

Revista

Milenaria

Ciencia y arte



Órgano de difusión de la Escuela de Enfermería y Salud Pública



Año 2 No. 2 Diciembre 2012

José Flores

A manera de editorial

*E*n junio pasado, logramos relanzar nuestra revista *Milenaria, Ciencia y Arte*. De entonces a la fecha hemos recibido una enorme cantidad de comentarios, por lo que queremos comenzar por agradecer sus recomendaciones y en general la buena recepción que ha tenido esta publicación; no sólo en nuestra dependencia, sino en todos los ámbitos universitarios, en especial en el área de la salud.

Esto se reflejó en la enorme cantidad de trabajos que nos fueron enviados en nuestra segunda convocatoria, lo que implicó una tarea titánica de nuestro comité editorial para evaluar las propuestas, sugerir modificaciones y elegir un número limitado de las mismas debido al reducido espacio de nuestras páginas. Esperábamos la participación de investigadores y docentes, pero nos sorprendió de manera grata la entusiasta presencia de nuestros alumnos, nuestro corazón palpita con fuerza.

Así que para terminar el 2012, *Milenaria* nos muestra probaditas del futuro, nos invita a evitar enfermedades crónicas moviendo el esqueleto, pero también nos alerta sobre la necesidad de romper los círculos viciosos del abuso en sus diferentes tipos, con la mejor de las armas: la información.

Cada fin de año, existe un espacio de reflexión: nuestros autores lo aprovechan para preguntarse si los programas formativos de la dependencia caminan en la dirección correcta, para replantear estrategias sanitarias a partir de lo cotidiano, para recordarnos que las organizaciones tienen una responsabilidad social y que las sociedades marcan su crecimiento respecto a otras de acuerdo con las prioridades con que se ejerce su presupuesto; para dejar en claro que en las políticas sanitarias es imprescindible hacer equipo y entender el sentido de comunidad.

Pero al mismo tiempo, el arte puede ser una aspirina para el alma y la cercanía de otro ciclo nos recuerda que nunca estaremos solos. En este 2013, el propósito de *Milenaria* es que se fortalezca el lazo fraternal con nuestros lectores.

Esperamos que este número sea de su agrado.

Nuestra Portada:

«Colección Otoño-Invierno». Fotografía de Jazmín Flores Castañón, alumna de la Licenciatura en Salud Pública, 7º semestre, terminal de salud familiar y partería.

DIRECTORA:

MA. DE LA LUZ SÁNCHEZ PLAZA

DIRECTORA FUNDADORA:

MA. TERESA MALDONADO GUIZA

EDITOR:

LUIS FERNANDO ORTEGA VARELA

COMITÉ EDITORIAL:

GABRIELA BARRAGÁN C.,

ÁLVARO RODRÍGUEZ BARRÓN,

AMALIA ÁVILA SILVA,

QUETZALCOÁTL HERNÁNDEZ CERVANTES,

MIGUEL ÁNGEL PRADO BOCANEGRA,

MA. TERESA MALDONADO GUIZA

HÉCTOR AARÓN RÍOS MENDOZA.

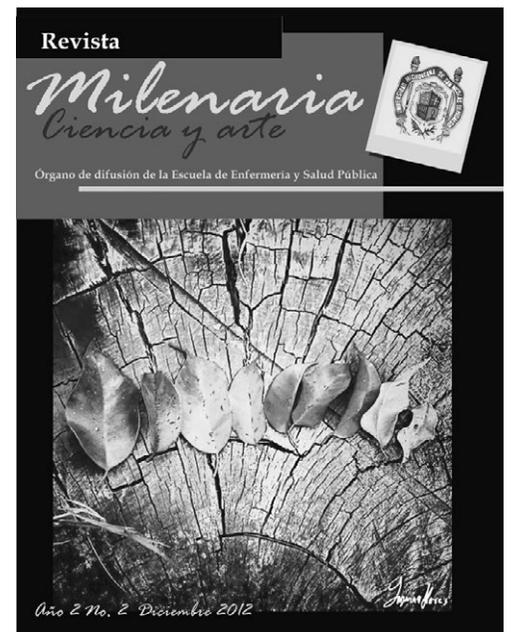
JEFA DE CIRCULACIÓN:

ERIKA GONZÁLEZ CANCINO

Revista *Milenaria, Ciencia y Arte* es el órgano de difusión cultural de la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la UMSNH. El contenido de los trabajos publicados es responsabilidad de sus respectivos autores, por lo que no reflejan necesariamente el punto de vista de nuestra Casa de Estudios. La reproducción parcial o total del contenido, por cualquier medio, requiere la autorización expresa de los editores

Milenaria, Ciencia y Arte es una aventura editorial de todos, por eso te invitamos a que nos hagas llegar tus comentarios a la dirección electrónica: milenariaumsnh@gmail.com, expresa tus opiniones e intereses para hacer más viva esta publicación.

Gertrudis Bocanegra 330 Col. Cuauhtémoc,
C.P.58020, Morelia, Michoacán, México,
Tels. (443) 3122490 y 3137698



Índice

Cerebros de Silicon Valley envían a sus hijos a un colegio sin computadoras	3
Guillemette Faure	
'Efecto pinocho'	5
Anastasia Gubin	
Rompiendo el silencio, el abuso sexual	7
Laura Irlanda Ortega Varela	
Acoso escolar: ¿La violencia de moda?	10
Jaime Verduzco López	
Jóvenes, ¿matan por amor?	13
Lydia Cacho	
¿Hacia una nueva formación en salud pública?	15
Quetzalcóatl Hernández Cervantes	
La relevancia de estudios comparados de los modos cotidianos de enfermar	19
Ma. Teresa Maldonado Guiza, Amalia Ávila Silva, Leslie Ann Díaz Maldonado	
La salud mental en las paredes	22
Tania Figueroa Méndez	
¿Qué es un sistema de información contable?	24
Alma Estrella Díaz Villaseñor	
EL PRESUPUESTO en SALUD, México y Perú	27
Amalia Ávila Silva, Ma. Teresa Maldonado Guiza, Isaías de Jesús Díaz Maldonado	
La responsabilidad social	31
Marisol Palmerín Cerna, Horacio Mercado Vargas	
¡¡ A MOVER EL ESQUELETO !!	34
Lucía Santibáñez Mondragón	
Porque aún en la barbarie, nunca estaremos solos	37
Angel Z. Romero	
Talentos	39
Adriana Malvido	
Aspirinas para el alma	40
Investigadora Nicolaita es premiada en Perú	3a. forros
Futuro	4a. forros

No hay televisores ni PC, sólo tiza y pizarrón, los niños aprenden a tejer, coser y hornear pan. Un establecimiento privado en el que recién se enseña informática a los 13 años.

Cerebros de Silicon Valley envían a sus hijos a un colegio sin computadoras

Guillemette Faure,

M le magazine du Monde | 27.04.2012



T

res cuartos de los alumnos inscritos en la Waldorf son vástagos de personas que trabajan en el área de las nuevas tecnologías. «La gente se pregunta por qué profesionales de la Silicon Valley, entre ellos algunos de Google, que parecen deberle mucho a la industria informática, envían a sus hijos a una escuela que no usa computadoras», comentó Lisa Babinet, profesora de matemáticas y cofundadora de la escuela primaria, en la conferencia anual Google Big Tent.

Pierre Laurent, que eligió esta escuela porque cuestiona la tendencia actual a equipar en informática a las clases desde una edad cada vez más temprana, nos dice: «La computadora no es más que una

herramienta. El que sólo tiene un martillo piensa que todos los problemas son clavos», dice. «Para aprender a escribir, es importante poder efectuar grandes gestos. Las matemáticas pasan por la visualización del espacio. La pantalla perturba el aprendizaje. Disminuye las experiencias físicas y emocionales».

En la Waldorf esa limitación no existe: se aprende a sumar y a restar dibujando o saltando a la cuerda. Consultado acerca de si no le preocupa que sus hijos estén en desventaja por este retraso en el uso de la PC, Laurent responde: *«No sabemos cómo será el mundo dentro de 15 años, las herramientas habrán tenido tiempo de cambiar muchas veces. Por haber trabajado 12 años en Microsoft, sé hasta qué punto los softwares son preparados para ser del más fácil acceso posible».* También recuerda que todos los alumnos de la Waldorf tienen computadora en sus casas. La cuestión se reduce entonces a decidir cuándo levantar las limitaciones a su uso.

Richard Stallman, el gurú del software libre, trabaja desconectado: *«La mayor parte del tiempo no tengo Internet. Una o dos veces por día, a veces tres, me conecto para enviar y recibir mis correos. Releo todo antes de enviar».*

Así como por un lado muchas personas sufren de nomofobia, es decir el miedo a no estar conectado (teléfono, Internet, etc.), otros ya empiezan a dar la vuelta y a recuperar el placer de la desconexión. Fred Stutzman, investigador de la Carnegie Mellon University, desarrolló incluso un programa llamado Freedom que bloquea el acceso a Internet durante 8 horas seguidas, obligando a reiniciar la computadora para reactivar el servicio. Deseoso de poder escribir sin distracciones, también diseñó Anti-social, un software que permite el acceso a Internet pero sin diversiones tales como Facebook y Twitter. *«Las computadoras se han convertido en máquinas de distracción. Hay que equiparse hoy de funcionalidades que las devuelvan a su rol de máquina de escribir», dice. «Es una forma de comprar tiempo».*

Sherry Turkle, del Instituto de Tecnología de Massachussets (MIT, por sus siglas en inglés), autora del libro *Alone Together (Solos juntos)*, dice que mirar sus mails o SMS frente a otros puede ser tan contagioso como un bostezo: *«La gente pasa 90% de su tiempo de trabajo con los mails, y en su casa envían SMS estando a la mesa».*

El informe de *Le Monde* pronostica que cada vez habrá más gente pidiendo

asistencia para desconectarse. No es un fenómeno de masas, sino más bien una tendencia minoritaria que involucra más bien a los sectores más acomodados. *«Algunos tienen el poder para desconectarse y otros, el deber de permanecer conectados», dice el sociólogo Francis Jauréguiberry, que investiga el tema. Los «pobres» de la tecnología son los que no pueden eludir la responsabilidad de responder de inmediato un correo electrónico o un mensaje de texto. Los nuevos ricos, por el contrario, son aquellos que tienen la posibilidad de filtrar e instaurar distancia respecto a esta interpelación. Lo mismo, dice Jauréguiberry, pasó con la televisión: el sobreconsumo es cosa de las clases populares.*

¿Desconectarse es un lujo?

La Waldorf School de Peninsula, en California, es una de las escuelas privadas que eligen los hiperconectados empleados de Google, Apple y otras empresas de punta de la computación para que sus hijos se eduquen alejados de todo tipo de pantalla, de acuerdo a una nueva tendencia tech: la desconexión.

Disponible en: http://www.lemonde.fr/style/article/2012/04/27/ces-branches-qui-debranchent_1691531





...la termografía sirve para evaluar las emociones...

Demuestran 'efecto pinocho' al mentir, en la punta de la nariz

Anastasia **Gubin**

«Cuando una persona miente, se produce un «efecto pinocho», gracias al cual la temperatura de la punta de su nariz aumenta o disminuye, y también aumenta su temperatura corporal en la zona del músculo orbital, en la esquina interna del ojo», señala el informe del departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Granada presentado el 23 de noviembre.

«Si realizamos un gran esfuerzo mental, desciende la temperatura en nuestra nariz, y ante un ataque de ansiedad, se produce una subida general de la temperatura facial», agrega el reporte.

Los investigadores Emilio Gómez Milán y Elvira Salazar López, comprobaron en sus mediciones de temperatura que ante las situaciones en que un sujeto realiza un gran esfuerzo mental, como por ejemplo el enfrentarse a tareas difíciles, al ser evaluado, o al mentir, se producen notables cambios térmicos faciales.

Psicólogos españoles de la Universidad de Granada informaron este jueves que mediante el estudio de la temperatura corporal usando el método de la termografía, confirmaron lo que llamaron el «**efecto pinocho**», que se produce con cambios térmicos en la punta de la nariz, cuando las personas mienten.

Según Gómez y Salazar, **cuando las personas mienten sobre sus sentimientos, estos cambios térmicos se producen en la nariz**. Al mismo tiempo explican, se activa en el cerebro una estructura denominada **‘ínsula’**.

La ínsula «forma parte del sistema de recompensa cerebral si hay sentimientos reales, llamados ‘cualias’», describen. Ésta se activaría al mentir, si estos sentimientos existen, pero no se activa cuando no los hay, aclaran los psicólogos de Granada.

temperatura corporal, de manera que hay una gran correlación negativa entre la actividad de esta estructura y la magnitud del cambio térmico: a más actividad de la ínsula (a mayor sentimiento visceral), menor cambio térmico se produce, y viceversa», destacan Gómez y Salazar.

Los científicos demostraron también que existe **una asimetría de la temperatura corporal** entre ambos lados del cuerpo y que hay diferencias en la temperatura local del cuerpo con subidas y bajadas en torno a un grado.

de la persona, y para la psicóloga Elvira Salazar, «en este sentido, el termograma nos da un marcador somático de estados subjetivos o mentales, y nos permite ver lo que la persona siente o piensa».

En este aspecto el estudio revela que la termografía sirve para evaluar las emociones ya que el patrón térmico facial es diferente, en cada caso y también permite determinar el llamado ‘contagio emocional’.

«Por ejemplo, las personas con una empatía muy alta, si ven a alguien sufrir mediante descargas eléctricas en el antebrazo, se contagian y la temperatura de su antebrazo aumenta».

«Además, en determinadas enfermedades neurológicas, como la esclerosis múltiple, el organismo no regula bien la temperatura ante el calor y el frío, lo que se detecta con un termograma», agrega el informe.

Otras aplicaciones de la termografía detectadas es de determinar el patrón

corporal de grasa, que los científicos esperan que sea de gran utilidad para los programas de adelgazamiento y entrenamiento físico, así como los cambios de temperatura corporal en celíacos o personas con anorexia.



«Efecto pinocho» detectado por termografía
(Universidad de Granada-Emilio Gómez Milán y Elvira Salazar López)

En las investigaciones además observaron que a más actividad de la ínsula, correspondiente a un mayor sentimiento visceral, menor es el cambio térmico que se produce, y viceversa, destacan los investigadores.

«La ínsula interviene en la detección y regulación de la

Las asimetrías se producen también al bailar. En el caso del flamenco, por ejemplo, en la investigación detectaron que la temperatura baja en los glúteos y sube en los brazos.

En general, los cambios observados variaron según el estado físico, el estado mental y emocional

Rompiendo el silencio, el abuso sexual infantil

Mtra. Laura Irlanda **Ortega Varela**
Psicoterapeuta psicoanalítica de la infancia y la adolescencia
Facultad de psicología UMSNH

Una de las formas más agresivas de maltrato infantil, es el abuso sexual, es un tema que tradicionalmente se vive en silencio y se realizan pocas actividades para su prevención.

En el presente trabajo se pretende reconocer la existencia de los abusos sexuales a menores y romper el silencio, que diariamente sufren niños y niñas y que lo demuestran las constantes denuncias penales, y las también constantes solicitudes en psicoterapia infantil, para la atención de estos casos.

Para los profesionales del área de la salud que trabajan con menores, es necesario conocer como se detectan estos casos, y que si conocemos más de los programas de educación sexual y del maltrato, se puede detectar oportunamente, canalizar adecuadamente, prevenir o dar protección.

El Maltrato del menor es una forma de violencia donde el agresor y la víctima se encuentran en una relación de desigualdad, determinada en general por papeles de autoridad, por lo común la agresión se produce como forma de castigo legitimada por patrones de crianza determinados por la cultura: de ahí la dificultad de identificarlo (Ampudia, 2007), dentro de los diferentes tipos de maltrato uno de los más crueles es el abuso sexual infantil.

Para Arango (2010) el abuso sexual infantil (ASI), se refiere «a todo hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad del

infante, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y /o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo hacia sí mismo, al perpetrador y /o a la familia. Estos actos sexuales provocan sentimientos de confusión emocional, miedo, así como experiencias extrañas y desagradables.»



Características definitorias del abuso sexual infantil:

- En general tiene lugar en el ámbito familiar o en el entorno próximo del menor.
- El ofensor suele ser una persona conocida.
- Conductas muy repetidas que se inician de forma «leve» para ir creciendo en intensidad: puede comenzar con caricias, paso posterior a la masturbación y al contacto buco genital, y en algunos casos el coito.
- En pocas ocasiones deja signos físicos sobre la víctima.

- No suele haber testigos, el testimonio de la víctima es la única prueba.
- En muchos casos no se llega a tener conocimiento del abuso porque no habrá relato de la víctima ya que se le pide guarde el «secreto».
- Es frecuente que se descubra mucho después de los primeros incidentes, incluso años después sobre todo, si se trata de abuso intrafamiliar.

Criterios utilizados para definir el abuso sexual infantil

- Edad de la víctima y del agresor. La edad máxima de la víctima (o persona que ha sufrido un abuso) es de recién nacido a 15 y 17 años; el agresor (o persona que comete el abuso) debe tener entre 5 y 10 años más que la víctima.
- Conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima.
- Tipo de conductas que tienen lugar entre ambos.

Finkelhor (2005) considera que para que se dé el abuso se tienen que dar cuatro precondiciones:

1. Que haya una persona motivada para cometer conductas sexuales con un menor.
2. Que esa persona que desea tener conductas sexuales con un menor lo llegue a considerar aceptable o no pueda inhibir las conductas que le llevan a realizar este deseo.
3. Que el niño no tenga protección externa.
4. Que el menor no se resista al abuso. (Por eso la importancia de la prevención).

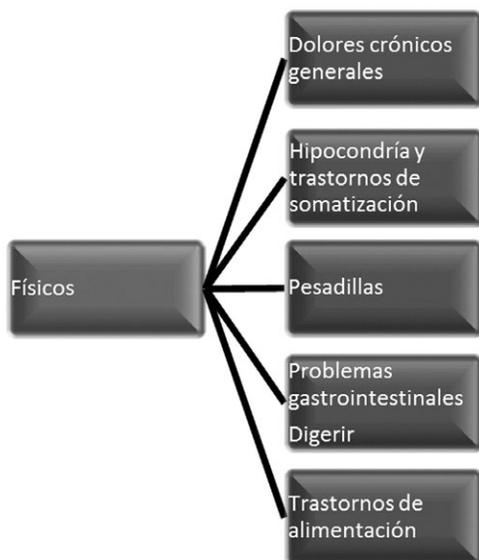
Dentro de la familia se puede detectar un abuso sexual infantil, si el menor cambia drásticamente su conducta de un día para otro, si baja su autoestima o deja de hacer alguna actividad que hacía frecuentemente, si está más inseguro o callado, o si se muestra más inquieto o nervioso.

