de estos recursos informáticos.

Sobre los resultados del estudio, se puso de manifiesto el poco uso que se otorga en temas sanitarios a las redes sociales.

En relación con las encuestas aplicadas, podemos afirmar que un 95 % por ciento de los estudiantes encuestados participa activamente en redes sociales, principalmente a través de su teléfono móvil y utilizando la red de WiFi que ofrece la Universidad Autónoma de Tamaulipas -eUAT- en todo su campus. También hacen uso de ella en otros sitios dadas las facilidades que otorgan las compañías de telefonía móvil hoy en día y la accesibilidad de sus planes. Asimismo, utilizan la red que ofrece el gobierno de Tamaulipas en forma gratuita en sitios públicos, de forma coordinada con la empresa Teléfonos de México.

De igual forma, los participantes manifestaron tener una cuenta en Facebook -Red social motivo del presente estudio- y revisar durante las jornadas de estudio y todo el día en general sus estados y mensajes que llegan

de parte de sus contactos. Se establece que existe una comunicación permanente con sus grupos sociales y afines.

En el caso de *Focus Group*, se logró determinar que los jóvenes utilizan el recurso de redes sociales principalmente para intercambiar mensajes de tipo social, procurando un porcentaje muy bajo de su tiempo a temas sanitarios. Encuentran en algunos recursos de esta naturaleza, dificultad para comprender sus inquietudes, manifestando que son poco claros para explicar los temas, y existe un bajo nivel de retroalimentación, ya que en la mayoría de los casos los recursos de Facebook tienen opción a interactuar, pero no tienen respuesta a los mensajes que envían a quienes administran éstos.

Coinciden en que todavía resulta más adecuada la búsqueda a través de motores específicos como Google y otros similares, ya que los recursos de Facebook aún no tienen una respuesta a todas sus inquietudes, y la búsqueda de personas con la misma problemática se dificulta, dado que cuando son temas considerados como poco frecuentes, temen identificarse con su propio nombre; en ese sentido, quienes más emplean este recurso son los que tienen perfiles de Facebook con sobrenombre, seudónimo o nombre falso y no muestran fotografías o imágenes que puedan identificarlos, es decir, que lo emplean con datos falsos.

Temas como enfermedades de transmisión sexual, cáncer, bulimia y anorexia o aspectos relacionados con la sexualidad en general son los que tratan de ubicar sin interactuar, buscando únicamente información que muchas veces no está confirmada ni corroborada como verídica, por lo que pueden tener desorientación en lugar de encontrar la respuesta a sus dudas.

Sobre temas preferidos, los resultados son variables: 24 por ciento asegura dar prioridad a temas de política y electorales; 19 por ciento lo hace para buscar páginas de entretenimiento; 41 por ciento emplea únicamente las redes sociales para establecer contactos con sus amistades y gente que tiene relacionada con ellos, es decir, únicamente para socializar; 5 por ciento busca información universitaria y el 9 por ciento busca temas de salud, destacando los que se refieren a estilos saludables en el buen comer, enfermedades venéreas, embarazos y concepción en general, así como drogadicción. Únicamente el 2 por ciento manifestó buscar temas de salud de otros tópicos, entre los que se puede destacar el de medicina preventiva.

Se pudo observar que los jóvenes estudiantes de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, en el campus de Ciudad Victoria emplean las redes sociales como objeto principal de convivencia; de acuerdo a los resultados del estudio, se refuerza la idea del uso excesivo de redes sociales en los estudiantes; el uso de las mismas se pone de manifiesto en bibliotecas, aulas, pasillos, cafeterías y las mismas arterias donde se ubica a jóvenes en solitario o en grupo manipulando sus dispositivos electrónicos, observando la información que recaban a través de éstos. La convivencia interpersonal disminuye considerablemente, dando paso a una comunicación a través de aparatos electrónicos, dejando a un lado todo intento de socialización.

Los jóvenes entrevistados manifestaron ser usuarios de las redes sociales, destacando dos de ellas: Facebook y Twitter, aunque dieron mayor importancia a la primera, con la que, aseguran, entablan comunicación con sus compañeros de clases y comparten mensajes relacionados con sus asignaturas o sus demás compañeros, donde manejan y manipulan estados de ánimo de las personas, los que comentan o comparten, y haciendo eco en los mensajes que algunos otros les envían con objeto de compartirse de una forma mayoritaria.

