

Visión Halcón



Revista Trimestral del Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades / Año 2; No. 5 / Ejemplar Gratuito



5


"CMUCH:
inclusión
y valores"



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



Estudia la
**ESPECIALIDAD EN
TERAPIA OCUPACIONAL**

en **10 meses.**

Propósito general de la Especialidad:

Adiestrar especialistas en Terapia Ocupacional capaces de proporcionar atención con el más alto nivel de calidad profesional y calidez humana en el proceso de intervención o tratamiento de las personas con algún tipo de discapacidad o bien en riesgo de padecerla.

Plan de Estudios:

El plan de estudios de la Especialidad se desarrollará a lo largo de un año, dividido en 10 ciclos. Cada uno con una duración de cuatro semanas.

- Ciclo I. Introducción a la Terapia Ocupacional
- Ciclo II. Terapia Ocupacional en el Entorno Familiar y Social
- Ciclo III. Antropometría y Ergonomía
- Ciclo IV. Evaluación e Intervención en Terapia Ocupacional
- Ciclo V. Terapia Ocupacional en Pediatría
- Ciclo VI. Terapia Ocupacional en Adultos
- Ciclo VII. Terapia Ocupacional en Gerontología
- Ciclo VIII. Escenarios de la Práctica Profesional
- Ciclo IX. Asesoría y Seguimiento del Proyecto de Intervención I
- Ciclo X. Asesoría y Seguimiento del Proyecto de Intervención II



LÍNEA DIRECTA CMUCH
(01) 222 409.7990

www.cmuch.edu.mx
contacto@cmuch.edu.mx

**41 Poniente No. 109. Col. Gabriel Pastor
C.P. 72534. Puebla, Puebla.**



World Federation of
Occupational Therapists

cree en lo
que sientes

CMUCH, todo lo que puedes ser.

Índice:

Directorio CMUCH

Autoridades:

Ing. Francisco J. Fernández Rodríguez
Director General

Dr. Marco Antonio Cubillo León
Director de Investigación

Mtra. Rosa Martha Guillén Apreza
Directora Académica

C.P. Nancy M. Abascal Medrano
Directora Administrativa

Mtro. Jesús Lorenzo Aarún Alonso
Mtro. Oscar Meléndez Zárate
Editores

Coordinadores de Sección:

Vinculación

Coordina: L.T.L. Lilian Nieto Soto

Cultura

Coordina: Mtra. Gabriela Carpio Pérez

Entrevistas

Coordina: LCH. Hananis Osorio Gleason

Deportes

Coordina: Dr. Alejandro Martínez Casillas

Escafantra

Coordinan:

M. en C. Gabriela Ollyni Gómez Rivera

L.T.F. José Gutiérrez López

Lic. en D y C.S. Victoria Hernández
Franceschi

Coordina: L.L.M. Carlos Ramírez Portillo

Academias

Coordina: L.T.F. Adriana Limón Cajigal

Digit@l_mente

Coordina: Mtro. Oscar Meléndez Zárate

Las 5

Coordina: Mirsa Victoria Niño Pineda

Diseño Gráfico y Diseño Editorial:

L.D.C.G. Fernando CuPé
fer_cupe@hotmail.com

*Lic. en Gerontología: SEP-SES/21/114/01/356/2010

*Lic. en Terapia Ocupacional: SEP-SES/21/114/04/917/2012

*Lic. en Terapia del Lenguaje: SEP-SES/21/114/04/916/2012

*Lic. en Terapia Física: SEP-SES/21/114/04/918/2012

*Especialidad en Terapia Ocupacional: SEP-SES/21/114/01/345/2010

*Maestría en Gerontología Social y Estrategias de Atención al Adulto Mayor: RVOE: SEP-SES/21/114/01/357/2010

*Maestría en Neurorehabilitación: SEP-SES/21/114/01/919/2012

“No hay Quinto Malo”

Página 2

Ing. Francisco Fernández Rodríguez

“La atención,
¿una habilidad mental subvalorada?”

Página 4

Dr. Marco Antonio Cubillo León

“Our Body:
El cuerpo jamás estuvo tan expuesto”

Página 6

Daniela Gabriela Jordán Perea

“La Fuerza del Grupo”

Página 8

Dr. Alejandro Guillermo Martínez Casillas

“¿Se Quema la Papa o se Cocina la Papa?”

Página 10

Mtra. María Luisa Hananis Osorio Gleason

“Sublimar el Goce y la Pulsión Vía el Arte”

Página 14

Elvira Ruiz Vivanco

“La Muerte Súbita en Atletas y
sus Medidas Preventivas”

Página 16

Boris Sánchez

“Aspectos Relevantes del Razonamiento
Clínico en Fisioterapia -
Toma de Decisiones Terapéuticas”

Página 18

Lic. Fabián Beltrán

“Insomnio Pediátrico”

Página 20

Dra. Margarita Isabel Díaz Sánchez

“Envejecer sin dejar de Ser”

Página 22

Dr. Guillermo Vargas Chávez

“Momentos CMUCH”

Página 25

Victoria Niño

“El Arte en el CMUCH”

Página 30

Mtra. Ana Gabriela Carpio Pérez

“De Mujeres, Brujas y otras Estudiosas”

Página 32

Lic. Victoria Hernández Franceschi

“Prendan la Luz”

Página 36

Edgar Méndez Munive

“La Vista, una compañera que
creemos Asegurada”

Página 38

E.T.L. Ma. Fernanda Cuevas Arias

“Cuando el que Cuida se Descuida”

Página 41

LTF: Rafael Vidal Rodríguez

PTF: Nancy Cecilia Gómez Cruz

“Stretching Global Activo (SGA):
Una Herramienta Más de la
Reeducación Postural Global (RPG)
para la Rehabilitación”

Página 44

Mayoly Ruiz Rocha

“TDAH Trainer

Trastorno por Déficit de Atención con
Hiperactividad (TDAH)”

Página 46

M.M. Oscar Meléndez Zárate

“¡México se está haciendo viejo!

Página 48

Dra. Hazel Cordero Perea

Elvia Rebeca Marín Cortés

Stefany Cajas Pérez

“Historia de la Terapia Ocupacional”

Página 50

Álvarez A. Eunice C, Caballero C. Adilene,
Cruz L. L. Fabiola, Hernández S. Ma. Dolores,
Meneses T. M. Andrea, Pérez C. Ivanhoe,
Teutle B. Sarahí, Toribio C. C. Belén,
Viveros B. Palmira, asesorados por L.T.O.
Aurora Ramírez B.



NO HAY QUINTO MALO

En el léxico taurino convergen la tradición popular de esta fiesta irremediable y cruel, pero también hermosa y muy acendrada dentro de la cultura hispánica; el cambio poético de los significados y el apego a un protocolo producido por esa escenografía ceremonial que se despliega en la plaza de toros. Sin duda, muchas son las expresiones taurinas que se han insertado en el acervo cotidiano de los hablantes del idioma español.

Vamos a detallar, por lo tanto, los matices de ese dicho tan enigmático, sobretodo en el plano estadístico, que es “no hay quinto malo”.

Quienes están al tanto de las minucias de la fiesta brava, explican que el origen de la receta es fácil de explicar. Hubo un tiempo en el cual eran los ganaderos quienes diseñaban el orden de la lidia, eligiendo ellos el lugar en que cada una de las reses debía en-

frentarse con el diestro de turno. Al vaticinar el eje temático de la jornada según las cualidades de cada animal, el ganadero situaba en la quinta plaza de la serie al toro que podía resultar más idóneo para entrarle a los capotes, las muletas y demás suertes taurinas, y así probar sus hechuras de nobleza y bravura.

Como todas las explicaciones al origen de los dichos populares, ésta es



la que me parece más bella, encontré algunas otras que van casi de lo sacro a lo profano. No dedicaré el pequeño espacio que tengo para ensalzar, pero tampoco para denostar las corridas de toros, tengo muy buenos amigos en los dos lados de la balanza y respeto sus posturas al respecto. Sin embargo, este origen de la frase habla mucho de nuestros umbrales como nación, somos orgullosamente mestizos y tenemos mucho que presumir de nuestras raíces milenarias.

Bueno pues ahora sabiendo que no hay quinto malo y el por qué. En este momento preparémonos para lidiar a este hermoso quinto ejemplar de la revista visión halcón, que muy pronto se ha convertido en un símbolo de nuestra institución y con gran aceptación entre nuestra comunidad y el público en general.

La revista ha sido un símbolo del pro-

greso de nuestra institución, traducido en una evolución del CMUCH que no solo se trata en el plano de una mayor población estudiantil y excelentes docentes, sino que lo vemos reflejado en nuevos proyectos, en mejores convenios, en nuestra participación en eventos nacionales e internacionales, en la ampliación de nuestros servicios, en nuevos programas académicos, en fin en una gran variedad de pequeños grandes cambios que continuados, nos han permitido mantener una espiral ascendente en casi todos los aspectos. Esperando que muy pronto podamos superar algunas dificultades y barreras que todavía no nos han permitido dar el paso que nos plante en el ánimo de la sociedad como la mejor institución en su tipo. Quiero en este número de nuestra revista dar la bienvenida a todos los alumnos de nuevo ingreso en este ciclo escolar 2015-2016, agradecerles a ellos y a sus familias la confianza

que han depositado en nosotros, asegurándoles que han hecho la mejor elección profesional, y basándome en nuestra frase promocional “CMUCH todo lo que puedes ser” que están también en el mejor lugar para poder desarrollarse personal y profesionalmente, teniendo una excelente preparación profesional con un gran sentido humanista...

Para toda la comunidad CMUCH, les vaticino un semestre lleno de éxitos, esperando sinceramente que sigan avanzando a paso firme en el proceso de su formación profesional y que cada vez descubran más y mejores retos y nuevos desafíos personales y profesionales que les permitan ir desarrollándose cada vez más en el ejercicio de su carrera.

Muchas gracias por su atención, hasta la próxima...



La atención, ¿una habilidad mental subvalorada?

Dr. Marco Antonio Cubillo León



Te has puesto a pensar en la importancia que tiene la **atención** en nuestra manera de enfrentar a la vida. La **atención**, en todas sus modalidades, es bien poco conocida y a veces poco valorada. Este breve artículo está basado en la obra Focus de Daniel Goleman y pretende iluminarnos sobre esta habilidad mental subvalorada y exponer cual es su papel para llevar una vida satisfactoria, lo cual incluye nuestro desarrollo como profesionales del área de la salud y las ciencias sociales.

El recorrido inicia con la explicación de aspectos básicos de la **atención**. Las neurociencias y en especial la ciencia cognitiva estudian una amplia variedad de fenómenos, que incluyen la concentración enfocada en un punto, la **atención** selectiva y la conciencia ampliada, así como la manera en que la mente dirige la **atención** hacia adentro para supervisar y realizar operaciones mentales.

Estos mecanismos esenciales de nuestra vida mental se apoyan en habilidades vitales. Por una parte, el **autoconocimiento**, que promueve la **autogestión**. Por otra parte, la **empatía**, la habilidad básica para establecer relaciones. Estos son los cimientos

de la **inteligencia emocional** y como sabemos su debilidad puede sabotear una vida o una carrera, mientras que su fortaleza aumenta la posibilidad de realizarnos y tener éxito en nuestras vidas.

La ciencia de los sistemas nos permite tener un enfoque amplio del mundo que nos rodea, poniéndonos en sintonía con los complejos sistemas que definen y limitan nuestro mundo. Este enfoque externo presenta un desafío oculto en relación con los sistemas vitales: nuestro cerebro no fue diseñado para esta tarea, por lo que nos podemos sentir perdidos. No obstante, la conciencia de los sistemas puede ayudarnos a comprender el funcionamiento de una organización, de la economía o de los fenómenos complejos que nos inquietan como la discapacidad o el envejecimiento.

Todo lo anterior puede sintetizarse en una triada: la **atención** se dirige hacia el interior, hacia los demás o hacia el exterior. Estarás de acuerdo que una vida satisfactoria exige destreza en cada una de estas facetas. Al respecto, las investigaciones en neurociencias y las aulas tienen buenas noticias: los hallazgos indican que hay maneras de fortalecer el “músculo vital de nues-

tra mente”. La **atención** funciona de manera muy parecida a los músculos: si la usamos poco, se atrofia; si la ponemos en acción, se desarrolla. Como vemos en la práctica, el ejercicio mental puede desarrollar y perfeccionar la musculatura de nuestra **atención**, e incluso rehabilitar cerebros desnutridos de concentración.

Pensemos que para lograr nuestras metas como líderes y profesionales del área de la salud o de las ciencias sociales, sea como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje o como gerontólogos necesitamos de los tres tipos de **atención**. La **atención interior** que está en sintonía con la intuición, los valores que nos guían y las mejores decisiones. La **atención en los demás** que mejora nuestras relaciones con las demás personas como con nuestros pacientes o clientes quienes forman parte de nuestras vidas. Y la **atención exterior** que nos permite navegar por el mundo. Un profesional líder desconectado de su mundo interior no maneja el timón de su vida. El que es ciego al mundo de los demás está perdido. El indiferente a los sistemas más amplios en los que opera es vulnerable.

Todos nos beneficiamos con el equilibrio de esta **atención triple**. Todos nosotros vivimos en medios desafiantes, colmados de tensiones, de competencia por el logro de los objetivos y las atracciones de la vida moderna. Cada una de las tres modalidades de **atención** puede ayudarnos a encontrar un equilibrio que nos permita ser productivos y felices.

La palabra **atención** proviene del latín *attendere*, que significa “ir hacia”. Es decir, que la **atención** nos conecta con el mundo, define y describe nuestra experiencia. Los especialistas en neurociencias Michael Posner y Mary Rothbart sostienen que la atención “*ofrece los mecanismos que subyacen en nuestra conciencia del mundo y la regulación voluntaria de nuestros pensamientos y sentimientos*”.

Anne Treisman, decana en esta área de investigación, señala que la manera en que utilizamos nuestra **atención** determina lo que vemos. O bien, como dice Yoda, “*Tu enfoque es tu realidad*”.

Con base a lo anterior, te has puesto a pensar ¿cómo puedo aprender a mejorar mi **atención**? Bueno, en el **CMUCH** trabajamos en ello. Te has puesto a pensar ¿para qué trabajamos con el arte durante tu formación profesional? La concentración que se logra en condiciones apropiadas favorece la **atención selectiva** que es la capacidad neuronal de seleccionar un

objetivo, ignorando un mar de estímulos en los que es posible enfocarse. William James, uno de los fundadores de la psicología moderna, se refirió a este fenómeno cuando lo definió: “*la atención es la repentina toma de posesión por parte de la mente, en una forma clara y vivida, de uno de los aparentes objetos simultáneos del pensamiento*”.

Las distracciones pueden clasificarse en sensoriales y emocionales. Las distracciones sensoriales son relativamente fáciles de reconocer: cuando leemos este artículo ignoramos el espacio en blanco de los márgenes. O bien notamos de pronto que la lengua toca el paladar superior, apenas uno entre la interminable oleada de estímulos que el cerebro emite entre ruidos de fondo, formas, colores, sabores, aromas, sensaciones, etcétera. Las distracciones emocionales son más abrumadoras. Tal vez sea más sencillo concentrarse en responder un e-mail en el bullicio de la cafetería. Pero si oímos que alguien pronuncia nuestro nombre es casi imposible ignorar esa voz. Por reflejo, nuestra atención nos alerta para que escuchemos lo que dicen de nosotros. Olvidamos el e-mail.

No obstante, un mayor desafío (incluso para las personas más concentradas) proviene del caos emocional de nuestra vida. Cuanto más perturbada se encuentre nuestra **atención**, tanto más ineficaz en nuestra capacidad de respuesta. La habilidad de seguir

concentrado en un objeto e ignorar todo lo demás depende de la región prefrontal del cerebro. El circuito especializado de esta región refuerza las señales recibidas en las que deseamos concentrarnos (el e-mail) y debilita las que decidimos ignorar (las personas que conversan en la mesa vecina).

Debido a que la concentración exige que nos desconectemos de las distracciones emocionales, nuestra red neural para la **atención selectiva** incluye un circuito para inhibir la emoción. Es decir que las personas más enfocadas son relativamente inmunes a la turbulencia emocional, más capaces de permanecer serenas ante una crisis y de seguir a flote a pesar de las oleadas emocionales de la vida.

Como profesional de la salud, como terapeuta, en básica la capacidad de concentrarse en el objetivo de tu **atención**, tu paciente. Los investigadores en neurociencias han observado que a través de las terapias creativas (basadas en las artes plásticas, teatro, danza/movimiento terapia, musicoterapia, etcétera) se puede favorecer el **autoconocimiento** y con ello el **autocontrol** o **autogestión**. Difícilmente podrás tener **atención en los demás** necesaria para el desarrollo de la **empatía** con tu paciente si antes no aprendes a fijar tu **atención interna**.

Quizás ahora te sea más fácil entender la importancia a aprender a conocerte a ti mismo como el primer paso necesario para conocer y entender al otro. La **empatía** es el segundo paso para que desarrolles la capacidad de influir positivamente en el otro, ese otro para el cual nos debemos y que nos da razón de ser como profesionales de la salud, nuestro paciente.

Bibliografía:

Goleman D. Focus. El motor oculto de la excelencia. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: B Argentina S.A; 2014



“Our Body. El cuerpo jamás estuvo tan expuesto”

*Si supiese qué es lo que estoy haciendo, no le llamaría investigación ¿Verdad?
Albert Einstein.*

Daniela Gabriela Jordán Perea
Estudiante de la Licenciatura en Terapia Física. 6 E

¿Qué es lo que le hace al hombre ser curioso? ¿Cuál era la principal necesidad de saber? ¿Qué hay en el cuerpo humano para ser nombrado “la máquina perfecta”?

La época en donde se dieron los primeros auges del estudio del cuerpo humano fue el Renacimiento, impulsada por el humanismo (movimiento originado por la despierta del estudio del ser humano, la libertad de expresión, pensamiento y el individualismo). Después de la represión generada por la iglesia, el humanismo tenía por meta desentrañar del hombre lo esencialmente humano, aquello que le daba su especial dignidad, en fin, de reafirmarlo con una valoración positiva. En éste contexto el estudio se empezó a inclinar de una forma más divinativa.

Todo esto despertó la curiosidad por acrecentar el saber, estimularon el desarrollo del individuo, a la formación de la propia personalidad, y provocaron una nueva actitud del hombre frente a la naturaleza: no sólo la de conocerla sino también la de dominarla.

El estudio de la anatomía no se quedó atrás y surgieron nuevas ramas: la anatomía quirúrgica y la anatomía patológica. La disección de cadáveres humanos ya

se practicaba ocasionalmente en los siglos XIII y XIV con fines médico-legales o de estudio del cuerpo humano por algunos artistas.

El humanismo despertó curiosidad no solo en médicos burgueses, sino en artistas como Leonardo da Vinci y en nuestra época del médico creador de una nueva técnica de inmortalización en todas esas disecciones llamado: Gunther Von Hagens. Técnica creada en 1977 que logra mantener los tejidos casi de forma perfecta, haciéndolos ver incluso vivos. Utiliza materiales como silicona de

caucho, poliéster, material biológico y como todos pensaríamos horas y horas de paciencia, todo, para que la idea diera forma y funcionara como material didáctico, de exposición de arte e incluso de despertar conciencias.

En resumen, todo el proceso que llevo a Von Hagens a la fama se resume en cuatro pasos: fijación, deshidratación, impregnación forzada y curado.

Body World ha sido una exposición que ha recorrido prácticamente todo el mundo, desde su inicio en 1995, las primeras exhibiciones se hicieron en Japón para después pasar a Londres y así hasta llegar a México con la principal anfitriona, la Universidad Nacional Autónoma de México. Después, tomó sede en Puebla, durante su evento ferial.

Llena de salas diferenciando Sistema Nervioso, con el Músculo esquelético, el urinario e incluso respiratorio y cardiovascular, la sensación que corría por mi cuerpo fue inexplicable, era tan perfecto que, no miento, pensé que era ciencia ficción lo que veía en los vitrales. Lo cierto es que el cuerpo humano está perfectamente diseñado, los modelos fueron muestra al representar de forma tan pinto-



resca poses como andar en bicicleta, patear un balón o incluso correr, todo para apreciar incluso, la contracción de los músculos en acción.

Separados, juntos, en abanico, partido en dos, abiertos, cada uno de ellos parecía salido de una película de muertos vivientes, tan listos y adecuados, con ojos de cristal por si querías más dramatismo a la situación.

