

Visión Halcón



Revista Trimestral del Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades / Año 3; No. 7 / Ejemplar Gratuito



**CMUCH, construye tu futuro.
FISIOTERAPIA DEL DEPORTE**



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



Estudia la
**ESPECIALIDAD EN
TERAPIA OCUPACIONAL**

en **10 módulos.**

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.

Directorio CMUCH

Autoridades:

Dr. Marco Antonio Cubillo León
Director General

Mtra. Rosa Martha Guillén Apreza
Directora Académica

C.P. Nancy M. Abascal Medrano
Directora Administrativa

Mtro. Oscar Meléndez Zárate
Editor

P.P. Froylan Muñoz Morales
*Producción Publicitaria
y Fotografía*

Coordinadores de Sección:

Vinculación

Coordinan:

L.T.L. Lilian Nieto Soto

L.T.F. Lessly Cordero Méndez

M.M. Oscar Meléndez Zárate

Cultura

Coordina: Mtra. Gabriela Carpio Pérez

Entrevistas

Coordina: LCH. Hananis Osorio Gleason

Deportes

Coordina: Dr. Alejandro Martínez Casillas

Escafandra

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

Internacional:

Coordina: M.M. Oscar Meléndez Zárate

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

CONTENIDO:

“La evolución del concepto de género y los diferentes modelos de familia en México”

Dr. Marco Antonio Cubillo León
Página 2

“Papel del fisioterapeuta en el deporte del siglo XXI”

Dr. Alejandro Guillermo Martínez Casillas
Página 6

“Conviviendo con personas con discapacidad visual”

Marisol Tlaxcaltecatl Xochimitl
Yoselin Sánchez Meneses
Lucia Fortunato Fabian
Página 12

“Violencia contra la mujer”

Diana Cecy Mejía Cruz
Página 14

Adrenoleucodistrofia

Dra. Marisol Cortés Moreno
Página 16

“Tendinopatía mecánica y punción seca profunda”

Brayan Flores Raya
Página 18

“Fisioterapia en el síndrome doloroso regional complejo”

Lic. Fernando Castro Armesto
Lcdo. Fabián Beltrán
Página 20

“Relato del abuelo”

Profr. Arturo N. Corte Terán
Página 28

“Campamento de verano influyente 2016”

Roberto Morales Rocha
Página 32

“Del Paraíso a la Vida”

Victoria Hernández Franceschi
Página 36

“Del sentido de la muerte”

Victoria Hernández Franceschi
Página 38

“Entrevista a Rogelio Herrada Martínez, egresado de la licenciatura en Terapia de Lenguaje (Generación 2011-2015)”

Mtro. Oscar Meléndez Zárate
Página 44



LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE GÉNERO Y LOS DIFERENTES MODELOS DE FAMILIA EN MÉXICO

Dr. Marco Antonio Cubillo León
Director General

*Género se ha convertido en una palabrota a la que reaccionan los conservadores.
(Leroux J. Cuestión de Género. Periódico Reforma, 2016)*

En los últimos meses he venido escuchando y leyendo toda una serie de comentarios y consignas que parecieran agrandar las discrepancias entre diferentes grupos sociales de nuestro México y que van relacionadas a las diversas concepciones de lo que entendemos como “género” lo cual incluye, entre otras características, a las preferencias sexuales de las personas. Pareciera que se polarizan las opiniones entre dos bandos: en un grupo están quienes defienden una forma de familia tradicional (entiéndase una familia nuclear caracterizada por estar conformada por un padre, una madre, uno o más hijos) sustentándose en creencias religiosas no siempre bien orientadas y con el pretexto de “defender a la familia” atacan a quienes no piensan como ellos, dentro de este grupo se encuentran quienes conciben al rol de género de acuerdo a la dicotomía tradicional hombre - mujer. En el otro grupo están quienes defienden su derecho a la diversidad tanto en su forma de relacionarse como familia o sociedades de conveniencia, así como asumirse en cuanto a su rol de género des-

de una postura más liberal en la que además de hombres y mujeres existen otras variantes en las que se incluyen homosexuales, lesbianas, bisexuales, transexuales y travestis; pero desde dicha postura critican a aquellos que piensan de una manera conservadora.

En uno u otro caso me parece que existe una buena dosis de desinformación que les hacen “radicalizar” sus posturas en niveles que rayan en comentarios ofensivos que, no en pocas ocasiones, llegan a constituirse en agresiones físicas y psicológicas que en nada favorecen a la sana convivencia social.

En el Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades como Institución dedicada a la formación de profesionales de las áreas social y de la salud, a la investigación y en especial a la formación de profesionales orientados a favorecer la inclusión social de todas aquellas personas en situación de vulnerabilidad nos parece que nos debemos pronunciar al respecto de los acontecimientos anteriormente descritos y lo hacemos

de manera objetiva a partir de los últimos hallazgos de la ciencia. Queremos contribuir a generar opiniones alejadas de prejuicios mismos que difícilmente ayudarán a la construcción de una sociedad sana e incluyente.

Comienzo... Las teorías de género surgen de realidades neuro- atroposociales. Un concepto es el sexo: masculino o femenino, el cual se relaciona con la biología de la sexualidad. Y otro el género: la forma en que esos sexos se conforman en las complejas realidades culturales.

El género lo entiendo como una construcción social no necesariamente natural que permea en todos los rincones del tejido de una sociedad y se refiere al “conjunto de características, oportunidades y expectativas que un grupo social asigna a las personas y que éstas asumen como propio, basándose en sus características biológicas, especialmente en su sexo”. Los roles de género se construyen desde la infancia a través de la crianza y la educación escolar y familiar, y determinan las actitudes y conductas de



hombres y mujeres en la sociedad. De esta forma, su nivel de bienestar que se desarrolla en las diferentes etapas del ciclo vital es resultado de la trayectoria de vida que van siguiendo, así como del contexto social, religioso, económico e institucional que los rodea. De acuerdo con esto, todas las personas a lo largo de su vida se encuentran en diferentes estados de vulnerabilidad de acuerdo con el rol social y cultural y el nivel de protección institucional que la sociedad les otorga (observemos, por ejemplo las situaciones de discriminación de las mujeres). Históricamente, la falta de reconocimiento de las relaciones de género como característica fundamental de la jerarquía social ha actuado como una eficiente barrera para abordar adecuadamente los problemas de equidad que enfrentan los seres humanos.