Dentro de los tribunales, uno de los requerimientos del psicólogo es la valoración de la credibilidad del testimonio del menor. En muchas ocasiones, este testimonio es la única prueba para sostener la acusación. Junto a la demanda se solicita con frecuencia una evaluación psicológica global del niño para determinar las posibles secuelas psicológicas derivadas del abuso, sin embargo para González-Guerrero (2011), «no es posible decir que existan síntomas vinculados exclusivamente al abuso, aunque sí ciertos síntomas asociados a su existencia, debiendo estudiarse en conjunto cada caso y sin pretender establecer a priori una relación directa (causa-efecto) entre un síntoma y la existencia de ASI».

FACTORES ASOCIADOS AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Se debe tener en cuenta que:

De acuerdo con González-Guerrero (2011), los síntomas asociados al abuso sexual infantil son físicos, conductuales, emocionales, sociales y sexuales.



Principales consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil de Echeburúa y Corral (1998) (citados por González-Guerrero (2011), en García.-López, 2011).

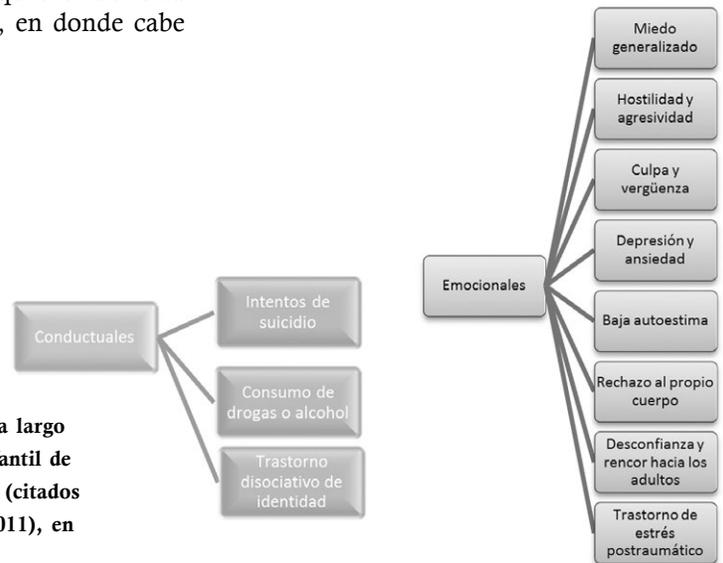
Otra forma de abuso es exponer a los menores a ver las relaciones sexuales de los adultos.

La desnudez, la exposición a material sexualmente explícito: el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal y/o genital. El exhibicionismo: las insinuaciones sexuales, conductas sugestivas, el presenciar como abusan sexualmente de otro infante, la exposición a actos sexuales entre adultos, la prostitución, la pornografía infantil etcétera. También es constante el Incesto y la violación.

Para todos los menores es difícil decir cuando sufren un abuso. La situación de secreto, intimidación, agresión, amenazas y el sentimiento de desprotección debido a que, en algunas ocasiones la misma familia enseña al niño/a a ser obediente y cariñoso con los adultos; lleva a que quien ha sido abusado, no pueda decir lo que le pasa, complicándose aún más en niños con baja autoestima.

En el caso de un abuso sexual infantil, es necesario hacer una denuncia en una *Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales*. Luego de la denuncia penal, el menor requiere de una valoración psicológica, en donde cabe

Principales consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil de Echeburúa y Corral (1998) (citados por González-Guerrero (2011), en García.-López, 2011).



mencionar que sólo un psicólogo experto en delitos sexuales la podrá realizar.

Para González-Guerrero (2011), los siguientes son los pasos de una valoración psicológica

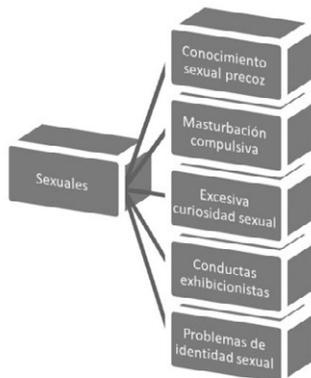
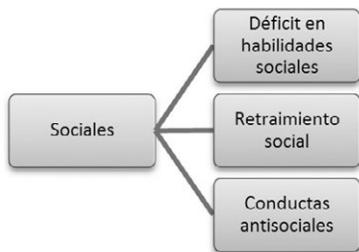
- Vaciado de datos
- Entrevista clínica con el «Tutor o tutora»
- Entrevista con el menor
- Administración de pruebas psicológicas al menor
- Informe pericial de la credibilidad del testimonio

Es muy importante señalar que los psicólogos clínicos no determinan si un menor fue abusado sexualmente o no. El psicólogo clínico atiende el trauma sufrido, de acuerdo a lo que los infantes refieran sentir y orientan para prevenir otros posibles abusos, apoyando a los niños y niñas ante su dolor psíquico en un proceso terapéutico.

¿Qué hacer después de un abuso sexual infantil?

Es muy importante siempre creerle al niño y mantener la calma, así como buscar la ayuda de un profesional. Acorde a lo descrito por López (1995), los siguientes pasos son muy importantes después de un abuso sexual infantil:

- Darle seguridad a la víctima: no sólo asegurarle que no le pasará nada y que no habrá represalias por parte del



para promover la educación sexual infantil y adolescente y se enseña a padres de familia, a niñas y niños a prevenir y detener los abusos, sin generar ansiedad o temor en los niños.

Conclusiones

El abuso sexual infantil es sin duda una grave forma de maltrato a menores. Las propias características asociadas a este delito hacen que, en muchos casos no llegue nunca a conocerse o revelarse, y/o que sea muy difícil obtener pruebas que sustenten la acusación.

Pero el daño siempre es grave, el maltrato es un problema de todos y la corresponsabilidad de la sociedad en su conjunto tiene un papel muy importante en su prevención, se requiere revisar y evaluar los programas de educación sexual existentes y proponer estrategias educativas dirigidas a capacitar a los y las profesionales, responsables de la educación y la salud de los niños y niñas. Fomentar que no guarden el secreto y rompan el silencio, para atenderlos especialmente, mediante la observación sensible, la escucha atenta y la actitud receptiva.

Todo tipo de maltrato infantil, sea físico, emocional, sexual o por abandono, siempre atenta contra el desarrollo sano del niño y su autoestima, los efectos pueden ser terribles. Sin embargo enseñarles a protegerse en situaciones de vulnerabilidad, fomentar una autoestima alta y habilidades para ponerse a salvo, puede evitar riesgos y apoyar en la protección para una infancia más sana y feliz.

Referencias

Ampudia A. Santaella, G. Eguía S. (2009). *Guía Clínica para la Evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: Manual Moderno.

Arango, I. (2008). *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno.

Cantón Duarte J. Cortés Arboleda (2000). *Guía para la Evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Finkelhor, D. (2005). *Abuso sexual al menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosexual*. México: Editorial PAX.

García, E. et al. (2011). *Fundamentos de psicología jurídica y forense*. México: Oxford.

López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. España: Amaru Ediciones

agresor, si no demostrarle que se le protege, constantemente separándolo del agresor, y dándole seguimiento al caso.

- Manifestar que se está orgulloso de él/ella, por el hecho de haberlo comunicado.
- Comentar con él los pasos que se van a seguir.
- Hablar del agresor como alguien que necesita ayuda.
- Asegurarse objetivamente que no va a volver a suceder.
- Recoger algunas informaciones fundamentales.
- Llevarle enseguida a que se le practique un examen médico, especialmente si no han pasado 72 horas desde el último episodio.

Es importante atender la urgencia y llevar a los niños a psicoterapia, ya que los casos que no se atienden tienen

consecuencias a largo plazo, que pueden llevar a la depresión o trastornos de personalidad severos.

Para evitar todos estos riesgos es importante la prevención: enseñar a niños y niñas las situaciones de riesgo, enseñarles cuáles son las partes de su cuerpo, cuáles se vale que les toquen y cuáles no, señalar la importancia de no irse con extraños, aprender a decir no cuando se sienta incomodo y enseñar la regla **NIC**, decir **No**, **Irse** y **Contarlo**. La cultura de la prevención puede ser amena y divertida, mediante juegos y dinámicas de integración, por lo que es necesario promover los programas educativos como los talleres que se dan en el centro integral de intervención psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la UMSNH, en donde se fomentan redes de apoyo entre diferentes instituciones



¿Por qué guardan el silencio los niños?



Acoso escolar: ¿La violencia de moda?

Jaime Verduzco López

4o. año, Lic. en Salud Pública
Salud Mental y Psiquiatría.

El panorama de la violencia

La violencia es un tema en la actualidad en el mundo y particularmente en México. Los medios de comunicación destinan amplios espacios para difundir hechos en extremo violentos que ocurren en distintas regiones del país. Analistas, profesionales, expertos en violencia y líderes sociales han manifestado su preocupación por tal situación, lo que ha contribuido a agudizar en el imaginario lo colectivo, la impresión de que la violencia crece paulatina y exponencialmente de manera incontrolada en todos los aspectos de la vida social del individuo.

Los escenarios escolares no son la excepción. Cuando hablamos de situaciones violentas en la escuela se piensa en robos, o destrozos en el material y las instalaciones. Pero las situaciones violentas incluyen otros hechos no siempre tan explícitos, y que se describen como «comportamientos de la infancia», «cosas de niños en las que no hay que meterse» y, además «ayudan a fortalecer el carácter del alumno». Esta agresividad está pasando a convertirse en algo preocupante por la elevada incidencia y porque agrava las conductas y altera el normal desenvolvimiento de

la vida escolar. Es por eso que éste artículo pretende ser una introducción para entender el panorama de el acoso escolar como una forma de violencia en las escuelas.

¿Qué es el acoso escolar?

El acoso escolar entre escolares se presenta cuando un individuo particular hostiga a otro, al igual que cuando el responsable de la agresión es todo un grupo. Un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto de forma repetitiva y durante un tiempo prolongado a situaciones de forma intencionada que causan un daño (Loredo 2008). El acoso escolar, o por sus siglas en inglés «bullying», no es un

asunto nuevo. Desde hace varias generaciones se le ha considerado un asunto relativamente «normal» dado el contexto en el que se desarrollan los infantes en las escuelas. Situaciones como peleas entre alumnos, violencia verbal o simbólica, han pasado desapercibidas disfrazándolas con acepciones como: «Son niños», «es parte de la edad» o «él (ella) es así»; complicando los diagnósticos y atrasando las intervenciones efectivas en torno a éste fenómeno. Sin embargo, el estudio de comportamientos intimidatorios en escenarios escolares, es relativamente reciente. Aunque se le considera un problema de Salud Pública, no ha sido atendido en su totalidad para el análisis integral de este fenómeno.

¿Cómo puede afectar el acoso escolar a la salud?

La intimidación puede resultar en daño físico, sufrimiento emocional y social, e incluso la muerte. Las personas que son víctimas jóvenes están en mayor riesgo de problemas de salud mental tales como la depresión y la ansiedad, trastornos psicossomáticos, como dolores de cabeza. Los jóvenes que intimidan a otros tienen un mayor riesgo de consumo de sustancias, problemas académicos, y la violencia en la adolescencia y la edad adulta. En comparación con los jóvenes

que solo intimidan, o que solo son víctimas, o víctimas-provocadoras, sufren las consecuencias más graves y tienen un mayor riesgo tanto para la salud mental y problemas de conducta. Sin embargo, es la salud mental que se ve mayor afectada por las conductas de riesgo como la violencia y sus estresores (Aguilera et al., 2007)

¿Ley antibullying?

Como segundo antecedente entorno a la creación de políticas públicas en Salud Mental en nuestro país, el 31 de enero del 2012 se promulgó en la Ciudad de México, la «Ley para la promoción de la convivencia libre de violencia en el entorno escolar del Distrito Federal», tendiendo como primer antecedente la «ley de Salud Mental del Distrito Federal» y que solo se aplica a dicha capital. En Michoacán no estamos muy lejos. El pasado miércoles 24 de Octubre se presentó la iniciativa en el H. Congreso de la Cámara de diputados para ser aprobada la «Ley para erradicar la violencia escolar». Es decir; existe un panorama claro de lo que representa éste fenómeno en cualquiera de sus contextos, se aconseja y se pide ayuda a

los especialistas y la intención en general es buena, pero la pregunta es, ¿una ley garantiza que se erradique éste fenómeno? , ¿Qué tanto protege a la víctima ampararse ante la ley? o ¿las escuelas son castigadas o multadas cuando permiten dichas situaciones? Evidentemente la visión de los padres de familia, de los maestros y autoridades pero sobre todo de los alumnos, juega un papel igual o más de importante en la realidad que enfrentan cotidianamente.

¿Qué hace la Salud Pública respecto al acoso escolar?

Dado que es un problema de Salud Pública, es decir que tiene que ver con la población y sus determinantes como es el caso de la violencia en la comunidad, la visión de todo profesional de la salud pública tendría que ver con aplicación, seguimiento y evaluación de programas preventivos que involucre a docentes, autoridades escolares, padres, alumnos y demás personal que estén en el contexto del ámbito escolar, tales estrategias como la psicoeducación a todos los grupos antes mencionados para proveerles de herramientas que le permitan saber qué hacer y qué no hacer, teniendo en cuenta

la responsabilidad y asuntos bioéticos respecto a cada individuo en la intervención.

¿Quién está en riesgo de ser acosado?

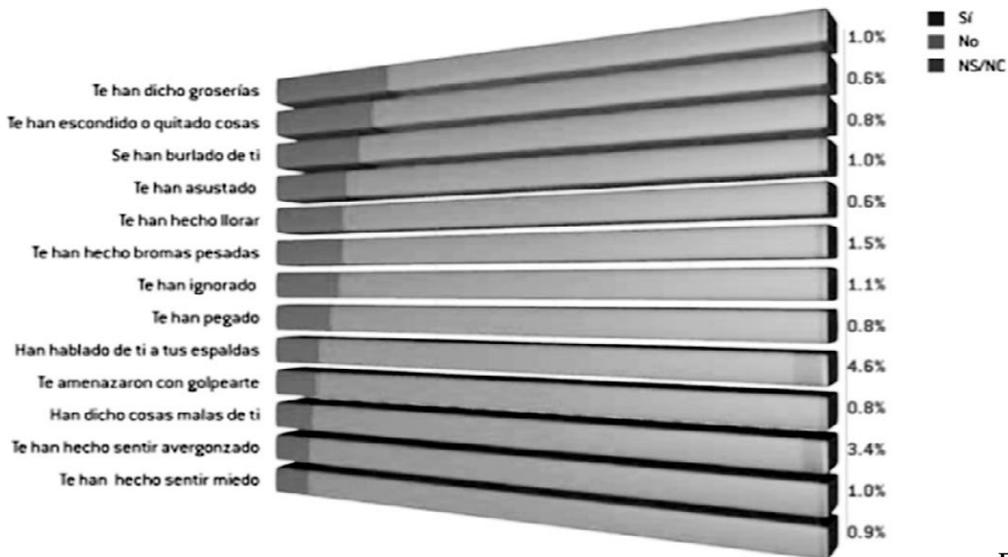
Un número de factores pueden aumentar el riesgo de un joven involucrado o experimentado intimidación. Sin embargo, la presencia de estos factores no siempre significa que una persona se convertirá en un acosador o en una víctima.

Algunos de los factores asociados con una mayor probabilidad de involucrarse en conducta de intimidación incluyen: Impulsividad (bajo autocontrol), trato indiferente de los padres, actitudes de aceptación de la violencia, etc. Algunos de los factores asociados con una mayor probabilidad de victimización pueden ser: dificultades de amistad, falta de autoestima, temperamento pasivo y falta de asertividad. (Luciano et al., 2008)

¿Cómo prevenir el acoso escolar?

Aunque la mayoría de los estudios que tienen que ver con acoso escolar son limitados dado su contexto, y el sistema

Desde enero hasta hoy, dime si te ha pasado con tus compañeros de la escuela algunas de las siguientes situaciones ...



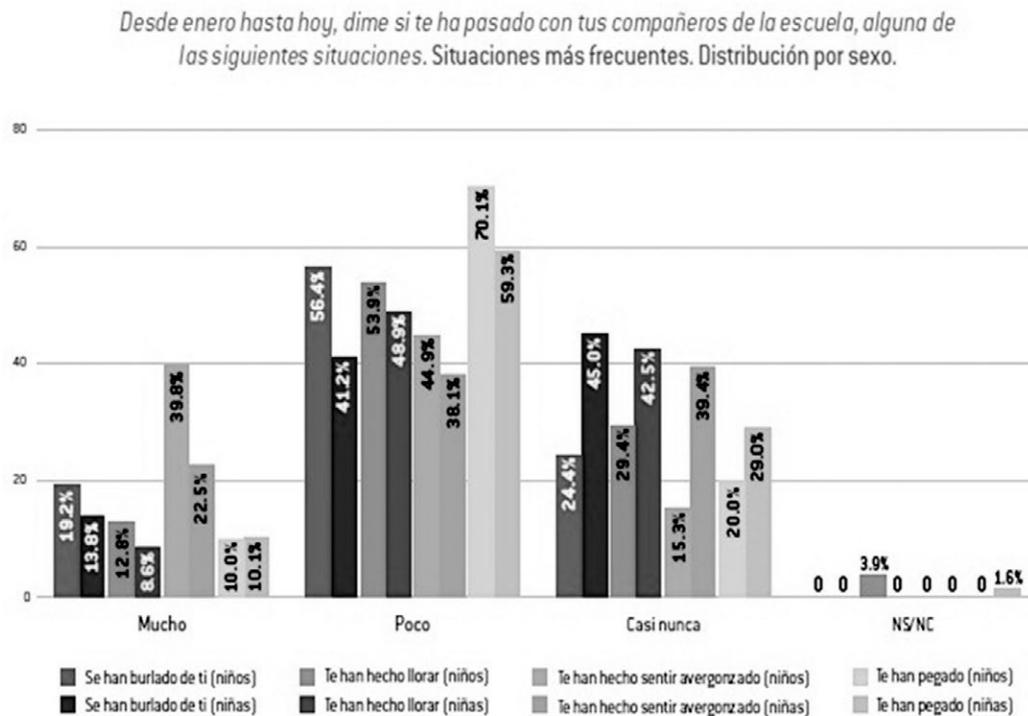
Los problemas que las niñas y los niños señalan con mayor frecuencia es que les hayan dicho groserías y, para dos de cada diez, el haber sido objeto de burlas. El 12.7% señaló que les han pegado.

Figura 1. Situaciones más frecuentes de violencia en las escuelas.

Fuente: Encuesta Nacional de Discriminación 2010

Figura 2. Situaciones más frecuentes de violencia, distribución por sexo.

Fuente: Encuesta Nacional de Discriminación 2010



Son los niños en comparación con las niñas quienes padecen más ser objeto de burlas, haberlos hecho llorar, haberse sentido avergonzados y a quienes les han pegado.

sanitario en general no ha sabido responder a dicho fenómeno de manera concreta, directa y con los recursos que se requieren, a lo que le apuesta la Salud Pública es al propio individuo, reforzando sus capacidades de protección y autosuficiencia, de una moral crítica y de un bien común para el beneficio de su comunidad.