Debo decir, que si bien todas las salas fueron impactantes, mi favorita fue la dedicada al Sistema Nervioso. El sistema nervioso de un organismo es una red de células especializadas para procesar información y causan reacciones en las partes del cuerpo. Se compone de neuronas, células que procesa y transmite la información en forma de señales electroquímicas, y las células gliales que colaboran con el funcionamiento neuronal.

Es un componente vital del cuerpo humano, que ayuda en la detección y el movimiento. El buen funcionamiento de cada uno de los componentes de éste sistema se atribuye a algunos aspectos importantes, que pudieron apreciarse en la exposición:

- Hay millones de células nerviosas en

el cuerpo humano. Esta cifra incluso supera el número de estrellas en la Vía Láctea.

- El cerebro humano solo consiste en alguna parte cerca de 100 mil millones de neuronas. Si todas estas neuronas iban a ser alineado, formaría una línea de 600 millas de largo.

- En los seres humanos, el lado derecho del cerebro controla el lado izquierdo del cuerpo, mientras que el lado izquierdo del cerebro controla el lado derecho.

- El diámetro de las neuronas pueden oscilar entre 4 a 100 micras.

- En un niño en desarrollo dentro del útero, las neuronas crecen a un ritmo de 250.000 neuronas por minuto.

- En el momento de su nacimiento, el cerebro del bebé está formado por unos 10 millones de células nerviosas.

- La médula espinal humano está formado por cerca de 13,5 millones de neuronas. El grupo de nervios situados en la base de la médula espinal son más sensibles.

- Hay 43 pares de nervios diferentes que conectan el sistema nervioso central para todas las partes de nuestro cuerpo. Doce de estos pares de nervios están conectados al cerebro, mientras que el restante 31 están conectados a la médula espinal.

- El peso del cerebro en adultos promedio es 1375 gramos, mientras que en las mujeres 100 gr menos. Y a medida que envejecemos el cerebro pierde un gramo cada año.

- Se dice que sólo ocupamos el 10 % de nuestra capacidad intelectual, y personas como científicos ocupan el 25-30%.

- Es muy rápida, y tiene la capacidad de transmitir impulsos a la velocidad de 100 metros por segundo. La velocidad de transmisión de mensajes al cerebro puede ser tan alta como 180 millas por hora.

- Un porcentaje alto de agua está dirigida únicamente al cerebro, y la glucosa que tiene nuestro cuerpo es más rápidamente utilizada por el en una actividad de concentración y razonamiento que incluso caminar 10 min.

- Pude apreciar en la exposición los bloques funcionales antes descritos en clase. (Subcortical, cortico-subcortical, cortical, el sistema límbico, y las meninges, que parecen pequeñas capas de hojas transparentes alrededor de la médula.

Es muy difícil escoger una sala en especial, así como solamente un área de la fisioterapia; en lo particular todas me agradan, pero sincerándome las que me causaron más revuelo y más de 5 minutos hipnotizada fueron las áreas de Sistema Nervioso, Musculo esquelético y aunque no era una sección en específico, los pocos vitrales que creaban conciencia del daño que le hacemos a nuestro cuerpo.

Jamás creí que cálculos tan pequeños o llevar un mal hábito como fumar, destruyera tan a fondo las células y el tejido del organismo, muestra impactante, es la deformidad y el cambio de coloración de los mismos.

Me quedo con un gran sabor de boca, con una buena parte de mi mañana bien aprovechada y sobre todo con ganas e inspiración de seguir aprendiendo anatomía y fisiología humana.



LA FUERZA DEL GRUPO

Dr. Alejandro Guillermo Martínez Casillas



Desde siempre el hombre ha tenido la necesidad de agruparse, al inicio requirió de la agrupación para cazar, para defenderse, para procrear y formar grupos étnicos de acuerdo con elementos raciales compartidos, aunque de manera importante también para satisfacer una necesidad elemental del hombre que es la de socializar.

Los grupos por lo general tienen una estructura heterogénea; es decir, están constituidos por personas que entre sí presentan características diferentes, pero que comparten intereses similares. Con seguridad hemos escuchado alguna vez que “no podemos escoger a la familia, pero sí a nuestros amigos”; y en su caso, al grupo al que deseamos pertenecer y con el que nos identificamos.

Es así que los humanos formamos grupos vinculados por la religión, los deportes, el ocio, las aficiones, las profesiones, etc. Siempre cumpliendo con el hecho de compartir objetivos similares.

Los grupos a la vez pueden ser abiertos en los que cualquier persona puede ingresar con el solo hecho de compartir sus inquietudes, o cerrados, en los que no basta compartir los intereses y objetivos, sino cumplir con otros elementos y características que marca el grupo.

Por lo Cariño general los grupos también se ajustan a normas que facilitan el orden y la convivencia, estas pueden ser de tipo ético-moral, académico, económico, científico, tecnológico, político, religioso, etc., pero que en recompensa facilitan a sus miembros:

- Incremento en la autoestima
- Reconocimiento
- Sensación de pertenencia
- Fuerza
- Motivación

Está comprobado que lo contrario, el no pertenecer y la falta de amigos siempre se traducirá en dolor.

La formación universitaria y el compartir con los compañeros vivencias académicas, sociales, culturales, deportivas, etc., así como viajes, excursiones, fiestas, tareas y hasta el estrés por los exámenes otorgan un sentimiento de identificación muy especial del individuo con el grupo.

Está comprobado que esta convivencia en las llamadas comunidades universitarias exponen una relación directa entre el sentimiento y actitudes del estudiantado ante sus estudios y ante el centro educativo, otorgando a los alumnos:

- Bienestar físico y Psicológico
- Orgullo y percepción del centro universitario como el espacio para su

crecimiento académico y desarrollo social

- Relación directa con el rendimiento académico. (*)

El CMUCH, como parte de sus valores, orgullosamente viene fomentando por distintos medios el fortalecimiento de la Comunidad Universitaria, desarrollando con diversas actividades y promociones que el espíritu universitario, el orgullo y el sentido de pertenencia sean cada vez y con mayor fuerza, distintivos del alumnado, promoviendo con ello el mejor desempeño y proyección de los futuros terapeutas en su vida profesional.

El CMUCH tiene todos los “ingredientes” para desarrollar individuos sanos, competentes, triunfadores, con alta calidad profesional y humana, dispuestos a transformar desde su núcleo, su entorno, la familia, la sociedad tan ávida de seres grandes, “GRANDES” en el sentido más humano, poético y filosófico.

*.- Leyda Mercedes Brea/María Teresa González González. “Factores determinantes del sentido de pertenencia de los estudiantes de Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica Madre Maestra, Campus Santo Tomás de Aquino, Murcia 2014”



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



MAESTRÍA EN NEUROREHABILITACIÓN

Propósito general

Adiestrar Maestros en Neurorehabilitación capaces de proporcionar atención con el más alto nivel de calidad profesional y calidez humana en el proceso de intervención o tratamiento de las personas con algún tipo de discapacidad de origen neurológico o bien en riesgo de padecerla, al tiempo de desarrollar líneas de investigación en el contexto de las neurociencias.

Plan de Estudios

El plan de estudios de la Maestría se desarrollará a lo largo de 2 años, divididos en 20 módulos. Cada uno con una duración de 4 fines de semana con 8 horas de actividades presenciales cada semana.



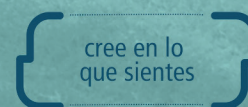
LÍNEA DIRECTA CMUCH
(01) 222 409.7990

www.cmuch.edu.mx
contacto@cmuch.edu.mx

41 Poniente No. 109 Col Huexotitla c.p. 72534
Puebla, Puebla T. 409.79.90 al 93



World Federation of
Occupational Therapists



CMUCH, todo lo que puedes ser.



¿Se Quema la Papa o se Cocina la Papa?

Mtra. María Luisa Hananis Osorio Gleason
 Coord. Del Desarrollo de Líneas de Investigación

Durante mi infancia tuve la oportunidad (seguramente tú también) de jugar “se quema la papa”. Este juego consistía en lo siguiente: Varios jugadores se colocaban en un círculo y tenían que evitar que la “papa” estuviera en sus manos, la tenían que pasar de uno a otro mientras otro jugador con los ojos tapados decía “se quema la papa”, en el momento que este mismo jugador exclamaba “se quemó” el integrante que tenía la papa en sus manos perdía. Y así lo que tu intentabas era pasar la papa tantas veces era posible para no perder.

Reflexionando en días pasados acerca del juego pensé que en nuestro caminar con la investigación sucede lo mismo, vamos pasando la papa, así, como si las manos se nos quemaran y fuera una tortura, hemos visto la investigación como algo que es mejor pasarle a los demás antes que tomarla. La aventamos para todos lados porque el tenerla en las manos produce angustia y frustración.

¿Qué es lo que sucede? Quizá le tememos a la investigación. Yo misma le temí mucho tiempo hasta que tuve la oportunidad de vivirla y conocerla. El objetivo de investigar es conocer,

investigar es indagar para descubrir algo (Bermúdez y Rodríguez, 2013).

¿Cuántas veces no hemos disipado nuestras dudas respecto a algo gracias a la investigación? La investigación desde este sentido es una labor cotidiana que te permite esclarecer las problemáticas y cuestionamientos que se te presentan día con día.

Investigar es hacer diligencias para saber algo que ignoramos, el término general de investigación (*investigium ire*) quiere decir etimológicamente ir sobre el vestigio, sobre la huella de algo (Rojas, citado en Bermúdez y Rodríguez, 2013). Etimológicamente el verbo latino *investigo-as-are* también quiere decir rastrear, buscar con cuidado. De esta manera, la investigación se convierte en un reto, una labor detectivesca, la investigación es la papa, pero no la que pasas sino la que puede ser cocinada, ya que “la investigación se desarrolla del deseo auténtico de saber y demostrar algo” y si realmente deseas algo ¡difícilmente lo vas a dejar pasar!. La tarea que tendrás consistirá en descubrir qué herramientas utilizar para cocinarla y qué estrategia implementar para que su sazón sea único. Aquí te comparto

algunas, para que en lugar de que la papa se queme se pueda cocinar.

LA CREATIVIDAD: LA BUENA SAZÓN DE LA PAPA

Parte importante de la investigación es la “creatividad”, la creatividad te permitirá ser original en lo que haces, es la sazón que se le pone a la papa y le da un toque original. La creatividad se puede definir como la habilidad para cuestionar asunciones, romper límites, reconocer patrones, ver de otro modo, realizar nuevas conexiones, asumir riesgos y tentar la suerte cuando se aborda un problema. Es un proceso intuitivo de descubrimiento que en ocasiones conduce a un producto, un proceso, una idea, o simplemente a una nueva experiencia (Valqui, 2009). Si nos fijamos en esta definición, todo implica acción, son verbos en infinitivo, la creatividad implica a personas que están en movimiento interno y externo, analizan, comparan, opinan y actúan constantemente. Así que cuando de investigación se trata, se debe ser creativo de esta manera podrás encontrar una solución que rompa el esquema que

siempre se ha seguido.

Debes saber que todos los individuos son creativos; la creatividad puede ser potenciada o bloqueada de muchas maneras... la investigación ha mostrado que la creatividad no se desarrolla linealmente, y que es posible aplicar actividades, métodos didácticos, motivación y procedimientos para incrementar la, incluso a una edad avanzada, por lo tanto jamás es tarde para estimular este sazón que llevas dentro de ti. La creatividad es un fenómeno infinito, es posible ser creativo de un sin fin de maneras (Valqui, 2009), por lo tanto tu eres un ser creativo y debes animarte a romper esquemas e innovar en las áreas que te desempeñas, aquí en CMUCH queremos potenciar tu creatividad pero es importante, en primer lugar, que te sepas como una persona capaz de imaginar y crear.

Si se te complica desarrollar tu creatividad Valqui (2009) propone un enfoque para la solución creativa de problemas:

1) Localización de los hechos: hay que observar cuidadosa y objetivamente, como una cámara fotográfica, la información sobre la situación problemática. Es preciso explorar e identificar los hechos principales de la situación. Acción: ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿cómo (es y no es)?

2) Localización del problema: clarificar el reto o la situación problemática considerando distintas formas de percibir y reflejarla en las siguientes opciones. Acción: ¿de qué maneras podríamos...?, ¿cómo podemos hacer...?

3) Localización de ideas: buscar ideas, alternativas, opciones, senderos, caminos y enfoque más diversos, utilizar diversos métodos y técnicas (pensamiento divergente).

4) Localización de soluciones: examinar las ideas de formas nuevas y diferentes, utilizando otros puntos de vista y criterios; ser consciente de las consecuencias, implicaciones y reac-

ciones hacia una idea o solución tentativa. Seleccionar o combinar ideas para crear un plan de acción (pensamiento convergente). Acción: ¿efectos sobre quién?, ¿efectos sobre qué?, ¿cómo mejorar?

5) Localización de aceptaciones: desarrollar un plan de acción teniendo en cuenta a todas las audiencias que deben aceptarlo. Buscar modos de hacer que la idea o solución sea más practicable, aceptable, reforzada, efectiva y beneficiosa. Acción: ¿qué objeciones presentarán los diferentes grupos hacia esta idea o plan? ¿Cómo puede ser llevado a la práctica este plan? ¿Quién lo hará?

Puedes iniciar poniendo en práctica estos pasos, te animo a meter ese ingrediente secreto llamado creatividad a tu investigación, arriésgate y se creativo, ¡métele sazón a la papa!

LA EXPERIENCIA: LA INTUICIÓN PARA COCINAR LA PAPA

Otra parte importante de la investigación será la experiencia, ya que ésta te permitirá resolver problemáticas tomando en cuenta tus vivencias previas en determinadas situaciones. La experiencia es la que te indica en qué tiempo la papa queda a una cocción perfecta, qué puedes hacer para no quemarte cuando la pruebas, etc.



Varela, Thompson y Rosch (citados en Amparo y Uribe) ponentes de una corriente de la lingüística cognitiva llamada experiencialismo consideran que lo que piensas depende de las clases de experiencia que se desprenden del hecho de tener un cuerpo con varias capacidades sensoriomotoras y que esas capacidades sensoriomotoras individuales están a su vez implicadas en un contexto que comprende lo biológico, psicológico y cultural.

De acuerdo a estos autores el pensamiento surge de nuestra experiencia corpórea y tiene sentido en su relación con la experiencia. La noción de cuerpo como foco de la experiencia del mundo permite explicar el fenómeno de la comprensión entre grupos sociales dado que compartimos no sólo las experiencias del mundo, sino también, las convenciones a través de las cuales las nombramos.

Los conceptos, según esta corriente, se estructuran internamente uno a uno y es esta estructuración la que nos permite comprender, adquirir conocimiento y comunicar.

La cognición es lo que tiene lugar cuando el cuerpo actúa en el medio físico y cultural y debe ser estudiada en términos de las interacciones dinámicas entre la persona y su entorno. Más que asumir que la cognición es algo puramente interno, simbólico,



computacional y desligado del cuerpo en interacción con un entorno físico, debemos buscar los modos en que lenguaje y pensamiento están inextricablemente formados por la acción corporal del agente.

La experiencia entonces es sumamente importante para realizar investigación ya que dirige tu pensamiento, e incluso la elección de tu problemática a investigar. Todo el tiempo estamos teniendo experiencias que se integran en patrones y esos patrones nos permiten dirigirnos en la vida y resolver problemas, la experiencia nos dicta un “no lo hagas”, un “hazlo pero...” y un “hazlo”. La experiencia te permitirá tener un parámetro de comparación al momento de crear por lo tanto siempre busca experiencias nuevas, esas experiencias te ayudarán a estructurar lo que piensas y establecer la razón por la que piensas de esa manera.

La experiencia te permite intuir respecto a cocinar la papa y te llevará al mejor camino para cocinarla.

EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO, LA FORMA DE COCINAR LA PAPA

Cuando se habla de cocinar generalmente existe una receta, en efecto debes ser creativo, debes contar con la experiencia pero sin la receta quizá

existan ciertas cosas que saldrán mal. En nuestro caminar por la investigación lo anterior podría compararse con el conocimiento científico y las metodologías científicas que sustentan la investigación. De acuerdo a Bermúdez y Rodríguez (2013) la investigación científica es la máxima categoría a la que puede optar una investigación. La investigación científica consiste en buscar, hallar y verificar conocimientos nuevos o complementarios por medio de observaciones y /o ensayos cuidadosos, es un proceso sistemático de pensar, que empela herramientas, instrumentos y procedimientos especiales con el objeto de obtener una solución más adecuada que la que se logra mediante los medios ordinarios (experiencia). Estas herramientas, instrumentos y procedimientos especiales son las metodologías científicas que dirigen la investigación.

De acuerdo a Rodríguez (2012) una metodología de investigación es un conjunto más o menos coherente y racional de técnicas y procedimientos cuyo propósito fundamental apunta a implementar procesos de recolección, clasificación y validación de datos y experiencias provenientes de la realidad, y a partir de los cuales pueda construirse el conocimiento científico.

El objetivo de la investigación científica es la construcción del conocimiento, conocimiento que pueda responder a problemáticas y situaciones reales. Es tiempo entonces de conocer la receta para cocinar la papa, si no la conoces podemos enseñártela.

¡¡MANOS A LA OBRA!!

Pues el reto es tuyo, es probable que la papa te llegue ¿la dejarás pasar? ¿Se va a quemar la papa? ¡No! Cocínala, pon un toque de creatividad, utiliza una receta y toma en cuenta tu experiencia, te aseguro que disfrutarás el proceso y estarás teniendo las bases para poder hacer investigación científica.

Referencias bibliográficas:

- Bermúdez, LT., Rodríguez, LF. (2013) Investigación en la gestión empresarial. Ecoe ediciones: Colombia.
- Valqui VR. (2009). La creatividad: métodos y aplicaciones. Revista iberoamericana de Educación, 49(2), 1-11.
- Fajardo, U., Amparo, L. (2007). Lingüística cognitiva: principios fundamentales. Cuadernos de Lingüística Hispánica, 63-82.





CRIT

PUEBLA





Sublimar el goce y la pulsión vía el arte

Elvira Ruiz Vivanco

El goce circunscrito al cuerpo y ligado al placer, al disfrute, al hedonismo, a las ganas de hacer algo con gusto. El goce tránsito y mecanismo de obtención de diversas maneras de satisfacción. El goce catalizador de energía libidinal, gestor de sensaciones placenteras o, vivencias únicas que le den la vuelta al displacer. Esta impronta gozosa, hilo conductor de matices auto-eróticos, en algunos casos, puede suscitar interacciones características de ciertas prácticas artísticas.

A decir, el artista goza accionando su disciplina artística. Con esta óptica, planteemos la premisa, de que en el quehacer artístico, cabe la posibilidad de constituir andamiajes de producción y canalización, y/o sublimación de la subjetividad.

El sujeto de la acción creadora, se enuncia en su experiencia significativa, de cuya autenticidad, surge un hábito vital que lo erotiza. El intérprete creador, se contempla a sí mismo y a lo otro; se produce en su obrar material e instrumentalmente, se recrea, y

da lugar a algo que no había.

La investidura pulsional otorgada al arte, concienciada o no, conlleva la demanda de ser mirados y reconocidos. Ola significativa del constructo artístico - creativo, que busca hacerse ver. Circularidad entre el que especta y el que performa. Aquí hay un goce corporal.

De ahí, la proclividad a la repetición de algunos procesos en pos del goce, aunque produzcan a veces, incluso dolor. Excitaciones somáticas inspiradoras, sensaciones trepidantes productoras de afectos y de efectos psíquicos. Vibratos gozosos, que hacen del cuerpo, fuente y caja resonante de la pulsión. Descargas libidinales, que cual bumerang, reverberan en la dermis tensionada del artista o, sujeto de la acción. Tales percusiones pulsantes se transforman en obra creativa. Anclaje, que en los espacios de indagación del lenguaje creativo, en la articulación de los gérmenes de acción, potencia su perenne ritmicidad, y estimula la producción de obra.

La pulsión con su carácter perenne, con su ubicuidad limítrofe entre el alma y el cuerpo; litoral entre la vida y su contrario. Energía constante entre el soma y la psique, la pulsión, lo mismo es un impulso para crear, como para destruir. Esa fuerza encuentra caldo de cultivo en la realización del arte. ¿Qué destino le daremos a esta fuente de energía?