Por lo que hace a la familia podemos decir que en la actualidad es claro que existen diversos modelos de familia fruto del cambio social acelerado que vivimos.

La familia tradicional formada por una pareja heterosexual con o sin hijos pareciera que tiende a desaparecer. Llama la atención la proliferación del modelo monoparental o aún más el monomarental que hoy se advierte como viable e incluso estable.

Ciertamente no se puede generalizar al hacer un análisis de sus orígenes y funcionamiento pues son heterogéneos fruto de realidades y situaciones de lo más diversas.

Hoy la familia parece más una opción de elección libre, una asociación de personas, cada una con planes individuales, con sus propios intereses y experiencias, su estabilidad se somete a diversos riesgos, limitaciones y presiones cada vez más difíciles de sostener. Las demandas son heterogéneas y lo que parece más difícil de conseguir son los apoyos para las familias monoparentales o monomarentales y en este sentido prevalece la discriminación social e incluso fiscal.

Debemos reconocer que los cambios en la familia en los últimos 40 años

han sido mayores que en los anteriores 20 siglos. Hoy incluso se hace difícil tener una sola definición de lo que se entiende por una familia. Bilbao reconoce 56 formas de familia diferentes.

La familia como la entendíamos tradicionalmente se basaba en factores como la casa, la territorialidad, el parentesco troncal y sus funciones eran la reproducción, protección, educación, transmisión de creencias religiosas, recreación, atención, cuidado, producción económica.

Pero hoy se identifican cambios a nivel de la propia familia que incluyen: la disminución de la fecundidad en casa y el aumento de la misma fuera del matrimonio, el retraso en la edad para contraer matrimonio, el uso de anticonceptivos, el retraso en la edad de los padres para tener el primer hijo, el retraso en el abandono del hogar por los hijos, el mayor número de madres solteras, el aumento de uniones libres y del número de rupturas matrimoniales.

Y la mentalidad a sufrido cambios en cuanto a las ideas de realización personal, la conciencia de libertad individual, los cambios de roles, el individualismo, el deseo de monoparentalidad, sobreprotección e insatisfacción paterna, hijos de fin de semana, hermanas o hijos de diferentes padres obligados a convivir.

Por lo tanto en la actualidad los modelos de familia encuentran estructuras, funcionamientos diversos que intentan regularse por medio de uniones que de hecho sean para formalizar uniones heterosexuales, homosexuales o familias reconstruidas polinucleares.

Por otra parte, en el contexto social actual, los jóvenes en particular, se enfrentan a una gran cantidad de mensajes respecto a lo que se espera de ellos, buscan alternativas que apuntan a reforzar su autoimagen, a conocer y a disfrutar ese mundo siempre atractivo de la sexualidad. El adolescente requiere construir y afianzar las bases de su vida y habrá de enfrentarse a grandes batallas, las cuales no necesariamente son contra los padres, maestros o amigos, son contra sí mismos.

Y como profesionales de la salud ¿en dónde entramos?, ¿qué papel jugamos?

Desde mi experiencia me parece que debemos entender las situaciones que se viven en el mundo de hoy. Por una parte, es cierto que no es muy diferente ver que los adolescentes de hoy no son tan diferentes a los adolescentes del ayer pues aquellos y estos tuvieron y tienen que luchar por fabricarse un espacio en el mundo de los adultos. Por otra, en el final del siglo XX y el inicio del siglo XXI algunas circunstancias son bien diferentes a las que se enfrentaron nuestros antecesores e incluso nosotros mismos.

Por ejemplo los valores, los modelos

de familia, roles en el trabajo, la educación, nuestras relaciones sociales, la sexualidad y las formas de comunicarnos han cambiado de acuerdo a las últimas 4 generaciones que reconocemos y que han alcanzado la mayoría de edad. Basándome en los trabajos de Greg Hammill publicados en la Revista de la Fairleigh Dickinson University en el 2005 y en mi propia percepción los puedo analizar y comparar en el cuadro siguiente:



	Veteranos (1922-1945)	Baby Boomers (1946-1964)	Generación X (1965-1980)	Generación Y (1981-2000)
Valores	Respeto por la autoridad Conformidad Disciplina	Envueltos en optimismo	Escepticismo Diversión Informalidad	Realismo Confidencialidad Diversión extrema Socializar
Familia	Tradicional nuclear	Desintegrada	Nichos encerrados en su cuarto	Familias emergentes o diferentes
Educación	Un sueño	Un derecho	Un camino para llegar a una meta	Una experiencia increíble
Medios de comunicación	Teléfonos con disco Uno a uno Escrita	Teléfonos digitales Llamadas todo el tiempo	Teléfonos celulares Lláname solamente al trabajo	Internet Teléfonos visuales E-mail
Manejo del dinero	Pagar siempre Pagar en efectivo	Compre ahora pague después	Precaución Conservador Ahorrar, ahorrar, ahorrar	Ganar para gastar
Ética del trabajo y valores	Trabajo duro Respeto a la autoridad Sacrificio Obligación antes que diversión Roles definidos	Adicto al trabajo Eficiencia en el trabajo Campañas permanentes Deseo de calidad Se cuestiona a la autoridad	Se eliminan tareas por competencias Escepticismo Se crean estructuras y dirección	¿Qué sigue? Tenacidad Tolerancia Multitareas Orientación hacia la meta Espíritu empresarial
El trabajo es...	Una obligación	Una aventura excitante	Un contrato Un cambio difícil	Una manera de realización
Estilo de liderazgo	Directivo Comando y control	Consensado Colegiado	Todos son iguales Pregunto ¿por qué? Cambios en los otros	El trabajo grupal es desgastante Tareas determinadas
Estilo de interacción	Individual	Trabajo en equipo El amor por lo que se hace es vital	Empresarial	Participación
Comunicaciones	Formal Memo	En persona	Directa Inmediata	E-mail Correo de voz
Retroalimentación y gratificaciones	Satisfacción por el trabajo terminado	Reconocimiento Dinero O no se te aprecia	Libertad es la mejor recompensa Disculpa por interrumpir pero ¿cómo lo voy a hacer?	Cuando quiera aprieto el botón Mi trabajo es valioso
Mensajes que motivan	Nuestra experiencia es respetada	Tu eres valioso Tu eres necesario	Es tu turno Recuerda los roles	Gente creativa Tu serás un trabajador con otro brillo
Trabajo y vida en familia	No se llevan los dos	No hay balance, el trabajo es la vida	Balance	Balance
Sexualidad	Procreación Los hijos que Dios nos mande El placer es algo obscuro Lo que no es natural no es bueno "heterosexualidad" Pobre o nula educación sexual	Es importante la "Planeación familiar" Uso de anticonceptivos Compromiso con la pareja es importante Se privilegian las Relaciones Heterosexuales Inicia la educación sexual formal	Mayor permisividad ante nuevas opciones y tipos de relación Menor compromiso para la vida en pareja El valor de la virginidad pierde valor Educación sexual abierta con mucha información formal e informal	Se reconocen los "nuevos tipos" de relación (homosexual, bisexual, lesbica, etc.) Apertura al tema como nunca antes Mayor respeto ante lo "diferente" Compromiso solo por conveniencia El placer es lo más importante Información abrumadora en internet y redes sociales (con y sin sustento científico) Se promueven nuevas experiencias