Las bases de una integración para el control de este problema de Salud Pública desde un escenario escolar se ubican en los siguientes rubros: **1)** Mejorar la supervisión de los estudiantes. **2)** Uso de reglas de la escuela y las técnicas de manejo de conducta en el aula y en toda la escuela para detectar y abordar el acoso. **3)** Establecer una propia política anti-acoso, siendo coherente en sus aplicaciones. **4)** Promover a cooperación entre los diferentes profesionales y entre el personal escolar y los padres, es decir la promoción de la red que integre todos los factores que se ven afectados en el

acoso escolar, dar seguimiento y modificar las estrategias de evaluación periódicas para poder determinar que funciona, en qué contexto, y qué solo absorbe tiempo y recursos (OMS 2010).

¿Qué se propone para el acoso desde la evidencia científica?

Paso 1: Definir y monitorear el problema. Antes de que podamos prevenir el acoso, necesitamos saber que tan grande es el problema, donde está y a quienes afecta. **Paso 2:** Identificar los factores de riesgo y de protección. No es suficiente saber que el acoso afecta a un determinado grupo de personas en un área determinada. **Paso 3:** Desarrollar y evaluar estrategias de prevención. Sabemos que en las instancias escolares no siempre se tiene la información, el recurso humano para la psicoeducación en un estado correcto; es decir, no solo basta con la buena intención de directores, docentes, incluso el mismo individuo acosado-acosador. Se tiene que

referir a los procedimientos en donde las instancias gubernamentales (en México la SSA, en sus boletines contra la violencia) hacer uso de intervenciones eficaces.

Referencias

- Aguilera, A., Muñoz, G. y Orozco, A. (2007). *Disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas para la salud en escuelas primarias y secundarias*. México: Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación
- Consejo Nacional para prevenir la discriminación «Encuesta Nacional de Discriminación» Secretaría de Salud Federal., (2010). Tomado de la página web <http://www.saluddiscfedpr.com.mx>
- Loredo, A., Perea, A., & López, G.E. (2008). «Bullying»: acoso escolar. La violencia entre iguales. *Problemática real en adolescentes. Acta Pediátrica de México*, 29 (4), 210-214.
- Luciano, G., Marín, L. & Yuli, M. E. (2008). Violencia en la escuela: ¿un problema y un desafío para la educación? *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13 (1), 27-39.

Jóvenes, ¿matan por amor?

Lydia Cacho



en el noviazgo no es un asunto privado, sino un problema de salud pública y educación, que en muchas ocasiones como esta, termina en causas penales. La joven se encuentra en este momento hospitalizada, grave pero estable, han dicho sus familiares. Las heridas causadas por dos puñaladas en el pecho y cuello estuvieron a punto costarle la vida. No es cosa menor que tres de cada diez adolescentes denuncian que sufren violencia durante el noviazgo y el 90 por ciento de las mujeres que denuncian violencia grave en el matrimonio admiten que habían vivido agresiones, psicológicas y físicas desde antes de casarse, pero que siempre creyeron que su pareja cambiaría porque así se los prometió. La confusión entre violencia y amor es aún patológica en una buena parte de nuestra sociedad. El amor violento es una construcción cultural.

¿Por qué la joven testiga y sus amigos que estaban a metros de la escena del crimen no hicieron nada? Por la misma razón que incitó a cientos de tuiteros a burlarse de este grave incidente, con la insensibilidad de quien ha normalizado la violencia cotidiana, el sexismo y la discriminación. Cientos de tuits hicieron alusiones soeces descalificando a la Ibero Puebla como un lugar inseguro, donde los «chicos bien» también «se pelean a puñaladas». Valdría la pena hacer varias acotaciones. La primera es que este no era un pleito de pareja, el joven de 22 años tenía días acosando a la joven para que siguiera con él; ella se había negado en varias ocasiones. Él le enviaba mensajes al salón, por sms y a través de sus amigas. El estaba convencido de tener el derecho de imponer sus impulsos emocionales a los sentimientos de la chica; tanto así que planeó llevar una navaja a la escuela para apuñalarla a ella y luego supuestamente suicidarse con un «si no eres mía no será de nadie».

Ella dijo en varias ocasiones que no lo quería ver más, pero en un mundo en que la cultura del amor romántico reitera hasta el hartazgo que los celos son demostraciones de afecto, que el amor se gana con insistencia y no es necesariamente producto de la libre

El jueves pasado por la tarde, dos estudiantes discutían cerca del auditorio universitario. La joven pelirroja de 19 años se notaba ofuscada mientras el joven Rafael de 22 años la comenzó a jalinear del brazo. Según testigos, Kathe comenzó a gritarle que la dejara en paz, cada vez elevaba más la voz y se escuchaba más aguda y temerosa. Una estudiante de la Ibero Puebla, donde sucedió el atentado de homicidio, me escribe que otros compañeros que estaban cerca de ellos les miraban con desaprobación, pero absolutamente nadie hizo nada por ayudarla. «Nosotros estábamos a unos metros y yo me sentí angustiada porque ella le gritaba que la dejara en paz, su voz era de miedo, dijimos vamos a ayudarla y

un amigo dijo que no, que los dejáramos solos que eran novios y no era nuestro problema».

La estudiante de 21 años que fue testigo de los hechos y que me buscó a través de Twitter, se siente deprimida y angustiada, se pregunta por qué nadie, incluida ella, tomó en serio los gritos pues estaba claro que la víctima, ahora hospitalizada, no quería la cercanía del joven que portaba una navaja.

Ella no es la única que no entiende la gravedad de los hechos; como tampoco parecen entenderlo las autoridades universitarias que en un comunicado señalaron el ataque mortal como «un asunto de carácter privado». La violencia

voluntad de dos personas, la voz de las mujeres que se niegan a aceptar relaciones afectivas y sexuales no deseadas no tiene valía.

Desde 1980, en México se llevan a cabo encuestas serias para medir los niveles de violencia en el noviazgo, a pesar de ellos pocas universidades tienen programas que la visibilicen y la acoten para que el estudiantado comprenda y asimile que resulta inaceptable. En nuestro país, el 76 por ciento de las y los mexicanos de entre 15 y 24 años con relaciones de pareja, han sufrido agresiones psicológicas, 15 por ciento han sido víctima de violencia física y 16 por ciento, en su mayoría mujeres, han sido víctimas de al menos un ataque sexual. La encuesta realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud ha impulsado a diversas organizaciones y escuelas a adoptar programas contra este flagelo que es el prolegómeno de la violencia en el matrimonio o en la pareja adulta.

Resulta vital definir lo que hay que abatir. La violencia se refiere a toda acción u omisión que daña tanto física, emocional y/o sexualmente; tiene como fin dominar y mantener el control sobre la otra persona. Para ello se pueden utilizar distintas estrategias que comienzan con el

ataque a su autoestima, los insultos, el chantaje o la manipulación sutil. Todo inicia con comentarios que sobajan a la otra persona, el control de su vestimenta y apariencia, la insistencia de vigilancia obsesiva de lo que hace a través de mensajes telefónicos; no aceptar que un no quiero, que en realidad significa no quiero. Luego viene el alejamiento de ciertas amistades que a la pareja le disgustan, los gritos, las escenas de celos, hasta que un jaloneo o una bofetada al estilo de las telenovelas se normaliza. Después esos controles medios ya no tienen efecto, llega entonces la etapa de luna de miel, en que el agresor pide perdón y jura no volver a actuar así, la víctima baja la guardia y entonces vienen más agresiones que pueden terminar en la hospitalización e incluso la muerte. La esencia de la violencia en el noviazgo, o en la pretensión del noviazgo, se basa en ignorar la voluntad y el bienestar de la otra persona para imponer la propia, sin derecho a negociar, a escuchar, a respetar.

Aun cuando la mayoría de actos violentos de pareja son perpetrados por el hombre hacia la mujer, una vez que la violencia es parte de la dinámica relacional no tiene límites; lo mismo sucede entre parejas heterosexuales donde la chica es quien violenta que en parejas gays y

lesbianas. Desde la secundaria hasta la vida adulta.

Las preparatorias y universidades podrían acotar este problema con programas para desarticular el discurso del amor romántico tradicional y construir un discurso del amor en igualdad, educar en la negociación de conflictos y unificar la educación sexual con aprendizajes sobre el erotismo y la intimidad. La Ibero Puebla bien podría tomar esta desgracia como elemento pedagógico para demostrar que la violencia no es un asunto privado, para hablar abiertamente sobre de los indicadores de la violencia en el noviazgo que se da en todas las clases socioeconómicas en todos los países del mundo y descubrir, de la mano de las y los estudiantes, cómo erradicarla. Una chica de la Ibero Puebla tuiteó «ya no me siento segura en mi escuela». En realidad sí es una escuela segura, pero lo que no es seguro es que algo similar no vuelva a suceder si no se ventilan los orígenes de la violencia en el noviazgo y se inicia una campaña educativa y de prevención integral.

Por Katherine, no más violencia.

@lydiacachosi

<http://www.sinembargo.mx/opinion/18-08-2012/8930>



Una reflexión personal sobre el generar salubristas desde el nivel superior

«... entre tradición y modernidad hay un puente. Aisladas, las tradiciones se petrifican y las modernidades se volatilizan; en conjunción, una anima a la otra y la otra le responde dándole peso y gravedad.» **Octavio Paz** (1990)

«... una de las manifestaciones de la crisis que tenemos en la formación es que las escuelas de salud pública están entrenando personas para los programas del pasado y no para el futuro.» **Julio Frenk** (2003)



¿Hacia una nueva formación en salud pública?

Quetzalcóatl Hernández Cervantes

Dr. en Psicología y Salud por la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Profesor Investigador Titular «A» de la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la UMSNH.

I. Rastreado orígenes

En 2007 arrancaron nueve macro proyectos que el Dr. Juan Ramón de la Fuente, entonces Rector de la UNAM, había convocado para responder a los principales temas de salud pública del país. El Macroproyecto 6 (MP-6), ‘Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas’, fue nicho de un primer programa posdoctoral

en salud mental pública que la universidad nacional gestaba y en donde habría de completar mi formación académica.

La líder del MP-6, la Dra. Ma. Elena Medina-Mora (actual directora del Instituto Nacional de Psiquiatría y asesora de la Organización Mundial de la Salud), junto con el Dr. de la Fuente, han contribuido desde hace varios años al desarrollo de la salud mental pública en México, por lo que en este texto quiero retomar la experiencia de trabajar con ellos con el propósito de hacer una reflexión sobre las oportunidades

que tenemos de una nueva formación salubrista desde nuestro programa de licenciatura.

Sin embargo, esta experiencia formativa en salud pública –que sirve de parámetro para el propósito del texto– no inicia en el posdoctorado. Bajo la tutela de la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo (Facultad de Psicología, UNAM) y de la Dra. Medina-Moracompleté el doctorado con el desarrollo y evaluación de una estrategia de prevención para adolescentes en riesgo de suicidio. Fue ahí donde ocurrió mi primera experiencia con la salud pública: no se estudia, se hace.

El esquema formativo de posgrado en la UNAM (al igual que el del Instituto Nacional de Salud Pública), no tiene como tal un denominativo que indique el modelo pedagógico al que se suscribe. Desconozco si se le pudiera llamar ‘basado en competencias’ y dudo que sea uno ‘constructivista’ (ambos seguidos en la UMSNH). Dentro del posdoctorado hice una estancia de investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Brown, donde igualmente no había clase alguna, ni tampoco calificaciones o exámenes parciales, como en la UNAM o el INSP.

Lo que sí sé, es que ambos programas (UNAM e INSP) son los únicos en el país de competencia internacional en el área de salud, según el CONACyT (2012). Había que tomar un par de seminarios, donde se socializaba lo que cada uno hacía, y la figura del maestro era inexistente. En ambos se promueve la movilidad estudiantil (como fue mi caso en Brown), y generalmente se admiten a los alumnos que desde la licenciatura participan en la investigación (no los más altos promedios ni los que más cursos hacen). La metodología formativa era una donde compartíamos lo que hacíamos (desde el semestre uno), donde aplicábamos la evidencia científica a problemas de salud de nuestro contexto, y donde aprendíamos de la experiencia propia y de los otros a lidiar con las dificultades de tal aplicación en lo real: recursos escasos, idiosincrasias múltiples, escenarios complejos.

II. Cuestionando el contexto

Sé que el nuestro es un programa de pregrado, pero justo por lo mismo, la mira

de la formación salubrista desde el nivel superior está en la optimización de tal proceso. Queda claro que el ejercicio profesional y científico de la salud pública requiere del desarrollo de habilidades como la creatividad o liderazgo basados en el conocimiento y la experiencia de lo real –no lo teórico (HPHR, 2009). Es históricamente evidente que hacer salud pública no lo predice ni las buenas calificaciones ni los muchos simulacros dentro del salón de clase. La nueva salud pública es la **aplicación** de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al abordar los fenómenos de salud en poblaciones humanas (Frenk, 2003), y donde la epidemiología y la bioestadística son su columna vertebral (Hernández-Ávila, 2007). Ver Tabla 1 sobre la opinión de investigadores oficiales de salud y generadores de políticas públicas de salud, en cuanto a los cursos esenciales de una formación en salud pública (INSP, 2009).

¿Estamos caminando en la dirección correcta como programa formativo? ¿Qué tan confundidos estamos respecto a lo que es la salud pública, particularmente la salud mental pública? ¿Qué pasa por nuestras mentes ante la plétora de posibilidades que representa la salud poblacional? ¿Cuáles serían algunas ideas que podrían ayudar a corregir rumbo? Creo que nos estamos alejando de lo que Julio Frenk desde la década de los ochenta llamaría un nuevo modelo de salud poblacional y de quien he retomado el título de mi manuscrito.

Al Dr. Frenk lo conocí en el Instituto Nacional de Salud Pública en 2009, cuando presenté por primera vez mis avances del perfil psicológico y académico de la primera generación de licenciados en salud pública de nuestra universidad (Hernández-Cervantes et al., 2009). Apenas un año antes Frenk había sido nombrado Decano de la Escuela de Salud Pública de Harvard, y perteneciendo Brown a la misma agrupación de universidades (*Ivy League*, en inglés), aproveché mi estancia por allá como pretexto para abordarlo antes de la

presentación de su libro en el congreso bianual del INSP. Confieso que no le sorprendió mucho el asunto, pero cuando mencioné que había trabajado con la Dra. Medina-Mora y el Dr. de la Fuente entonces tuve su atención durante un par de minutos.

Naturalmente no sabía del programa, pero le sorprendió saber de su existencia. Me preguntó en qué área estaba yo, a lo que contesté identificando mi línea de investigación sobre suicidio adolescente para rápidamente mencionar lo que había hecho en Brown (Spirito & Hernandez-Cervantes, 2009). Frenk respondió que la salud mental tenía un rezago importante en el país, deseándome suerte en su despedida. Me quedé un rato en la escalinata que remata con la ya emblemática escultura que vemos en el logotipo del INSP. Sin embargo, no eran las palabras de Frenk lo que encontraba en mi momento de reflexión sino las de alguien más. Cuando terminé mi estancia en Brown, Anthony Spirito (mi mentor allá) me invitó a comer para despedirme. En esa ocasión –como muchas otras–, ávidamente le pregunté que cuál era para él la vía hacia el éxito profesional; quería yo saber cómo alguien hace para convertirse en referente obligado en el difícil campo de la salud mental adolescente. La respuesta fue «ser flexible». Flexible como la formación de la UNAM, del INSP, y de la Universidad de Brown; flexible –ydinámica– como es la salud poblacional.

El inicio de mi carrera como formador de recursos humanos en la salud pública –

por ende, en esta escuela–, no ha sido fácil. De empezar con un gran ánimo personal y compartir el entusiasmo con la primera generación (no solo de alumnos sino de maestros), poco a poco se fue convirtiendo en una experiencia pentavalente. No conocía yo la dinámica de la Universidad Michoacana (hice la licenciatura en una universidad privada), ni tampoco sabía de las tradiciones, usos o costumbres de la comunidad nicolaita. Fueron (y siguen siendo) aprendizajes nada fáciles, pero que no son el objeto de esta catarsis escrita. Al respecto –y por el momento–, solo señalaré que gracias a la Universidad Michoacana estoy construyendo una plataforma para mi crecimiento personal y profesional; que me declaro un respetuoso de sus logros sindicales, laborales, socioculturales y, por supuesto, académicos. Desde 2008 soy Nicolaita, me siento orgulloso de serlo, y es la UMSNH la que me permite hacer lo que más yo disfruto (profesionalmente): salud mental pública.

Sin embargo, alcanzo a ver que después de ese primer año de mucho ímpetu este asunto de estudiar la salud pública se fue convirtiendo en algo sinuoso, tanto para mí como para mis alumnos. De repente, las clases eran un ir y venir entre las diferentes concepciones de maestros (y los propios alumnos) sobre qué es la salud pública. Que si el arte de prevenir las enfermedades, que si dar pláticas o talleres en las escuelas, que si salir a vacunar, que si hacer representaciones teatrales o elaborar carteles, que si son el proxy del médico o de la enfermera, o un raro híbrido de ambas disciplinas, por solo citar algunas de las muchas cosas que me han tocado escuchar a lo largo de estos cuatro años y medio. Parecía que solo una cosa era la que todos teníamos clara: ¿alguien sabe qué es la salud pública?

Es justo mencionar al respecto de este último punto los lamentables comentarios que circulan sobre el área terminal de salud mental (p. ej., ‘los que hablan solos’, ‘los psicólogos frustrados’, ‘eso ni es salud pública’, ‘en eso no hay trabajo’), pues son justo

¿Qué opinan los expertos sobre la formación en salud pública*?

Curso	Esencial	Optativo	Poco relevante
Estadística avanzada	27	1	
Epidemiología	28		
Literatura científica y meta-análisis	22	6	
Dieta y actividad física	19	8	
Diseño y evaluación de intervenciones	21	5	1
Sistemas alimentarios, inocuidad	9	18	
Desarrollo de propuestas (financiamiento)	21	7	
Taller de liderazgo	14	9	5
Seminario de enseñanza	10	16	2
Taller de redacción	15	12	1

* Encuesta a expertos en nutrición y salud pública de Iberoamérica (n=28), INSP (2009)

un claro ejemplo del estigma que se vive hacia la misma en la población. Es el área más compleja y de mayores retos en México —y el mundo—, y no obstante, la que menos alumnos registra. Como si ignoráramos que de lo que morimos los mexicanos tiene que ver con estilos de vida e idiosincrasias. Como si acaso nos olvidáramos (porque tal vez no lo conocemos ni lo aplicamos) de ese gran precepto que desde su creación ha promovido la Organización Mundial de la Salud: **no hay salud sin salud mental.**

Haber conocido y haberle dado clases a todos los alumnos de la primera generación ha tenido costos; algunos absurdos, otros muy altos. Algunos se irán con una buena referencia y otros no de mi figura como docente o persona, pero igualmente, no se trata de un martirazgo o de un narcisismo herido.