Aseguran sentirse satisfechos con su forma nueva de comunicarse, porque a través de las redes sociales pueden salvar en importante escala la necesidad de interactuar personalmente, lo que les permite inclusive dejar para otras ocasiones la necesidad de arreglarse físicamente. En este tipo de comunicación, aseguran, no importa el físico, porque la gente no los observa. Y cuando buscan información de algún tema que se considere importante o difícil por su naturaleza, pueden hacerlo en total anonimato. Muchos tienen en sus redes sociales identificación a través de seudónimos, sobrenombres u otras formas que les permiten ocultar sus datos de identificación.

Los temas de salud, como se puso de manifiesto, se consultan en un porcentaje muy bajo, y los más recurrentes tienen que ver con temas que aparentemente son de mayor importancia, dejando totalmente a un lado los referentes a prevención de riesgos sanitarios propiciados por un estilo de vida inadecuado, o por enfermedades crónico degenerativas que hoy en día ocupan los porcentajes más significativos en las causas de morbilidad y mortalidad.

Se entrevistó a ocho jóvenes de distintas líneas de formación académica, mediante la técnica de focus group -Ciencias de la Comunicación, Derecho, Relaciones Internacionales, Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Telemática y Comercio y Administración-, mismos que explicaron que en los recursos existentes sobre temas de medicina preventiva o higiene no encuentran una información clara o atractiva, entendiendo como tal el formato utilizado o el lenguaje que, en algunas ocasiones es generado por profesionales de la salud y no son claros para grupos que no tienen su misma formación académica y no entienden algunos términos.

Según las encuestas aplicadas, consideran que hace falta más claridad en el manejo de temas y una adecuada retroalimentación, porque en ningún momento se considera su opinión a pesar de que algunos recursos tienen forma de hacerlo. Quienes tienen iniciativa para manejo de solicitudes de información, comentarios, quejas o sugerencias no tienen respuesta al respecto, lo que desalienta su participación en ese sentido y no resuelve las dudas surgidas por diversos motivos.

Buscan, respecto a la salud, sitios que tengan contenido acerca de dietas y estilo de vida para bajar de peso, propiciando también el ejercicio aeróbico en clubes y gimnasios, principalmente, en las páginas donde, independientemente de la invitación a formar parte de esas comunidades se les ofrecen consejos para tener un mejor estilo de vida.

Según resultados obtenidos, existe gran preocupación por aspectos relacionados con su vida sexual y enfermedades relacionadas con ella: en ese sentido, tratan con discreción los temas por temor a ser identificados y manejan comentarios en base a seudónimos o sobrenombres que consideran difíciles de ubicar en cuanto a identidad.

Buscan formas de control natal, así como prevención de enfermedades de transmisión sexual -ETS- y su posible tratamiento.

Falta para muchos de ellos una adecuada información que contenga inclusive foros de discusión y consulta, tanto con sus iguales como con especialistas de distintas disciplinas sanitarias.

Sobre aspectos relacionados con salud pública, prevención de enfermedades crónico-degenerativas y obesidad, refieren que si bien es cierto que

la mayoría de recursos manejan los riesgos de la obesidad y el sobrepeso, no les motivan u orientan sobre qué hacer al respecto. Se limitan algunos a manejo de dietas que no son consideradas por nutriólogos calificados y sienten que falta mucho al respecto.

En estos recursos de Facebook no encuentran la respuesta a sus cuestionamientos: hay mensajes que explican conceptos referentes al tema de cada uno de estos temas, pero en una importante mayoría son enlaces a otras páginas de origen científico: no están preparados y redactados para una comunidad determinada a la que se supone están dirigidos. Falta un estudio que determine la manera en que debe utilizarse cada recurso.

Encuentran los jóvenes universitarios también páginas carentes de recursos infográficos, gráficas, esquemas o viñetas que puedan hacer más llevadera la adquisición de información.

Los entrevistados coinciden en que el uso de material audiovisual y multiplataforma permite entender de manera más integral los motivos y temas que se tratan en estas páginas.

Encuentran los recursos de Facebook similares entre sí, con poca variedad en cuanto a su diseño o redacción, lo que los convierte en aburridos y candidatos a su abandono. La claridad es un tema que está pendiente porque no encuentran una forma de identificación entre conceptos clínicos y su integración en el medio social. Para ellos es importante el poder sentir el sitio visitado como “propio”, es decir, que haya una verdadera conexión entre ellos como usuarios y quienes tienen a su cargo estos sitios.

Sobre los sitios oficiales del sector sanitario, suponen que se han instrumentado básicamente para promover las acciones de gobierno y no los sanitarios, ya que abundan en sus inclusiones los discursos de quienes tienen a su cargo las políticas sanitarias, dejando como secundario el objetivo de promocionar la salud a través de textos, fotografías o infografías.