Con base al análisis anterior me parece que debemos empezar por reconocer y comprender que las formas de pensar y de ver la vida han cambiado de manera importante. Por lo que los conceptos y visiones, entre otras cosas, se deben entender y aceptar tomando en cuenta los cambios en la percepción del mundo que tenemos de acuerdo a la generación en la que nos ha tocado crecer y desarrollarnos.

De esta forma seremos capaces de identificar las diferencias en los modos de concebir la sexualidad que ha pasado de ser un tabú para nuestros abuelos a reconocerla como una parte importante de la vida que vale la pena conocer y disfrutar.

Las formas de iniciación sexual en el adolescente y en los jóvenes siempre se verán influenciadas por las voces de nuestros padres, amigos, medios

de comunicación, la religión y muy en especial por la “voz personal”. Como profesionales de la salud y la educación me parece que nuestro papel está en informar sobre los “pros” y “contras” a considerar y que incluyen temas que van desde la abstinencia, hasta el uso de anticonceptivos, recompensas, riesgos y consecuencias; a partir de ahí la decisión siempre será personal. Al fin de cuentas lo importante será entender que la práctica del sexo es apenas una parte de lo que implica el término sexualidad misma que es inherente al ser humano y se manifiesta a lo largo de todo el ciclo o trayecto vital.

Por otra parte, la visión de género me parece que debe ser considerada pues de no hacerlo estaríamos negando una parte que contribuye a diferenciarnos como seres humanos. Se trata de entender al género como la base de

nuestra identidad, de nuestra individualidad de la que partiremos para poder socializarnos y por consiguiente vivir en plenitud.

De lo anterior se desprende que cada quien habrá de decidir cuestiones tan trascendentes como el matrimonio o el tipo de relaciones formales o informales que me convienen vivir, con quién y cómo vivirlas.

Finalmente concluiré diciendo que, desde mi punto de vista, si los profesionales de la salud no entendemos que existen diferencias en el modo de analizar la vida y por ende aspectos tan importantes de ésta como lo es la sexualidad, estaremos en desventaja para hacernos entender de acuerdo al rol que nos toca ejercer como factores de orientación sobre la forma de conducir, desarrollar y obtener el equilibrio en la vida sexual de las personas.



PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL DEPORTE DEL SIGLO XXI

CMUCH ANUNCIA EL LANZAMIENTO DE LA MAESTRIA EN FISIOTERAPIA DEL DEPORTE

Dr. Alejandro Guillermo Martínez Casillas
Especialista y Maestro en Medicina del Deporte



A sus 16 años, el adolescente del siglo XXI vive en un mundo globalizado, increíblemente comunicado y altamente revolucionado. No acabamos de salir del asombro ocasionado por los avances científicos y tecnológicos de “ayer”, cuando ya nos encontramos ante los nuevos que los superan “hoy”. Un mundo que, para unos, se transforma para bien a velocidades inauditas en lo científico, social, cultural, artístico, ecológico, político, económico etc.; mientras que, para otros, conserva los abismales contrastes e injusticias de siempre. Para las instituciones educativas es obligado trabajar para conseguir un futuro brillante y lleno de esperanza, precisamente porque se pareciera amenazante, a veces caótico y altamente preocupante. Para lograrlo será a través de la educación, el fortalecimiento de los valores humanos, la equidad y la justicia.

Para las ciencias de la salud, los últimos 25 años han significado descubrimientos y progresos de todo tipo: desarrollo de nuevas tecnologías, mayor consciencia de la relación salud-enfermedad y cambio de paradigmas. En ese sentido, recordemos que la Fisioterapia hace apenas una década era considerada como una disciplina técnica, que no requería para su ejercicio profesional de mayores estudios previos que la escuela



secundaria y que prácticamente era “gobernada” y “conducida” por los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, carecía de perfiles de competencias propios que le impidían el ejercicio independiente y muchas veces debido a sus limitaciones académicas, no lograban opinar sobre los casos de sus pacientes y mucho menos conducir los protocolos terapéuticos.

Conscientes de ello y testigos de las grandes necesidades de las sociedades vulnerables y en especial las de las personas con discapacidad, hace 21 años, la “ESCUELA DE ESTUDIOS SUPERIORES EN REHABILITACIÓN”, ahora denominada “CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES” (CMUCH), surge en la ciudad de Puebla y encabeza a nivel nacional a las Instituciones de Financiamiento Privado de Educación Superior en cuanto a la “Profesionalización” de diversas disciplinas como

la Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje.