Se trata de pensar y reflexionar a profundidad (como se hace en salud pública), porque finalmente tanto los alumnos como los docentes somos parte de un mismo proceso formativo (o deformativo). Un proceso que no se limita al tiempo en el aula, o a la convivencia en la escuela; es la identidad de una persona y la construcción de su historia. Son cuatro años en la historia de mis colegas y en la mía; ellos están de paso por la escuela pero no en su desarrollo profesional y personal.

Me parece que muchas de estas frustraciones reflejan lo que Frenk (2003) señalaba como manifestaciones de las crisis de la formación en salud pública: (1) una baja calidad académica de los programas (alumnos, maestros, planes de estudio); (2) una obsolescencia de las estructuras organizativas de tales programas (donde, por ejemplo, todo gira en torno a una calificación y a no reprobar); (3), poca pertinencia de lo estudiado respecto a la realidad nacional en políticas de salud y toma de decisiones, (4) una grave desvinculación con la investigación y la práctica (esta última entendida como el desarrollo de habilidades, no una serie de actividades fuera del salón de clase), pero sobretodo, (5) un pobre sentido de identidad profesional.

III. Proponiendo ruta

Así como ocurre con la salud de las poblaciones, uno necesita hacer equipo y entender el sentido de comunidad. No es posible aspirar a una identidad profesional plena (y todo lo que eso conlleva) siguiendo una brújula con nortes múltiples, confusos, virtuales o erróneos. En lo personal, no es que me haya topado con desmotivaciones, apatías y cinismos. Me he topado con muchas metas y propósitos en el área de la salud y que no han logrado conciliarse en pos de



una formación clara, libre, y competente. En lo personal, todo eso empieza con no tener miedo a conocer lo que se ha hecho mal, ni tampoco ignorar el valor de lo que ya se tiene. Nuevamente, como en la salud pública, hay que hacer un reconocimiento de los recursos para saber qué es lo que vamos a movilizar (o suprimir) para lograr el cambio (cualquiera que fuese), y después evaluar exhaustivamente para así decidir. Como señalaba Spirito, hay que ser flexible.

Mi historia formativa no me hace un experto en la salud pública, pero sí me queda claro que después de las materias que he impartido y de la socialización resultante, puedo razonar sobre los siguientes seis puntos:

- Como científico, veo que no hay una ruta (verticalidad y horizontalidad) en nuestro plan de estudios que permita un entendimiento lógico de lo que acontece con la salud poblacional, como lo permitiría la epidemiología (descriptiva, analítica, y experimental; social, en salud, y comunitaria). La salud poblacional no se alcanza con acciones transitorias o aisladas y sin evaluar su efectividad, eficacia o eficiencia; se logra con intervenciones basadas en la evidencia epidemiológica que buscan efectos y cambios en la población, no en un individuo.

- Como investigador sé que hacer salud pública implica investigar, pero esto no ocurre solo por interés personal; para investigar y hacerlo bien no se tiene que tener el título de investigador. ¿Estamos aprendiendo a gestionar o ministrar recursos? ¿Sabemos escribir propuestas para optar por financiamiento? ¿No acaso todos los que nos dedicamos a la salud pública lo hicimos a través del posgrado y haciendo investigación? Si ahora tenemos la oportunidad de formar salubristas desde el nivel superior, ¿cómo es que no inculcamos formalmente la autogestión? Porque definitivamente que ni la universidad ni el sector salud son los únicos espacios para hacer salud pública.

- Como profesional, identifiqué la necesidad de un conjunto de competencias básicas que le permiten al salubrista negociar con la población y con los que toman decisiones o hacen políticas públicas de salud (ya sea la traducción de la evidencia epidemiológica, habilidades para la resolución científica de problemas, o la lectura interpretativa de la literatura científica). Es muy difícil ser usuario de la investigación si uno no conoce de estadística, de investigación cualitativa; o bien, uno cree que la salud pública no tiene su propio lenguaje o metodología y que se los pedimos prestados a la psicología, medicina, a la química o a la biología. Es complicado negociar con la población y su bienestar si carecemos de un arsenal intelectual que nos permita entender disparidades, determinantes, moderadores y mediadores en salud poblacional.

- Como docente, veo un jaloneo entre áreas y campos de acción, como si acaso la salud de la población estuviera fragmentada u operara en dimensiones paralelas (no se fomenta el trabajo en equipo, que requiere del buen liderazgo pero sobretodo del reconocimiento de las limitaciones que cada perfil profesional tiene). ¿En qué momento integramos de modo formal y no anecdótico el sentido bioético a nuestro quehacer profesional? ¿Cómo haremos para entender que NO trabajamos con

individuos sino con poblaciones? Yo soy psicoterapeuta y hago trabajo clínico, pero ¿distingo que eso es una dimensión mientras que el trabajo que hago con poblaciones adolescentes en riesgo es otra? ¿Puedo ver más allá de mi formación de origen? ¿Pretendo enseñar habilidades de terapeuta o habilidades del salubrista? ¿Es posible formar en salud pública si yo como formador no hago salud pública?

- Como individuo que simultáneamente forma parte de varias esferas poblacionales y que está expuesto permanentemente al continuo salud-enfermedad, no me interesa que el salubrista esté bien versado en definiciones, conceptos o teorías. Me interesa que sepa responder ante contingencias de salud, que desarrolle y me ofrezca opciones que hayan probado ser eficaces para cuidar mi salud; que me permita anticipar y manejar los riesgos biológicos, sociales, ambientales sobre mi integridad física y mental. No obstante, ¿qué tanto nosotros y nuestros alumnos entendemos la dinámica de la población mexicana, humana? Es virtualmente imposible conocer la dinámica de salud poblacional si ni siquiera conocemos los elementos de la curva normal o una distribución, o si desconocemos el para qué de las probabilidades y de la estimación de riesgos.
- Como persona, sé que la salud pública la encuentro en todas partes; cuando me piden usar casco al andar en bici, cuando leo la etiqueta de información nutrimental en un alimento, cuando abro la llave de agua en mi casa para lavarme las manos, cuando como automovilista entiendo y sigo el programa de 'uno y uno', cuando sé qué y cómo palpar mis testículos (siendo hombre) o mis mamas (siendo mujer) para detectar oportunamente un cáncer, y otras acciones más. No necesito que el salubrista me recite qué sabe, sino qué sabe hacer (que funcione) y cómo hacer para que otros entiendan y sigan acciones de bienestar común como las anteriormente señaladas. Es de cuestionarse por qué en nuestra comunidad escolar no hemos logrado dejar de fumar, de consumir comida chatarra, perder el sobrepeso; es aún más cuestionable pretender hacer

salud pública si para empezar no creemos en ella.

IV. Abriendo puertas

Son varias las virtudes y posibilidades que tiene nuestro programa, empezando por el hecho de creer que desde el nivel superior es viable formar profesionales de la salud pública y no esperar hasta el posgrado. Una creencia que comparto totalmente, y que al mismo tiempo, implica una labor integrativa ardua. Tomará su tiempo y sospecho – espero – que nuestros egresados, después de vivir lo generoso de nuestra ciencia, regresarán a terminar de reformular y a consolidar nuestro programa.

En lo personal, esta reflexión me ayuda a entender las muchas ocasiones en las que me frustré –y agobié a muchos alumnos– durante estos cuatro años y medio de labor docente. Al parecer estamos abordando la salud poblacional de forma conceptual o teórica, y eso me preocupa. Nuestro programa y nuestros alumnos reflejan un alto sentido de medicalización; no hemos logrado que la comprensión de la disciplina sea desde un pensamiento lógico-matemático-social; no médico, asistencial ni curativo.

En efecto, este modelo es plausible. Que no lo conozcamos o entendamos porque implica entender la estadística analítica e inferencial o una epidemiología social aplicada –como ejemplos–, es otra cosa. El anterior es un modelo de salud pública que se viene ejerciendo en el mundo desde hace tiempo (la Asociación Americana de Salud Pública va en su 140 aniversario), y en México tiene ya una tradición de rigurosidad científica y pragmatismo social (la Escuela de Salud Pública de México inicia en 1922) de la que no estamos tomando ventaja.

Como señala Frenk (2003), lo público de la salud poblacional hace referencia a un nivel de análisis que, a diferencia de la medicina o de la investigación biomédica, radica en una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones, NO en los individuos. El salubrista no necesita emular al médico, al químico, al psicólogo o al enfermero; el salubrista no es el ayudante ni el espectador de otras profesiones.

El salubrista hace uso de sus bases científicas para que el Estado y su población

(no el individuo) actúe sobre su salud y bienestar.

Por último, quiero dedicar este manuscrito a todos los que han sido mis alumnos en esta escuela, a los alumnos de la Universidad Latina de América que han hecho sus prácticas profesionales aquí en la dependencia conmigo, así como a este primer grupo de valientes alumnas de servicio social (Elena Rivera, Luz Ma. Medina, Karina Mendoza, y Thalia Vega de la primera generación de la terminal de salud mental). Todos ellos han motivado esta reflexión; a ellos mi agradecimiento y reconocimiento.

CONACYT. (2012). *Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC)*. Padrón de programas vigentes 2012 recuperado de la red http://www.conacyt.gob.mx/FormacionCapitalHumano/Documents/PNPC/Listado_PNPC_2012.pdf

Paz, O. (1990). *La búsqueda del presente*. Lectura para la recepción del Premio Nobel de Literatura 1990. Estocolmo, Suecia: The Nobel Foundation. Recuperado de la red http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/literature/laureates/1990/paz-lecture-s.html

Frenk, J. (2003). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. 3ª Ed. México: Fondo de Cultura Económica.

Hernández-Ávila, M. (2007). *Epidemiología. Diseño y análisis de estudio*. México: Instituto Nacional de Salud Pública-Editorial Médica Panamericana.

Hernández-Cervantes, Q., Maldonado-Guiza, M.T., Ávila-Silva, A., Lucio-Gómez-Maqueo, E., & Durán-Patiño, C. (2009, marzo). *Perfil psicológico de la primera generación de licenciados en salud pública de la Universidad Michoacana*. Cartel presentado en el 13 Congreso de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.

HPHR. (2009). Society is his patient: Harvard School of Public Health Dean Julio Frenk. *Harvard Public Health Review*, Spring 2009, 15-19.

INSP. (2009). *Encuesta a expertos en el área de Nutrición y Salud Pública*. Comité de diseño del programa académico del doctorado en Nutrición en Salud Pública. Cuernavaca: INSP. Recuperado de la red http://bvsi.insp.mx/articulos/8/res_encuesta_expertos.pdf

Spirito, A. & Hernandez-Cervantes, Q. (2009). Prevention of Suicidal Behavior During Adolescence. En R. J. DiClemente, J. S. Santelli, R. A. Crosby (Eds.) *Adolescent Health: Understanding and Preventing Risk Behaviors* (pp. 233-247). San Francisco: Jossey-Bass.

La relevancia de estudios comparados de los modos cotidianos de enfermar

Ma. Teresa
Maldonado Guiza¹
Amalia Ávila Silva²
Leslie Ann Díaz
Maldonado³



Existen antecedentes de estudios realizados sobre el tema de la cotidianidad y los modos de vida cotidianos; sin embargo poco se ha investigado sobre los modos cotidianos de enfermar en las localidades rurales y menos aún se han realizado estudios comparados sobre el tema en cuestión.

En la utilización del método de análisis comparado, se apela a unidades de análisis referenciales e incluso virtuales, que en ciertos casos se refieren a la subjetividad de las personas o conjuntos discursivos... un gran reto para el método comparativo, es desarrollar las estrategias para explorar la especificidad de la globalización como fenómeno emergente. (LÓPEZ, 2008) y según Bereday, es una metodología de investigación que permite contrastar hechos que tienen algo en común, que no necesariamente todo deberá ser igual; sino que la diversidad o variabilidad será lo que enriquezca los hallazgos de la investigación (BUSTAMANTE, 1998); así encontramos que en la investigación en salud es una estrategia que tiene la fortaleza de poder detectar errores y corregir sistemas de atención en salud;

permite además identificar factores de riesgo, así como factores protectores para poder aplicar modelos de atención comunitaria basada en experiencias y poder mejorar las condiciones de salud de los colectivos humanos.

Este tipo de investigación, se caracteriza por el uso de conceptos comparativos capaces de viajar, Sartori 1970 citado por (COLINO & REYES, 2009), es decir, que se pueden aplicar a más de un país o cultura y permiten el uso de atributos de esas unidades macrosociales, después de haber sido medidos convenientemente en los enunciados.

En este mundo globalizado, con condiciones de vida entrelazadas en donde los modos cotidianos de vivir, son un elemento que permea las estructuras sociales, desde que el ser humano nace hasta que muere, pasando por procesos de salud enfermedad como un continuo dialéctico; construyendo condiciones que generan una diversidad de expresiones y una riqueza de contextos en donde se genera el conocimiento desde diferentes cosmovisiones, donde se mezclan y

recrean la cultura, la experiencia, la vivencia, los saberes, los afectos, los sentimientos, como una red invisible a través de la cual los diferentes actores de la sociedad modelan la vida cotidiana día a día, bajo procesos dialécticos, y bucles dialógicos de interacción entre lo privado y lo público, de lo individual a lo colectivo, de lo local a lo global; mismos que se generan en el marco de las Instituciones sociales como la familia.

Como seres humanos diariamente estamos en relación con el otro y al reconocer al otro el otro nos reconoce y se crean así una serie de relaciones que nos aferran de diversas formas a lo existente, a nuestro entorno; es decir vivimos enraizados ahí y ahora, sin explicación alguna, viviendo lo inmediato, lo más profundo de nuestros deseos ser que a la vez oculta otros horizontes y hace que se pierda lo mejor de nuestra vida en aspectos superficiales, insignificantes de la vida diaria

Para que la vida cotidiana llegue a darse hay redes de sostén y de contención muy significativas, que son las raíces del contexto de la cotidianidad, en las que solemos valorar desde el sentimiento y

la intuición, pero que sin embargo desde el punto de vista intelectual, no se les ha dado el mismo valor (DIEZ, 2009).

El bienestar que nos genera la vida cotidiana tiene como raíces el apego afectivo a las figuras de referencia, la inclusión en un grupo primario, tener las necesidades básicas más o menos resueltas, gozar de salud, seguridad y confianza en uno mismo y en las personas que nos rodean; tener casa, alimento y afecto, todo lo cual supone disponer de unos bienes en los que con frecuencia desmerecemos, el valor de la cotidianidad y solo la valoramos como medio de socialización, de conocimiento, de autonomía y de salud (DIEZ, 2009).

La diversidad cultural que existe en nuestro medio, indudablemente exige que sean consideradas al mismo nivel todo tipo de prácticas encaminadas a incrementar, mantener y/o recuperar la salud y dentro de este contexto se puede apreciar que en el cotidiano de enfermar hay una gran diversidad de conductas; desde la selección de los recursos para atender, hasta las propias prácticas de atención; en las que encontramos desde infusiones, tés, remedios, brebajes, ungüentos, pomadas, limpias, rituales, hasta medicamentos de tercera generación y tratamientos sofisticados, que impliquen equipo y tecnología de punta.

El trato entre las personas de igual forma va a tener distintas manifestaciones, que van desde la cordialidad, familiaridad y respeto, hasta el mercantilismo en donde no importa la persona como tal, sino que es visto como si fuera una mercancía que genera plusvalía.

«La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los estados» (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2006).

«La enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico del organismo vivo. La enfermedad no tiene sentido sino en función del hombre tomado

como una unidad biológicamente social (SAN MARTÍN, 2008).

En el lenguaje cotidiano, la enfermedad es un proceso inusitado que puede presentarse a lo largo de la vida y significa lo contrario a la salud; es decir es una ruptura en la armonía del funcionamiento de una persona a nivel molecular, corporal, mental, emocional o espiritual o social.

Cuando el ser humano se enferma, hay una pérdida de poder por trauma o por impacto...o por impacto de la trama. La trama representa el tejido interactivo de lo que cotidianamente estamos viviendo, donde se va estructurando una red interactiva que define la identidad personal de cada uno que está basada en las relaciones y los vínculos, que forman parte y determinan todo lo que puede ocurrir (LITMANOVICH, 2007).

En lo cotidiano, no existe una sola trama sino es una red de tramas que interrelacionan entre sí y el gran desafío es poder identificarlas, interpretarlas, articularlas, comprenderlas y aprovecharlas para mejorar las condiciones de vida de los colectivos humanos tal es el caso de lo cotidiano de enfermar y morir, procesos que se encuentran inmersos en esa gran red de comportamientos, que ligan lo subjetivo con lo objetivo, lo público y lo privado, lo cualitativo y lo cuantitativo; entre otros

aspectos de ese vivir en sociedad a partir de uno mismo y en relación con los otros.

Las acciones de los integrantes de cualquier cultura de la salud están precedidas de un cuerpo de conocimientos y prácticas, para el caso de la biomedicina es un consenso teórico-práctico y para los saberes no biomédicos o no hegemónicos es la cosmovisión. Si apreciamos que las culturas de la salud giran alrededor de marcos teóricos prácticos y cosmovisiones como consensos, es posible abordarlos analógicamente, a la manera de una «ética cultural» que rige con la propuesta que afirma que muchas veces los problemas de morbilidad en la interculturalidad no se resuelven, no porque sean de muy difícil solución, sino porque el marco conceptual en el cual se mueven los trabajadores de salud no permite propuestas adecuadas (LITMANOVICH, 2007).

Ante una enfermedad las personas reaccionan dependiendo del medio en que se encuentren, es decir, existen diferencias entre la respuesta cotidiana que se tiene por el grupo social en un área urbana que en una rural, ya que además de sus formas de vida cotidianas también influyen los recursos con que se cuenta para atender la salud. Cuando se tiene un enfermo, y este es trasladado a los servicios de salud occidentalizados, estos, marcan lo cotidiano desde su





Los modos cotidianos de enfermar y morir de las comunidades rurales han sido un factor para mantener la salud de las poblaciones humanas, la realización de estudios comparativos es una herramienta eficaz para generar teoría que permita establecer estrategias que fortalezcan formas de vida cotidiana a favor de la salud de nuestras comunidades.