La espiritualidad transgresora de lo artístico, en tanto nodo pulsional, ora nos remite a Nietzsche, con su concepción de lo apolíneo y lo dionisiaco del ditirambo genitor de las artes performativas; como nos refiere a Freud y su aparato psíquico y en lo específico, a su concepto de la pulsión. También, nos conecta al objeto inasimilable de la pulsión de Lacan; hoyo negro que, o te devora, o te catapulta, para crear nuevas formas de habitar la vacuidad. Quizá la sublimación de las pulsiones mediante la creatividad o, a través de la práctica artística, constituya una vía de liberación, un medio para articular inquietudes transformadas y transmitidas a modo de significantes-obra. La sublimación, término que en su carácter estético, se vincula al gradiente sublime de las bellas artes; sublimar, que en su aspecto químico, se refiere al pasaje de un estado sólido a un estado gaseoso; y, lo subliminal, que para la psicología, es lo que está más allá de la conciencia.

En 1905, Sigmund Freud con el término sublimación dio cuenta de: “un tipo particular de actividad humana (creación literaria, artística, intelectual) sin relación aparente con la sexualidad, pero que extrae su fuerza de la pulsión sexual, invistiendo objetos valorizados socialmente”.

Freud adoptó el término más nietzscheano de sublimación, proveniente del romanticismo alemán, para definir un principio de elevación estética común a todos los hombres, pero del que a su juicio sólo estaban



plenamente dotados los creadores y los artistas. (...) Este concepto sirvió para comprender el fenómeno de la creación intelectual. (...) En 1975 el psicoanalista francés Cornelius Castoriadis elaboró una teoría original de la sublimación, transponiendo el concepto al dominio de los hechos sociales. Diccionario de Psicoanálisis de Élisabeth Roudinesco y Michel Plon (2005:1029).

La sublimación se propone así, como un camino que nos dé, a modo de ganancia secundaria, ciertas dosis de placer, a partir de la realización de un trabajo: creativo, intelectualmente demandante y con amplia requisición de subjetividad, como lo es el quehacer artístico. Esa inversión volitiva, gozosa, revitalizante, de nuestra energía psíquica, puesta ahí, en la creación, tal vez, podría liberarnos de algunos estragos propiciados por el margen de estrés típico de nuestros días.

La sublimación pulsional a través del arte, nos puede quizá ayudar a lidiar con las frustraciones, metamorfosear nuestro malestar en obra creativa; producción en acto, que al tiempo que se enuncia, nos revela lo que somos; pues, aporta porqués. Inclusive, la praxis sublimadora, puede brindarnos sensorio percepciones de bienaventuranza; fluctuación de momentos lúdicos y alegres; jocosidad, gozo y aprendizajes varios, al tiempo que

disfrutamos al hacer de buena gana lo que nos gusta. Lo que redundará en un ambiente de: autorrealización, libertad, plenitud, esparcimiento. Círculo virtuoso que erotiza nuestro accionar artístico.

Sublimar para transformar los feos restos de real en forja simbólica con imaginario creador. Tal libidinización efectuada, a través de la sublimación por el arte, veta de búsqueda con hallazgo, laboratorio alquímico de lo que nos incomoda, autopista para lo que no anda; arropa un sendero procesal, para dar cauce al goce obscuro y, erotizarlo subliminalmente, a modo de creación. Pues, en la medida que accionamos tales estimulantes contradictorios y los volvemos producción creativa, podemos tramitar algo del repertorio sintomático, que cual rasgo de carácter, sella nuestro estilo de obrar arte.

Lo subliminal, como contenido latente, como subtexto o lo que se dice entre líneas, o como lo que se transmite más allá de lo que se enuncia, muy característico del arte en acción. La sublimación como proceso de metamorfosis de una cosa en otra, cuyas exploraciones se efectúan en pos de la transformación del material instrumental en obra creativa; procederes de producción significante, que modifican al unísono, a los sujetos de la acción, a la obra y a sus potenciales

receptores. Sublime experiencia de cuando la obra ilumina por su gradiente: estético, catártico, emancipador, anagnórico; o simple y llanamente, genuino.

Con la sublimación se vivencia ese espectro de alteridad del arte, su gozo significativo amplía las relecturas de nosotros mismos y nuestra manera de recrear del mundo. Las mociones más primarias, los impulsos destructivos, lo que angustia, lo que nos azuza, pueden moldearse en materialización creativa, vía la sublimación por el arte. Luego, después de la metamorfosis vital del goce en arte, se aspire a gestar la soberanía integral del sujeto que crea y se crea; pues, en la medida que se acciona una obra artística, las mociones pulsionales del creador de-construyen lo destructivo, para construir otra cosa; inventar otro modo de ser y de habitar nuestro universo. Al dar pie a la concreción en obra de las fantasías, corporizar los deseos en poética, erotizar nuestros espacios con pasión por lo que hacemos; sintonizar con una atmósfera propicia, para apaciguar nuestro espíritu, sublimar lo ominoso, a través de la creatividad sublimante de la parte conflictiva que nos particulariza.

Sublimar el goce y la pulsión vía el arte. He aquí una conminación para llevarla mejor.

La **Muerte Súbita** en **Atletas** y sus **Medidas Preventivas**

Boris Sánchez

Es común hoy en día pensar que el ejercicio físico ya sea profesional o recreacional esté íntimamente relacionado con un buen estado de salud. Muestra de ello es la creciente ola de publicaciones científicas que apoyan y promueven el estilo de vida, que incluye el ejercicio físico y además demuestran los efectos perjudiciales del sedentarismo. Es por este pensamiento que al observar a un atleta profesional con su dieta balanceada, con un ritmo circadiano correcto y una composición corporal óptima vemos el ideal de una persona sana digna de imitar.

Pero ver el desplome de un jugador en pleno partido es una imagen que difícilmente se puede borrar del pensamiento colectivo, causa shock entre las personas que lo presencian, es una situación que pensamos que no debería de ocurrir. Pero ocurren.

La muerte súbita consiste en la pérdida abrupta de la función cardíaca debido a un problema eléctrico, por lo que no debemos confundirla con un ataque cardíaco, causado por problemas en la circulación sanguínea en atletas de menos de 35 años.

La incidencia de esta problemática ha sido estimada en los EEUU en 1

muerte por cada 200000 atletas por año y en Europa 2.1 muerte por cada 100000 atletas por año.

La muerte súbita se desencadena como arritmia, bradicardia, taquiarritmia ventricular y fibrilación ventricular, así la causa es una enfermedad cardíaca previa de la cual se ignoraba su existencia, sea una dilatación, alteración de una válvula o anomalía genética que puede desencadenar el episodio, las causas más comunes son aquellas cardiovasculares hereditarias y según datos de la Asociación Americana del Corazón (AHA) la miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la responsable del 36%, seguida por anomalías de las arterias coronarias con 17%, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD) y las canalopatías hereditarias (síndrome de QT largo y Brugada) representan aproximadamente el 4% y 3% respectivamente.

La cardiomiopatía hipertrófica es una enfermedad genética que se caracteriza por una hipertrofia de los miocitos izquierda y/o derecha sin causa aparente, heterogenia tanto en su morfología como desde el punto de vista clínico, que puede ser variado hasta la muerte súbita. Su prevalencia se puede estimar 1 en 200.

La miocardiopatía dilatada se define por la presencia de dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo en ausencia de condiciones anormales de sobrecarga (hipertensión, enfermedad valvular) y está caracterizada por sustitución de fibras musculares sanas por aquella con alto contenido de grasa. Su prevalencia se estima en 1 en 3000-5000 dependiendo de la población estudiada. Presenta fenómeno de agregación familiar en más del 50% de los casos, lo que sigue un fuerte componente genético.

La displasia arritmogénica del ventrículo derecho es también una enfermedad genética caracterizada por la pérdida progresiva de los miocitos que son reemplazados por tejido fibroadiposo. Su prevalencia se estima en 1 en 10000.

El síndrome de QT largo es el nombre genérico al cual se le designan 4 síndromes hereditarios: síndrome Romano-Ward, síndrome de Andersen-Tawil, síndrome de Timothy, síndrome de Jervell-Lange-Nielsen; en todos los casos, la enfermedad se presenta como arritmias con aumento del intervalo QT. Prevalencia estimado en 1 en 5000.

El síndrome de Brugada se caracteriza

por taquicardia ventricular polimórfica, su prevalencia es de 5 en 10000.

Existen también enfermedades adquiridas como las virales que pueden producir miocarditis, anomalías vasculares como la disección aórtica y el uso/abuso de drogas.

Ante este escenario surge la inquietante pregunta: **¿cómo podríamos advertir a los atletas de estas enfermedades con riesgo de fatalidad potencial?**

Entre las principales herramientas de detección tenemos la importante historia clínica personal y heredo-familiar, el examen físico completo, electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones, ecocardiograma, holter de 24 horas y prueba de esfuerzo.

Estas herramientas son muy útiles, pero sabemos que el entrenamiento de resistencia provoca cambios en el corazón tanto estructurales, funcionales y eléctricos; pudiendo manifestarse como agrandamiento, bradicardia y anomalías en la repolarización, a este conjunto se le llama “corazón del atleta”, estos cambios no son perjudiciales sino que representan una adaptación fisiológica al alto rendimiento.

Es importante poder diferenciar un “corazón del atleta” de una cardiomiopatía, no es sencillo debido a la zona gris entre las adaptaciones cardíacas del entrenamiento y a las condiciones patológicas lo que genera un verdadero desafío clínico de atención a estos deportistas. La respuesta a este desafío clínico está en marcha y se busca dar respuesta a través de la investigación de los genes que están asociados a estas enfermedades. Ac-

tualmente ya están identificados genes con mutaciones que dan lugar a estas alteraciones de la estructura y función cardíaca. Es por eso el interés médico en las pruebas genéticas, para prevenir la muerte súbita, como para el consejo genético de familiares (del individuo objeto de estudio).

Esperamos que estas pruebas genéticas sean empleadas con mayor regularidad en los deportistas de alto rendimiento y que con el tiempo puedan ser aplicadas en los deportistas amateur.

Bibliografía:

- 1.) Maron BJ, Gohman TE, Aeppli D. Prevalence of Sudden Cardiac Death During Competitive Sports Activities in Minnesota High School Athletes. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32:1881-4.
- 2.) Corrado D, Thiene G, Nava A, Rossi L. Sudden death in young competitive athletes: clinicopathologic correlations in 22 cases. *Am J med* 1990 Nov;89(5):588-96.





Aspectos Relevantes del Razonamiento Clínico en Fisioterapia

"Toma de Decisiones Terapéuticas"

Lic. Fabián Beltrán

Fisioterapeuta Universidad Central de Venezuela

Master en Neurorehabilitación University Of Toronto

Especialista Fisiología del Ejercicio UDELAS

Especialista Método Feldenkrais

Docente Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades

Docente Universidad del Valle de Puebla

La exploración de razonamiento clínico y el proceso de toma de decisiones terapéuticas es un elemento esencial para entender totalmente los modelos de práctica en la Fisioterapia.

La clasificación y la síntesis de la literatura se ha hecho usando dos acercamientos inherentes al razonamiento clínico: (1) Un acercamiento racional o centrado por el profesional y (2) acercamiento contextual o de colaboración entre profesional y paciente. Los elementos claves de estos acercamientos son aplicados entonces al análisis reflexivo de un especialista clínico, su razonamiento clínico y el proceso de toma de decisiones.

El fisioterapeuta en la práctica profesional rutinariamente evalúa a pacientes que presentan problemas múltiples o condiciones que pueden afectar la decisión clínica del terapeuta. Los casos clínicos a menudo pueden ser complicados, imprevisibles, e inciertos, por lo tanto estas clases de casos nos ofrecen la oportunidad de reflexión y análisis.

Los temas de juicio clínico, solución de problema y razonamiento clínico han sido durante mucho tiempo áreas activas de la investigación en la Fisioterapia y las profesiones en el área de la salud. En julio de 1989 la Asociación Americana de Terapia Física (American Physical Therapy Association) desarrolló un manual para las medidas sobre la toma de decisiones clínicas en Terapia Física; un objetivo indicado por la institución era la integración de programas de formación de análisis clínicos en los pênsum de estudios de fisioterapeutas y así asumir un nivel más elevado y responsable de la práctica, otro aspecto fue el enfoque en la aplicación de modelos adaptados de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), estos modelos fueron recomendados

para permitir identificar causas subyacentes de la disfunción.

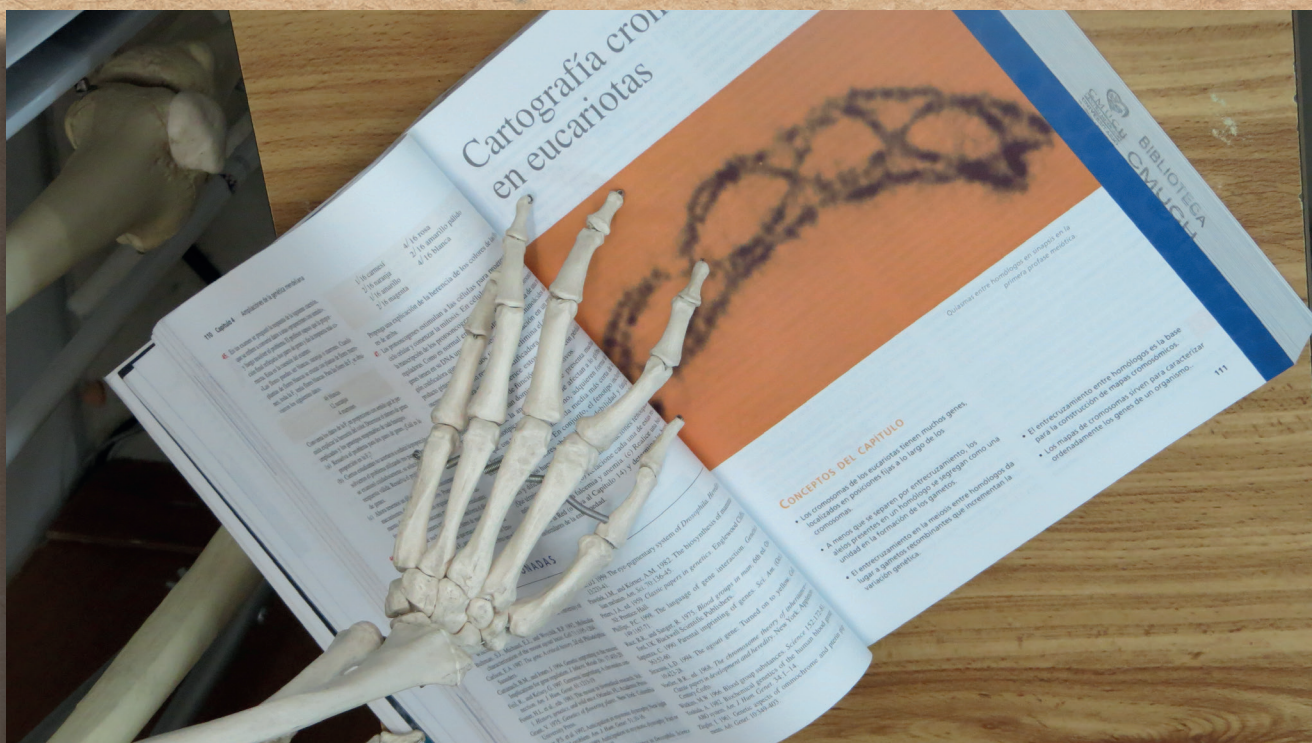
Lo nuevos paradigmas usados en análisis de casos clínicos usan los enfoques de la CIF de la discapacidad, como un marco teórico que permite entender la práctica y optimizar la función, estos modelos conceptuales ayudan en el enfoque de la práctica de terapia física con el proceso de discapacidad, y el impacto de condiciones en la función del paciente más bien que en la enfermedad.

Uno puede especular que uniendo el uso de un marco conceptual estándar (es decir, el proceso de discapacidad usado en una Guía) con descripción concurrente y verificación de mode-

los de práctica debería ayudarnos a hacerse más eficiente en casos clínicos complejos. Un componente crítico de entender totalmente modelos de práctica en la terapia física debe incluir un foco en razonamiento clínico y la toma de decisiones del terapeuta. La incertidumbre, la tendencia, el error, y las diferencias de opinión, motivos, y valores han sido identificados más comunes en la práctica profesional que en el proceso del razonamiento clínico, este análisis y razonamiento nos dará la perspicacia en la práctica de la Fisioterapia.

En base a lo antes desarrollado podemos decir que el razonamiento clínico es un concepto multidimensional que implica una amplia variedad de

actividades cognoscitivas que permite un correcto camino hacia el juicio profesional, como un diálogo interno que ocurre antes, durante, y después de la atención del paciente. El razonamiento puede ser formalizado en el problema general así como uno individualizado, contextualizado y a veces hasta desconocido, como Jones lo describe: “el razonamiento clínico en la fisioterapia se desarrolla bajo la influencia del terapeuta (necesidades y objetivos, valores y creencia, conocimiento, habilidades cognoscitivas, interpersonales y técnicas), la del paciente (valores y creencia, presentación física, psicológica, social y cultural individual) y el ambiente (recursos, tiempo, dinero y cualquier exigencia impuesta).”



1. Higgs J, Jones MA. Clinical reasoning in the health professions. In: Higgs J, Jones MA, eds. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 2nd ed. Boston, Mass: Butterworth-Heinemann; 2000:3–14.
2. Ritchie JE. Building a customer perspective into evidence-based physiotherapy practice. In: *Proceedings of the Fifth International Congress of the Australian Physiotherapy Association*; Hobart, Tasmania, Australia. Vol 1. Hobart, Tasmania: Australian Physiotherapy

- Association (Tasmanian branch); 1998:97–99.
3. Higgs J, Hunt A. Rethinking the beginning practitioner: introducing the “Interactional Professional.” In: Higgs J, Edwards H, eds. *Educating Beginning Practitioners*. Melbourne, Victoria, Australia: Butterworth-Heinemann; 1999:10–18.
4. Payton OD. Clinical reasoning process in physical therapy. *Phys Ther*. 1985;65:924–928.
5. Thomas-Edding D. Clinical problem solving in physical therapy and its implications

- for curriculum development. In: *Proceedings of the Tenth International Congress of the World Confederation for Physical Therapy*; May 17–22, 1987; Sydney, Australia. London, United Kingdom: World Confederation for Physical Therapy; 1987:100–104.
6. *Proceedings of the APTA Conference on Clinical Decision Making in Physical Therapy Practice, Education, and Research*; October 2–5, 1988; Osage Beach, Missouri. *Phys Ther*. 1989;69:523–617.

INSOMNIO PEDIÁTRICO

Dra. Margarita Isabel Díaz Sánchez
 Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
 Alta Especialidad en Electrodiagnóstico.
 Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Puebla

¿Qué es el insomnio pediátrico y cuáles pueden ser sus causas?

La clasificación internacional de los trastornos del sueño, defi-

ne el insomnio pediátrico como un trastorno del sueño extrínseco y se clasifica en dos categorías: insomnio conductual e insomnio relacionado con trastornos médicos neurológicos y psiquiátricos.

El insomnio pediátrico se distingue también por la edad, en relación con varios factores, como lo muestra la siguiente tabla:

	Primera año de vida	Preescolar	Adolescente
Insomnio conductual	Tipo asociación-adormecimiento, pelea para ir a la cama, despertares nocturnos (que se agravan con la ingesta de líquidos, agua o leche)	Insomnio conductual (problema de establecimiento de límites)	Higiene del sueño inadecuada
Insomnio relacionado con factores médicos, neurológicos, psiquiátricos o medioambientales y sociales	Cólico del lactante, alergia alimentaria (principalmente alergia a la leche de vaca), reflujo gastroesofágico, otitis	Pesadillas y miedo a ir a la cama	Abuso de sustancias



El insomnio conductual y desarrollo del niño.

El insomnio conductual es una de las condiciones más frecuentes, el niño muestra un patrón consistente en un insomnio de tipo asociación-adormecimiento o de tipo trastorno de establecimiento de límites.

El tipo asociación-adormecimiento consiste en un largo proceso para quedarse dormido que requiere condiciones especiales. En el tipo de tras-

torno de establecimiento de límites, el niño tiene dificultad para iniciar o mantener el sueño, retrasa o rechaza acostarse a la hora apropiada o rechaza volver a la cama después de un despertar nocturno. Los problemas aparecen porque los cuidadores no establecen o imponen pocos límites, este se muestra incapaz para establecer una conducta adecuada en relación con el sueño.