El CMUCH logra escalarlas a nivel de licenciaturas y las promueve al grado de “despertar conciencias” para reconocerlas como necesarias e indispensables dentro de las instituciones de salud públicas y privadas más importantes del país. A la fecha son más de 300 las instituciones con las que se han firmado convenios para generar campos clínicos para sus alumnos. Lo anterior detonó en la apertura de un campo laboral extraordinario para los terapeutas formados en México.

El CMUCH, en estos 21 años, ha formado y egresado alrededor de 1,300 fisioterapeutas que ya trabajan dentro y fuera del país. Es importante destacar que en la última década se han aperturado varias decenas de instituciones educativas públicas y privadas que también ofrecen la carrera de fisioterapia o terapia física a nivel licenciatura, tanto en Puebla como en

el resto del territorio nacional.

Los Fisioterapeutas de México se desenvuelven en varios ámbitos profesionales como hospitales, clínicas, escuelas, centros gerontológicos, orfanatos, escuelas de educación especial; así como respaldando a equipos y clubes deportivos. Estoy seguro que en un futuro no lejano podremos ver al Fisioterapeuta formar parte del equipo de científicos en los viajes espaciales.

El fisioterapeuta del presente es poseedor de conocimientos que han robustecido su profesión, se desenvuelve con habilidades y destrezas propias que han mejorado su desempeño posicionándose como parte importante de los profesionales de la salud, además de que ha ido encontrando cuantiosas vetas para su desarrollo profesional. La Fisioterapia es ahora una disciplina independiente con peso específico, incrustada en la era de la alta especialización. Para los profesionales



en Fisioterapia se abre también un camino muy prometedor para ejercer la docencia e involucrarse en proyectos de investigación.

La Fisioterapia se muestra como una de las 10 carreras profesionales con mayor proyección para los próximos cincuenta años, se presenta ante sí un futuro de alta trascendencia e importancia. Por ello, el Fisioterapeuta debe mantenerse actualizado y a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos, encabezar protocolos de investigación relevantes, incursionar en estudios y ramas de las ciencias de la salud al tiempo de seguir fortaleciendo su bagaje cultural y reforzar el humanismo. Es y será entonces

protagonista y responsable de proponer nuevas estrategias terapéuticas.

Por lo anterior, debo hablar de lo siguiente: El ser humano está diseñado para moverse y le encanta el deporte, es fácil reconocer que este no solo se concibe como una de las actividades humanas más admirables, es además hacedora de verdaderos héroes para las multitudes de todo el mundo. Médicamente, la actividad física y el deporte son bien reconocidos como promotores de la salud. Muchos protocolos médicos consideran a la actividad física como parte imprescindible en sus esquemas de prevención y tratamiento.



Es un hecho también, que el deporte conlleva el riesgo de sufrir lesiones como consecuencia de su práctica. Hecho significativo que no solo compromete la salud del individuo sino que le genera un gran impacto psicológico, muchas veces con grandes repercusiones de todo tipo para su familia y la comunidad.

Se dice fácil, pero devolver al individuo a sus actividades e independencia de manera rápida y eficaz después de las lesiones ocasionadas por la actividad física y el deporte, es una necesidad que compete casi exclusivamente a los profesionales de la Rehabilitación. En el terreno deportivo hacer que el atleta recupere su máxima funcionalidad, es una labor fundamental y muy apreciada, en especial por los propios deportistas, sus entrenadores y los clubes deportivos por quienes compite. Hay mucho talento y con frecuencia mucho dinero de por medio. Las lesiones como parte intrínseca de la actividad física y deportiva, no solo deben ser atendidas de manera expedita, sino también con los últimos y más modernos recursos al alcance del equipo tratante.



Para ello, el equipo médico-deportivo de especialistas, debe establecer pronto un diagnóstico médico y funcional preciso considerando el mecanismo de lesión y diseñando un protocolo de manejo interdisciplinario de alto nivel, con objetivos bien marcados y con los recursos humanos y materiales necesarios y suficientes.

El Fisioterapeuta se debe y puede especializar en el ámbito del deporte pues debe estar altamente capacitado para establecer el diagnóstico funcional a partir del cual diseñará el plan terapéutico necesario para establecer los objetivos que le competen, deberá ser un conocedor de todos los fenómenos involucrados en la lesión y un experto en el comportamiento fisiológico humano normal para re-

conocer lo patológico, enterado en las fases de recuperación, diestro en la utilización de los medio físicos para la recuperación, hábil en el manejo de los equipos electro-médicos, mecánicos y de todo tipo, capaz incluso de diseñar y adaptar ayudas funcionales; pero sobre todo, muy seguro de su capacidad y de su responsabilidad en la consecución del objetivo primordial del atleta.

El CMUCH, siempre a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos de la rehabilitación humana; pero sobre todo, consciente tanto de las necesidades de sus egresados, como de las necesidades de la sociedad, ha diseñado y anuncia el lanzamiento de la “MAESTRÍA EN FISIOTERAPIA DEL DEPORTE”, disciplina que le

permitirá al fisioterapeuta prepararse para incursionar en una de las áreas más complejas de la Rehabilitación y desarrollarse en una de las especialidades con más demanda por los profesionales en el área. El apasionante mundo del deporte, exige ahora profesionales de la salud, altamente calificados para devolver a la actividad lo más eficazmente posible a los deportistas y atletas lesionados. Esto es un reto que solo pueden solventar los profesionales que se “adentran en las entrañas” de la rehabilitación para la actividad física y el deporte.

El programa de la “MAESTRÍA EN FISIOTERAPIA DEL DEPORTE” diseñada y construida por el CMUCH, con bases sólidas desde lo pedagógico, didáctico, científico, tecnológico. Ha sido además, asentado sobre un modelo educativo de vanguardia y ha sido diseñado para favorecer la participación de personalidades mexicanas y del extranjero, reconocidas en el contexto de la Rehabilitación, la Medicina del Deporte, la Docencia y la Investigación.

Dentro de la nueva oferta educativa del CMUCH, la “MAESTRÍA EN FISIOTERAPIA DEL DEPORTE”, se apuntala como una de las más esperadas y prometedoras líneas del quehacer profesional del Fisioterapeuta. Auguramos una gran aceptación de la misma y éxito en el futuro profesional de quienes en ella participen.