^{1 y 2} **Doctoranda en Salud Pública, Profesora e investigadora de la UMSNH, Escuela de Enfermería y Salud Pública.**

³ **Maestra en Educación Superior.**

REFERENCIAS

1. BUSTAMANTE, E. (abril de 1998). Estudios Latinoamericanos Comparados. Río de Janeiro, Río de Janeiro, Brazil.
2. Bustamente Edquen, S. (31 de enero de 2010). Método Comparado. Trujillo, Trujillo, Perú: Material audiovisual .
3. CEPAL, Naciones Unidas. (2007). *América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico*. Santiago de Chile: Copyright © Naciones Unidas.
4. CERTEAU, M. (2000). «*La intención de lo Cotidiano. 1 Artes de Hacer*». México, DF: Universidad Iberoamericana, Instituto de Estudios Superiores de Occidente.
5. COLINO, C., & REYES, R. (. (2009). *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social, Tomo 1/2/3/4*. Madrid-México: Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México.
6. DIEZ, N. M. (2009). *Educación.gob*. Recuperado de: <http://www.educacion.gob.es/revista-cee/pdf/n12-diez-navarro.pdf>
7. *concepto-de-enfermedad*. Recuperado de [concepto-de-enfermedad.:](http://www.vitalys.cl/concepto-de-enfermedad.htm) <http://www.vitalys.cl/concepto-de-enfermedad.htm>
8. INEGI. (2005). *Cuentame...Población*. Recuperado <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/ninos.aspx?tema=P>
9. LITMANOVICH., M. (2007). *Enfermar el cuerpo es un problema de relación. Boletín superación personal y profesional*. Recuperado de: www.pnlnet.com/chasq/a/17672
10. LÓPEZ, A. (2008). Retos metodológicos de la educación comparada en la sociedad global. *RU&SC. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, *RU&SC. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, Vol. 5, núm. 1* , p.p. 1-9.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *World Health Organization (2006)*. Recuperado de World Health Organization: www.who.int/entity/governance/eb/who_constitucion_sp.pdf+constitucion+OMS&
12. SAN MARTÍN, H. (2008). *Tratado General de la Salud en las sociedades humanas*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.

propia perspectiva en donde: «la familia tampoco tiene nada que decir». El enfermo les es arrancado por la institución que se hace cargo no del individuo, sino de su mal, objeto aislado transformado o eliminado por los técnicos consagrados a la defensa de la salud como otros están encargados de la defensa de un orden o de una limpieza...el enfermo debe seguir su enfermedad allí donde se la trata, en las empresas especializadas donde de pronto se transforma en un objeto científico y lingüístico ajeno a la vida y a su lengua cotidiana (CERTEAU, 2000).

Al inicio de toda enfermedad, dentro de las familias del área rural, generalmente la madre, la abuela, la tía o la hermana son las que cuidan a quienes enferman y utilizan para ello sus saberes ancestrales pasados de generación en generación en el modo cotidiano, que se ha ido transformando en el devenir de los tiempos incorporando otros saberes o conocimientos y otras culturas moldeados por el interactuar de los unos con los otros. De inicio se utilizan algunos remedios caseros, sobre todo cuando desde la concepción de la enfermedad se considera que ésta no es grave y que con ciertos cuidados se puede aliviar.

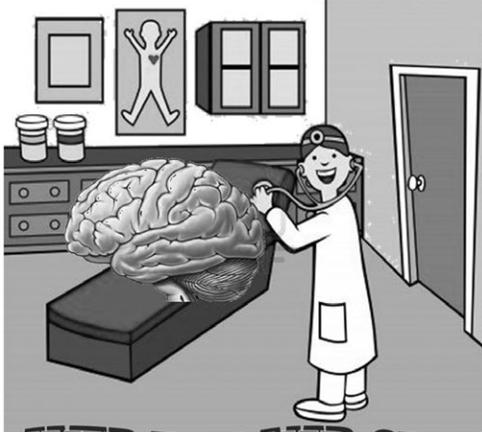
Enfermar en el área rural implica un análisis diferente, ya que los recursos para la salud mayoritariamente

son los recursos tradicionales de la propia comunidad, el enfermo es acogido por la familia para atenderlo y cuidarlo y se le trata con consideración; pero también se le lleva con las personas que atienden la salud de la comunidad: hueseros, hierberos, brujos, chamanes, entre otros.

El trato cotidiano para el enfermo dependerá del lugar que ocupa éste en la familia; si es jefe de familia, tiene preferencia; así como si es hombre, adulto mayor o menor de edad.... caso contrario de si es mujer por su rol de género, es ella quien lleva la mayor carga del cuidado del enfermo.

Los modos cotidianos de enfermar en las comunidades rurales son de importancia ya que la recuperación de un enfermo es más rápida cuando éste está dentro de su entorno, con sus afectos, con sus costumbres, factores que contribuyen en la recuperación del estado de salud física, mental, social y emocional del individuo; pero también de su familia y de la propia comunidad dentro del espacio y tiempo en que se desarrollan. Esto lleva a revalorizar el impacto de la participación de la sociedad, ya que no hay ni habrá recursos gubernamentales suficientes que mantengan la salud de una población, si no se actúa en forma conjunta, gobernados y gobernantes, incluyendo para ello los medios y recursos que la propia comunidad practica de forma natural.

SALUD MENTAL



AMAR, TRABAJAR, CREAR

**TU MENTE ES TAN IMPORTANTE
COMO TU CUERPO... ¡¡¡CUIDATE!!!**



En el Centro michoacano de Salud Mental
estamos para ayudarte acércate a nosotros!

TANIA FIGUEROA MÉNDEZ

¿Qué es Salud Mental
para ti?



Si deseas resultados
distintos, no hagas siempre lo
mismo.

-Albert Einstein-



José Luis Torres Mariano

La salud mental en las paredes

Tania Figueroa Méndez

Los alumnos del 7° semestre de la terminal en salud mental y psiquiatría vistieron nuestras paredes con una exposición de carteles relacionados con la salud mental.

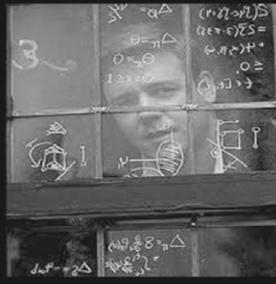
La materia de Comunicación social y salud, ha sido la llave que abre la puerta que divide a los servidores de la salud y la comunidad, con un gran número de herramientas que nos permiten establecer la relación de los

salubristas con la población, así como transmitir los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud. La materia impartida por la profesora Gretel Castorena Escalera, refuerza la importancia que para las políticas de Salud tienen los medios de comunicación.

La técnica del cartel es una de estas importantes herramientas, ya que al ser un material gráfico, fácilmente puede transmitir el mensaje que deseamos, causando un impacto

importante para cada uno de los temas de salud mental que se abordaron, de una forma sencilla.

Este mensaje es precisamente el de la prevención, esencia de la función del Licenciado en Salud Pública; ya que no cabe duda de que la mejor forma de prevenir y detectar los problemas de salud mental es mediante el conocimiento, al que hoy los alumnos de la terminal en salud mental y psiquiatría nos acercan por medio de sus carteles.


Esquizofrenia
Tu mente, tu peor enemigo.

www.demotivaciones.es



DR. HECTOR JAVIER OROZCO VILLA

TERMINAL: PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

¡No al Bullying!!

No
hagas a
otro lo
que no
quieres
que te
hagan a
ti



El significado básico de Bullying es: acosar, molestar, hostigar, obstaculizar o agredir físicamente a alguien.



Magnolia Tsitsiki Zamudio Anastacio
Terminal de Salud Mental y Psiquiatría

Quando el cuidado se trasforma en una enfermedad.



Anorexia nerviosa .

¡No arriesgues tu salud!




- No te obsesiones contando calorías .
- Busca ayuda antes de que sea demasiado tarde.

Priscila Gembe Olivarez
salud mental



¡La esquizofrenia un paso afuera de la realidad!

Otra manera de pensar

Un enfermo de esquizofrenia NO es una persona peligrosa, si sientes miedo de un persona esquizofrenica tienes el deber moral de informarte más sobre la enfermedad.

Lorena flores de la cruz



¿Qué es un sistema de información contable?

Alma Estrella Díaz Villaseñor

Lic. en Administración



tener noticia de cada uno de ellos con rapidez. . .»¹

La contabilidad vista por personas de carácter especializado en ciencia, como por ejemplo la física, como una de las ciencias más sobresaliente de nuestro entorno, no están de acuerdo con el pensar de que la contabilidad pueda tener enfoques científicos².

Podemos decir entonces que la contabilidad construye su cientificidad a partir de herramientas metodológicas e instrumentos conceptuales de otras disciplinas.

- Se aproxima a la ciencia matemática
- Hay profundización en la ciencia social

«La Epistemología nos provee de herramientas diacrónicas para construir y evaluar la teoría-v. gr.: paradigmas Kuhnianos, programas de investigación Lakatosianos, Redes teóricas de Estegmuller y Esneed, Campos de investigación de Mario Bunge y Falsacionismo Popperiano»³

Se plantean controversias entre el objeto del estudio de la contabilidad que según Marco Antonio Machado es «la circularización de recursos, representada en los procesos de producción, distribución y conservación de riquezas, producto de la interacción humana en el marco de la económica y social del hombre».

Pero hay quienes tienen la osadía de pensar que la contabilidad no tiene nada de teórica como lo afirma Golberg⁴, donde plantea también que la contabilidad difiere de otras ciencias y que es fundamentalmente práctica.

La contabilidad ha estado en constantes cambios y evolución por las nuevas necesidades que surgen, tanto de quienes están en formación académica como de quienes necesitan de sus conocimientos y por esto muchos países subdesarrollados han venido adaptando y/o reforzando sus conocimientos en lo metodológico.

La ciencia contable ha presentado una gran debilidad en el aspecto

Una opción para administrar y ahorrar recursos La contabilidad se remonta desde tiempos muy antiguos, cuando el hombre se ve obligado a llevar registros y controles de sus propiedades porque su memoria no bastaba para guardar información que requerían. A través de diversos historiadores de épocas como la egipcia o romana, empleaban técnicas contables que se derivan del intercambio comercial.

El inicio de la literatura contable queda circunscrito a la obra del franciscano Fray Luca Paccioli de 1494

titulado «La Summa de Arithmética, Geometría Proportioni et Proportionalitá», en donde se considera el concepto de partida doble por primera vez. «Como es bien sabido, quien desee dedicarse al comercio y operar con la debida eficacia, necesita fundamentalmente tres cosas. . . La principal de ellas es el dinero. . . . la segunda cosa que se precisa para el tráfico mercantil es ser un buen contador y saber hacer las cuentas con gran rapidez. . . . la tercera y última cosa necesaria es la de registrar y anotar todos los negocios de manera ordenada, a fin de que se pueda

metodológico y al gran fortalecimiento del aspecto pragmático, en donde se confunde «metodología contable con procedimientos técnicos contables»⁵. Un sistema de información contable comprende llevar ordenadamente, los métodos, procedimientos y recursos utilizados por una entidad para estar informados de las actividades financieras de una empresa y buscar alternativas atractivas que le permitan ahorrar en costos y gastos, para aumentar sus expectativas de rendimiento para la toma de decisiones.

El Propósito y Naturaleza de la Información Contable es proporcionar información financiera sobre una entidad económica. Quienes toman las decisiones administrativas necesitan de esa información financiera de la empresa para realizar una buena planeación y control de las actividades de la organización.

El papel del sistema contable de la organización es desarrollar y comunicar esta información. Para lograr estos objetivos, se puede hacer uso de computadores, como también de registros manuales e informes impresos.

La Estructura del sistema contable de cualquier empresa independientemente del que utilicé, se debe ejecutar utilizando las actividades financieras; los datos se deben registrar,



clasificar y resumir, sin embargo el proceso contable involucra la comunicación a quienes estén interesados y la interpretación de la información contable para ayudar en la toma de decisiones comerciales

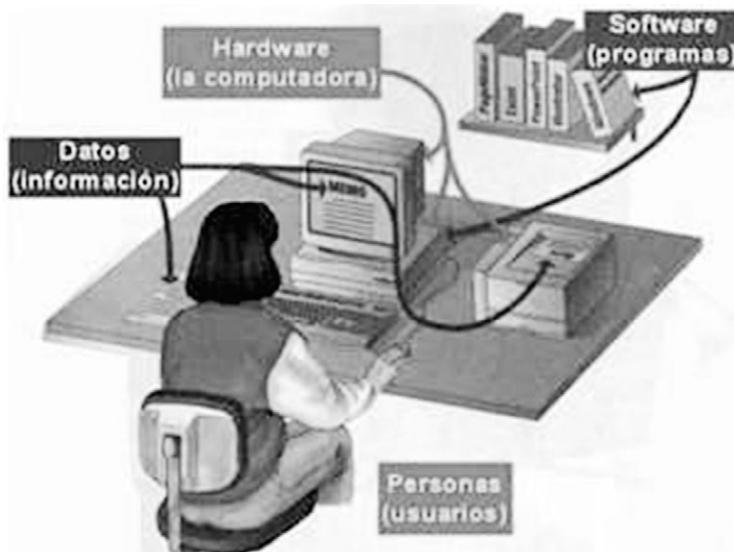
El objetivo de la utilización de la Información Contable es la creación de registros e informes, su análisis e interpretación.

- El proceso contable debe establecerse antes de realizar cualquier transacción.
- Se debe registrar detalladamente cada operación.
- Se necesita capacitación para utilizar el sistema contable elegido.

Dichos registros contienen un catalogo de cuentas que son las partidas que se utilizarán dentro del proceso contable, para registrar las operaciones de la empresa en el diario.

El software a utilizar debe automatizar las operaciones contables de la empresa, elegir en el mercado el que se adapte a las necesidades de la misma, así como realizar la capacitación necesaria para el manejo del sistema.

La generación del **Flujo de efectivo** es uno de los principales objetivos de los negocios. La mayoría de sus actividades van encaminadas a provocar de una manera directa o indirecta, un flujo adecuado de dinero que permita, entre otras cosas, financiar la operación, invertir para sostener el crecimiento de la empresa, pagar, en su caso, los pasivos a su vencimiento, y en general, a retribuir a los dueños un rendimiento satisfactorio.



Una interpretación de la ecuación contable para determinar el flujo efectivo es:

$$\text{Activos} = \text{pasivos} + \text{capital}$$

En términos sencillos, las razones principales de la contabilidad son:

- Para llevar registros de **los activos** (propiedad o existencias en bienes o efectivo que le pertenecen) y **pasivos** (cuentas, dinero u obligaciones financieras que aún se debe a otros) para que se pueda conocer la situación financiera del proyecto o negocio en cualquier momento, el resultado de dichos registros corresponde al **capital** con que cuenta la empresa.
- Se realiza un asiento contable o registro contable que se basa en el principio de partida doble, ya que cada registro afecta cuando menos a dos cuentas dividiéndose en dos partes: el debe y el haber. Un ejemplo cotidiano lo empleamos con el uso de transporte, ya que el costo que pagamos por este servicio, disminuye nuestro capital y aumenta el gasto por este concepto.

Así como este ejemplo, utilizamos muchos más en la vida diaria, ya que sin tener conocimientos contables, los aplicamos para planificar y organizar la mayor parte de actividades durante el día.

Los Estados Financieros Projectados presentan en pesos constantes los recursos generados o utilidades en la operación, los principales cambios ocurridos en la estructura financiera de la entidad y su reflejo final en el efectivo e inversiones temporales a través de un periodo determinado.

El Estado de Resultados muestra en un periodo determinado las operaciones realizadas por la empresa, cualquier entidad lo puede determinar ya que únicamente lo que cambia son las cuentas

El Balance General muestra a una fecha determinada qué tiene, qué debe y qué pago la empresa, el formato es el mismo para todas las entidades ya que lo que cambia son las cuentas.

Los Supuestos Utilizados en las Proyecciones Financieras nos indican si el medio ambiente afecta de diversas formas a todas las empresas durante sus actividades ya que podemos encontrarnos con obstáculos que dificultan su crecimiento, como una situación inflacionaria, las tendencias económicas, acontecimientos sociales, culturales, climáticos, deportivos y/o políticos que influyen en gran medida en las operaciones de la misma.

Se deben establecer claramente las inversiones que adquirimos, el pago de



adeudos contraídos, las ventas proyectadas y ciertos requerimientos de capital, con el fin de mantener unas finanzas sanas y las mejores utilidades para el logro de los objetivos planteados como entidad.

De igual forma, si queremos tener registrados ordenadamente nuestros recursos, y saber de manera exacta los gastos realizados, es fundamental llevar este tipo de registros, ya que nuestras finanzas dependen de las decisiones tomadas.

Referencias:

- ¹ Paccioli Luca (1949): < *Summa de Arithmetica, Geometria, Proportioni et Proportionalita*: De las Cuentas y las Escrituras> Titulo Noveno, Tratado XI, Venecia, Italia.
- ² Túa, Pereda Jorge, Lecturas de teoría e investigación contable, capítulo7, párrafo 1
- ³ Machado, Marco Antonio, Revista Contador, Julio / Septiembre de 2000, Pág. 137
- ⁴ Goldberg, Louis. Estado actual de la teoría contable. En la contabilidad contemporánea y su medio ambiente. Bukley, John. México: Ecasa p.200
- ⁵ Machado, Marco Antonio, Revista Contador, Julio / Septiembre de 2000, Pág. 144

Alcaraz Rafael (2009): <El Emprendedor de Éxito> (3ª ed.) México: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.

Prieto Lorente Alejandro (2007) <Principios de Contabilidad> (24ª Edición) México: Edit. Limusa (Noriega Editores)

<http://www.biografiasyvidas.com/biografia/p/paccioli.htm> (Fig. 1)

<http://nortesoftware.com.ar/imagenes/2011/10/contabilidad1.jpg> (Fig. 2)

<http://www.gestionyadministracion.com/contabilidad/contabilidad-objetos.jpg> (Fig. 3)

<http://www.capital.com.pa/wp-content/uploads/2011/07/balanza-de-pagos.jpg> (Fig. 4)



Análisis comparado

EL PRESUPUESTO en SALUD, México y Perú

Amalia Ávila Silva¹

Ma. Teresa Maldonado Guiza²

Isaías de Jesús Díaz Maldonado³

ABORDAJE

A nivel Internacional, Países e Instituciones comprometidas con el desarrollo, buscan con esfuerzos la participación política y social, trabajando por expandir la igualdad y respeto ciudadano hasta las fronteras de la ciudadanía con el único propósito de que se integren en las políticas de acción dirigidas a incrementar la participación pública de los sectores y grupos sociales que se consideran excluidos.

En este nuevo siglo desde su inicio se ha hablado sobre una globalización mundial, con el fin de organizar a la sociedad de cada país. México y Perú no son la excepción. Diversas interpretaciones de científicas no han encontrado la forma de llegar a quienes no son expertos o la gente común y corriente, que no cuentan con los recursos tecnológicos para acudir a la información que se genera en torno a los problemas sociales que tienen que enfrentar; como son la salud de su familia y su comunidad, y el desarrollo social. Estos problemas sociales tienen un origen multifactorial en donde la asignación del presupuesto para la salud es determinante.

Una sociedad por pequeña que sea debe ser organizada por quienes la integran para orientar y enfrentar sus problemas de salud con base en sus saberes y tradiciones; se he elegido a la sociedades Peruana y Mexicana, para efecto de la presente investigación haciendo referencia de la asignación del presupuesto en salud como política pública.

De acuerdo con el «Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática, la República Mexicana cuenta con una población total de 112,336,538 habitantes (INEGI, 2010), 54,855,231 son hombres y 57,481,307 mujeres. Perú tiene una población de 28,220, 764 habitantes. Según reporta el censo del 2007 (TITULAR DEL PODER EJECUTIVO, 2009), se ha vivido un pobre proceso de descentralización patentizado por dos decisiones gubernamentales:

1) la inexplicable desactivación del Consejo Nacional de Descentralización y su reemplazo por la Secretaría de la Descentralización, dependiente del Consejo de Ministros.