En niños con un desarrollo normal, se trata de una adquisición evolutiva

que aparece entre los tres y los seis meses de edad. Algunos no adquieren la habilidad para relajarse y el riesgo de adquirir insomnio conductual es elevado. El rechazo a acostarse sucede cuando el niño no está dispuesto a ir a la cama o a permanecer en ella. Algunos padres no establecen reglas a la hora de acostarse (por ejemplo, permiten al niño dormirse delante de la televisión) o establecen reglas inconsistentes. Existe la evidencia creciente de que la perturbación del sueño o la insuficiencia de sueño tienen un efecto negativo en el desarrollo cognitivo del niño (atención, aprendizaje, consolidación de la memoria, funciones ejecutivas, modulación del humor y del afecto), y de que es un trastorno de conducta así como de la salud (funciones metabólica e inmunitaria, lesiones por accidentes) y sobre todo de la calidad de vida incidiendo también sobre el humor de los padres y en el funcionamiento familiar.

¿Cuál es el tratamiento del insomnio pediátrico?

Primero que nada se debe realizar una evaluación por un médico neurólogo o psiquiatra, para determinar la causa del insomnio, como se pudo observar en la tabla, éste trastorno puede deberse a enfermedades y no ser precisamente de tipo conductual, además es importante recalcar que pueden existir otras enfermedades psiquiátricas como trastorno afectivo, psicosis, trastornos de ansiedad, trastorno de abuso de sustancias, trastorno de la alimentación y trastorno de déficit de atención e hiperactividad que tienen una fuerte asociación con

trastornos del sueño. Dependiendo del caso existe tratamiento farmacológico e incluso acompañado de terapia psicológica con técnica conductivo-conductual, aunque siempre es recomendable tomar las medidas de higiene del sueño general, incluso para nosotros los adultos.

¿Cuáles son las medidas de higiene del sueño que puedo realizar?

- Exposición a la luz brillante de la mañana.
- Mantener horarios de juego y de co-

midas regulares.

- Terminar la cena 2-3 horas antes de acostarse.
- Evitar siestas innecesarias o prolongadas.
- Mantener la recámara sin distractores como puede ser la televisión o juegos de video.
- Horario regular de vigilia y sueño, acostándose y despertándose a la misma hora.
- Restringir el tiempo de sueño nocturno al estrictamente necesario.
- Realizar ejercicio físico regularmente, pero no en las 3-4 horas previas a acostarse



Envejecer sin dejar de SER

Dr. Guillermo Vargas Chávez

Al usanza de los viejos tiempos cuando jugábamos más a las palabras con los abuelos, podríamos ensayar este dicho: “Ser joven es bueno; ser viejo es malo”, que parece resumir la visión actual de una sociedad utilitarista, consumista, sumamente competitiva y propia, al parecer, sólo para quienes pueden mantener su ritmo: los jóvenes.

Este hecho no corresponde a la realidad, sin embargo activa un mensaje negativo para nuestro futuro inevitable. ¿Cómo prevenirnos de ello?. En nuestros días, muy a tono con los antivalores de la sociedad, los seres humanos somos desechables, igual que la mayoría de nuestros objetos de consumo diario. En efecto, el consumismo no sólo nos dice qué comer, qué vestir, qué música escuchar, cuándo festejar a la madre, al padre o al abuelo; también nos señala los tiempos de nuestra vida, cuándo somos más productivos y útiles al sistema y cuándo dejamos de serlo.

En ese afán utilitarista nuestra vida se ha convertido en un ejercicio de apresuramiento. El objetivo es embutir el mayor número posible de cosas por hacer en el menor tiempo posible para sentirnos funcionales, productivos, dignos de esta sociedad.

Pero ser más veloces o más productivos no nos hace más felices, por el contrario, cada día estamos más enfermos. Los consultorios médicos están llenos de gente con dolencias producidas por el estrés y la prisa de vivir: insomnio, jaquecas, depresión, hipertensión, asma, problemas cardíacos, gastrointestinales, musculares, por mencionar sólo unos pocos trastornos. El agotamiento, que antes parecía propio de “los viejos”, lo vemos ahora en hombres y mujeres treintañeros, e incluso más jóvenes. Tal vez porque creemos que hacer dos cosas a la vez, lo más rápido posible, parece muy inteligente, eficiente y moderno.

¿Qué vejez nos espera con estas prácticas? Antes de la Era Industrial, la vida familiar giraba en torno a los valores de la vida comunitaria en la que “los viejos” tenían un papel fundamental. Respetar a “los mayores” era respetar la vida, la autoridad y la sabiduría que ellos encarnaban. Por eso se les consideraba pilares fundamentales de la cultura y depositarios de las tradiciones. El llamado “consejo de los ancianos”, común a todas las culturas pasadas, nos hace reflexionar en la idea de una gran hoguera encendida que podía verse a mucha distancia y orientaba a los que andaban perdidos, no importa cuán lejos hubieran ido.

No es de extrañar que hoy nuestros jóvenes se sientan tan perdidos y sin rumbo cuando las nuevas tradiciones aconsejan recluir a los viejos y tratarlos como objetos pasados de moda sin ninguna utilidad; se apaga su luz y se ignora su sabiduría.

Vejez y enfermedad

En las sociedades avanzadas, a llamada “muerte por retiro” es un reflejo de que para mucha gente: retirarse del proceso productivo significa que se ha terminado su misión en el mundo. Si nos atamos a esos criterios, bastará que llegemos a cierta edad para que activemos la creencia de que eso ha sido todo en la vida. Pero, tal vez para algunos, será ese momento cuando empecemos a darnos cuenta de que no vivíamos para nosotros y para nuestra familia sino para cumplir los criterios que la sociedad nos había fijado.

Envejecer con felicidad es un compromiso de toda la vida para con uno mismo. León Tolstoi narra en su novela La muerte de Iván Ilich el caso de un funcionario de gobierno que empuñó su vida en escalar puestos para lograr el reconocimiento social y el ansiado éxito hasta que una enfermedad detiene su loca carrera y le obliga a reflexionar sobre el sentido de su vida. La novela es una mirada directa a ese vacío que tanta angustia nos provoca: la muerte, después de una vida sin sentido.

Creo que el ejemplo no sólo sigue siendo válido en nuestros días sino urgente para quienes buscan siempre las luces externas pero siguen viviendo en la oscuridad interior. La muerte es un proceso natural e inevitable, la enfermedad no. Una cosa es morir de viejos y otra es morir enfermos. Enfermedades como el Parkinson, el Alzheimer, la cirrosis o la demencia senil son estados latentes que se hacen evidentes no sólo por los años sino por el tipo de vida que llevamos y



las ideas que nos han inculcado sobre ella: “ser viejo es malo...”

El mero acto de prestar atención a nuestro modelo de vida cambia nuestro modo de envejecer. Las tasas de muerte son más altas en personas que padecen fuertes tensiones psicológicas y más bajas entre quienes tienen un fuerte sentido de resolución y bienestar. Es decir, “eres tan viejo como crees serlo”.

La experiencia demuestra que el mantenerse activo frena la pérdida de tejido muscular y esquelético. “Lo que no se usa se pierde”. Las partes del cuerpo que envejecen son las que no se usan y las que hemos retirado de la conciencia. El ejercicio es saludable a cualquier edad y tiene el mismo efecto en el incremento de fuerza, resistencia y masa muscular en un joven que en “un viejo”.

La solución al envejecimiento no está en la receta médica ni en las cirugías estéticas que nos prometen una falsa juventud, sino en un cambio de conciencia: aprender a distinguir lo auténtico de lo efímero.

Tú eliges cómo envejecer

Los factores negativos del envejecimiento son: la depresión, la insatisfac-

ción en el trabajo, deudas, lamentar el pasado, críticas hacia uno mismo y hacia los demás.

Los factores positivos son: relación de pareja satisfactoria, facilidad para la risa, vida sexual satisfactoria, optimismo hacia el futuro, vivir dentro de sus medios financieros.

Algunos tratamientos geriátricos incluyen cosas tan simples como decidir el menú del día, cuidar una planta, decidir un paseo, cuidar una mascota, etc. Pero, más allá de las recomendaciones generales, el mejor modo de envejecer es ser como se es, auténtico, sin maquillajes, poner en práctica positivamente las enseñanzas que la vida nos ha dado, a través de esa manera tan particular que tiene para enseñarnos, a veces con rigor, a veces con ternura, pero siempre persistente.

Una vejez sana significa que hemos aprendido la lección y que sabemos guiarnos por nuestra consciencia para hacer por nosotros y por los nuestros lo que siempre hemos querido, con la certeza de que ya hay muy poco que perder, o con quien quedar bien.

“Ser joven es bueno...”, pero no por el simple hecho de ser joven, sino porque se sabe enfrentar la vida con responsabilidad. Cuando se ha aprendi-

do a vivir responsablemente y se sabe que cada día es un regalo que invita a la plenitud, podemos ser siempre jóvenes en el cuerpo y en el espíritu.

La longevidad y la felicidad son un logro personal y se alcanzan liberándonos de expectativas sociales y proponiéndonos llegar a ser maestros de nuestras vidas, guías para las nuevas generaciones y luz para los que anhelan encontrar el camino. Eso es lo que no debemos perder de vista, aun cuando sea cada vez más frecuente que nuestros adultos mayores tengan como expectativa el pasar sus últimos días en un centro de cuidado donde se les pueda ofrecer la calidez y el respeto que se merecen por haber alcanzado la medalla de la sabiduría que dan los años. Lo contrario, ver estos centros como simples soluciones a la incomodidad de convivir con un anciano, nos seguirá acercando a ese pozo de incertidumbre donde arrojamamos lo mejor de nuestra cultura, de nuestra identidad y de nuestra familia.

En suma, tenemos que buscar la diferencia entre un modelo de vida que menosprecia la vejez en aras de lo transitorio y otro que la respeta como el fundamento de los valores permanentes que sostienen nuestra vida.



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA SOCIAL Y ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

Propósito general:

Formar profesionales con nivel de Maestría, en el área de la Gerontología y Estrategias de Atención al Adulto Mayor que cuenten con los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes necesarios para generar líneas de intervención, docencia e investigación de acuerdo a las necesidades de la población.



CMUCH, todo lo que puedes ser.



LÍNEA DIRECTA CMUCH
(01) 222 409.7990

www.cmuch.edu.mx
contacto@cmuch.edu.mx



World Federation of
Occupational Therapists

41 Poniente No. 109. Col. Gabriel Pastor
C.P. 72534. Puebla, Puebla.

"Momentos CMUCH"



Victoria Niño



EL MEJOR LÁSER TERAPÉUTICO

TECNOLOGÍA ALEMANA



**Aditamento especial
(Cabeza con 3 diodos infrarojos)**



DOS AÑOS DE GARANTÍA
Soporte técnico en México
ACEPTAMOS TARJETA DE CREDITO



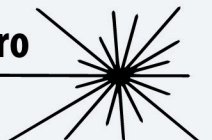
Alonso Suarez Romero

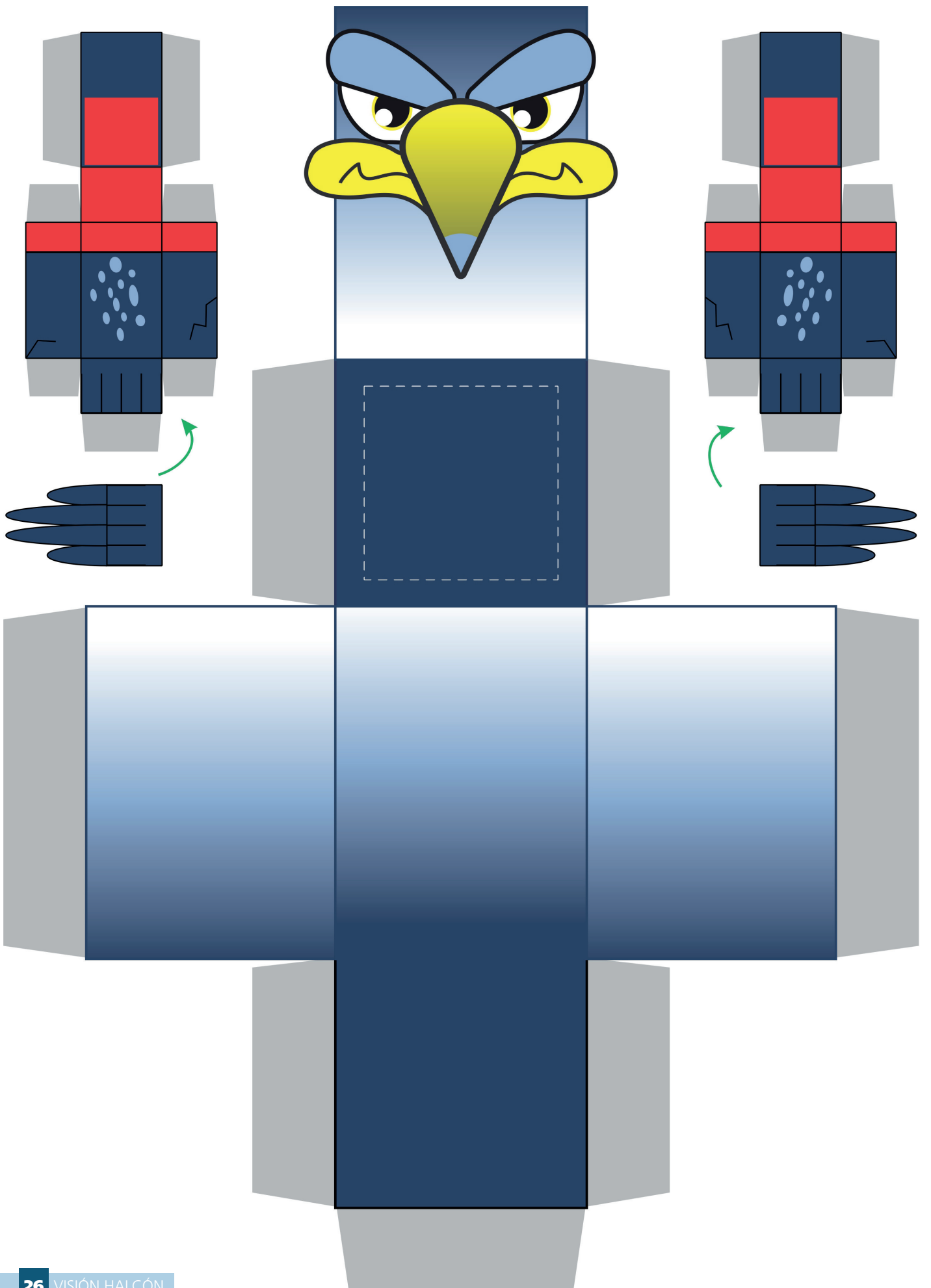
01 55 5701 5584

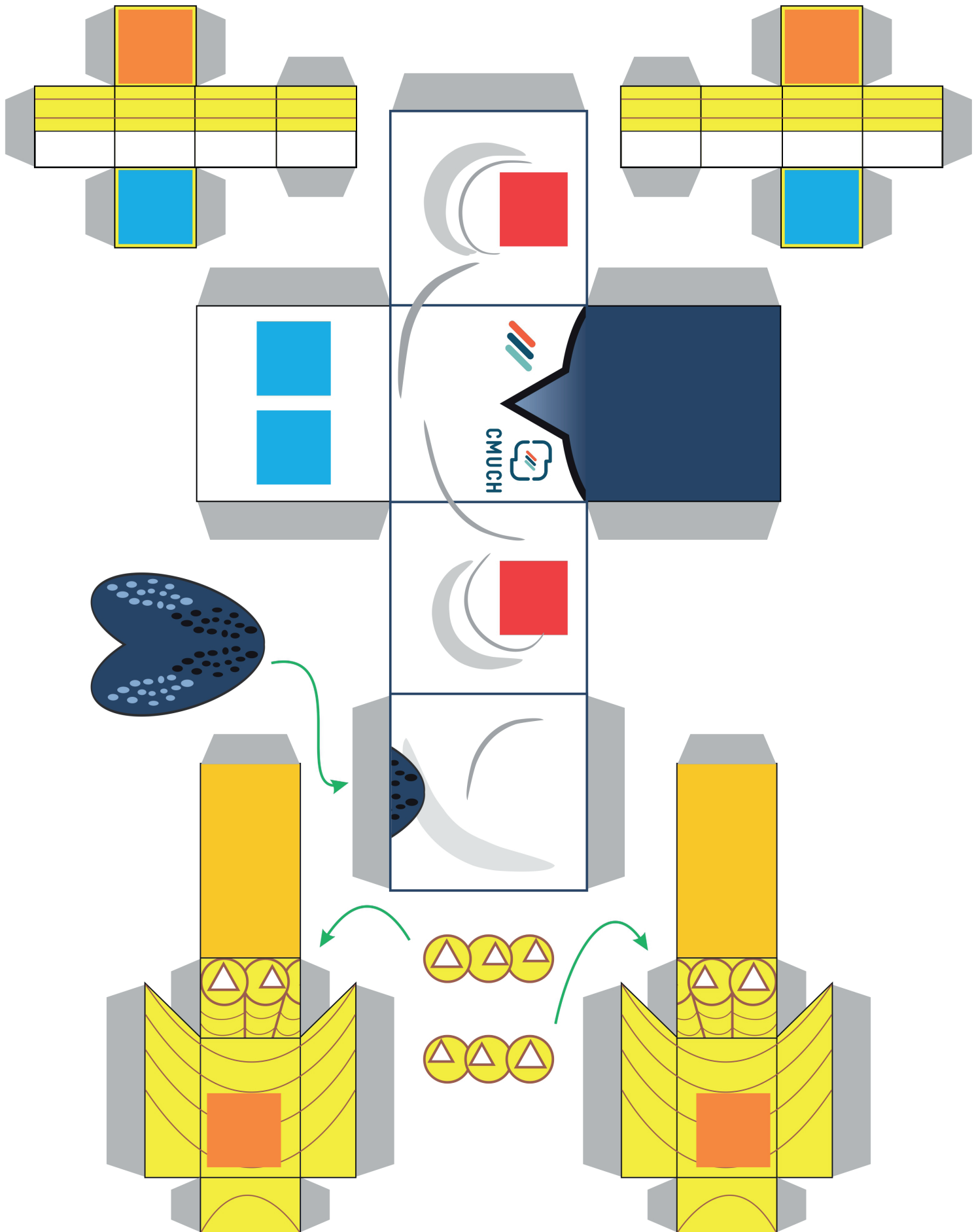
044 55 3167 7447

alonso Suarez_rom@hotmail.com

alonso Suarez.rom@gmail.com







BIENAL DE ARTE

CMUCH



Mónica Rodríguez Viderique
Título: Cortando ataduras
Técnica: Mixta
Mención Honorífica



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

Próximamente



**LICENCIATURA EN
FISIOTERAPIA**
PRESENCIAL O VIRTUAL



**MAESTRÍA EN
GERONTOLOGÍA SOCIAL Y
ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR**



**MAESTRÍA EN
TERAPIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA**



**LICENCIATURA EN
TERAPIA OCUPACIONAL**
VIRTUAL



**MAESTRÍA EN
NEUROREHABILITACIÓN**



SISTEMA UNIVERSITARIO CMUCH
MONTERREY: 01 (81) 8340.5151

**Espinosa 620 Oriente esquina con Zuazua,
Monterrey, Nuevo León C.P. 64000**

www.cmuch.edu.mx
contacto@cmuch.edu.mx



World Federation of
Occupational Therapists



El *arte* en el CMUCH

Mtra. Ana Gabriela Carpio Pérez

El arte, además del deleite estético que nos proporciona, ha servido al hombre, en diferentes culturas y desde tiempos ancestrales, como un medio curativo. Con el nacimiento de la medicina moderna, la ciencia dedicó su estudio al cuerpo humano y su fisiología, y el arte, se mantuvo más conectado con el espíritu, de ahí que perdiera terreno en el campo curativo.

Desde las pinturas de Altamira a las pinturas de arena de los Navajo y los mandalas de los lamas tibetanos, el arte se ha utilizado para sanar y reparar la visión y la realidad de los individuos o de los grupos sociales. La vinculación que se daba o que, a la fecha se sigue dando, entre la danza, el canto o el sonido de algún instrumento, está mediado por alguna especie de guía, un chamán con el que, a través del éxtasis, se ejerce el poder de los espíritus para que con estos medios, se ahuyente a los demonios de la enfermedad. El poder mágico y liberador de las imágenes, tan real para las sociedades consideradas primitivas y para los niños y los artistas, necesitó del apoyo de los descubrimientos psicoanalíticos para ser aceptado por la comunidad científica y terapéutica.