Fueron cuestionados acerca de la pertinencia de participar en forma activa en este tipo de recursos sanitarios, encontrando que tienen interés en hacerlo, en la medida que los encargados de los sitios –autoridades y organizaciones sanitarias- se propongan establecer ese canal común entre la comunidad universitaria, procurando sus formas de entendimiento, y los

que realizan programas de prevención y seguimiento de salud, pública y de temas en particular.

Como se puede concluir, los estudiantes universitarios son poco afectos a la búsqueda a través de las Redes Sociales por Internet de temas relacionados con la salud. Es importante recordar que según IAB México (2015) el 26 por ciento de los internautas se ubica entre los 19 y 25 años de edad siendo el 53 por ciento del sexo femenino y el 47 por ciento del sexo masculino.

Del grupo de estudiantes encuestados, 99 por ciento manifestaron tener contacto con las Redes Sociales a través de sus teléfonos móviles, en comparación con los datos de *Interactive Advertising Bureau México* [IAB México] (Islas, 2015) que ubica un 41 por ciento de usuarios a través de teléfono inteligente y 32 por ciento de teléfono celular en 2012, cifra que se mantiene en 2013 con respecto a los primeros, decreciendo en los segundos por tres puntos porcentuales.

El uso de Redes Sociales se lleva a cabo en menor escala a través de computadoras personales gracias a las facilidades que otorgan las empresas para contratar paquetes de datos y tener acceso a las Redes Sociales mediante los teléfonos móviles. Lo anterior se confirma por los datos que arrojan las encuestas y entrevistas efectuadas.

Coincide con el estudio de IAB el uso de las redes sociales, donde ubica Facebook con un 97 por ciento de utilización entre los internautas, seguida de YouTube -67 por ciento- y Twitter -61 por ciento- y Google con 761 por ciento, e Instagram, con un 39 por ciento de utilización.

Los estudiantes manifiestan hacer una revisión cotidiana de sus estados en Facebook y mensajes que les envían sus contactos, lo que también se destaca en el estudio de *Interactive Advertising Bureau México* (Islas, 2015), con un promedio de 4.6 veces al día.

Se recomienda ampliar el presente estudio, a fin de poder lograr una mayor cobertura de población estudiantil, de forma tal que pueda reflejarse con mayor precisión el estado real del uso de redes sociales en temas sanitarios dirigidos a este grupo poblacional, para poder considerar una propuesta de mensajes que puedan ofrecer una mejor calidad de vida

a los jóvenes estudiantes, repercutiendo por ende, en un mejor estado en general de la población.

Por los resultados obtenidos, se deduce que no hay utilización en temas de salud que pueden resultar fundamentales para establecer un estilo de vida saludable, por lo que se sugiere el establecimiento de estrategias que nos lleven a fomentar el uso de las Redes Sociales en este tipo de asuntos, a través de distintos mecanismos, que pueden surgir de las organizaciones no gubernamentales o instancias sanitarias oficiales.

Las Redes Sociales están llamadas a cambiar una serie de aspectos de comportamiento y convivencia en la sociedad moderna, motivo por el que en materia de salud se deben hacer las adecuaciones necesarias que permitan su utilización con los objetivos que muchas personas se plantearon en un principio, y que con el paso del tiempo se han reducido a ser un canal únicamente para la convivencia e intercambio de conceptos cotidianos aunque no relevantes.

En cuanto a aspectos sanitarios, se pone de manifiesto la falta de interés en los jóvenes sobre recursos de Facebook referentes a estos temas, propiciada por la forma en que se presenta, siendo que los aspectos referentes a política social tienen escaso o nulo interés para ellos.

Se tiene la idea de que falta en la red de Facebook la instrumentación de grupos afines a temas de prevención para jóvenes, diseñados de forma tal que puedan ser comprendidos en base a sus contenidos textuales y gráficos, multimedia y de audio.

Quienes tienen dentro de su formación conocimientos relacionados con aspectos sanitarios, como trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos o nutriólogos -motivo e inclusión en el presente estudio- coinciden en la necesidad de manejar fluidez y claridad en el mensaje sanitario dirigido no únicamente a la juventud, sino a un público en general, desconocedor de terminología propia del sector sanitario, pero ávido de tener presentes las formas para elegir llevar a cabo un estilo de vida saludable, en el que intervengan expertos y usuarios afines a sus características, y que se pueda interactuar para lograr mejorar el estilo de vida de ellos y sus familiares.