2) la baja ejecución del rubro inversiones como producto de la débil capacidad de gestión de las instituciones

públicas en todos los niveles, debilidad que incluye al gobierno central. (Peruana, 2002-2003; TITULAR DEL PODER EJECUTIVO, 2009).

También inciden en esta apreciación, las ofertas gubernamentales incumplidas; como la culminación del proceso de transferencias en diciembre 2007, la implementación del Centro de Planeación Estratégica (CEPLAN) (TITULAR DEL PODER EJECUTIVO, 2009). Los créditos presupuestarios aprobados para la presente Ley Ministerial de Salud son de 81' 873,459.00/100 nuevos soles (s/. 61 863 459.00), a cargo de los gobiernos regionales (Ministerio de Economía, Perú)

En México el Ejecutivo federal ha considerado necesario el incremento del Producto Interno Bruto de 5.8% en el



2000 y para el 2010 se destinó 7.0% (SECRETARÍA DE SALUD, 2007), lo que resulta insuficiente para garantizar el bienestar social en relación a la salud.

INVERSIÓN EN SALUD EN MÉXICO Y PERÚ

Dentro del análisis que se hace en lo relacionado a las diferencias o semejanzas de México y Perú, existen en algunos indicadores en donde se observa diferencia significativa; como en el caso de la participación de la economía en las zonas rurales, Perú tiene mayor participación tanto en hombres como en mujeres (Tabla No. 1). Con relación a los índices de pobreza México está ligeramente por arriba de Perú, pese al mayor índice de población que México tiene (Tabla no. 1); en lo que respecta a la incidencia de indigencia, también en México es superior tanto en hombres como en mujeres (Tabla no. 1); al respecto de pobreza, en el mismo análisis y en comparación a Perú, México lo supera en un 15% éste indicador (Tabla no. 1).

Los indicadores de área Rural y urbana en relación al índice de indigencia por jefes de familia de la zona Rural en México, son superiores, por arriba de un 10% (Tabla no. 1).

En los indicadores del gasto público social del P.I.B. para el 2007, México supera a Perú solo por un 3%. En el gasto per cápita en dólares, México es superior a Perú (tabla no. 2).

En relación al gasto en salud de México y Perú para el año 2007, México invierte 2.7 % de su PIB, mientras que Perú 1.2.5 en el mismo indicador (Tabla no. 2) , solo que en el gasto per- cápita en dólares, México es superior, sin embargo si hacemos un comparativo en cuanto a la paridad monetaria de ambos países, Perú y México estarían en la misma situación respecto al gasto social en salud. (Tabla no. 2).

Con relación a los indicadores para el desarrollo de México y Perú, se hace el análisis destacando que la población mayor de 15 años, tasa de participación económica en México es de 61.5 mientras que para Perú es de 70.6 (Tabla No. 3).

Referente a la participación económica por sexo, los hombres de los dos Países tienen la mayor participación con relación a las mujeres (poco más del 80%). Sin embargo, el 60.9% de las

mujeres peruanas tienen algún tipo de participación económica, a diferencia de México donde el registro fue del 42.5% (Tabla No. 3).

En cuanto a la pobreza nacional, México registra un porcentaje del 36.3 y Perú el 31.3. En cambio, en la pobreza rural, Perú tienen 52.2% y México el 42.9%; otro de los indicadores es la indigencia nacional y rural (Tabla No. 3).

En los indicadores económicos y de salud, se hacen más evidentes las diferencias, como serían por ejemplo la densidad de población para 2010, México tiene 58 habitantes por Kilómetro cuadrado, mientras Perú tiene 23. Para la asistencia oficial para el desarrollo per cápita en dólares en 2009, en México fueron 2 dólares, mientras que para Perú 15.

En lo referente al renglón de la mejora de instalaciones sanitarias, el indicador de porcentajes de población con acceso a los servicios de salud en 2008 en México fue de 85% y para Perú 68%. (Tabla No. 4)

En el gasto en salud total el porcentaje del PIB en el 2009 en México fue de 6.5% y para Perú de 4.6%. (Tabla No. 4)

El porcentaje del gasto en salud para el 2009, fue de 48.3% en México y para Perú 58.6%, esto con el fin de cumplir con la política pública en salud, ya que tanto en México como en salud se tienen constitucionalmente como un derecho (Tabla No. 4).

Sin embargo, el mayor gasto para la salud es el que hacen las propias familias o paciente de forma privada, que para México representó el 92.3% en 2009 y en Perú el 75.7%. El gasto per cápita en dólares a precio del 2009, fue de 515 dólares para México y de 201 dólares en Perú, este mismo indicador para 2010 en dólares en México fue de 9123 en tanto que para Perú de 5401, según lo establece el Banco Mundial. Con todo lo anterior podemos mencionar que es una de las razones que se observan el incremento

Indicadores socio demográficos comparativo Perú/México 2008

Indicadores	México	Perú
Ingreso zonas rurales (%)		
Tasa de participación de hombres en la economía zona rural	84	90
Tasa de participación de mujeres en la economía zona rural	39	74
Incidencia de pobreza en hombres jefes de hogar en total nacional	35.0	37.4
Incidencia de pobreza en mujeres jefes de hogar en total nacional	33.8	30.9
Incidencia de indigencia en hombres jefes de hogar en total nacional	11.5	13.5
Incidencia de indigencia en mujeres jefes de hogar en total nacional	10.4	8.4
Incidencia de pobreza en hombres jefes de hogar en zona rural	45.7	60.6
Incidencia de pobreza en mujeres jefes de hogar en zona rural	39.3	54.1
Incidencia de indigencia en hombres jefes de hogar en zona rural	20.8	30.4
Incidencia de indigencia en mujeres jefes de hogar en zona rural	15.3	24.7

Fuente: Elaboración propia con datos de La Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Base de estadísticas e indicadores sociales (BADEINSO), en CEPALSTAT; información del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Base de datos de población, revisión 2008; Naciones Unidas, División de Población, Panorama de la población mundial, revisión 2008 [base de datos en CD-ROM].

Indicadores socio-economicos comparado
México-Perú 2007

INDICADOR	México	Perú
Gasto público social como porcentaje del PIB	11.21%	8.23%
Gasto público social per cápita en dólares	782	214
Gasto público social en salud como porcentaje del PIB	2.77	1.23
Gasto público social en salud como porcentaje del gasto público total	14.6	7.9
Gasto público social en salud per cápita en dólares	193	32

Fuente: Elaboración propia con datos de La Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Base de estadísticas e indicadores sociales (BADEINSO), en CEPALSTAT; información del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Base de datos de población, revisión 2008; Naciones Unidas, División de Población, Panorama de la población mundial, revisión 2008 [base de datos en CD-ROM].

Comparativo de indicadores económicos para el desarrollo
Perú/México 2010

Indicadores	México	Perú
Tasa de participación económica en población de 15 años y más	61.7	70.6
Tasa de participación económica en hombres de 15 años y más	80.4	80.5
Tasa de participación económica en mujeres de 15 años y más	42.5	60.9
Porcentaje de pobreza nacional	36.3	31.3
Porcentaje de pobreza rural	42.9	52.2
Porcentaje de indigencia nacional	13.3	9.8
Porcentaje de indigencia rural	21.3	23.3
Porcentaje del PIB a precios corrientes nacional	3.1	1.0

Fuente: Elaboración propia (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), 2011)

en el gasto en salud, tanto para las instituciones privadas y públicas; pero principalmente para las familias de las comunidades rurales, por lo que la política pública en salud no se cumple en su totalidad por esta misma razón globalizadora y neoliberal (Tabla No. 4).

México invierte 6.5% de su producto interno bruto (PIB) en salud. Aunque se ha incrementado en los últimos años, este porcentaje es todavía insuficiente para atender las demandas relacionadas con la transición epidemiológica y está por debajo del porcentaje del PIB que otros países de ingresos medios de América Latina le dedican a la salud (Secretaría de Salud, 2007).

El gasto en salud en México se ha incrementado de manera importante en los últimos años. De 5.6% del PIB en 2000 aumentó a 6.5% en 2005. Lo mismo sucedió con el gasto per cápita en salud,

que se incrementó de 3,664 a 4,981 pesos en el mismo periodo.

A pesar de estos incrementos, el porcentaje de riqueza que México invierte en salud está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo del porcentaje del PIB que le dedican a la salud otros países de ingresos medios de América Latina, como Argentina (8.9%), Brasil (7.6%), Colombia (7.6%) y Uruguay (9.8%) (SECRETARÍA DE SALUD, 2007).

Del gasto total en salud, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud, las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos

(PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR)] y las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades (IMSS-O)].

Con los recursos privados se financian las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales (SECRETARÍA DE SALUD, 2007).

El gasto público en salud, como ya se mencionó, representa 46% del gasto total en salud, porcentaje mucho menor que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 72%. De hecho, México es el país miembro de esta organización con el gasto público en salud como porcentaje del PIB más bajo (SECRETARÍA DE SALUD, 2007).

Las instituciones de seguridad social para los trabajadores del gobierno (ISSSTE, PEMEX, SEDENA Y SEMAR), que atienden a los trabajadores del sector público de la economía, se financian con contribuciones de los trabajadores y del gobierno. Los recursos de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de salud, que atienden a los trabajadores de la economía informal, auto-empleados, desempleados y población que está fuera del mercado de trabajo, proceden, en su gran mayoría, del gobierno federal, los gobiernos estatales y las llamadas cuotas de recuperación (SECRETARÍA DE SALUD, 2007).

En 2004 entraron en vigor diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a un nuevo componente del sector público de la salud, el SPS. Este seguro, que cubrirá a toda la población sin seguridad social (alrededor de 50 millones de mexicanos) en 2010, se financia con recursos federales que se le asignan a la Secretaría de Salud, recursos estatales y contribuciones familiares (SECRETARÍA DE SALUD, 2007).

Indicadores económicos y de salud. México-Perú

INDICADOR	MÉXICO	PERÚ
Área de tierra (Kilómetros cuadrados)	1'943,950	1'280,000
Densidad de población (2010)	58	23
Asistencia oficial para el desarrollo per cápita (dólares)(2009)	2	15
Mejora de las instalaciones sanitarias (% de población con acceso) 2008	85	68
Gasto en salud, total (% del PIB) (2009)	6,5	4,6
Gasto en salud sector público (% del gasto total en salud) (2009)	48.3	58.6
Gasto en salud desembolsados por paciente (% del gasto privado en salud) (2009)	92.3	75,7
Gasto en salud per cápita (dólares a precios actuales) (2009)	515	201
PIB per cápita (2010) dólares	9.123	5.401

Tabla No. 4. FUENTE: Tabla de elaboración propia a partir de base de datos del Banco mundial (BANCO MUNDIAL, © 2012)

En 2005 el gasto público en salud total ascendió a 243,812 millones de pesos. De este total, 122,331 millones (50%), le correspondieron al IMSS, 92,535 millones (35%) a la Secretaría de Salud, 21,233 millones (8.7) al ISSSTE y 7,714 millones (3.1) a los servicios de salud de PEMEX (SECRETARÍA DE SALUD, 2007).

Entre 2000 y 2006, el gasto de la Secretaría de Salud se incrementó 72.5% en términos reales. Por su parte, el gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX creció 35, 45 y 50% respectivamente (SECRETARÍA DE SALUD, 2007).

En 2003, 73% del gasto de la Secretaría de Salud se ejerció en servicios personales, 23% en gastos de operación y sólo 2% en inversión.

En 2006 el gasto de inversión se incrementó a 9%, el gasto en servicios personales disminuyó a 63% y el gasto de operación se incrementó ligeramente a 28% (SECRETARÍA DE SALUD, 2007).

En lo que se refiere a Perú, los créditos presupuestarios aprobados al ministerio de salud comprenden recursos hasta por la suma de SESENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE Y 00/100 NUEVOS SOLES

(S/. 61 863 459,00) destinados a los gastos operativos para la aplicación de vacunas para niños menores de cinco (5) años dentro del marco del Programa Estratégico Articulado Nutricional, a cargo de los gobiernos regionales (TITULAR DEL PODER EJECUTIVO, 2009).

CONCLUSIONES

Hablar de México y Perú, países que se encuentra en el Continente Americano formando bloque en los países de América Latina, con riquezas naturales, culturales, con una historia que nos permite ubicarlos con grandes desigualdades en los diversos sectores de la población y pese a la grandeza de sus habitantes, se pueden considerar como subdesarrollados en comparación de otras sociedades con menos diversidad natural, aguas, bosques, fauna y flora, pesca, minerales, entre otros muchos recursos. En el 2010 no se ha permitido dar una respuesta satisfactoria a las demandas de su gente siendo países jóvenes con edad promedio de 27 años en México y 28.9 en Perú, donde la mayoría de la población es menor de 30 y que hasta el año 2030, la mayoría de la población será económicamente activa.

La distribución del presupuesto para la salud en México y en Perú, resulta similar ya que ambos estados cuentan con programas sociales entre los que destacan la canasta básica que

distribuyen a las familias en apoyo para la alimentación de los niños y a los adultos de la tercera edad.

Apoyos que se otorgan a éstos grupos como un beneficio familiar, lo que justifica la política social; pero que toman del presupuesto de salud en algunas de las partidas, como en México se llama «seguro popular», apoyo a los de «70 y más» y que en Perú se está direccionando una política con estas características, ya que las madres de familia reciben alimentos para los menores de 4 años, que consiste en leche y alimentos para su crecimiento y desarrollo. Sin embargo, la asignación presupuestaria, debe observarse con un enfoque descentralizado y participativo; con base en las necesidades de cada una de las localidades de México y Perú y no solo a criterio de los grupos que ostentan el poder en las diferentes esferas de gobierno, en especial de las autoridades de salud.

^{1 y 2} Doctoranda en Salud Pública, Profesora e investigadora de la UMSNH, Escuela de Enfermería y Salud Pública.

³ Maestro en Ciencias Veterinarias, Profesor de la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la UMSNH.

Referencias

- BANCO MUNDIAL. (© 2012). *Banco Mundial*. Recuperado de Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/sp>
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). (diciembre de 2011). *Naciones Unidas CEPAL*. Recuperado de <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/45607/P45607.xml>
- Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL). (23 de mayo de 2011). *Plataforma para la gestión social basada en el conocimiento*. Recuperado de <http://www.risalc.org/portal/indicadores/ficha/?id=51>
- INEGI. (2010). *INEGI*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>.
- Peruana, A. I.-R. (2002-2003). <http://www.yachay.com.pe/especiales/internet/indexl.htm>.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2007). Programa Nacional de Salud 2007/2012. México.
- TITULAR DEL PODER EJECUTIVO. (16 de diciembre de 2009). Periódico oficial El Peruano. *Presupuesto nacional para el año 2010*.

La responsabilidad social en las empresas

Marisol Palmerín Cerna¹
Horacio Mercado Vargas²

haciendo para liberar su responsabilidad social y sobre las razones por las que no hacen más.

El concepto de responsabilidad social no es nuevo. Aunque la idea fue considerada en los alrededores del siglo XX, la discusión moderna de responsabilidad social adquirió mayor auge con el libro *Social Responsibilities of the Businessman* de Howard R. Bowe, quien sugirió que las organizaciones debían considerar las implicaciones sociales de sus decisiones. Por tanto, se considera la siguiente definición: «*la Responsabilidad Social considera el impacto de las acciones de la compañía en la sociedad*».

Por otro lado, es recomendable que las organizaciones se anticipen a los sucesos mediante pronósticos. De tal forma, ninguna empresa debe esperar a que surjan los problemas sin estar preparados para enfrentarlos. El proceso de la planeación, es una gran fortaleza para poder solventar los problemas.

1.- El papel del gobierno.

Existen muchas instancias en las que los cambios sociales pueden ejecutarse solamente mediante la promulgación de una ley. Sin embargo, muchos administradores han descubierto que es ventajoso para ellos insistir en ciertos problemas sociales. Por ejemplo: en muchos países, buena cantidad de negocios han obtenido ganancias mediante la construcción de edificios de departamentos, de bajo costo, en áreas marginadas.

En otras, palabras contribuir a la solución de problemas sociales no siempre significa un gasto neto. No obstante, la sociedad muchas veces necesita la fuerza intimidante de la legislación para abrirle paso al cambio.

En el mundo actual, todas las organizaciones independientemente de que sean públicas o privadas, deben, en grados distintos, tomar en cuenta los elementos y fuerzas del exterior. Si bien su capacidad para modificar las fuerzas externas es limitada, no tienen otra alternativa que responder a ellas. Los sujetos que laboran en ellas, deben identificar, evaluar y reaccionar ante las fuerzas externas que puedan afectar las operaciones de la empresa o de la organización respectiva.

A principios del siglo XX, la misión de las organizaciones era exclusivamente económica.

Actualmente, en parte debido a las interdependencias de los muchos grupos, existentes en nuestra sociedad, el compromiso social de los negocios ha aumentado.

El tema de la responsabilidad social, vinculada a los negocios, ahora es planteado a gobiernos, universidades, fundaciones no lucrativas, organizaciones de beneficencia e incluso, a iglesias.

Ahora, la sociedad, consciente respecto a la urgencia de los problemas sociales, cuestiona a las organizaciones, sobre lo que están



2.- Medio ambiente y Ecología.

En su toma de decisiones, las organizaciones deben considerar los factores ecológicos, dado que es necesario proteger el medio ambiente. Por Ecología, entendemos la relación entre la gente y otros seres vivos y su ambiente, como la tierra, el agua y el aire. La contaminación de la tierra, el agua y el aire son gran preocupación de la gente. La tierra puede ser contaminada por residuos industriales, como el derivado del empaque. La contaminación del agua, por ejemplo, puede ser causada por residuos industriales. La contaminación del aire puede ser ocasionada por una variedad de fuentes, como la lluvia ácida, los gases del escape de automóviles, sustancias carcinógenas de procesos de fabricación entre otras.

En casi todas las naciones del planeta, una serie de leyes han sido aprobadas en relación a los residuos sólidos, así como con la contaminación del agua y del aire. Las organizaciones deben conocer y respetar la gran variedad de leyes y reglamentos e incorporar los aspectos ecológicos a su toma de decisiones.

Con la finalidad de proteger el ambiente, existen las ISO 14001, diseñadas para garantizar que las políticas de la compañía atiendan una variedad de preocupaciones públicas, incluyendo la prevención de la contaminación y la observación de leyes y regulaciones relevantes.

Este enfoque ambiental puede convertirse en la nueva tendencia administrativa. La Unión Europea reconoce el registro ISO 4001 como un parámetro para su administración del Entorno y Esquema de Auditoría.

3.- Ética y Administración

Todas las personas, ya sea en los negocios, en el gobierno, en la universidad o en cualquier otra empresa u organización de cualquier índole, tienen preocupaciones éticas. En el Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, ética se define como: «la disciplina que define lo que está bien y lo que está mal, así como con el deber y la obligación moral».