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



"Somos Halcones"
Selectivos Deportivos CMUCH



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y REHABILITACIÓN*

(*) "RVOE en trámite"

Propósito general:

Formar Maestros en Administración de Servicios de Salud y Rehabilitación, en un ámbito multidisciplinario que le permita desarrollar conocimientos, habilidades, actitudes, destrezas, hábitos y valores, con pensamiento creativo, propositivo e innovador; mediante el análisis y explicación de la teoría, metodología y técnicas para realizar registros contables, análisis, estructuración y evaluación de estados financieros, actividades de gestión administrativa y liderazgo emprendedor, con apoyo de tecnologías innovadoras y teorías jurídicas que favorezcan la integridad de las competencias profesionales de nuestros egresados; con un perfil ético, altamente competitivo y amplias capacidades para analizar y aplicar teorías de vanguardia en la creación y desarrollo de una empresa así como diseñar, implementar y evaluar proyectos administrativos empresariales, que respondan a las necesidades de nuestra sociedad.

Temario:

- Módulo 1: INTRODUCCIÓN A LA ADMINISTRACIÓN EMPRESARIAL EN SALUD
- Módulo 2: ATENCIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE
- Módulo 3: CONTABILIDAD FINANCIERA
- Módulo 4: DERECHO EMPRESARIAL Y LEGISLACIÓN EN SALUD
- Módulo 5: MODELO DE NEGOCIOS PARA EMPRENDEDORES EN SALUD
- Módulo 6: RESPONSABILIDAD SOCIAL
- Módulo 7: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD Y REHABILITACIÓN
- Módulo 8: CONTABILIDAD DE COSTOS
- Módulo 9: ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE PERSONAL DE LA SALUD
- Módulo 10: PROYECTO INTEGRADOR
- Módulo 11: HABILIDADES GERENCIALES
- Módulo 12: MERCADOTECNIA Y RELACIONES PÚBLICAS
- Módulo 13: PLANEACIÓN FINANCIERA Y FISCAL
- Módulo 14: SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD
- Módulo 15: ESTADÍSTICA APLICADA A LAS CIENCIAS DE LA SALUD PARA LA TOMA DE DECISIONES
- Módulo 16: SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES
- Módulo 17: PROYECTOS PARA LA CREACIÓN DE SERVICIOS O CENTROS DE REHABILITACIÓN
- Módulo 18: SEMINARIO DE EMPREDEDURISMO EN SALUD
- Módulo 19: PROYECTO DE TITULACIÓN



#SoyRehabilitadorCMUCH

41 Poniente No. 109. Col. Gabriel Pastor
C.P. 72534. Puebla, Puebla.
Tels: (01) 222 409.79.90 al 93
contacto@cmuch.edu.mx

Espinosa 620 Oriente esquina con Zuazua.
C.P. 64000. Monterrey, Nuevo León.
Tel: 01 (81) 8340.5151
contactomty@cmuch.edu.mx

Conviviendo con personas con discapacidad visual



**Marisol Tlaxcaltecatl Xochimitl
Yoselin Sánchez Meneses
Lucia Fortunato Fabian**



Nos encontrábamos justo en la semana del conocimiento a punto de presenciar un gran partido, así que nos acercamos con el Sr. Miguel Jaramillo, Presidente de la Asociación y jugador ciego y le pedimos que nos explicara en qué consistía el juego, muy amablemente nos respondió las siguientes preguntas:

¿Cómo se llama el juego y en qué consiste?

“El juego se llama Gol Bol y es un juego adaptado para ciegos; hay varios tipos de juegos, pero éste es uno de ellos y bueno, consiste en rodar un balón que pesa alrededor de 1 kilo con 700 gramos, el balón debe ir rodando, y por dentro trae unos cascabeles para que las personas ciegas o personas que lo van a jugar puedan escuchar el traslado de la pelota. Obviamente las personas que no tienen esta discapacidad deberán usar un antifaz. Una vez que se empieza a jugar, se tiene que detener el balón porque de lo contrario si éste llega a pasar por el jugador sin que lo detenga, va hacer un gol, bueno, el jugador debe lanzarse de izquierda a derecha o esperarlo en el centro se juega el juego dura lo siguiente:

• 8 minutos por tiempo y se hace un cambio de cancha que de igual manera dura otros 8 minutos y se termina el juego”.

¿Hace cuánto se inventó este juego?

“Tiene muchos años de hecho cuando yo era niño ya se jugaba, también se juega a nivel mundial incluso hemos estado en competencias internacionales, México es uno de los mejores países que ha obtenido buenos lugares”.

Al terminar de hacerle estas preguntas nos fuimos directamente con nuestras compañeras quienes se mostraban muy entusiasmadas por una nueva experiencia. Nos acercamos a nuestra compañera Amina Ailyn Salina Díaz que cursa el 4° E y nos respondió unas preguntas:

Hola buenos días compañera:

¿Cómo te sientes al participar este evento?

“Me siento muy nerviosa pero emocionada pues la verdad nunca había jugado Gol Bol y pues realmente es una experiencia nueva para mí”.

¿Crees que tu equipo pueda ganar?

“La verdad es que no lo sabemos pues

no tenemos mucha práctica pero vamos a esforzarnos para dar lo mejor y disfrutar de un buen partido”.

¿Consideran que sus contrincantes, quienes son personas ciegas, pueden ganarles?

“Pero por supuesto; ellos son buenos jugadores y tienen más experiencia que nosotros.

Y...buen, como sabes en este juego se les tienen que vendar los ojos a las personas que no tienen esta discapacidad”.

¿Cómo te sientes?

“En lo personal yo me siento con muchos nervios pues es algo nuevo, no sé qué pasará quizás me caiga... realmente no sé ni cómo reaccionar, ya que si camino con los ojos cerrados me puedo tropezar entonces imagínate... ya dentro del partido”.

Nos llamó la atención como mis compañeros se integraron a estas actividades y la verdad es que el partido se nos hizo muy interesante de hecho son de esas actividades que te dejan satisfecho y emocionado al estar ahí presenciándolo.