Por lo anterior se entiende que las redes sociales son un recurso comunicativo muy recurrente en la sociedad del nuevo milenio, y especialmente en público joven, cuyas edades oscilan entre los 15 y los 28 años, por lo que se establece la necesidad de crear grupos coordinados con organizaciones no gubernamentales y dependencias sanitarias oficiales, a manera de que los esfuerzos puedan llevarse en una sola línea y canal, ofreciendo a los cibernautas la capacitación necesaria a través de la red social de Facebook, basada en la claridad y sencillez, en una presentación atractiva que permita la existencia de un mayor interés en éstos y, por consiguiente, la interacción que llevará a la mejora en el estilo de vida de los participantes.

A manera de conclusión

De acuerdo a los temas abordados en el presente volumen, se desprende como conclusión que la comunicación juega un papel preponderante en temas sanitarios, y por alguna razón se ha prescindido del manejo de este tipo de información, misma que podría tener repercusiones importantes dentro de la comunidad.

Las redes sociales, la radio, los medios de comunicación masiva en general se presentan como un recurso que puede emplearse para obtener resultados comunitarios favorables, propiciando una adecuada capacitación, educación y formación en la salud, con el objetivo de que los miembros de la sociedad podamos aspirar a información clara, sencilla y precisa que nos permita conservar un estilo de vida saludable.

No podemos pensar en dejar la responsabilidad a las autoridades sanitarias en forma exclusiva, ya que, siendo éstas las que deciden las políticas a seguir en este rubro, también es necesario reconocer que somos los miembros de la sociedad los beneficiarios o damnificados ante la ausencia de medidas que nos permitan entender los riesgos de mantener una existencia al límite de nuestra resistencia y capacidades.

Finalmente, somos nosotros los que debemos responsabilizarnos de nuestra salud.

Y para ello, surge el término que al inicio del milenio se estableció como prioridad para la IDF en su Congreso de la Ciudad de México: el empoderamiento de la enfermedad y sus características, porque, según se estableció en aquel entonces, somos nosotros mismos los responsables del estado de salud que guarde nuestro organismo, y de la forma en que tengamos repercusión y trascendencia social, de acuerdo a las capacidades a desarrollar y las limitaciones que nosotros mismos habríamos de fomentar según nuestros actos.

Es entonces, la salud, una responsabilidad social, de cada uno de nosotros, y es entonces una función compartida entre quien gobierna y quien es gobernado, y para ello se requiere tener la información necesaria, en forma por demás clara, que no deje lugar a dudas de lo que tenemos que llevar a cabo cada uno de nosotros, de acuerdo a nuestros intereses.

Lista de referencias

- Aguirre, M. (2015). *México, principales causas de mortalidad 1938-2014*. Consultado el 20 de mayo de 2015 en: <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>
- Baden Powell, Robert (2010). *Escultismo para muchachos*, México, CEAC.
- Baudrillard, J. (1991). *La transparencia del Mal*. Barcelona: Editorial Anagrama S. A.
- Berganza, M., Ruiz, J. (2005). *Investigar en comunicación*. Madrid: Mc Graw Hill
- Berlo, David K. (2003). *El proceso de la comunicación, Introducción a la teoría y a la práctica*, México: Ateneo.
- Caldevilla, D. (2009). Democracia 2.0: La política se introduce en las redes sociales. En: *Pensar la Publicidad* (pp. 31-38). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Caldevilla, D. (2010). Las Redes Sociales. Tipología, uso y consumo de las redes 2.0 en la sociedad digital actual. *Documentación de las Ciencias de la Información, Norteamérica*, 33, jul. 2010. Consultado el 21 de mayo de 2015 en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/DCIN/article/view/DCI-N1010110045A/18656>.
- Campos, F. (2013). La Investigación y gestión de las redes digitales, Cuadernos Artesanos de Comunicación. *Revista Latina de Comunicación Social*, 50, p. 108.
- Castells, M. (2001). *La Galaxia Internet*. Barcelona: Plaza&Janés Editores.
- Celaya, J. (2008). *La empresa en la Web 2.0*. Barcelona: Gestión 2000
- Cirigliano, G. y Villaverde, A. (1982). *Dinámica de Grupos y Educación*, Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
- Chehayabar y Kuri, E., (1989). *Técnicas para el Aprendizaje Grupal*; Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Dirección de Desarrollo Académico, (1993). *Taller de Dinámica de Grupos*, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.
- Dorantes, M. (2010). *México, primer lugar en obesidad infantil*, consultado en: http://www.amnu.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=31:articulo-2&catid=10:articulos el 5 de octubre, 2012)