Así, la ética personal se conoce como: «las reglas mediante las que un individuo rige su vida personal», y la ética de los negocios consiste en



la verdad y la justicia y toma en cuenta diversos aspectos, como las expectativas de la sociedad, la competencia justa, la publicidad, las relaciones públicas, las responsabilidades sociales, la autonomía del consumidor y el

comportamiento corporativo, tanto en el país de origen como en el extranjero.

4.- Teorías éticas y un modelo para las decisiones basadas en el comportamiento político.

En todas las organizaciones, los administradores compiten por información, influencia y recursos. El potencial de conflictos en cuanto a la selección de los fines, así como de los medios para lograrlos se puede entender fácilmente, y la cuestión sobre qué criterio debe guiar el comportamiento ético se vuelve agudo.

Se han desarrollado tres tipos básicos de teorías morales en el campo de la ética normativa. En primer lugar, la teoría utilitarista sugiere que los planes y las acciones deben ser evaluados por sus consecuencias. La idea consiste en que los planes o las acciones deben producir el mayor bien para el mayor número de personas. En segundo lugar, la teoría basada en los derechos sostiene que todas las personas tienen derechos naturales. En tercer lugar, la teoría de la justicia demanda que aquellos sujetos que tomen decisiones se vean guiados por la justicia y la equidad, así como por la imparcialidad.

5.- La Institucionalización de la Ética.

De manera creciente, la Ética de las organizaciones se convierte en un tema de discusión en todas partes, y particularmente en seminarios y conferencias. Los administradores, especialmente en alta dirección, tienen responsabilidad de crear un ambiente organizacional, que fomente la toma de decisiones con

integridad, mediante la institucionalización de la Ética.

Esto significa la aplicación e implementación de conceptos éticos a las acciones cotidianas. Theodore Purcell y Jamen Weber sugieren que esto puede lograrse mediante tres vías: (1) a través del establecimiento de una política apropiada o de un código ético de la compañía, (2) mediante la utilización de un comité ético formalmente designado, y (3) mediante la enseñanza de ética en programas de desarrollo administrativo. La manera más común de institucionalizar la Ética consiste en establecer un Código; mucho menos común es la utilización de comités éticos.

Por otro lado, no es suficiente la publicación de un Código de Ética, se requiere y necesita su aplicación y observancia. Algunas organizaciones solicitan que los empleados firmen el Código, así como la inclusión de criterios éticos en la evaluación del desempeño. Incluso, vinculan la compensación y el reconocimiento con el comportamiento ético. Las personas que están a cargo de las empresas, deben aprovechar cualquier oportunidad para estimular el comportamiento Ético y publicitarlo.

Además, los empleados deben sentirse estimulados para dar informes sobre cualquier práctica poco ética que hayan atestiguado, y es importante, que los administradores den un buen ejemplo a través de un comportamiento ético y prácticas honestas.

6.- Diferenciar parámetros éticos en las distintas sociedades.

Cualquier persona en los negocios, en el gobierno, en las universidades o en cualquier otra organización, está consciente de que los parámetros éticos, así como los legales, difieren, particularmente entre



naciones y sociedades. Por ejemplo, ciertas naciones les permiten a las compañías privadas hacer contribuciones a partidos, campañas y candidatos políticos.

En algunos países, los pagos a los funcionarios del gobierno y a otras personas con influencia política, para asegurar un manejo favorable de una transacción de negocios, no son considerados sobornos, es decir, corrupción, sino pago adecuados por los servicios ofrecidos. En muchos casos, los pagos hechos para garantizar la obtención de un contrato son considerados como una forma normal y aceptable de hacer negocios. Pero en otros países esa práctica se considera corrupción, tal es el caso de México, en donde los funcionarios del gobierno y las personas con influencia política no deben, ni pueden recibir ese tipo de pagos.

7.- Conclusión

Las organizaciones son bombardeadas tanto con nuevas ideas administrativas como con viejos conceptos disfrazados de nueva terminología; todo esto diseñado para afrontar el cambio administrativo que demandan la competencia global, las expectativas del cliente y la necesidad

de reaccionar rápidamente ante los cambios en el medio ambiente.

Por ello, las organizaciones, cuyo carácter es eminentemente social, deben regirse por una serie de valores sociales o principios tendientes a lograr el bienestar de la sociedad. Si bien es cierto que, a lo largo de su historia muchas organizaciones han desvirtuado su fin último; orientándose sólo a la consecución de utilidades, sin importarles el entorno humano y ambiental. Por lo que en esta época de crisis de valores y ante los continuos problemas originados en la sociedad actual, cambios muy rápidos y problemas de distinta índole, la organización se ha reorientado hacia la consecución de una ética y valores empresariales.

¹ Candidata a Doctora en Ciencias de la Educación. Profesor e Investigador del Colegio de San Nicolás y Escuela Preparatoria Melchor Ocampo.

² Profesor investigador de la Facultad de Contaduría y Ciencias Administrativas y de Derecho y Ciencias Sociales.

-
- HALE, G. HEMENWAY, C. (1996). *Boon or Bane? ISO 14001 Likely to Join Regulatory Framework, Quality Digest.*
 - KAPLAN, J. (1999). *Business Ethics Conferences. Business and Society Review.*
 - KEITH, D. WILLIAM, C., F., (1984). *Business and Society.* 5a. ed., Nueva York. Edit. McGrawHill,
 - KOONTZ, H. WEIHRICH, H. (2002). *Elementos de Administración.* Edit. Mc Graw Hill.
 - MÜNCH, L. (2010). *Administración, Gestión Organizacional, Enfoques y Proceso Administrativo.* Edit. Pearson.
 - PALUSZEK, J., L., (1986). *Business and Society: 1976-2000,* Nueva York, AMACOM, 1976, en George A. Steiner, John B. Miner y Edmund R. Gray, *Management Policy and Strategy.* 3a. ed., Nueva York, the Macmillan Company.
 - VELASQUEZ, M., G., (1982). *Business Ethics, Englewood Cliffs, N.J.* Edit. Prentice Hall.



¡¡ A MOVER EL ESQUELETO !!

M.C. Lucía **Santibáñez Mondragón**
Profesora de la Escuela de Salud Pública

Con la euforia de cada fin de año, gritamos, nos abrazamos, nos apapachamos reunidos en familia para despedir el año viejo y recibir el año nuevo. Todo nos parece tan lejano que entre besos, abrazos, brindis y apapachos, prometemos todo para cumplirlo hasta el próximo año. ¡SALUD!, cenamos promesas y más promesas. El problema es que llega enero y olvidamos los propósitos o sacamos un pretexto para no cumplirlos. Y esto sucede por lo general cada fin de año.

Pero, he aquí el punto, de promesas no se vive. Si prometimos realizar ejercicio, tenemos que hacerlo, nos guste o no nos guste, ya que nos ayuda a mantenernos sanos. Algunas personas se inscriben en un gimnasio y, no asisten (pero pagan puntual la mensualidad para apartar su lugar); se compran tenis y, no los estrenan (es que no quieren que se les gaste la suela), no tienen tiempo para hacer ejercicio («¿a qué hora voy?»), o también pasa que muchos jóvenes salen a nadar (pero en alcohol cuando van al antro), y en la actualidad, los niños ya no corren, ya no juegan en las calles, se quedan en casa a jugar con los «pajaritos enojones» (ejercitando los deditos con el control remoto del videojuego), etc. En resumidas cuentas, **el sedentarismo se está convirtiendo en una epidemia.**

La inactividad física, aunque no lo parezca, es un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles como son las cardiovasculares, el cáncer, la

diabetes, la obesidad, las enfermedades respiratorias, etc. (OMS, 2010); además de que se ha ganado el 4º lugar de mortalidad en todo el mundo con 6% de defunciones a nivel mundial (OMS, 2009).

Lo contrario al sedentarismo es la actividad física, ejercicio físico o deporte; los tres son buenos para la salud, son buenas opciones para realizar; **lo importante es poner el esqueleto en movimiento.**

En primer lugar se debe tomar en cuenta qué nos gusta hacer, cuánto tiempo tenemos para realizarlo, la frecuencia con la que lo haríamos, la intensidad, la duración, el lugar, si se necesita uniforme, y todo lo que se requiera para hacerlo: caminar, correr, nadar, remar, jugar basquetbol, volibol, fútbol, levantar pesas, karate, zumba, spinning, bicicleta, patinar, saltar la cuerda, etcétera.

¿Son demasiados requisitos para iniciar?.. Te propongo los siguiente tips para que logres el objetivo:

INICIO: Primero, debemos de salir del sedentarismo con una actividad que nos guste, relaje, resulte placentera y sea adecuada a nuestra condición física, estilo de vida y economía. Para que la realicemos en forma permanente y la incluyamos dentro de nuestras actividades diarias. No vamos a competir con los demás, nuestro mayor compromiso es con nosotros mismos.

La actividad física, requerirá de ciudadanos necesarios para que no se ponga en riesgo nuestra salud: hacer calentamiento, usar tenis, usar ropa cómoda, hacer movimientos correctamente para evitar lesiones.

Tomar en cuenta los beneficios que obtendremos:

- Ayuda a prevenir cardiopatías coronarias, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares e hipertensión.
- Previene la diabetes y la obesidad.
- Previene la osteoporosis.
- Previene el cáncer de mama y de colon.
- Previene las caídas ya que mejora los reflejos.
- Evita la Depresión.

ECONOMIA: Cuando la economía resulta un freno para realizar determinada actividad (llámese gimnasio, comprar uniforme, inscripción del club, etc.) es mejor no continuar. No hay que frustrarse, se vale dar la media vuelta y dignamente buscar otra alternativa. No importa el lugar, ajustarse al presupuesto y que el dinero no sea pretexto. Hacer ejercicio en lugares como parques, bosques, estadios; sin olvidar que está también el patio de tu casa, tu cuarto, tu lugar de trabajo, etcétera (Figs. 1 y 2).

TIEMPO: La falta de tiempo es el mayor obstáculo para ejercitarse. ¿30 minutos diarios son suficientes? Sí, es lo

que se considera como mínimo para mantenernos sanos. Si nuestro objetivo es además una reducción de peso, se recomienda que se aumente el tiempo a una hora aproximadamente y se combine con una dieta adecuada, dependiendo del perfil de la persona y sus necesidades, para que efectivamente haya una pérdida de peso (Wilmore, 1996). **Existe evidencia que recomienda también la acumulación de actividad física a través de múltiples períodos intermitentes a lo largo del día, lo cual podría considerarse como una intervención alternativa (Saris, 2003). ??**

Pequeñas sesiones de movimiento como bailar al ritmo de «Que bello» de la Sonora Tropicana (4 min); el «bailecito del shampoo», que te prende y está de moda, bailar con ganas, moviendo brazos y piernas (4 min); continúa la diversión con un super rock and roll al estilo Elvis Presley (4 min) y te la sigues con Elvis Crespo que tal «Suavemente, bésame» (3 min) moviendo cadera y sintiendo el ritmo y si te la sabes, se vale cantar, haciendo en total 15 minutos aproximadamente de movimiento, elevó nuestro ritmo cardiaco, nos da todos los beneficios y ni cuenta nos dimos. Nos relajamos eso sí, para terminar al ritmo de una rica balada al compás de «¿Cómo te va mi amor?» de Pandora u otra canción tranquila para que nuestra frecuencia cardiaca regrese a su normalidad. Bailamos esta última balada al ritmo suave, brazos y piernas estirándolos para soltar toda la mala vibra y relajarlos. Esta sesión podemos realizarla en su totalidad o en fracciones durante el día, y de igual forma recibiremos los beneficios.

PERSEVERANCIA. Así que te propongo que sea una actividad física que **VERDADERAMENTE TE MOTIVE PARA NUNCA DEJARLA**, por lo mismo, toma en cuenta lo que te gusta hacer en tus tiempos libres para que disfrutes tus sesiones de actividad física siempre, por ejemplo:

a) Sí te gusta ver la televisión te propongo, viendo tu programa favorito (tu serie favorita, tus caricaturas, tu telenovela) hacer ejercicio, así lo

disfrutarás más, como los que se muestran a continuación

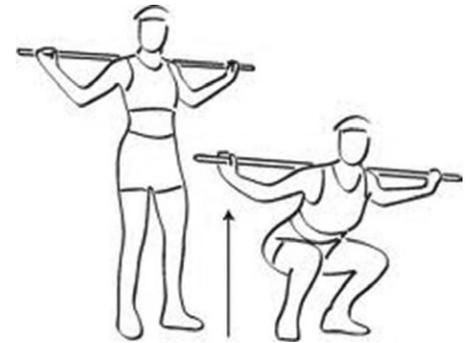
Rutina de ejercicios para realizar en casa

Desde que inicia tu programa de televisión (*Los Simpson*, la novela de las cinco, *Two and a half man*, *La Academia*, etc.), inicia la fase de calentamiento, prepara tu cuerpo durante los 10 minutos que se piden para evitar desgarres, esguinces. Posteriormente son 20 ó 30 min. aproximadamente de ejercicio

(depende de cuánto tiempo dispongas) que incluye brazos, piernas, glúteos y abdomen. Realiza tres repeticiones de diez veces cada uno de los ejercicios indicados. Es importante que ejercites tu cuerpo, alterna un día brazos, otro día piernas, otro día glúteos, pero las abdominales, te sugiero las realices todos los días. Relaja tu cuerpo al final de cada sesión durante 10 minutos, así tu cuerpo recupera su frecuencia cardiaca basal y evitas amanecer demasiado adolorido para el día siguiente.



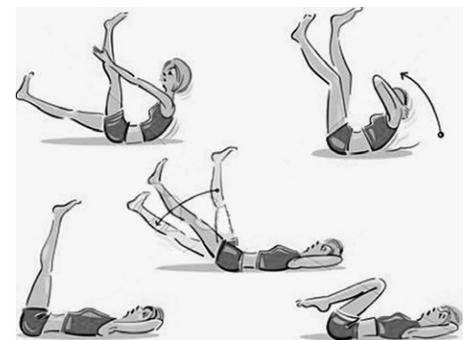
Calentamiento 10 Min.



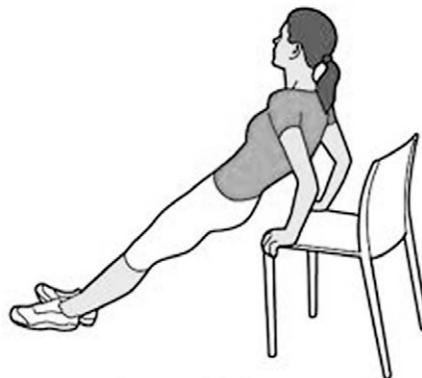
Gluteos 5 Min.



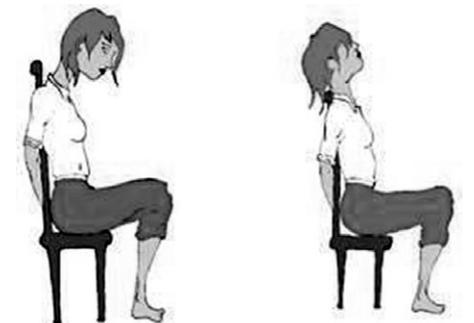
Piernas 10 Min.



Abdominales 10 Min



Brazos 5 Min.



Relajamiento 10 Min.



b) Pero si eres de los que les gusta ir al antro, de los que al escuchar a Valentín Elizalde le duelen los oídos, perdón, le dan ganas de bailar. Es recomendable que te motives al ritmo de tu música preferida. Tienes la opción de realizar tus rutinas al compás de la melodía que tanto te gusta. Imagínate iniciando al ritmo de «¿Qué voy a hacer?» con la dulce voz de Espinoza Paz, para ir calentando poco a poco, preparando al cuerpo para lo que se le viene. Como segunda balada tenemos «La incondicional» de Luis Mi Rey, con esto tenemos para calentar bien motores.

Entramos a la segunda fase, aumenta el ritmo cardiaco, tenemos que estar más que motivados con nuestra propia música. Iniciamos esta fase con un ritmo de moda: «Oppan gangman style», el famoso y pegajoso baile del caballo, con energía y vigor, brazos, piernas en movimiento. Después sigue «el baile del perrito, todos quieren bailar». El ritmo no para, eso dice Daddy Yankee y nos sube toda la energía al ritmo de su «Gasolina»; después bajamos un tanto el ritmo, «Gloria» es una opción para sentir esa adrenalina del recuerdo, y después «YMCA» para terminar por sentirse en las nubes.

Ya pasaron 20 o 30 minutos aproximadamente, nos bajamos a la tierra, para las abdominales. Las cuales disfrutamos con música diversa, desde la banda KWICHA, Diego Verdguer, hasta Enrique Iglesias; son excelente opción para escuchar mientras hacemos

crunch a nuestra llantita o también llamada de cariño: pancita chelera.

Termina el tiempo, es hora de relajarse, diez minutos, baladas románticas para recordar lo bello que es el amor. Por lo mismo, voto por José José, se valen para soñar y saber que aunque el amor acaba, el movimiento es vida y todo es por ellos(as) aunque mal paguen.

DOLOR MUSCULAR. Amanecer adolorido no es malo, mientras no te extralimites, inicia poco a poco. Con un analgésico y seguir ejercitándote se quita, el cuerpo se acostumbra. Malo es dejar de hacerlo. Descansa un día a la semana. Si tienes problemas de salud, consúltalo con un responsable de la salud, para que te valore, antes de iniciar cualquier actividad.

¿SOLO O ACOMPAÑADO? Es preferible que lo realices con alguien que te acompañe o que te motive a hacerlo. Pero es muy seguro que no terminen juntos, finalmente uno desistirá por azares del destino. Nos hemos olvidado del mejor amigo del hombre: tu perro, estoy segura que éste no te fallará. Sácale provecho a la frustración de tu mascota, sal a dar un paseo con él y camina unos 30 minutos, al hacerlo tendrás un perro más equilibrado y feliz. Y lo mejor de todo es que tu perro también te lo agradecerá y se conservará sano y bello como tú. Pero si no tienes perro, si no tienes amigos, toma en cuenta que la actividad y los beneficios son personales.

Naciste solo así que, ¡NO HAY PRETEXTO, continúa ejercitándote, solo o acompañado!

¡OLVIDATE YA DE LOS PRETEXTOS QUE PONES CADA AÑO VIEJO Y PONTE A MOVER EL ESQUELETO DURANTE TODO EL AÑO!

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- Blair SN. (2004). The evolution of physical activity recommendations: how much is enough?. *Am J Clin Nutr.*(79 (suppl)), 913S-20S.
- Bouchard C, S. R. (1994). Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. *Champaign: Human.*
- Garoz- Puerta, I. (2005). El desarrollo de la conciencia de regla en los juegos y deportes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.*, 5 (19), 238-269.
- Wilmore, JH. (1996). Increasing physical activity: Alterations in body mass and composition. *Am J Clin Nutr.*, S456-S460.
- OMS. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Geneva.
- IEDAR. (2004). *Informes sobre azúcar y alimentos azucarados.* Madrid: Instituto de estudios del azúcar y la remolacha.
- OMS. (2010). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial.*
- Saris WHM. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? *Outcome of the IASO Ist stock Conference and consensus statements.* (págs. 101-14). *Obes Rev.*
- Saris, WHM. (1993). The role of exercise in the dietary treatment of obesity. *Int J Obes.*, 17-21.