Después del partido nos acercamos nuevamente con nuestra compañera Ami a quien le preguntamos:

Ami dínos después de este partido ¿cómo te sentiste?

“La verdad no veía para nada y no escuchaba muy bien. Me sentía desubicada porque no sabía con exactitud si estaba en el lugar correcto y... bueno, la verdad me comían los nervios sobre todo cuando toda la comunidad CMUCH está observándote”.

¿Cómo te sentiste cuando te quitaron la venda de los ojos?

“Me sentí muy rara de repente la luz deslumbró mis ojos pero contenta y feliz de haber participado. Ojalá se repita esta experiencia para mis demás compañeras”.

¿Lo volverías a jugar?

“Sí, claro, pero me concentraría más y sobre todo me relajaría ya que con los nervios no me dejaban escuchar nada... realmente te bloqueas, te pierdes, pero es una bonita experiencia”.

Tras la entrevista que le hicimos a nuestra compañera decidimos de igual manera hacerles unas preguntas

al señor Jaramillo y a las jugadoras de la Asociación.

¿Cómo evaluó la participación de los compañeros durante el partido?

“Desde luego que les faltaba habilidad pero lo hacen muy bien, al observarlos notas su gran concentración y el empeño que ponían para localizar el sonido que provocaba el balón, yo creo que si lo practicaran más serían mejores que nosotros aún con los ojos vendados”.

La Sra. Patricia de Jaramillo, esposa del Sr. Miguel nos comentó lo siguiente:

“La verdad me dio mucho gusto que a los jóvenes les diera curiosidad aprender este deporte, ya que eso significa que quieren ver más allá así como también conocernos. Para mí fue bonito y me da mucho gusto que estén animados”.

Renata, una de las jugadoras ciegas:

“A mí en lo personal me da gusto que los alumnos, así como también otras personas se integren a nuestras actividades lo cual significa su interés y, bueno... los nervios que sentimos ya son menos a comparación de cuando éramos niños, ya que desde los 13 o 14

años de edad había ocasiones en donde nos tocaba jugar con veteranas de 30 años en adelante y... realmente te has de imaginar los nervios que sentíamos en aquel entonces”.

¿Cómo se sintieron después del juego?

“Cansadas... la verdad parece que no se puede cansar pero si es agotador”.

Finalmente, como entrevistadoras de nuestros invitados, primero que nada queremos agradecerles su presencia en nuestra institución. Nos da mucho gusto tener actividades como éstas, ya que nos ayudan a una buena integración como personas del área de la salud es admirable cómo realizan dichas actividades y los esperamos por aquí nuevamente muchísimas gracias.

Como también agradecemos a una gran persona, pues sin su ayuda este tipo de actividades no se llevarían a cabo; nos referimos al Profesor Arturo Corte, así como también a los Directivos de la institución, sus colaboradores y a toda la comunidad CMUCH. Enhorabuena... ¡Muchas gracias!



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Mejía Cruz Diana Cecy

Alumna 5° semestre de la licenciatura en Terapia Física, CMUCH Puebla

Asesor: Mtra. Gabriela Ollyni Gómez Rivera

Hablar de agresividad y violencia entre los individuos es hacer referencia a un tema tan antiguo como la sociedad misma.

Desafortunadamente los medios de comunicación documentan diariamente los efectos negativos de la agresividad y violencia, quedando al descubierto los costos que representan para la sociedad. Se estima que los actos de violencia provocan 1,430,000 muertes anuales en todo el mundo. En particular, la agresión contra las mujeres hace referencia a cualquier acción u omisión que cause daño físico, patrimonial, económico, sexual, sufrimiento psicológico o incluso la muerte a mujeres de cualquier edad o condición.

A pesar de la lucha de miles de mujeres (y hombres también), a través del tiempo, y en todas las culturas del orbe, en algunos lugares más y en otros menos, el maltrato es frecuente en todos los ámbitos.

Según la Declaración de Ginebra, se estima que entre 2007 y 2012, un promedio anual de 60,000 mujeres en el mundo fueron víctimas de homicidios, lo que representa el 16% de los homicidios intencionales.

De igual forma, según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia mundial indica que una de cada

tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida, siendo la mayoría de estos casos violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Además, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. Evidentemente, estas cifras reflejan que la mujer es víctima de violencia por personas conocidas y, con las cuales, en muchas de las ocasiones tiene un vínculo muy estrecho.

Así, la violencia hacia el sexo femenino es producto de la desigualdad entre hombres y mujeres, aprendida de las relaciones en la familia y el entorno a través del tiempo, y reforzada por los estereotipos difundidos por los medios de comunicación en los cuales se presenta como tipo a la mujer delgada, alta, joven, frágil, sumisa y bella, aunque tonta, de cabellos largos e ideas cortas.

Así mismo, la violencia hacia el género femenino puede tener uno de sus orígenes en el uso que se da a su imagen en los mass-media como objetos sexuales y con el fin de atraer la atención del consumidor, principalmente para promocionar productos o programas dise-

ñados para incitar el deseo sexual.

Por otra parte, las expresiones de violencia (insultos, burlas, agresión física, amenazas, intimidación, acoso, abuso sexual y psicológico, discriminación, negación de oportunidades escolares y laborales), implica aspectos de poder y control que afectan la salud física y mental tanto de niñas como de mujeres adultas.

Es importante recordar que, en el ámbito público, la violencia incluye violación, abuso, hostigamiento e intimidación sexual, trata de mujeres y prostitución forzada. También se contempla la violencia perpetrada por el estado a través de su ineficiente sistema jurídico y el abuso, incluso sexual, de las autoridades que lo ejercen. A su vez, actos cotidianos que parecen de poca importancia como la esterilización sin su consentimiento, el aborto forzado, la utilización coercitiva de anticonceptivos y la selección prenatal del sexo, son algunas formas más de violencia sexista femenil.

Lamentablemente, cada año, miles de mujeres en todo el mundo son engañadas, secuestradas, vendidas, obligadas a trabajar en la prostitución, trabajadoras domésticas, obreras en fábricas en condiciones de explotación, o incluso, vendidas para esposas como sucede en algunos lugares de nuestro país.