El concepto de inconsciente desarrollado por el psicoanálisis de Freud, y más tarde de Jung, tuvo un efecto de

fascinación inmediato en los círculos artísticos y literarios de entreguerras, puesto que supuso una revolución en la comprensión de la psique humana. La valorización de lo onírico, de lo simbólico, así como de lo irracional y de los aspectos instintivos, tuvo repercusiones manifiestas en el ámbito de las artes visuales y de la literatura. Hasta este momento, la exploración, el conocimiento y la representación del mundo interno del artista no se habían considerado como una meta artística respetable.

Es sabido que las actividades plásticas, visuales y de movimiento pueden favorecer los dispositivos curativos naturales cambiando la fisiología corporal y la actitud mental de la persona. Recordemos la etimología de la palabra terapia Therapeuin que significaba, además de “curar” y “tratar”, “formar” y “educar”.

En Asclepion –uno de los sanatorios más grandes de la antigua Grecia, situado en la isla de Kos-, el “tratamiento” consistía en una combinación de visitas al médico y al templo, de baños y de gimnasia, y en una iniciación dietética, por un lado, y a la lectura, el teatro y la danza por el otro. Esta fusión entre tratamiento, instrucción, rituales religiosos, juramentos a los dioses, entretenimiento, etc. se observaba todavía hoy de forma fragmenta-

ria en algunas sociedades (Panhofer, 2005: 27).

El Arteterapia nació en Inglaterra y Estados Unidos con esto la ciencia y el arte vuelven a unirse. Las investigaciones que se dieron a partir de la segunda mitad del siglo XX fueron decisivas para que el formato de uso de estos lenguajes se haya ido transformando en aquello conocido como Terapias Artístico Creativas: Musicoterapia, Arteterapia, Danza Movimiento Terapia, Drama terapia y Psicodrama.

Estas terapias han llegado hasta nuestros días siendo objeto de estudio y de enseñanza a nivel posgrado en algunos países como España, Estados Unidos, Inglaterra, entre otros. En la actualidad la relación entre arte y salud ha causado revuelo, ya que se trata de un enfoque integral, holístico, que va más de la mano con el concepto de salud que nos da la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948).

El CMUCH es la única escuela de formación de profesionales en Rehabilitación (terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y gerontología), que cuenta con un eje de materias orientado a las terapias

creativas. Este eje está conformado por un área formativa adjunta que complementa las competencias actitudinales de los planes de estudio de estas carreras, esta área se rige por un eje transversal que va de 1° a 7° semestre con las materias de Arte y Movimiento (1° a 4ª) - Creatividad-Manejo del tiempo libre- Arteterapia I y II, respectivamente. Las primeras materias están orientadas a integrar de forma práctica y en su experiencia académica, a las artes como un medio de expresión y de autoconocimiento. La materia de Creatividad analiza las diferentes teorías con el fin de que el estudiante comprenda sus elementos conceptuales, y le sirva de ayuda en las actividades propias de su ejercicio profesional. La materia de Manejo del tiempo libre tiene como objetivo conocer los fundamentos teóricos del ocio, con el fin de aplicar sesiones prácticas en sus pacientes. Y las materias de Arteterapia I y II, introducen conceptos básicos de las terapias artístico-creativas con el fin de identificar las posibilidades que ofrecen estas disciplinas en el campo del crecimiento y del desarrollo humano.

El profesional del área de rehabilitación es quizás el profesional de la salud con el que el paciente pasa más tiempo, y establece una relación más estrecha; esto se relaciona con el hecho de que el fisioterapeuta o terapeuta ocupacional trata generalmente a los pacientes que tienen un proceso de invalidez, por lo que el tiempo de rehabilitación es un proceso largo. De aquí deriva la necesidad de sensibilizar al estudiante de estas carreras y desarrollar sus habilidades inter-

personales y de empatía, utilizando como vía los recursos que ofrecen el arte y las terapias artístico-creativas.

Las terapias creativas, terapias expresivas o, más comúnmente, denominadas terapias artístico-creativas en Iberoamérica, son aquellas que utilizan el arte, la música, la danza, el movimiento y el teatro como herramientas terapéuticas dentro de un contexto comunitario y de cambio social, promueven una transformación en el desarrollo integral de la persona. Hay que tomar en cuenta que las terapias artístico-creativas no son en sí mismas herramientas de la rehabilitación física, sino disciplinas independientes centradas en la integración psicoemocional, física y social del individuo, pero sí son, disciplinas que comulgan en el desarrollo de la empatía como recurso indispensable. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define empatía “como la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo del otro”. Durante el transcurso de la carrera de los estudiantes en formación de las licenciaturas en rehabilitación, se observa que algunos estudiantes pueden obtener un buen aprendizaje en cuanto a los contenidos académicos, pero adolecen de habilidades para establecer una relación empática con el paciente y la familia de éste, porque estos contenidos no están incluidos dentro de su programa académico. Los programas de formación están dirigidos más a cuestiones teóricas y prácticas en relación al aspecto orgánico, pero dejan de lado la parte humanista, donde la empatía forma una pieza fundamental en la relación con

el paciente. Es aquí donde el CMUCH ha apostado por el arte, con el fin de educar desde el humanismo.

Si las facultades de ciencias de la salud, y en especial, la de rehabilitación física tienen como objetivo formar profesionales de calidad humana, los programas de formación deben de hacer hincapié en el desarrollo de una cultura humanista y fortalecer la empatía.

El enfoque actual de la Fisioterapia requiere que al tratar de entender el proceso de la discapacidad específica para cada individuo, el terapeuta aborde, además del tratamiento de la lesión, el impacto que esta lesión, enfermedad o trastorno ejerce en la calidad de vida del paciente. Este enfoque implica que el terapeuta tenga una comprensión global del paciente, viéndolo como un ente bio-psico-social.

La integración de talleres artísticos y de nociones de las terapias creativas en los programas académicos de los estudiantes de rehabilitación del CMUCH implica ampliar la formación cultural del alumno, le permite tener un mayor conocimiento de sí mismo, comprender la complejidad del ser humano y respetar y aceptar la diversidad cultural, facilitando la formación de un profesionista más humanizado.

Bibliografía:

García, L. (Enero-junio de 2006). La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica. *Ciencias de la salud*, 4(1), 39-51. Bogotá.

Mateos, L. (2011). *Terapias Artístico Creativas*. Salamanca: Amarú.

Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la danza movimiento terapia*. Barcelona: Gedisa.

Ros, N. (2004). El lenguaje artístico, la educación y la creación. *Revista cuatrimestral Ibero Americana de Educación OEI*, 33/4





De Mujeres, Brujas y otras Estudiosas

Lic. Victoria Hernández Franceschi

Docente Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades

Me he preguntado si hay brujas en el mundo... Pero lo que no puedo creer es que las haya ahora, entre nosotros.

Arthur Miller

*Soy partidario de alentar el progreso de la ciencia en todas sus ramas;
y opuesto a poner el grito en el cielo contra el sagrado nombre de la filosofía;
a atemorizar a la mente humana con historias de brujas para inducirla
desconfiar de su propio juicio y a aceptar implícitamente el de otros.*

Thomas Jefferson

Hace algunos años, escuché en una plática de hombres cosas que me causaron mucha gracia, uno se burlaba de otro porque trataba con aparente sumisión a su esposa y éste se defendió de tal forma que me hizo pensar en cada una de nosotras las mujeres. De las mujeres en general, y refiriéndose a su esposa argumentaba que son brujas, capaces de sangrar cada mes, sin desangrar a morir, tan fuertes que soportan dolores suficientes para abrir camino a un nuevo ser, seres partícipes de la creación, dadoras de vida, capaces de alimentar a sus hijos con su propio cuerpo... Por supuesto que podría tenerle miedo, pero por lo pronto le tenía mucho respeto a la mujer que era su esposa, y siguió nombrando cualidades obvias del género femenino: Audaces, sensibles, creativas, estudiosas, científicas...

Científicas; su esposa es ingeniera... seguía siendo interesante, mujer-bruja-ciencia. Alguna vez escuchamos decir de un hombre estudioso que sea ¿brujo?

Las condiciones naturales de la mujer no la hacen bruja, es probable que to-

das mantengan las mismas condiciones de las que hablaba aquél hombre respecto de las mujeres, desde el principio de la historia, entonces, ¿qué se necesita para ser Bruja?

Bruja (según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española) significa "mujer que, según la opinión vulgar, tiene pacto con el diablo y, por ello, poderes extraordinarios".

El término bruja no es conocido hasta que "nace" con el estancamiento de la ciencia, durante la Edad Media, al desintegrarse el Imperio Romano y de frente al fortalecimiento de un incipiente cristianismo. Las mujeres entonces eran una de las propiedades del hombre, reducida a las actividades del hogar, a mantenerse al margen de tomar decisiones o de ser líderes de cualquier forma. Madres, esposas, hijas, esclavas, todas por igual dependían del hombre, del detentador de bienes y único ejecutor de sus propias órdenes. Si la mujer no era considerada capaz de asumir roles diferentes a los propios del hogar, ¿cómo se le distingue bruja?

Una Bruja es aquélla que pone en riesgo la imagen de poder de un hombre, suficiente para ser considerada como un riesgo para la sociedad, y ¿cómo esto es posible? Cuando la mujer detenta conocimiento.

Hay rastros prehistóricos del poder de la mujer, de su conocimiento, la importancia vital que ella representa a la comunidad y de su relación con la naturaleza. Múltiples figurillas de Venus prehistóricas adornan museos actualmente, indicadores de respeto a la fertilidad y veneración a dicho poder. Lo mismo ocurre con las culturas prehispánicas, sólo basta con visitar la zona arqueológica de Cacaxtla, en Tlaxcala sitio fundado por la cultura Olmeca-Xicallanca entre los años 100-1100 d.C., conocida por sus maravillosos murales. En el museo resguardan una maravillosa colección de figuras de mujeres representando todas las etapas de vida, niñas, jóvenes, embarazadas, dando a luz, amamantando.

En novelas históricas como Los Hijos de la Madre Tierra de Jean M. Auel y El Druida de Morgan Llywely o El

Chaman de Noah Gordon, hay mujeres que conocen de astronomía y poderes medicinales de las hierbas, que cuidan y curan, que son consideradas de gran importancia para su pueblo, por lo tanto respetadas.

Regresando a la Bruja definida anteriormente, me viene a la cabeza la idea de esa mujer vieja, fea, deforme, peligrosa y muerta en la hoguera, ¿quién fue la primera mujer como para merecer la muerte y la hoguera? Las brujas son señaladas por los cristianos, y una vez más, me encontré con mitos, cuentos, novelas, leyendas... y antes de quedarme con cualquiera de ellos, me detuve en la que creo que es la primera, Hypatia.

Imaginemos el mundo en el siglo III, el movimiento cultural que generó el Imperio Romano al conquistar muchos pueblos, con los cuales mantenía relaciones comerciales y culturales, de España a Mesopotamia, de Egipto hasta Bélgica, y pueblos de la isla británica, la maravillosa y mítica Biblioteca de Alejandría, la más grande del mundo donde se resguardaban copias en papiros de obras de diversos lugares, espacio donde convivían matemáticos, filósofos, astrónomos, europeos y africanos, dedicados a la investigación y la ciencia. El orden militar y jurídico de los romanos, sumado a la disciplina filosófica de los griegos cohabitaban con el politeísmo de manera



muy fructífera para el desarrollo de la ciencia. El pensamiento filosófico era permeado por el estoicismo, se consideraba que la meta del ciudadano era el progreso, por lo tanto se debía ayudar a todo aquél que realmente deseaba mejorar moralmente, de ahí que es comprensible el auge científico de la época y la permisividad de diversas creencias religiosas, incluyendo al cristianismo.

Pero, no pudo ser eterno tanto poder y gloria, y empezó la decadencia, y en este punto, aparece Hipatia. Hipatia nace hacia el 370, hija de Teón, astrónomo que formaba parte de los eruditos del Museo, institución dedicada a la investigación y la enseñanza en la Biblioteca de Alejandría, de forma extraordinaria, (recordemos que las mujeres no eran ciudadanas, se les consideraba “capitis deminutio”, es decir, una incapaz dependiente “manus” por lo tanto no tenían acceso al estudio, y mucho menos a ejercer como maestras) se forma en el Museo, como discípula de su padre y además estudia filosofía y matemáticas. Forma parte de los maestros y hasta su muerte, se dedica al estudio y enseñanza de la ciencia y el pensamiento crítico, una brillante mujer que gozó del reconocimiento público e incluso llegó a dirigir el Museo, formó entre sus discípulos desde paganos hasta aristócratas que la buscaban explícitamente por sus conocimientos, lo mismo que a altos dirigentes, como el Obispo de Cirene. Estudiosa dedicada, profundizó en filosofía y oratoria, consejera de gobernantes, no es difícil imaginar que se negara a inclinarse por cualquier religión o dios específico. Matemáticas, lógica, astronomía, filosofía y mecánica, eran de su interés, erudita en filosofía platónica, los historiadores afirman que escribió tratados sobre astronomía y matemáticas. La única mujer en el Museo, virtuosa dedicada al estudio murió a los 62 años. En el mundo tradicional masculino sus logros en la ciencia superaron por mucho a lo que

se esperaba de una mujer.

Para finales del siglo III e inicios del IV, el esclavismo, los conflictos sociales y el descontrol de las provincias eran ya una condición insostenible que chocaba con la “igualdad” que proclamaba el cristianismo, que seguía aumentando en seguidores y fortaleciéndose, no así el Museo, ya que todo cuanto se estudiaba en este y lo que contenía la Biblioteca de Alejandría (tal como hoy las actuales bibliotecas), los estudios, avances tecnológicos, inventos y cátedras que se daban en la biblioteca no los conocían la mayoría de la gente, se avocaban a los poderosos, al servicio militar y/o aristócratas; el pueblo que se sentía oprimido por el imperio romano, relacionaba el saber y la ciencia con el paganismo y la opresión, mientras que relacionaba al cristianismo con la igualdad y la libertad, que ya buscaba un espacio político.

En el año 415, Orestes era gobernador de Alejandría, pagano y discípulo de Hypatia, la mujer filósofa que no comulga con las ideas del cristianismo primitivo y que defiende su postura, quizá no pagana tampoco, pero sí una formadora que podía afectar el paso del cristianismo al poder político, se transforma involuntariamente en enemiga del cristianismo, la religión monoteísta y esto la coloca en un quiebre histórico de gran importancia, entre la caída del Imperio Romano y el florecimiento de las ciencias y el inicio de la Edad Media con el oscurantismo.

En época de celebración de cuaresma, en el año 415 un grupo de fanáticos cristianos detienen a Hypatia mientras se trasladaba al Museo para impartir sus cátedras, quienes la atacaron hasta matarla y quemaron sus restos, dicha hazaña pasó a la historia como una muestra de barbarismo y misoginia adjudicada a la iglesia cristiana. Por segunda vez e irremedia-

blemente fue destruida la Biblioteca de Alejandría a partir del asesinato de Hypatia, quedando apenas mínimos vestigios de su existencia.

El entonces Obispo Cirilo, dicho por algunos historiadores admiraba y temía a Hypatia, por lo que pese a falta de pruebas, se dice que pudo incitar a la turba a semejante acto criminal, ya que Hypatia representaba la imagen opuesta a lo que el cristianismo o Cirilo promulgaba respecto a la fe, Hypatia llamaba al pensamiento crítico, lógico, matemático, la mujer dedicada a la ciencia, eso que muchos no entendían y por lo tanto temían.

De la muerte de Hypatia, el obispo Juan de Nikio de Egipto del siglo VII describió el linchamiento de Hypatia como un acto perpetrado por un grupo de violentos cristianos, que la desnudaron públicamente, arrastrándola por la ciudad señalándola como hereje, incitadora a la idolatría, hasta el templo Cesáreo, donde fue torturada cortándole la piel con conchas y caracolas filosas hasta morir y finalmente quemaron su cuerpo.

Quedaba claro que la ciencia era un acto de herejía y merecía la muerte y la hoguera.

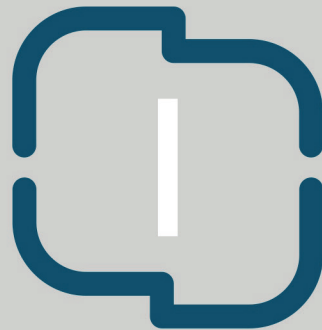
Ya leeremos sobre otra Bruja, por lo pronto, mujeres todas y hombres que nos rodean, somos capaces de identificar a las Brujas y apreciarnos por lo que significa ser identificadas como así.

Por favor, si ves la película Ágora de Alejandro Amenábar, no dejes de visitar la biblioteca más cercana y buscar libros serios respecto a la historia de Hypatia, ni todos los cristianos fueron tan radicales, ni Hypatia murió joven y bella. Libro recomendado: “Poetas, filósofos y bibliotecarios, origen y naturaleza de la biblioteca de Alejandría” de Juan José Raño Alonso.

#ActitudCMUCH



Respeto



Integridad



Entusiasmo



Superación



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

PRENDAN LA LUZ

2015 AÑO INTERNACIONAL DE LA LUZ

Edgar Méndez Munive
Coordinador De La Maestría En Neurorehabilitación Cmuh Puebla



**INTERNATIONAL
YEAR OF LIGHT
2015**

Cuántas veces hemos escuchado esta frase en el momento que nos quedamos a oscuras por un apagón “ya se fue la luz”, y eso nos lleva a entender que el conocimiento general del concepto de *luz* y *electricidad* se entiende como sinónimos. En realidad y físicamente hablando *la luz* y *la electricidad* son energías con características muy diferentes pero también con algo en común, el *electromagnetismo*.