Porque aún en la barbarie, nunca estaremos solos

Paco Ignacio Taibo II en la V feria del libro de Morelia

Angel Z. Romero

*a*l recordar aquella tarde, aún se apoderan de mí la emoción, la conmoción y las ganas de hacer algo distinto. Aquellas palabras dejaron una gran huella y me enseñaron que podemos ser la diferencia en esta gran máquina de basura en la que lamentablemente se ha convertido nuestro México.

Martes 23 de octubre 5:30 de la tarde, lugar: casa de la cultura (Morelia), la interminable espera estaba a punto de llegar a su fin, tan solo faltaban los últimos minutos que se hacen los más largos y *que* parecían no ser de tan solo 60 segundos. La lectura de «Villa», me transportaba a otra época y la música de «Hidalgo» hacía que la espera se convirtiera en un momento muy ameno. Ya en el lugar correcto, deseaba con ansias el gran momento.

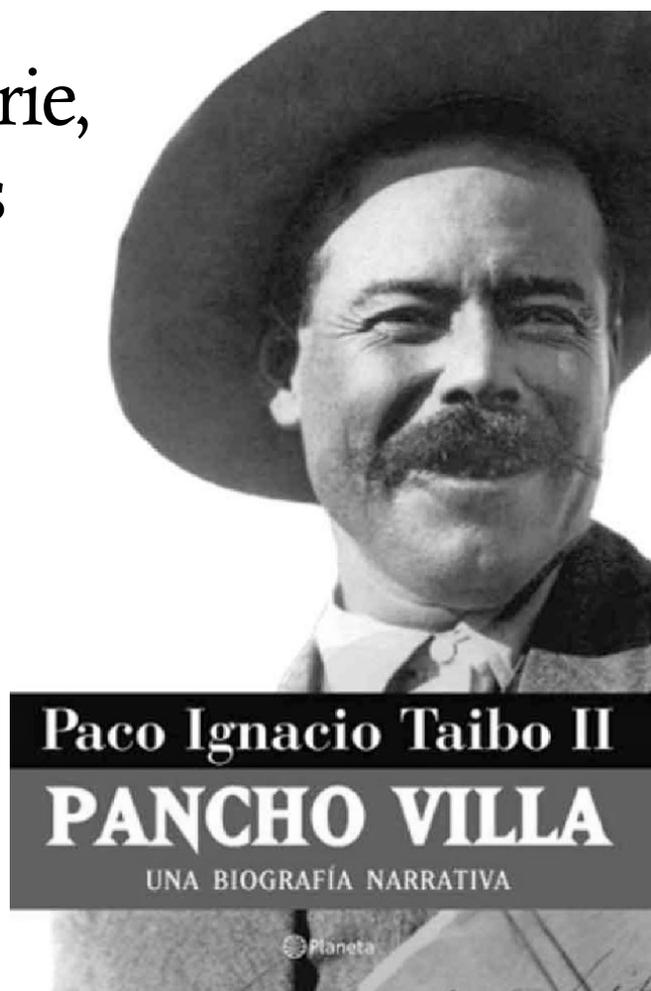
Alrededor de las 6:50 pm, apareció en escena Paco Ignacio Taibo II (fig. 1), el escritor no solo de las biografías más leídas de Pancho Villa y Ernesto Guevara de la Serna, sino de muchas novelas policiacas y otras que desentrañan las historias no contadas, o mejor dicho tanto las historias no contadas y mal contadas de nuestro país.

Ese personaje bonachón de abundante bigote, español de nacimiento pero de literatura mexicana; ya que la guerra civil que dejó destrozada la España de Franco,

Portada del libro «Pancho Villa» una biografía narrativa.

forzó la salida de la familia Taibo de aquél país para encontrar tranquilidad y prosperidad en la ciudad de México, cuando Paco Ignacio aún no cumplía los 10 años.

Vestido con camiseta, pantalón de mezclilla, zapatos y cigarro en mano; describió con una inigualable crónica la importancia y origen de las novelas policiacas, habló de cómo algunas de



Paco Ignacio Taibo II

las historias escritas por él, terriblemente se repiten cada día en nuestro país. Reiteró la importancia de que el escritor en cada historia sea capaz de hablarle al oído al lector, de llevarlo a imaginar las letras, lugares, de seducirlo y hacerlo parte de la historia; para que de esta manera nos enganchemos a los libros y los utilicemos como una herramienta indispensable en la vida diaria.

No sólo es de gran importancia destacar el valor humano y la humildad de este personaje tan peculiar, que a pesar de tantos libros escritos y tantos premios que lleva encima, nunca ha perdido el suelo y siempre está dispuesto para la foto, el saludo o el diálogo; sino que también está atento a los problemas del pueblo, luchando por una justa solución.

Tenemos mucho que agradecerle a Paco Ignacio Taibo II, no solo por todas sus historias, sino también por tener las agallas de desempolvar la historia no contada de este país.

Como en su biografía de Pancho Villa, donde narra la inigualable historia de un hombre tan huidizo que solía despertarse casi siempre en un lugar diferente del que originalmente

había elegido para dormir; «un hombre que apenas sabía leer y escribir, pero que cuando fue gobernador fundó más de 50 escuelas en un mes» (Taibo II, 2006). Así, Paco Ignacio poco a poco desenmaraña esa vida llena de misterio, de historias a medias y de rumores de Doroteo Arango, a ese que le gustaba Parral hasta para morir.

De la misma manera nos cuenta la historia de el diario «el machete», fundado en 1924 y dirigido por los muralistas Diego Rivera, David Alfaro Siqueiros y Xavier Guerrero, que exaltaba la lucha obrera y campesina, y denunciaba la hipocresía de los nuevos gobernantes (Herr, 2007).

También trajo a la luz la verdadera historia del libertador políglota llamado Miguel Hidalgo y Costilla, que leía y montaba obras de Molliere, aquel padre (no solo de iglesia, sino de muchos hijos) que se levantó en armas e inició con la guerra de independencia (Taibo II, 2007).

Quizás lo más significativo de la tarde, fue el escuchar el mensaje final de Taibo II, al referirse a la situación actual de nuestro país lleno de corruptos e injusticias, así como el futuro que nos espera en manos de

políticos analfabetas: «compañeros nos espera un futuro complicado lleno de miseria, censura, injusticia, barbarie, alza en el IVA a medicinas, alimentos y libros; la esperanza que tenemos es que somos varios millones de ciudadanos los que luchamos por que la situación sea distinta, así que nunca estaremos solos en esta lucha» ...estoy completamente seguro que estas palabras tuvieron eco en los asistentes a esta plática y que el largo lapso de aplausos nos dio ánimos para seguir adelante y saber que llegó el momento, que ya basta de tanto mirar hacia otro lado y que estamos obligados a actuar de la mejor manera cada día; solo así podremos resurgir de las cenizas y sacar adelante a nuestro país.

Herr, R. «El machete sirve para cortar la caña»: Obras literarias y revolucionarias en «El Machete». Revista de Crítica literaria latinoamericana. 2007.

Taibo II, P I. Pancho Villa: una biografía narrativa. Editorial planeta. 2006.

Taibo II, P I. El cura Hidalgo y sus amigos. Editorial planeta. 2011.



Firma de libros de Paco Ignacio Taibo II al finalizar su plática en la V feria del libro en Morelia.

Paco Ignacio Taibo II, popular escritor mexicano nacido en Asturias en 1949, creador de la nueva novela negra en español con la serie protagonizada por Héctor Belascoarán Shayne, y organizador de la celebre Semana Negra en Gijón, que se realiza cada año en Julio desde 1988. Historiador y autor de la biografía del Che más leída y publicada en 28 países, así como de más de 40 obras en distintos género literarios. Incansable activista social recibió la invitación del Subcomandante Marcos para escribir «Muertos incomodo», una novela a cuatro a cuatro manos. Algunas de sus novelas han sido mencionadas entre «los libros del año» por The New York Times, Le Monde y Los Ángeles. Ha merecido tres veces el Premio Internacional de Dashiell Hammett a la mejor novela policiaca.

Talentos

Adriana Malvido *



Se llama Paloma Noyola y tiene once años de edad. Vive en un barrio de pepenadores en Matamoros, Tamaulipas, sumido en la pobreza; es alumna de sexto de primaria en la escuela José Urbina López, mejor conocida como «El Basural» por su cercanía con el que fuera basurero municipal. Y ahí realizó la prueba Enlace para revelarse como la mejor estudiante de matemáticas de México.

Su puntuación, de 921 en la materia, fue la más alta del país, mientras que en español obtuvo 800 y quedó en tercer lugar a nivel nacional. Cuando se difundió la noticia, en septiembre de este año, el director de su escuela le regaló una computadora portátil, aunque, admitió, «será difícil que se conecte a internet cuando en la colonia ni luz hay». Guadalupe, su madre, viuda y con siete hijos, pidió a la SEP del estado una beca para que Paloma pueda continuar sus estudios de secundaria y, más adelante, cumplir su sueño de convertirse en maestra. En las redes sociales se organizó una campaña de ayuda y las autoridades estatales y locales de la SEP hicieron promesas que, hasta hoy, no han cumplido.

Con una casa de techo de lámina, el deber de caminar media hora diaria a su escuela atravesando terracerías y un río con desechos tóxicos, con un solo uniforme remendado que lava todas las tardes y una escuela sin baño, Paloma es un prodigio para el estudio —le llaman «El diamante del basurero»—, pero también lo son nueve de sus compañeros que alcanzaron más de 900 puntos en matemáticas. Su orgulloso maestro, Sergio Iván Juárez, afirma que el juego es la mejor estrategia para la enseñanza.

En medio de un clima extremo, entre olores de basura, hambre y pobreza, en un estado azotado por el *narco*, el talento de Paloma y sus compañeros emerge luminoso y revelador. Hijos de pepenadores, cuentan con un maestro que ama su trabajo y con padres que desean un mejor futuro para ellos. La niña recibió su *laptop* y una bicicleta que un vecino de Dallas, Texas, le llevó hasta su casa cuando leyó la noticia en un diario local. Pero no le ha llegado la beca prometida. Su futuro y el de todas las Palomas que andan por ahí con su talento escondido entre las piedras, depende de su educación, que es un derecho universal

de todos los niños y debería estar garantizado.

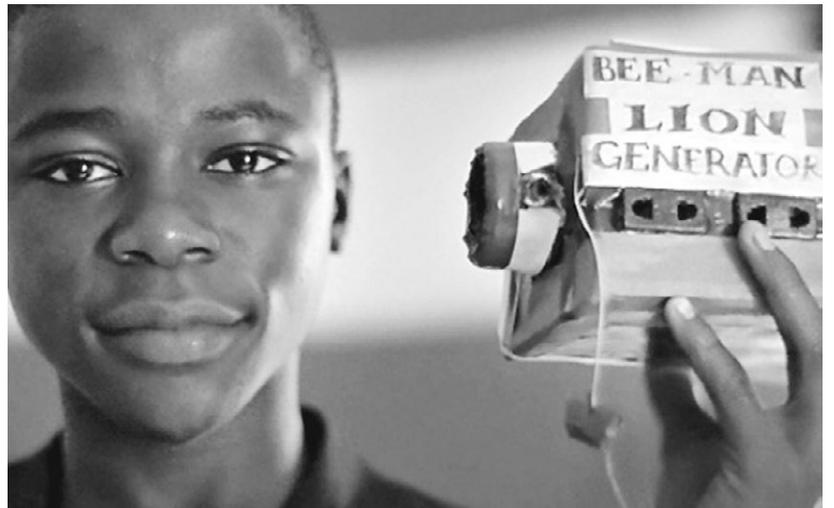
Lejos de ahí, en Sierra Leona, África, Kelvin Doe, un niño de trece años, recogía desperdicios en los basureros. Con ellos logró fabricar baterías para iluminar su casa y su barrio (donde se encienden las luces solo una vez a la semana), y creó, con los restos de un estabilizador de tensión roto y una antena, su propia estación de radio por la que transmitía noticias y música a su comunidad. Hoy, es el más joven participante del Programa de Becarios Invitados del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT) y quiere llevarle a su comunidad lo que ha aprendido.

Ignoramos el futuro de Paloma y Kelvin, pero sospechamos que pertenecen a la estirpe descrita por Oscar Wilde: «Todos vivimos en el mismo fango, pero algunos estamos mirando las estrellas».

* Premio nacional de periodismo 2012. Extraído de la columna «Cambio y Fuera», Milenio Diario, 2012-12-26 • Política. Disponible en: <http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/9168111>.



Paloma Noyola



Kelvin Doe

Aspirinas para el alma

En esta ocasión, tres inspiradas jóvenes universitarias simplemente nos confirman con sus versos, que la vida está llena de recuerdos... de adioses...
...pero también de nuevos amaneceres.

Recuerdos

*Este aire de día nublado huele a recuerdos,
a palabras que se han ido,
a cartas leídas una y otra vez llenas de lágrimas,
a añoranza, a frío de ausencia,
a promesas no cumplidas, a besos imaginarios
y a pensamientos anhelados.*

*Este aire huele a madera que pisaron nuestros pies,
a calles que recorrimos juntos,
a rosas secas, a primavera sin sol, huele a indiferencia,
a orgullo, a libretas llenas de poemas que jamás
terminé,
a tanto por decir, a mensajes sin mandar,
a canciones dedicadas, a clases aburridas,
a fotos olvidadas, a boletos de cine,
a dibujos en mis libretas, a tulipanes secos...*

*Huele a pensamientos ajenos, a besos falsos,
a exageraciones, ¡a falsedad!
A esa superficialidad que ahora llamas AMOR,
donde yo no estoy, porque este día nublado
huele a tu presente, HUELE A TI.*

l. adriana ávalos sánchez



¿Cómo decir adiós?

¿Cómo... porqué?

Ni siquiera te di la bienvenida
y debo decir adiós.

Adiós por lo que eres,
Adiós por lo que fuiste,
Adiós por lo que significas
en mi vida...

Adiós porque estás y no estás,
Porque nunca estuviste,
Nunca te tuve ni te sentí

Viví en un error, en un engaño,
En una ilusión autocreanda,
Enamorada del amor

Para tí es fácil construir castillos en el aire
y destruirlo todo en un segundo

Qué fácil es construir un imperio
Y desvanecerlo sin previo aviso,
Fingir sentimientos, emociones,
Y ser fugitivo por los siglos de los siglos.

Debo dejarte partir por ser mi perdición,
obscuridad en la obscuridad,
Eres en mí la destrucción.

Eres la tentación del recuerdo
Y solo me haces daño,
Eres lo que más deseo y más detesto

Serás lo que eras,
Solo una página gastada, mojada,
Abandonada en el rincón del olvido.
¡Adiós.... porque ahora lo decido Yo!!

thalia janette vega mares

Un Nuevo Amanecer

Hoy amanecí con la ilusión de un nuevo día
curiosamente el dolor que invadía mi cuerpo,
no lo sentía.

Miré al espejo y noté que mi rostro
volvía a tener la lozanía,
de una piel suave tersa y humectada,
sonreí, pues me agradaba lo que veía.

Miré a la ventana, y un pajarillo
con su magnífico canto me saludaba,
los rayos de luz filtraban mi habitación
y el olor de las flores, inundaba mi corazón

Era sin duda alguna una maravillosa mañana,
el dolor de mi alma
se había desvanecido, como el humo de una
chimenea
en los días de invierno
todo era como un regalo del cielo.

Mire el tratamiento, que tenía para combatir el
cáncer
Y me llene de alegría,
pues yo podía disfrutar, el Amanecer de un nuevo
día.

karina mendoza villanueva



acción poética



Investigadora Nicolaita es premiada en Perú



Dentro de los temas tratados en dicho evento, el propio Dr. Bustamante Edquén, quien es enfermero de profesión y ha destacado en el ámbito nacional e internacional; ofreció la conferencia magistral «Evidencias y políticas que demuestran la necesidad urgente de abrirse a nuevos escenarios en el cuidado de Enfermería». Otra participación importante fue la conferencia magistral de la Dra. Elvira Rodríguez Antinori, con el tema «Estado del arte en Investigación sobre salud ocupacional en Enfermería», quien destacó la necesidad de retomar la salud ocupacional dentro del ámbito de enfermería, donde se inició su desarrollo a nivel mundial, siendo ella una de las pioneras en el tema y un icono de la enfermería Peruana.

La Dra. Yesenia Musañón Obitas, Presidenta del Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería y Decana (directora) de la facultad de Enfermería de la Universidad Cayetano Heredia, destacó en su participación titulada: «Estrategias basadas en la investigación para reestructurar un marco teórico que responda a los nuevos retos de la práctica de enfermería» la importancia de la investigación para el crecimiento de la profesión de enfermería así como la importancia de contar con perfiles académicos que permitan lograr los cambios necesarios en los paradigmas profesionales actuales.

La Universidad Cayetano Heredia, una de las Universidades más prestigiosas de Perú, organizó el III Coloquio de Investigación en Enfermería, con el tema central «Construyendo nuevos saberes para nuevos escenarios del cuidado de enfermería», que se desarrolló en la ciudad capital de Lima, Perú los días 20, 21 y 22 del mes de noviembre.

Al evento cuyo lema fue: **La Enfermería de hoy está en todas partes**, asistieron participantes de todas las regiones del Perú, México tuvo como representantes a la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Cómo máximo reconocimiento de este coloquio, se entregó el Premio Nacional de Investigación «Sebastián Bustamante Edquén», a la **MEyAS Amalia Ávila Silva**, profesora investigadora de la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la UMSNH, quien presentó el trabajo de investigación: «Hegemonía y contra-hegemonía en la gestión financiera en salud. Estudio comparado en localidades rurales de México y Perú».

Dicho premio que tiene periodicidad bianual, se concede en honor del *Dr. Sebastián Bustamante Edquén*, destacado investigador y académico peruano por su contribución al desarrollo de la Enfermería peruana.

La Revista Milenaria, se congratula junto con la comunidad universitaria, del enorme logro de la Maestra Ávila Silva; integrante de nuestro comité editorial y uno de los Pilares de la Escuela de Enfermería y Salud Pública.

Futuro

En noviembre pasado, el titular de la Comisión de Planeación Universitaria, Dr. Salvador García Espinosa, presentó a la comunidad de la Escuela de Enfermería y Salud Pública una propuesta de remodelación de nuestra dependencia. Esta obra incluye la construcción del edificio de administración, aulas, recuperación de espacios cubiertos para el uso de laboratorio y clínica de atención; así como una dignificación del acceso principal, gracias a su rediseño.

El proyecto de la Coordinación de Proyectos y Obras de la UMSNH, está a cargo del Arquitecto Leonel Muñoz Bolaños y un gran equipo de trabajo; que iniciará próximamente la edificación, gracias a un recurso del fondo de aportaciones múltiples (FAM, 2011), de alrededor de \$2,400,000.00.