La mujer maltratada se ve orillada a vivir situaciones emocionales perturbadoras que ocasiona la pérdida de la autoestima, la ambivalencia hacia el maltratador por el que paradójicamente siente miedo y dependencia. Llega a acostumbrarse a ver toda esta situación como normal, e incluso se desvaloriza tanto, que asume la culpa de lo que sucede y termina creyendo que se lo merece.

Tanto los antecedentes de violencia en los hogares de la infancia, como en general los prejuicios culturales, expresados en un conjunto de actitudes y estereotipos de género, se convierten en los detonadores de conductas violentas y de discriminación hacia la mujer, las cuales se agudizan debido a la marginación, pobreza y sobre todo, un bajo

o nulo nivel educativo, tanto de la mujer como de los hombres con los que se interrelaciona, llámese padres, hermanos, jefes, compañeros de trabajo, novios, esposos o amigos.

Así, se vuelve primordial señalar que el patrón patriarcal ha impuesto tanto conductas sociales como leyes y normas de convivencia para ejercer, sobre todo, la supremacía del hombre sobre la mujer.

No obstante, no hay que olvidar que la posición y condición de las mujeres es pieza clave para definir el grado de desarrollo de una nación, y como tal la mujer debe darse la oportunidad de ser partícipe activo de este proceso, empezando por no permitir la violencia ni familiar ni pública, ni por una persona a la que se ama, ni de mayor jerarquía laboral.

Es necesario que se escuche su voz y no espere que otro haga lo que en primera instancia le corresponde hacer: dar el primer paso, y los que sean necesarios, para defender sus derechos humanos y dignificar, su condición de mujer.

Debido a los devastadores efectos que la violencia tiene en las mujeres, los esfuerzos se han condensado principalmente en las respuestas y servicios para las sobrevivientes. No obstante, la mejor manera de contrarrestar la violencia de género es prevenirla, tratando sus orígenes y causas estructurales. Sabemos que los fundamentos de la agresividad humana son multifactoriales, ya que involucran factores culturales, políticos, socioeconómicos, médicos y psicológicos. También es evidente que existen algunas formas de agresividad patológica, como aquella que provoca una excitación emocional (agresividad impulsiva), aquí es donde las neurociencias están ayudando a comprender la neurobiología de la agresividad y violencia.





ADRENO LEUCO DISTROFIA

Dra. Marisol Cortés Moreno



RESUMEN

En 1971 el Dr. Michael Blaw introdujo el nombre de adrenoleucodistrofia (Adreno: Glándulas suprarrenales, Leuco: Sustancia blanca del cerebro, Distrofia: Crecimiento o desarrollo anormal. Esta enfermedad es un trastorno genéticamente determinado, ligado al cromosoma X, que involucra principalmente la sustancia blanca cerebral y la corteza adrenal. Se asocia con una acumulación anormal de ácidos grasos saturados de cadena muy larga en tejidos y fluidos corporales, cuya demostración en plasma es el diagnóstico. Se transmite de padres a hijos como un rasgo genético por lo tanto, afecta sobre todo a los hombres, aunque algunas mujeres portadoras pueden tener formas más leves de la enfermedad que afecta aproximadamente a 1 de cada 20,000 personas.

PALABRAS CLAVE: Adrenoleucodistrofia, cromosoma x, ácidos grasos.

SÍNTOMAS Y CLASIFICACION TIPO CEREBRAL INFANTIL:

Cambios en el tono muscular y espasticidad
Estrabismo (ojos bizcos)
Deterioro de la escritura a mano
Hipoacusia, Hiperactividad
Deterioro progresivo del sistema nervioso,
Coma
Convulsiones

ADRENOMIELOPATÍA:

Dificultad para controlar la micción
Posible debilidad muscular o rigidez en las piernas
Problemas con la velocidad de pensamiento y la memoria visual

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL (TIPO ADDISON):

Coma, Inapetencia, Aumento del color de la piel (pigmentación)
Pérdida de peso y de masa muscular (atrofia)
Debilidad muscular
Vómito.

El principal defecto metabólico de la ALD-X consiste en una acumulación de AGCML en los tejidos, principalmente en la sustancia blanca cerebral, córtex adrenal y testículos. Esto se debe a distintas mutaciones del gen ABCD1, que codifica una proteína de la membrana de los peroxisomas (ALDP) cuya función es intervenir en la degradación por beta-oxidación de estos ácidos grasos. Su diagnóstico definitivo se realiza mediante la confirmación del incremento de AGCML (concretamente el C26:0, C24:0 y

C22:0) en plasma y cultivos de fibroblastos epiteliales. De ellos, el C26:0 es el más consistentemente elevado y por ello se considera diagnóstico de la enfermedad. Aunque pacientes con dietas cetogénicas pueden presentar también elevaciones de AGCML, estas suceden únicamente en plasma y no en fibroblastos. Además, la determinación de estos AGCML y de ácidos poliinsaturados, permite el diagnóstico de carencias nutricionales a lo largo del seguimiento. El estudio bioquímico de familiares es crucial, ya que permite diagnosticar a varones hemocigotos presintomáticos y ofrecer consejo genético a las mujeres heterocigotas.

Existen varios fenotipos: la forma cerebral (infantil, del adolescente o de la edad adulta), una forma de paraparesia lentamente progresiva del adulto (AMN) e incluso individuos asintomáticos. La afectación adrenal puede presentarse a cualquier edad independientemente del tipo de afectación neurológica. De hecho, el 10% de los pacientes presentan exclusivamente síndrome de Addison. Además, en los adultos puede existir disfunción testicular con hipogonadismo e impotencia.