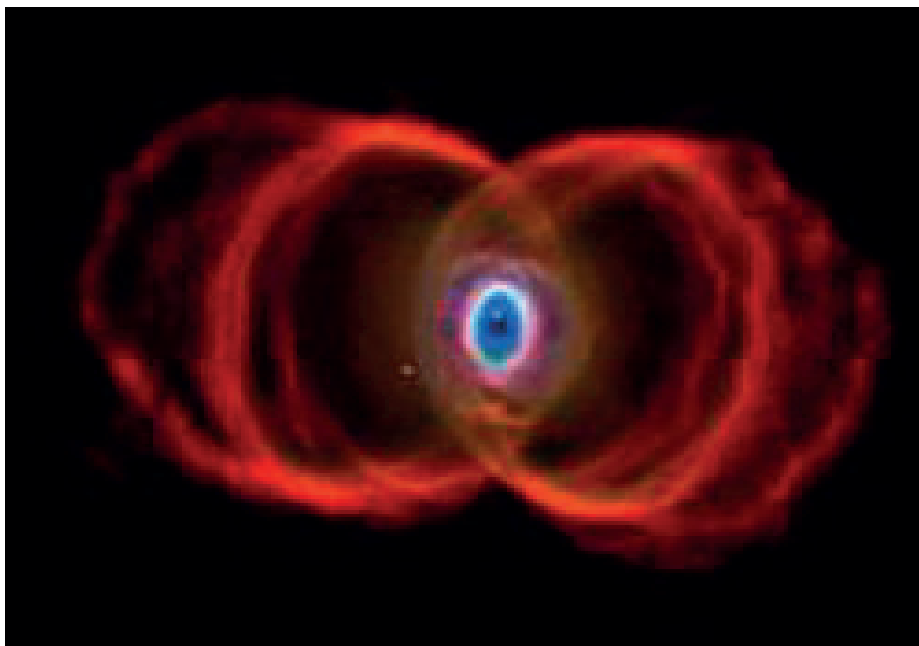
¿Que es la luz?, es una pregunta re-

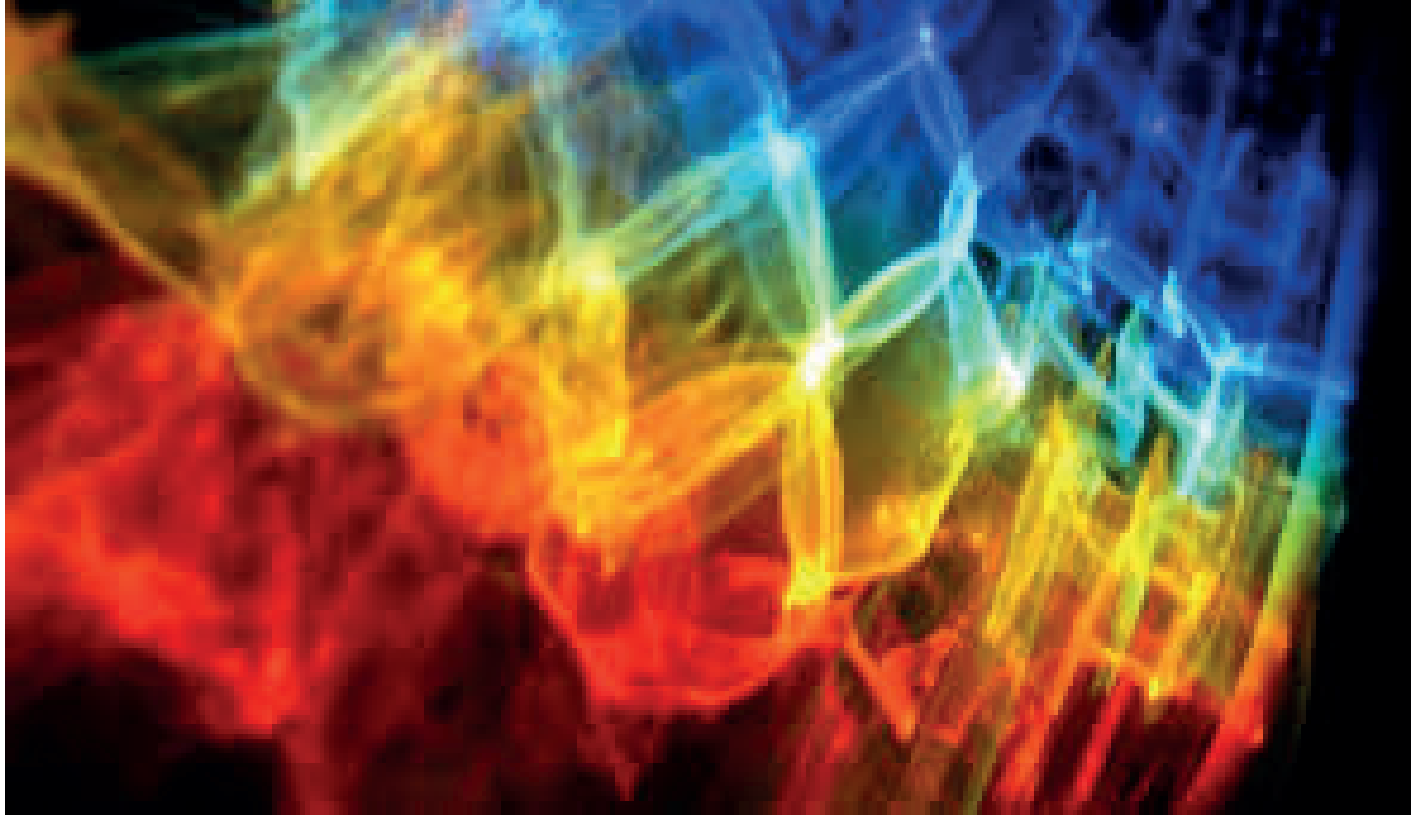
currente que le realizo a los alumnos de terapia física y las respuestas son sorprendentes en todos los sentidos, siendo estas desde indicar que la luz es lo que vemos, hasta decir que la luz es lo que mueve al mundo.

En realidad el concepto de *luz* implica utilizar modelos abstractos de la ciencia, en una definición mas exacta podríamos decir que la *luz* es la parte del *espectro electromagnético* que el hombre es capaz de percibir, al cual es sensible, y por supuesto que esto

se traduce en “*colores*” es decir, el ser humano capta la luz en sus diferentes colores.

Para entender mejor este concepto recordemos a los modelos atómicos, el más utilizado actualmente es el modelo atómico de Niels Bohr, que por cierto en el 2013 cumplió la nada despreciable edad de cien años de postulado, este nos refiere que los electrones de un átomo están acomodados en diferentes niveles energéticos y estos niveles solo tienen un número específico de electrones al cual dar cabida, por ejemplo 2 electrones para la primera orbita, 8 para la segunda, 18 para la tercera 38 para la cuarta y así sucesivamente, estos niveles energéticos no permiten la presencia de mas electrones salvo los que están estipulados con anterioridad, pero si una energía los afecta, o en términos físicos, si una energía estimula o excita a un átomo es posible que este equilibrio se pierda, y por algunas fracciones de segundo las orbitas se encuentren saturadas o desequilibradas, una onda de energía generada por el propio átomo estimulado regresará automáticamente a los electrones a sus lugares de origen, pero esta energía se generará como un impulso, un “*impulso electromagnético*” que se conoce





como *quantum electromagnético*, esta energía viaja desde el interior del átomo excitado a todas direcciones en forma de onda, parecido al fenómeno que ocurre cuando lanzamos en el centro de un cuerpo de agua una piedra, la onda expansiva se mueve a todas direcciones desde el centro del estímulo a toda la periferia del líquido, de la misma manera esta energía viaja de forma ondulatoria pero nada menos que a la sorprendente velocidad de 299,792,458 km/s a esto se le conoce como fotón, dependiendo del átomo que lo genere es que tendrá diferente longitud de onda, y esta van desde mili-Angstrom hasta kilómetros entre cresta y cresta, es esta variedad de longitudes de onda nos genera lo que conocemos como *espectro electromagnético*.

El espectro electromagnético es clasificado en relación a su frecuencia y longitud de onda. Y van desde los 10 nanómetros de longitud de onda en los *rayos gama*, hasta los de extra bajas frecuencias de 10,000 a 100,000 km.

Lo que entendemos como *luz* es entonces parte del espectro electromagnético

que es visible para el humano, va del color violeta con 380 nm de longitud de onda hasta los 750 nm del rojo, pasando por el azul, verde, amarillo y naranja.

En la rehabilitación damos uso a parte del espectro electromagnético como herramienta de tratamiento. Utilizamos al **LÁSER terapéutico** que va de los 890 a 1060 nm como medio analgésico y de reparación tisular, radiamos con *luz infrarroja* de 750 a 850 nm para generar calor. También en ocasiones usamos el espectro del *ultravioleta* para acciones germicidas o de esterilización. Y no olvidemos de la radio frecuencia para generar calor profundo como las ondas de *D'Arsonval*, *diatermias* o *microondas*, mismas que son usadas en sus diferentes modalidades.

El año 2015 fue considerado el “*Año de la Luz*” por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas debido a que en este año se conmemoran varias fechas, se recuerda entre otras a los 1,000 años de los estudios sobre óptica de Ibn Al-Haytham reconocido como el padre de la óptica que inicio sus estudios de la luz en el 1015.

También se recuerda 150 años de los “Postulados de Maxwell” en relación al espectro electromagnético, o a los 200 años de la noción de Fresnel al concebir la luz como una onda y a los 100 años de la teoría fotoeléctrica del Einstein que explica el comportamiento de los fotones.

La luz y en consecuencia todo el *espectro electromagnético* es una de las energías mas utilizadas en la actualidad por el hombre, ya que le permite entre otras muchas cosas generar vías de telecomunicaciones, métodos de diagnóstico y tratamiento, herramientas de medición, calor e incluso bélicas, así como una excelente instrumento para crear arte y estética.

No se concibe a la vida y a la tecnología actual sin el uso del espectro electromagnético en todas sus modalidades y sobre todo no podríamos conocer la realidad sin la *luz*, ya que sin esta no podríamos ver los paisajes, los animales o los rostros de nuestros seres amados.

Recordemos pues este año como el “*Año Internacional de la Luz*” y que nunca se acabe.



La VISTA, una compañera que creemos ASEGURADA

E.T.L. Ma. Fernanda Cuevas Arias

“No hay nada en el conocimiento humano que antes no haya pasado por nuestros sentidos”
Juan Jacobo Rousseau

Miro el reloj...
 Son las 4:00 p.m.
 Es entonces que el Profesor Arturo Corte se acerca y me dice:

- “Vamos, te voy a presentar a mis alumnos”-

Desde lejos veo como Juan guarda su guitarra y toma el hombro del profesor para dirigirse hacia mí.

Nos encontramos en la comida de graduación de alumnos del CBTIS a la cual la Licenciada Rosa Juárez y el Profesor Arturo me permitieron asistir; luego de las presentaciones correspondientes y de bromear un poco, Juan y yo nos dirigimos a unas

mesas alejadas del ruido y el comienzo a contarme su historia:

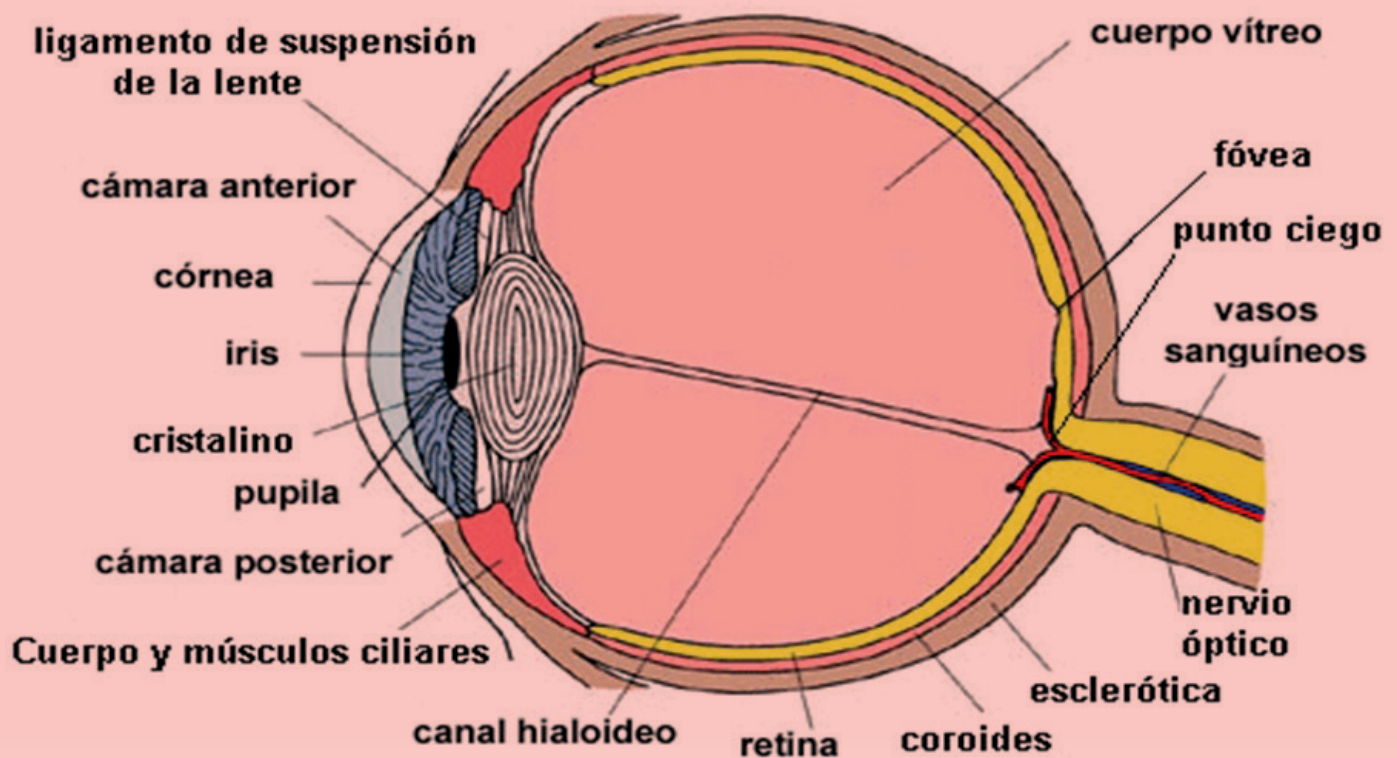
Juan tiene 55 años y es originario de Veracruz, debido a complicaciones nació a los seis meses, esto le dejó secuelas, nunca vio con el ojo derecho y requirió lentes y lupa para ver con el ojo izquierdo, sin embargo esto no le impidió desenvolverse con normalidad; cursó la primaria en el Centro de Rehabilitación para Ciegos y Débiles visuales en Coyoacán, en ese entonces aún era débil visual, viajaba, aprendió a andar en bicicleta, asistió a la escuela, se casó y tuvo dos hijos. Hay que recordar que las personas con ceguera son aquellas que no ven nada en absoluto o solamente tienen la sen-

sación de luz y la oscuridad, pero no de la forma de los objetos, mientras que una persona con debilidad visual es aquella que puede ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta.

Hace aproximadamente doce años Juan perdió la vista; un día despertó y no podía ver aún con los lentes y la lupa, esto fue debido a un problema de cataratas, fue operado y un año después le realizaron un trasplante de córnea, pero la pérdida visual continuó.

Existen diversas enfermedades que afectan el sentido de la vista y pueden ser:

Hereditarias	Congénitas	Adquiridas
Miopía degenerativa Albinismo Acromatopsia Aniridia Retinoblastoma Retinitis pigmentaria Daltonismo Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo:	Distrofia Endotelial Glaucoma congénito Cataratas congénitas	Por traumatismos Por vicios de refracción Por afecciones oculares Por enfermedades infecciosas: meningitis, sífilis, varicela, rubéola, toxoplasmosis, viruela. Por enfermedades No infecciosas: tumores, hipertensión, diabetes, intoxicaciones



La pérdida de la vista por la que Juan paso no fue nada fácil, pues le esperaba el hecho de no desplazarse normalmente y no poder ver lo que le rodeaba:

- “Con el tiempo lo acepte, pero creo que es más duro perder la vista que nacer sin poder ver”- como me repitió varias veces durante nuestra conversación:- “Mientras haya vida hay que encontrar la manera de seguir”- Mi entrevistado ha conocido a personas que han perdido la vista y que no han logrado superar la depresión que esto les causa, pues casi todos estamos acostumbrados a guiarnos sólo de forma visual y es difícil adaptarse al cambio.

Nosotros podemos ver gracias a que los ojos ingresan estímulos luminosos que se transforman en impulsos eléctricos que posteriormente son conducidos al cerebro por medio del nervio óptico

Algunas de las estructuras del ojo son:

- **Córnea** es una estructura transparente y constituye el elemento refractivo principal del ojo.
- **Humor acuoso** es un líquido claro que ocupa el espacio entre la córnea y el cristalino.
- **Pupila** es la abertura dilatable y contráctil en el centro del iris por la que pasan los rayos luminosos.
- **Cristalino** es un cuerpo lenticular, transparente, situado entre el humor acuoso y el cuerpo vítreo.
- **Humor vítreo** es la sustancia que llena la cámara posterior del ojo, detrás del cristalino.
- **Retina** es la membrana más interna de las tres que forman el globo ocular en la cual se proyectan las imágenes.
- **Iris** es la membrana pigmentada que controla la cantidad de luz que entra en el ojo
- **Conos** son células fotosensibles situadas en la retina encargadas de interpretar los colores
- **Bastones** son células fotoreceptoras presentes en la retina encargadas de la visión en condiciones de baja luminosidad.

Juan me comentó que una persona ciega no solo se enfrenta a la depre-

sión, también a los problemas. Algunos de los retos a los que se ha enfrentado han sido cuando se desplaza por la ciudad; en ocasiones realizan obras de construcción en alguna calle, y cuando pregunta a los peatones por alguna dirección, estos lo ignoran o cuando se sube al transporte público y el chofer no le indica correctamente dónde hay asientos disponibles; pero los retos no se limitan al desplazamiento, también se encuentran en la falta de cultura de las personas ya sea en el supermercado, en el hospital y en muchas más dependencias.

Me dice que para todas las personas con discapacidad es necesaria una institución que les brinde trabajo y que no le agrada que personas ciegas pidan dinero en la calle ya que -“Lo único que se ha perdido es la vista”-. También me comenta que en México se necesita tecnología que en otros países ya existe, pues cosas que para muchos pudieran parecer tan simples como sacar dinero del cajero, servir leche en una taza o ver la hora en el reloj se complican cuando ésta se pierde.

Algunos de los recursos que los ciegos y débiles visuales utilizan como apoyo para su educación y desplazamiento son:

- **Sistema Braille:** Es un sistema de lectoescritura táctil estructurado sobre seis puntos. Este sistema incluye letras, números, signos numéricos, signos de puntuación e incluso notaciones musicales.
- **Perros guía:** Son perros entrenados que brindan ayuda a las personas a desplazarse, así como en quehaceres diarios.
- **Batón blanco:** Es un instrumento que permite un desplazamiento autónomo ya que gracias a sus características de diseño y técnica de manejo facilitan el rastreo y detección de obstáculos.
- **Educación sensorial:** Se refiere al conocimiento que obtenemos por medio de los sentidos y posteriormente registramos para su uso práctico, incluye también la kinestesia, el equilibrio, la cinestesia y las sensopercepciones álgicas.

Juan siempre le tuyo amor a la música, pero nunca imagino que viviría de ella, ingresó a la Facultad de Música de la BUAP, aunque no concluyó sus estudios. Actualmente trabaja cantando en eventos, restaurantes y en

fiestas particulares, esto lo ha llevado incluso a la radio y la televisión y a que todos en su colonia lo conozcan y bromeen con él, pero esto no se limita únicamente a sus vecinos, pues ya sea con profesores, amigos o compañeros él aprovecha cada oportunidad posible para hacerlos reír con alguna broma.

Aproveché nuestro encuentro para desmentir algunos mitos y aclarar dudas, por ejemplo:

- **La ceguera NO es contagiosa a menos que sea por una infección que llegue directamente a los ojos. Podemos tocar y ayudar a las personas ciegas sin temor a contagiarnos.**
- **No todos los ciegos conocen el sistema Braille.**
- **Existen dos maneras para ayudar a una persona ciega a cruzar la calle, la primera es tomar su brazo y la segunda es permitiéndole tomar el hombro o codo de quien lo está guiando.**
- **Si bien las personas ciegas requieren ayuda para diversas tareas, también pueden realizar muchas más de manera independiente como cocinar o desplazarse.**
- **Los sentidos del oído y del tacto se desarrollan mucho.**
- **Cuando se habla con una persona ciega hay que hacerlo con un volu-**

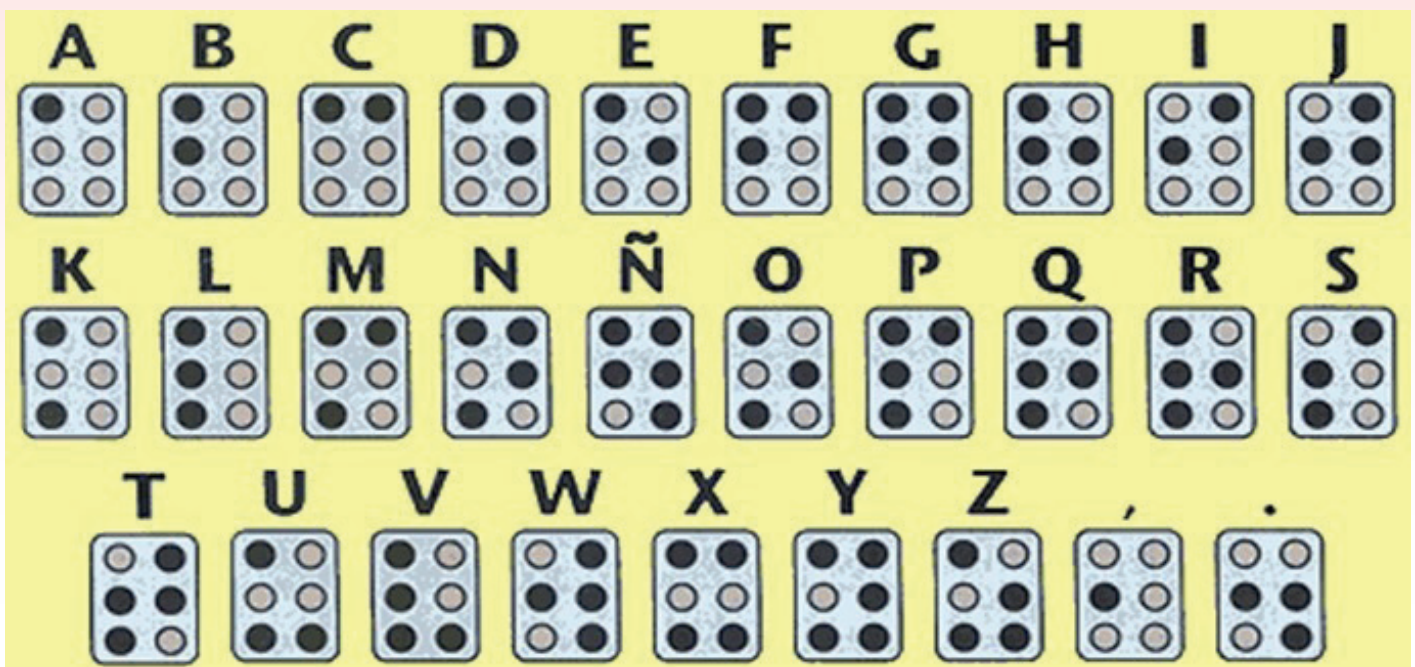
men normal de voz.