- Eco, U. (2013). *Dejando el hábito del teléfono celular*. Recuperado el 26 de junio de 2015, de: <http://www.elspectador.com/opinion/dejando-el-habito-del-telefono-celular-columna-440681>
- Ellison, N., & Boyd, D. (2013). Sociality through Social Network Sites. En W.H. Dutton (Ed.), *The Oxford Handbook of Internet Studies*. Oxford: Oxford University Press
- Federación Internacional de Diabetes, (2011). *Atlas Mundial de la Diabetes*, (versión en español), Federación Internacional de Diabetes, Bélgica.
- Fernández C. Carlos, *La Comunicación Humana en el Mundo contemporáneo*, (2001). Mc Graw Hill, México.
- Fernández C, Galguerra, L. (2008). *La Comunicación Humana en el Mundo Contemporáneo*, Mc. Graw Hill Interamericana, México
- Gibb, Jack R. (1982). *Manual de Dinámica de Grupos*, Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill
- International Diabetes Federation (IDF), (2011). *Diabetes Atlas*, IDF, Belgica
 _____(2015). *Diabetes Atlas*, IDF, Belgica
- Islas, O. (2015). Estudio del consumo de medios entre internautas mexicanos. *Entretextos*, 7, (19), pp. 1-16. Recuperado el 20 de mayo de 2015: <http://entretextos.leon.uia.mx/num/19/PDF/ENT19-1.pdf>
- Lozano, J. (2007). *Teoría e Investigación de la comunicación de masas*. México: Pearson.
- Marín, C., (2005). *Manual de Periodismo*, Grijalbo, México
- Mondragón, J. y Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de Trabajo Social en el Campo de la Salud*, Siglo Veintiuno editores, España.
- Monge, S. y Olabarrí, M. E. (2011). Los alumnos de la UPV/EHU frente a Tuenti y Facebook: usos y percepciones. *Revista Latina de Comunicación Social*, (66). La Laguna (Tenerife): Universidad de La Laguna, pp. 79-100. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de http://www.revistalatinacs.org/11/art/925_UPV/04_Monge.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1946) *Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud* (OMS), presentada el 7 de abril de 1946. Francia

- Santamaría, C. (2011). *La entrevista periodística, ¿Género o Herramienta?* Tesis de doctorado, Universidad de Santiago de Compostela, España. Consultado el 4 de mayo de 2015 de: <http://hdl.handle.net/10347/3661>
- Secretaría de Gobernación, (2009). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México, SEGOB
- Secretaría de Salud (2009). *Ley General de Salud, México*, Secretaría de Salud , México
- Trevithick, P., (2010). *Habilidades de Comunicación en intervención social*, Madrid, España, Narcea.
- Villanueva, V., (2003). Enfoque práctico de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de medicina*, UNNE, Buenos Aires, Argentina, (130) 34-39
- Wimmer, R. D., Dominick, J. (1996). *La investigación científica de los medios de comunicación*. Barcelona: Bosch.
- Zamora, M. (2006). *Redes Sociales en Internet*. Consultado en : <http://www.maestrosdelweb.com/editorial/redessociales/>, el 14 de mayo de 2015.

Páginas Web consultadas:

- http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/boletin/2007/boletin_vitales_07.pdf (consultado el 28 de febrero, 2012)
- <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>(consultado el 28 de febrero, 2012)
- http://sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/enagas_analisisycomparabilidad.pdf (Consultado el 29 de febrero, 2012.)
- http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=salud (consultado el 25 de marzo, 2012)
- http://www.educared.org.ar/vicaria/links_internos/index.asp?id=500 (consulta: marzo 25, 2012)
- <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> Consultada marzo 4, 2017
- http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/boletin/2007/boletin_vitales_07.pdf

<http://www.salud.gob.mx> Estadísticas oficiales, Secretaría de Salud en México INEGI, Estadísticas vitales (consultado: febrero 28, 2012)

http://sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/enagas_analisisycomparab

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> (Consultada el 21 de junio, 2012).

<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/prologo?language=es> (Consultada el 21 de junio de 2012).

<http://www.who.int/diabetes/es/> (Consultada: 3 de marzo de 2017)

<http://www.yogadelarisa.com.mx> (Consultado el 3 de marzo de 2017)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>, (Consultado 4 de marzo, 2017)

<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n3/v65n3a8.pdf> (Consultado el 3 de marzo de 2017).

Se terminó de imprimir octubre de 2017

La edición consta de 300 ejemplares

Se utilizó la fuente Baskerville 12 puntos

Revisión de estilo y diseño editorial:

Consejo de Publicaciones.

Universidad Autónoma de Tamaulipas