- **Los billetes no son tan fáciles de distinguir al tacto.**
- **No pueden distinguir el color de los objetos o de la ropa con el tacto.**
- **Cuando se dirigen a ellos prefieren que les hablen y no que les toquen el hombro o el brazo.**

Vuelvo a mirar el reloj y descubro que ha pasado casi una hora, es entonces que me despido de Juan pero no sin antes agradecerle por su tiempo y por compartirme su experiencia de vida, aclarar mis dudas con respecto a la ceguera y por hacerme reír. Le prometo seguir investigando más acerca de las personas con discapacidad visual. También agradezco a la Licenciada Juárez por recibirme y así poder realizar ésta entrevista.

Salimos juntos del CBTIS, lo veo alejarse y me permite confirmar que hay personas que luchan día con día por superarse y vivir dignamente a pesar de las circunstancias adversas...

Gracias, Juan por esta lección de vida y por permitirme confirmar que tenemos algo que casi no apreciamos: **LA VISTA, UNA COMPAÑERA QUE CREEMOS ASEGURADA.**



CUANDO EL QUE CUIDA SE DESCUIDA

LTF: Rafael Vidal Rodríguez
PTF: Nancy Cecilia Gómez Cruz

Un día le dije a una paciente: “La mejor medicina para los humanos es el amor”, pero ella me contestó: ¿Y si no funciona? Yo sólo sonreí y respondí: “Aumenta las dosis”. Anónimo

El cuidador un héroe enmascarado... A diario ocurren hechos dignos de mención lamentablemente “las buenas noticias, no suelen ser noticia”, sin embargo como terapeutas físicos tenemos la tarea de reconocer una gran labor donde el protagonismo lo deja el enfermo y lo toma el cuidador, mercedamente, por su ayuda, sus vivencias, carencias, necesidades e incluso malestares.

Al formar parte importante en el proceso de rehabilitación y/o acompañamiento del paciente nuestra labor re toma sus objetivos (prevenir, mejorar y mantener) cuando una persona se enfrenta al riesgo de perder y/o alterar transitoria o permanentemente el adecuado desarrollo de sus funciones físicas nuestra atención debe dirigirse inmediatamente a él o ella, tal es el caso de las personas involucradas en el cuidado del paciente, es verdad, nos enfrentamos al reto del manejo de su tratamiento, sin embargo no debemos olvidar a nuestro principal apoyo, a su entrega, compromiso y abnegación con el paciente “**el cuidador primario (CP)**”.

“Ama hasta que te duela. Si te duele es buena señal” Madre Teresa de Calcu-



ta. A veces este “amor” se convierte en un “dolor silencioso”, de deterioro por el cual atraviesa el cuidador primario.

¿Quién es el cuidador primario?, Es la persona que está siempre cerca del paciente, tiene un papel primordial en su tratamiento, bienestar y recuperación, ya que toma decisiones en relación con la salud del paciente y ayuda a cubrir sus necesidades básicas, lo que lo convierte en una figura necesaria para su cuidado.¹ Existen diferencias entre los cuidadores primarios informales familiares y los cuidadores primarios formales, el cuidador Informal según Wilson «Es aquella persona que de una manera voluntaria y decidida, toma la opción de convertirse en cuidador de ese otro que se encuentra limitado en sus recursos para enfrentar las demandas del mundo». El cuidador primario informal; es quien sin recibir una retribución económica ni capacitación previa para la atención del paciente cumple este rol, por otro lado los Cuidadores Primarios Formales son integrantes del equipo de salud, capacitados para dar un servicio profesional remunerado por tiempo limitado.²

EL peso de este “título” es la demanda incesante y gradual que requiere el paciente (con enfermedades crónicas y/o degenerativas), siendo el Cuidador Primario quien cubre parcial o totalmente sus necesidades, que de continuar con este exigente rol el desgaste, físico, mental y social resultara en una situación que complicara el panorama personal y familiar del cuidador, la aparición del **Síndrome de sobrecarga del cuidador (SSC)**; concepto tomado del inglés burden, que se ha traducido libremente como “estar quemado” descrito en 1974 por Freudenberguer.

Los Problemas psicosomáticos no son menos importantes ya que la gran mayoría de los cuidadores desarrolla problemas, como dolores de cabeza y de otras zonas (en su mayoría “algias”, lumbalgias, cervicalgias etc.), falta de apetito, temblor fino, problemas gástricos, sensación de falta de aire o ahogo, arritmias, palpitaciones, sudoraciones, vértigos, alergias inmotivadas, trastornos del sueño, fallas objetivas en la memoria, sobrecarga, restricciones sociales, así como

las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo” (Dillehay y Sandys, 1990).

Así es como el cuidador puede estar en el papel de paciente enmascarado bajo la sombra de un diagnóstico inesperado, el síndrome de sobrecarga del cuidador, impactando nuevamente a la familia, la repentina aparición de este “mal”, perturbando la relación con los integrantes de la misma.

Motivos sobran para no devaluar la crisis que representa para el cuidador primario la situación, por el contrario hemos de estar alertas a todas las señales que nos ayuden a identificar los síntomas del síndrome, para la pronta detección del mismo, y el abordaje de estrategias que ayuden a prevenir o apoyar en el tratamiento de su corrección. Debemos identificar las fases de adaptación a la situación por las que pasa el cuidador para nuestra oportuna intervención:

Fase 1 de negación o falta de conciencia del problema, un medio para controlar miedos y ansiedades, evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo.

Fase 2 de búsqueda de la información, son muy comunes sentimientos de “malestar” por la injusticia que supo-

ne el que les haya “tocado” a ellos vivir esa situación. Comienza a buscar información sobre la enfermedad de su familiar, consecuencias, secuelas y medios de ayuda.

Fase 3 de reorganización, la vida suele perder el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida. Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado.

Fase 4 resolución, en esta fase aprenden a cuidar mejor de sí mismos, están dispuestos a buscar ayuda, dedican tiempo a realizar actividades recreativas y sociales.

Durante el proceso anterior el cuidador experimenta síntomas objetivos y subjetivos esto nos exige estar alertas y diferir los tipos de sobrecarga que existen, la sobrecarga subjetiva; trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, di-

ficultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, aislamiento, pérdida del interés, dificultades para concentrarse y alteraciones de memoria. Sobrecarga objetiva; tiene relación con el desempeño de actividades de autocuidado de la vida diaria que el paciente no puede realizar por sí mismo manifestándose en complicaciones de salud y malestares musculoesqueléticos para el cuidador primario.

Lo anterior posiblemente es el resultado de la falta de sostén al cuidador, como bien lo señala Manuel Mata Moreno en su libro “DIARIO DE UN INFORTUNIO”;

<<Esta claro que el cuidador puede apoyar y dar afecto al enfermo y a los demás, pero como persona humana necesita una red de sustento adecuada y cuando esta falta las consecuencias pueden ser nefastas>>

Haciendo referencia a la substancial labor de estos héroes enmascarados la siguiente metáfora nos ilustrara el panorama:

“Reunidos a la sombra de un gran árbol se encontraba un grupo de discípulos en torno a su maestro.

Uno de los discípulos dijo: - Maestro, explícanos qué es el Infierno.

El maestro meditó unos segundos y habló así: - El Infierno es un lugar al que llega gente hambrienta. Se les sitúa atado por la cintura a un metro de distancia de una mesa repleta de los más exquisitos manjares. Se proporciona a cada comensal cubiertos de un metro de largo que permiten alcanzar la comida, pero de ninguna manera llevársela a la propia boca. El lugar es dantesco, la comida cae una y otra vez frente a los hambrientos. Todos los que rodean la mesa rugen de hambre



y rabia. Se miran unos a otros con ansia e ira. Los alaridos de desesperación taladran los oídos hasta la locura. ¿Os hacéis ya una idea de lo que es el Infierno?

El mismo discípulo que se había cuestionado el Infierno, preguntó:

- Y entonces..., ¿cómo es el Cielo?

A lo que el maestro respondió: - El Cielo es un lugar semejante en el que encontraremos las mismas sillas distanciadas de la mesa, los mismos cubiertos de un metro de largo, las mismas deliciosas viandas..., pero aquí los hambrientos comensales se distribuyen la comida mutuamente. Uno le pide al de enfrente lo que desea y, a su vez, proporciona al otro lo que éste elige. Aquí no hay gritos, sino sonrisas de agradecimiento. Tampoco hay desesperación, sino confianza”.

Las personas como los cuidadores son los que **nos alejan del «infierno» y nos acercan un poquito más al cielo.** Ya que el cuidador primario esta dispuesto a darse por completo adquiere una gran carga física y psíquica exponiendo su salud a constantes riesgos los más comunes son: cardiopatías, cefaleas, cervicalgias y lumbalgias como consecuencia de su tarea, pu-

diendo llegar a enfermar, complicándose aún más la calidad de vida de ambos. Situación que ha motivado la creación de manuales de información para brindar apoyo a través de pautas claras, se encuentran una serie de “normas biomecánicas” invitando y sugiriendo al cuidador Primario favorecer las buenas prácticas y prevenir lesiones o gastos energéticos innecesarios, ejemplo de ello es él; **MANUAL BUENAS PRACTICAS LA TAREA DE CUIDAR: HIGIENE POSTURAL, MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIAS**, y más literatura sobre ello con el fin de proporcionar conocimientos básicos que aplicados en el día a día harán que el cuidador optimice sus esfuerzos con la finalidad de mejorar su calidad de vida y que al mismo tiempo que realiza sus tareas de atención con eficacia, no se olvide de sí mismo.

Podemos ayudar si le recordamos al cuidador:

Que cuidar y cuidarse significa; compartir el cuidado con otras personas de la familia o mediante ayuda remunerada, que debe estimular a la persona dependiente para que sea lo más autónoma posible, evitar hacer por el enfermo todo lo que pueda hacer por él mismo, intentar no tener que re-

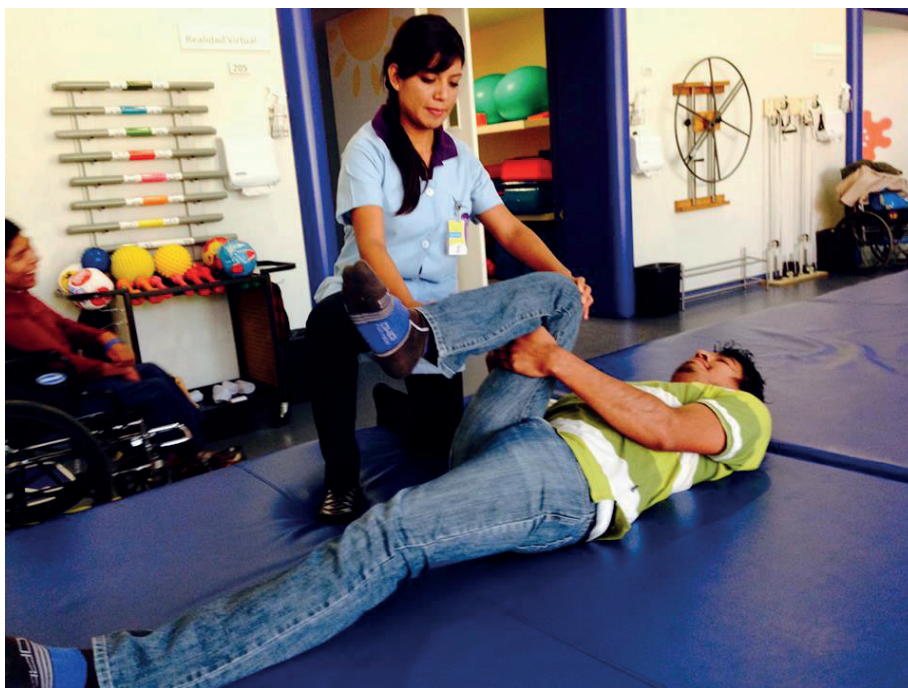
nunciar a su trabajo porque el cuidado del familiar lo ocupa todo el tiempo y dato significativo mantener sus relaciones sociales y de amistad, ya que necesitara el apoyo emocional de las personas que lo quieren, debemos recordarle que es necesario reservar tiempo para uno mismo: hacer las cosas que le gustan, distraen o relajan y sobretodo no debe descuidar las relaciones en la vida familiar.

CONCLUSIÓN:

Como fisioterapeutas no debemos limitarnos a un conjunto de procedimientos o técnicas. Si bien es verdad que existen protocolos de atención también debemos integrar un conocimiento más profundo del ser humano. Por ello es fundamental tratar a las personas desde su globalidad biopsicosocial por la estrecha relación entre estos tres y tener una mirada panorámica de atención no solo del enfermo, también del cuidador que sin duda es un ser con el derecho de cubrir sus principales demandas de atención, reconocimiento y ayuda.

REFERENCIAS:

- 1 Ostiguín-Meléndez, R. M., Rivas-Herrera, J. C., Vallejo-Allende, M., Crespo-Knopfler, S. & Alvarado-Aguilar, S. (2012). Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(1) 9-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224287002>
 - 2 Martínez I. et al. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.*, 20, 24. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2008/mf081d.pdf>
- Montaña, M., Alcántara, V., Monterentes, M. & de Lorza N.. (2005). Etapas de adaptación al paciente. En *Manual del cuidador de enfermos de alzheimer* (pp.268-269). España: Mad, S.L.
- Mata, M., (2014). *Diario de un infortunio; Relato del cuidador en casos de ictus.* España: Createspace.
- Ripol, E.. (2012). *Buenas prácticas: tarea de cuidar higienes postural, movilización y transferencias.* Argentina: ArpIrelieve S.A.





Mayoly Ruiz Rocha
Alumna de 8º Semestre
Terapia Física
Certificada en SGA y en
STOTT Pilates Rehab Mat

• *“Encontrarse bien debe tomarse al pie de la letra, a saber, ¿Cuáles son las sensaciones que recibo de las diferentes partes de mi cuerpo?”*, así Philippe E. Souchard hace referencia a la importancia de escuchar al cuerpo, desarrollar la sensibilidad, y el sentido de observación personal.

El Lic. Rubén Fernández en su conferencia “La RPG y la Fisioterapia moderna basada en la evidencia” habla acerca del nuevo paradigma de la fisioterapia y el dolor crónico, el cual propone reeducar al cerebro y gestionar nuestra consciencia corporal.

La lucha constante de la postura contra la gravedad provoca rigidez y acortamientos musculares, que afectan de forma progresiva la postura y facilitan la aparición de problemas estructurales a nivel articular, como la escoliosis, y el dolor crónico.

El doctor Aitor Loroño en su artículo “Los cinco principios del SGA” menciona que aproximadamente el 80% de la población sufrirá dolores de espalda en algún momento de su vida, y las estadísticas van en aumento. La problemática de padecimientos como éste, no es sólo la frecuencia, sino los

STRETCHING GLOBAL ACTIVO (SGA): UNA HERRAMIENTA MÁS DE LA REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL (RPG) PARA LA REHABILITACIÓN



tra-
tamientos tradicionales que resultan poco efectivos, o resultan ser soluciones temporales, por lo que el paciente reincide, o en algunos casos se convierten en padecimientos crónicos que terminan en cirugías.

El Stretching Global Activo (SGA) se creó a partir de la Reeducción Postural Global. La RPG nace en 1980 con la primera publicación del libro “Le Champs Clos” creada por Philippe Souchard. Esta técnica es utilizada como una herramienta rehabilitadora para mejorar el rendimiento deportivo, en combinación con la RPG, por ello se convirtió en una herramienta de interés en la medicina de rehabilitación y en la medicina deportiva.

El SGA se basa en el trabajo por cadenas musculares, las cuales rigen nuestras actividades hegemónicas, automáticas o semiautomáticas, como la respiración, la alimentación y la bipe-

des-
tación, las cuales todas son funciones sobreprotegidas por la musculatura estática.

La técnica consiste en la aplicación de posturas las cuales se dividen en familias en función de la apertura o cierre del ángulo coxo-femoral, y de la apertura o cierre de miembros superiores. Cada postura se debe de trabajar de forma individual y en base a las necesidades del paciente.

El SGA se diferencia de los estiramientos analíticos por cinco principios:

1. Los músculos se organizan en cadenas musculares:

Cada músculo o grupo muscular forma una red o malla, por lo tanto, un estiramiento local provocará una

compensación en otra zona de la cadena de forma obligada. Por lo tanto, para lograr un estiramiento global es necesario estirar ambos extremos de la cadena, y así controlar posibles compensaciones mediante correcciones más simples.

2. Cada músculo tiene varias fisiologías o direcciones de trabajo:

Solo una acción cualitativa puede ser global, es decir, se debe flexibilizar a los músculos en sentido contrario a su fisiología, y considerando ambos extremos de la cadena. Por tanto, el SGA se basa en una tracción axial suave, mediante una tensión cualitativa no analítica.

Diversos trabajos han demostrado que las contracciones excéntricas proporcionan grandes beneficios en el RPG, en comparación a los estiramientos pasivos, pues proporciona el alargamiento del sarcómero, aumentando la síntesis de colágeno y disminuyendo el dolor.

3. El estiramiento ganado tras la tracción es directamente proporcional al tiempo de tracción.

El alargamiento esperado se da a nivel de diferentes fibras conjuntivas y elásticas, cuanto mayor sea el tiempo de tracción, se obtendrán mejores efectos. De esta forma se suprimen los riesgos y la activación del reflejo miotático.

El Dr. Solomonow asegura que se debe de mantener una exposición al estiramiento de al menos 20 minutos para lograr el efecto de fluage en un tejido humano vivo. Por ello es trabajada una misma postura un periodo largo de tiempo.

4. Los estiramientos son siempre activos y globales.

El trabajo activo es necesario, pues la

rigidez de los músculos está ligada a la hipertonia de los husos neuromusculares y la retracción del tejido conjuntivo. Las articulaciones siempre se verán afectadas y comprimidas, si existe rigidez y acortamientos en los músculos.

5. La respiración es el motor del estiramiento.

Se hace especial énfasis en el trabajo respiratorio correcto durante cada postura, basado en tres tiempos espiratorios para alargar los músculos inspiratorios.

Beneficios

Con el trabajo de SGA también provocamos de forma simultánea la contracción muscular, por lo tanto, trabaja la fuerza durante la postura y mejora la circulación sanguínea. Las contracturas musculares tienden a disminuir y se logra mayor conciencia corporal, no sólo durante el trabajo de las posturas, sino también en las AVDH, debido a que se trabaja con los desequilibrios musculares. El trabajo global de las posturas, ha permitido que sea utilizado con buenos resultados en problemas de lumbalgia crónica por cuestiones posturales, inestabilidad lumbar o espondilolistesis, así también, ha sido utilizado para disminuir los dolores lumbares durante y después del embarazo.

El RPG y el SGA permiten disminuir notablemente lesiones deportivas y de índole laboral y postural. El SGA

comparte los principios de la RPG, y por ello, se diferencia de la práctica de otro tipo de estiramientos clásicos, o la práctica de cualquier otra disciplina como el yoga o del fortalecimiento tradicional, y son también estas bases, las que le permiten ser una herramienta más, con enfoque preventivo, rehabilitador y de mantenimiento.

Bibliografía

- Fernández Rubén. La RPG y la Fisioterapia moderna basada en la evidencia. Relaciones. Boletín N° 15 VII Congreso internacional de RPG. 2012
- Useros García y M. Campos Aranda. Estiramientos analíticos y stretching global activo en clases de educación física Departamento de Bioestadística y Departamento de Fisioterapia, Universidad Pública de Murcia, Murcia, España 25 de octubre de 2010; aceptado el 17 de febrero de 2011
- Elizalde Daniela. Lumbalgia en embarazadas. Universidad de FASTA. Facultad de Ciencias Médicas, Licenciatura en Kinesiología 2012.
- García López Héctor. Stretching global enfoque rehabilitador. <http://www.efisioterapia.net/articulos/stretching-global-enfoque-rehabilitador>
- Souchard Ph. Stretching Global Activo (I). De la perfección muscular a los resultados deportivos. 5º edición. Barcelona: Paidotribo; 2010
- Souchard Ph. Stretching Global Activo (II). De la perfección muscular al éxito deportivo. 2º edición. Barcelona: Paidotribo; 2002



TDAH Trainer

TDAH Trainer Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

M.M. Oscar Meléndez Zárate

Los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) vienen definidos por la presencia de tres síntomas fundamentales: 1. Disminución de la atención. 2. Impulsividad. 3. Hiperactividad. En realidad es mucho más que un trastorno. Es un síndrome de dimensiones enormes, que alcanza una gran cantidad de facetas y se debería denominar “Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (SDAHA) con mucha más propiedad que TDAH.

El TDAH se está convirtiendo en uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes, en cuanto a morbilidad y discapacidad, que afecta a niños y adolescentes. Afecta al menos al 5% de los niños en edad escolar y representa entre un 20% y un 40% de las consultas en los servicios de salud mental infantil. Basta este dato para comprender que su impacto social es muy grande tanto por la tensión generada sobre las familias, el efecto sobre la autoestima y el desarrollo de los niños, cuanto por la repercusión sobre la organización asis-

tencial, los profesionales sanitarios y los educadores.

Método TCT

El Método TCT (Tajima Cognitive Training) es un método desarrollado por el Dr. Kazuhiro Tajima Pozo, que trata de mejorar y potenciar la capacidad cognitiva, a través de ejercicios cognitivos de carácter lúdico. Este método trata de desarrollar un entrenamiento cognitivo diario, de 10 minutos diarios, centrándose en mejorar las áreas cognitivas, sin ser percibido por parte del usuario como un ejercicio o una terapia, sino más bien como lo contrario.

El método se ajusta individualmente a los resultados obtenidos por el usuario, en relación con sus resultados anteriores, pero también en comparación con los resultados de otros usuarios, estableciendo percentiles y medias. Por ejemplo se fomentará más el cálculo y la atención, si el usuario falla más en estas áreas, o se si obtienen percentiles inferiores a la media comparativa.

Las principales ventajas del método TCT con respecto a otros métodos de estimulación cognitiva tradicionales son:

- Mejora la motivación. Uno de los principales problemas que surge en las personas con mermas cognitivas, suele ser la falta de constancia la hora de desarrollar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido. Al mejorar la motivación, y ser concebido por parte del usuario como un ejercicio lúdico (en el caso de los niños como si fuera un videojuego), se mejora la constancia en la realización de los ejercicios.
- Existe un afán de superación propio mediante puntuaciones basadas en los resultados propios y en percentiles de otros usuarios

TDAH Trainer

TDAH Trainer no es un videojuego, es una potente aplicación terapéutica de estimulación cognitiva, diseñada para niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En su

desarrollo ha participado el Dr. Kazuhiro Tajima, psiquiatra infantil, experto en el abordaje del TDAH ofrece un plan personalizado y diario de entrenamiento cognitivo. La finalidad terapéutica de TDAH Trainer, es la de facilitar un entrenamiento cognitivo diario, lúdico, y que se pueda realizar en cualquier lugar y momento del día, de ahí, que se haya pensado en una aplicación diseñada para dispositivos móviles y tablets.

Las principales ventajas de la utilización de un dispositivo móvil o tablet, con respecto a otros métodos de estimulación cognitiva tradicionales en el caso de TDAH Trainer son:

se posibilita la realización de un entrenamiento cognitivo en cualquier lugar y momento del día; tiene un bajo Coste, puesto que no existen cuotas mensuales, ni desplazamiento a un centro; los niños interaccionan fácilmente con las nuevas tecnologías, y en concreto los niños con TDAH, suelen evitar aquellas tareas cognitivas que requieran un esfuerzo mental, por lo que al mejora la motivación, y ser concebido por el niño como “un videojuego” se mejora la constancia en la realización de los ejercicios cognitivos.

Al mismo tiempo el afán de superación de los niños, mediante los re-



gistros individualizados, y las puntuaciones basadas en los resultados propios y en percentiles de otros usuarios puede incrementar la motivación en el niño. Los padres pueden acceder fácilmente a los resultados del usuario, a través de la aplicación.

TDAH Trainer va dirigido a niños con TDAH, de edades comprendidas entre los 5 y los 12 años. A pesar de ser un rango de edad muy amplio, la existencia de un registro individualizado y de medias, hace que cada niño se compare con otros niños de su misma edad. La aplicación está diseñada y caracterizada con gráficos y música de un videojuego, para que el niño piense que están jugando a un videojuego, en vez de estar desarrollando un entrenamiento cognitivo.

TDAH Trainer, pretende ser una herramienta terapéutica de soporte y complementaria a cualquier otro tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico en el TDAH. Los padres deben de saber que el tratamiento del TDAH debe ser realizado por un profesional en la materia, y que el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico son las piedras angulares de este trastorno.

Escanea el código QR para ver su funcionamiento.



http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/pdf/TDAH_Manual_Padres.pdf

<http://www.educacionactiva.com/una-nueva-aplicacion-terapeutica-para-moviles-disenada-para-ninos-con-tdah/>





¡MÉXICO se está haciendo VIEJO!

**Dra. Hazel Cordero Perea
Elvia Rebeca Marín Cortés
Stefany Cajas Pérez**

Hace unos días, observábamos en un centro comercial sentadas en una banca, a las personas que recorrían el centro haciendo algunas compras y pudimos observar cómo en cada familia, por lo menos, uno de sus miembros eran personas adultas mayores y dos eran pre-senectos. Esto nos llamó mucho la atención y por tal motivo investigamos qué fenómeno demográfico está ocurriendo.

El envejecimiento de las poblaciones puede definirse como el aumento progresivo del número de personas mayores de 65 años en relación con el total de los habitantes de una comunidad o país, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Según Víctor García (2013), Director General de Estudios Sociodemográficos del Consejo Nacional de Población (CONAPO); en el 2020 la población empezará a envejecer. En este sentido, la OMS (2014) determina que actualmente la esperanza de vida a nivel mundial para las mujeres es de 73 años y para los hombres es de 68 años.

¿Por qué resulta importante la esperanza de vida? La esperanza de vida refleja los avances médicos y tecnológicos, que se están llevando a cabo



en un país, así como la efectividad de sus programas públicos de prevención. México se encuentra en el lugar 58; con una esperanza de vida de 72 años para los hombres y en el lugar 53 con 77 años para las mujeres (OMS, 2014). Esto determina que al aumentar la esperanza de vida, aumenta demográficamente el porcentaje de adultos mayores, por lo tanto, México al igual que otros países está envejeciendo.

Lo anterior se muestra en el siguiente

cuadro en relación con otros países. Cuadro 1 (siguiente página)

Muchas veces no se entiende lo que es ser adulto mayor, y por ende los excluimos de diversas actividades en nuestra sociedad, como ejemplo tenemos el margen que restringe la edad permitida para solicitar un empleo. En México se considera que los adultos dejan de ser productivos a partir de los 45 años, este hecho restringe las oportunidades para las personas mayores, que de acuerdo al imaginario

Hombres			Mujeres		
Clasificación	País	Esperanza de vida	Clasificación	País	Esperanza de vida
1	Islandia	81.2	1	Japón	87
2	Suiza	80.7	2	España	85.1
3	Australia	80.5	3	Suiza	85.1
58	México	72	53	México	77

Cuadro 1. Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 OMS.

Los países con menos de 250 000 habitantes se han omitido debido a la incertidumbre de las estimaciones de la esperanza de vida.

social deberían encontrarse descansando en sus hogares.

Sin embargo, si observamos detenidamente a los adultos mayores de nuestra sociedad mexicana, podemos darnos cuenta de que muchos aún tienen la capacidad para ser productivos e incluso a partir de su experiencia y perseverancia, podrían mejorar las expectativas que tienen algunos empresarios en referencia a los adultos mayores como personas autónomas, independientes y capaces. Esta perspectiva surge a partir de la corriente que actualmente se desarrolla en países envejecidos, denominándose envejecimiento saludable.

Envejecimiento saludable es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad,

con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS, 2001).

Ahora bien, ¿cómo podemos lograr con éxito este envejecimiento? Algunas medidas al respecto pueden ser:

- **Mantener un peso saludable.**
- **Hacer ejercicio todos los días (ya que reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, osteoporosis y demencia).**
- **Comer más frutas, verduras, granos integrales y productos lácteos bajos en grasa.**
- **Reducir el consumo de sal y productos con sodio.**
- **Reducir el consumo de alcohol.**

A partir de este hecho surgen varias

reflexiones, ¿Qué futuro consideras que tendrán los adultos mayores en nuestro país?, ¿Consideras que es un grupo de población que tiene las mismas oportunidades que los jóvenes?, ¿Qué has hecho tú como ciudadano para entender las prioridades de las personas de la tercera edad que te rodean? Quizá no has reflexionado en el hecho de que tú también estás envejeciendo. ¿Te has preguntado qué vas a hacer para mejorar tu proceso de envejecimiento?

“No puedes librarte de envejecer, ya que tu reloj biológico está en funcionamiento”

Referentes:

Organización Mundial de la Salud. (2014). Estadísticas Sanitarias Mundiales. [Versión de Una Mina de Información sobre Salud Pública Mundial]. Recuperado de www.who.int





Historia de Terapia Ocupacional

Álvarez A. Eunice C, Caballero C. Adilene, Cruz L. L. Fabiola, Hernández S. Ma. Dolores, Meneses T. M. Andrea, Pérez C. Ivanhoe, Teutle B. Sarahí, Toribio C. C. Belén, Viveros B. Palmira, asesorados por L.T.O. Aurora Ramírez B. Estudiantes de 5° T.O.

La historia surge desde los inicios de las civilizaciones más primitivas. Escritos antiguos de los años 2600 a.C. refieren que en China las personas pensaban que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y utilizaban el entrenamiento físico para promover la salud.

Alrededor de los años 2000 a.C., los egipcios construyeron templos en los cuales realizaban actividades recreativas donde acudían personas afectadas de “melancolía”.

Años después entre 600 a.C. y el 200 a.C. los científicos Tales de Mileto, Pitágoras y Orfeo, utilizaron la música como un remedio para los distintos males del cuerpo y de la mente. El científico Hipócrates resaltó la relación entre cuerpo y mente. Él decía: “Mente sana, en cuerpo sano”, recomendaba a la lucha libre, la lectura y el trabajo como un beneficiario para nuestro cuerpo y mente.

Conforme el tiempo iba avanzando, se empleaba de manera empírica la terapia ocupacional y fue hasta 1757 cuando se originó en Inglaterra lo que se denomina como “Tratamiento Moral”. El primer médico que utilizó el concepto de Tratamiento Moral y Ocupación en Estados Unidos fue Benjamín Rush, él es considerado padre de la psiquiatría norteamericana, decía que “el hombre estaba hecho para ser activo”, recomendaba el ejercicio, el traba-

jo, y música como parte del tratamiento en personas con enfermedad mental. Para 1860 se inicia un movimiento denominado “Artes y Oficios”.

A finales del Siglo XIX el término Terapia Ocupacional empieza a abrirse campo, aunque todavía está puesto en el ámbito de la psiquiatría.

Durante 1910 en México en el Hospital Psiquiátrico “La Castañeda” se implanta la Terapia Ocupacional como un concepto artesanal, pero con una serie de hábitos y ocupaciones para los pacientes.

Posteriormente en Estados Unidos el 17 de Marzo de 1917 William Rush Dunton, Eleonor Clarke Slagle, George Edward Barton, Susan Cox Johnson y Thomas Bessell Kidner, fundan la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT), designada después American Occupational Therapy Association (AOTA).

La primera terapeuta ocupacional fue Margaret Fulton en Gran Bretaña en el año de 1925.

Hasta 1942 el Hospital Español en México abre amplio programa de Terapia Ocupacional y se crea el Instituto Mexicano de Seguro Social. Un año más tarde en 1943 el Hospital Infantil de México crea el Departamento de Medicina Física y Rehabi-

litación.

En el año de 1945 en el Hospital Ingles bajo el liderazgo de Srita. Ann Myers siendo la coordinadora en ese entonces, se crean las carreras de Terapia Física y Terapia Ocupacional.

Entre los años 1950 y 1951 el Hospital Infantil de México y el Centro de Recuperación Francisco P. de Miranda atienden una Pandemia de Poliomiélitis. En ese tiempo, se crea la Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia de Lenguaje para atender las demandas de la población que fue afectada.

Durante 1955 se crea el centro de rehabilitación musculoesquelético conocido antes como centro de rehabilitación preescolar con secuelas de polio. Se instaura el departamento de Terapia Ocupacional y se origina el curso de terapia ocupacional y terapia física con duración de un año.

Cinco años más tarde, el Instituto Mexicano de Rehabilitación fundado por el Sr. Rómulo O Farril desarrolla el primer proyecto de rehabilitación global, lo que incluía Terapia Ocupacional, Física, y de Lenguaje. Para 1964 en el Instituto Nacional de Protección a la infancia (INPI) ahora DIF, inicia cursos técnicos de Terapia Ocupacional y Física.

En el año de 1970 la Terapia Ocupacional comprendía el uso de técnicas de facili-

tación para sostener el movimiento, y se presumía que después el desempeño mejoraba naturalmente.

En 1993 se crea y funda la APTO (ASOCIACION DE PROFESIONALES EN TERAPIA OCUPACIONAL) la cual es un grupo de terapeutas mexicanos con la finalidad de reunir a todos los profesionales de esta área, para obtener actualización profesional y buscar identidad, reconocimiento e independencia que gozan los terapeutas ocupacionales en otros países.

Para el año de 1995 se crean lo que hoy conocemos como UBR (Unidades Básicas de Rehabilitación) brindando en ellas terapia ocupacional para la mejora del paciente.

Cabe destacar como parte importante de nuestra historia la creación en 1995 de la Escuela de Estudios Superiores en Rehabilitación (E.E.S.R.) en Puebla llevando a cabo orgullosamente la formación de licenciados en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje de manera privada.

El 20 de marzo de 1997 se funda el Instituto de Terapia Ocupacional (ITO). Dos



años más tarde en México, se crea el primer CRIT en el Estado de México, el cual tiene como propósito dar rehabilitación a niños con discapacidad.

En el año 2001 la Escuela de Estudios Superiores en Rehabilitación se transforma en el Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades (CMUCH).

En el 2010 se realiza 1er Encuentro Nacional de Terapeutas Ocupacionales de manera conjunta con el Instituto Nacional de Rehabilitación. Y para el 2012 se lleva a cabo Primer Congreso Nacional de Terapia Ocupacional en colaboración con el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón.

Como podemos darnos cuenta, a través del tiempo la Terapia Ocupacional ha su-

frido muchos cambios y mejoras, aunque no ha tenido el reconocimiento suficiente en México, podemos empezar a trabajar en conjunto con el orgullo que se merece nuestra profesión; desde la formación como estudiantes (investigando, preguntando, proponiendo, actuando y actualizando) hasta el desarrollo en nuestra práctica profesional.

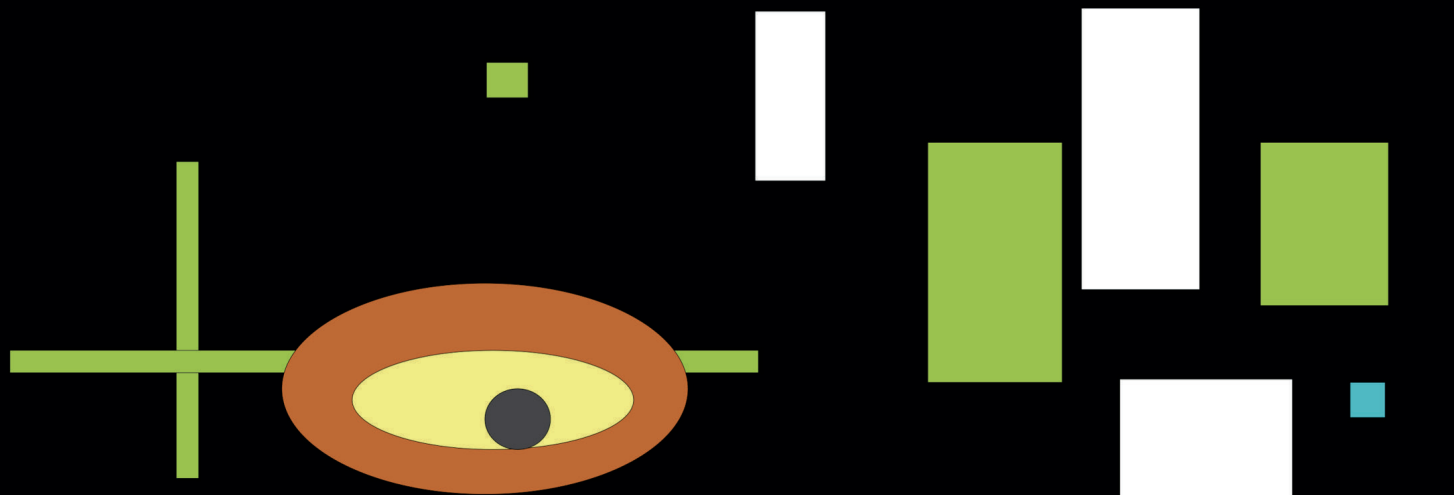
En fin, sabemos que nosotros somos y seremos los próximos en continuar con el crecimiento de nuestra profesión; entonces, hagamos lo que nos toca, siempre dando un extra y así la historia de los profesionales en terapia ocupacional en México será cada vez mayor.

Referencia bibliográfica

1. Historia y filosofía de la terapia ocupacional. En: Turner A, editor. Terapia ocupacional y disfunción física. 5a ed. Madrid (España): Elsevier Science; 2003.
2. Duarte P. Historia de terapia ocupacional. Conceptos Fundamentales de terapia Ocupacional. Madrid (España): Medica Panamericana; 2001.
3. Moruno MP. Perspectiva histórica de la terapia ocupacional. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona (España): Masson; 2003.
4. Blesedell CE, Willard SH, Cohn E, Spackman SC, Boyt SB. Historia de la terapia ocupacional. Terapia Ocupacional. 10a ed. Buenos Aires (Argentina): Editorial Médica Panamericana; 2005.
5. Lic. María del pilar Serrano Hernández. Historia de la Terapia Ocupacional en México. COTEOC. URL disponible en: <http://www.coteoc.org/index.php/quienes-somos/historia-terapia-ocupacional-mexico>.
6. Historia CMUCH disponible en: <http://www.cmuch.edu.mx>







2º BIENAL DE ARTE CMUCH

INAUGURACIÓN 25 **NOVIEMBRE** 2015
PLANETARIO PUEBLA. 7:00 P.M.
PERMANECE AL 31 **ENERO** 2016

TEMA DE LA BIENAL : RENACER: CONCIENCIA Y DIÁLOGO.
TRANSFORMACIÓN DE LAS NUEVAS
GENERACIONES



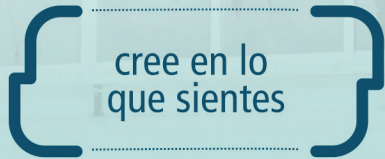
www.bienaldeartecmuch.com
www.cmuch.edu.mx





CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



cree en lo
que sientes

CMUCH, todo lo que puedes ser.



**LICENCIATURA EN
FISIOTERAPIA**



**LICENCIATURA EN
TERAPIA DE LENGUAJE**



**LICENCIATURA EN
TERAPIA OCUPACIONAL**



**LICENCIATURA EN
GERONTOLOGÍA**



**MAESTRÍA EN
GERONTOLOGÍA SOCIAL Y
ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR**



**MAESTRÍA EN
TERAPIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA**



**MAESTRÍA EN
NEUROREHABILITACIÓN**



**ESPECIALIDAD EN
TERAPIA OCUPACIONAL**



LÍNEA DIRECTA CMUCH
(01) 222 409.7990

www.cmuch.edu.mx
contacto@cmuch.edu.mx

41 Poniente No. 109 Col Huexotitla c.p. 72534
Puebla, Puebla T. 409.79.90 al 93



World Federation of
Occupational Therapists