FENOTIPOS DE ALD-X

Fenotipo	Clínica	Edad de aparición de los primeros síntomas	Frecuencia
Hombres			
Forma cerebral	Cambios de comportamiento, hiperactividad, fracaso escolar, epilepsia, ceguera, psicosis, parálisis	Habitualmente antes de los 10 años de edad	Aproximadamente 35%
AMN	Paraparesia, pérdida de coordinación, alteración de esfínteres, impotencia	2.ª-4.ª década	40-45%
Enfermedad Addison	Insuficiencia adrenal	2 años-edad adulta	10%
AMN cerebral	AMN con cambios de comportamiento, epilepsia, ceguera, afasia, psicosis	10-21 años	5-10%
Asintomático	Ninguno	Mavores de 60 años	En aumento
Mujeres			
Asintomáticas	Ninguno	Cualquier edad	50%
Portadoras sintomáticas	Similar a AMN (paraparesia) con función adrenal normal	A partir de mediana edad	50%

TRATAMIENTO

Hasta el momento no se cuenta con un tratamiento específico eficaz, sin embargo está demostrado que el reemplazo hormonal con corticoides es necesario si se presenta insuficiencia adrenal. Así mismo, es importante la dieta que debe contener bajas cantidades de alimentos con AGCML y disminuir el total de calorías aportada por lípidos. Existe una mezcla de lípidos (mezcla de gliceroltrioleato/glicerol trierucato, en una proporción 4:1), llamada aceite de Lorenzo. Este aceite contiene precursores que compiten con los ácidos grasos saturados (C16:0, C18:0) en el proceso de elongación, lo que permite reducir los niveles de C26:0, con el fin de disminuir los niveles de AGCML. Esto no mejoraría la afectación en el sistema nervioso sino que haría más lenta la progresión de la misma; aunque es un tratamiento actualmente muy controversial.

En los varones con adrenoleucodistrofia se ha demostrado la estabilización de la progresión de la mielopatía. En la actualidad, el aceite de Lorenzo sigue siendo estudiado, sin embargo, debido a los riesgos de desarrollar enfermedad cerebral infantil, se sugiere

que se utilice en niños identificados presintomáticos en colaboración con un programa de vigilancia para la enfermedad cerebral. Se recomienda que este tratamiento solo sea llevado a cabo por centros con la capacidad para proporcionar supervisión con resonancia magnética, orientación nutricional y medición de los AGCML y otros ácidos grasos esenciales. La utilización en adultos no se recomienda en la actualidad, a menos que sea dentro de un marco de estudio que evalúa la eficacia del aceite y la dieta. El aceite de Lorenzo ha llevado a unos niveles normales de AGCML, pero esto no ha alterado el progreso del deterioro neurológico.

Otro tratamiento es el trasplante de células hematopoyéticas, que pueden entrar al sistema nervioso central y transformarse en microglías –que degradarán los AGCML– o de proveer factores correctivos que previenen la evolución de las formas cerebrales, pero aún está en fase experimental. Sin embargo, cabe resaltar el mal pronóstico de esta patología, pues los pacientes afectados fallecen invariablemente, sobretodo, por la degeneración cerebral progresiva.

CONSEJOS PRINCIPALES ALIMENTOS A EVITAR EN LA ADL-X

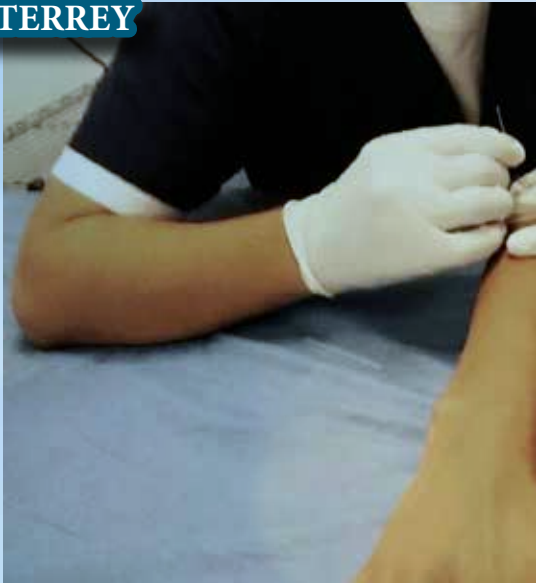
- Alimentos ricos en AGCML
- Alimentos ricos en grasas saturadas
- Aceites vegetales (sésamo, maíz, etc.)
- Leche y derivados
- Pescados y carnes grasas (y derivados)
- Carnes y pescados grasos
- Cubierta y cutícula de las plantas
- Yema de huevo
- Piel y semillas de las frutas
- Aceites vegetales
- Granos y frutos secos
- Bollería industrial

CONCLUSIONES

Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de una degeneración progresiva de la corteza suprarrenal y motora, lo que da lugar a una insuficiencia suprarrenal o Enfermedad de Addison, asociada a la desmielinización de la sustancia blanca del sistema nervioso central (sistema formado por el encéfalo y la médula espinal), con pérdida de la cubierta de mielina (vainas de sustancia blanca que recubre los nervios) de un tipo de fibras nerviosas del cerebro.

REFERENCIAS:

1. Girós M, Gutiérrez-Solana LG, Pedrón C, Coll J. Protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X [monografía en Internet]. Instituto de Bioquímica Clínica. Barcelona. 2009. URL disponible en: <http://www.ae3com.org/protocolos/protocolo6.pdf> (Fecha de acceso: 01-02-10).
- 2.- Bezman L, Moser AB, Raymond GV, Rinaldo P, Watkins PA, Smith KD, Kass NE, Moser HW. Adrenoleukodystrophy: Incidence, new mutation rate, and results of extended family screening. *Ann Neurol*. 2001;49:512-517.
- 3.- Moser H, Mahmood A, Raymond G. X-linked Adrenoleukodystrophy. *Nat Clin Pract Neurol*. 2007;3(3):140-151.
- 4.- Garcia Pellicer J, Monte Boquet E, Galduf Cabañas J, Chicano Piá P. *Farm Hosp*. 1996; 20:1-7.
- 5.- Uziel G, Bertini E, Bardelli P, Rimoldi M, Gambetti M. Experience on therapy of adrenoleukodystrophy and adrenomyeloneuropathy. *Dev Neurosci*. 1991; 13:274-9.



Tendinopatía mecánica y Punción Seca Profunda

Brayan Flores Raya

En la práctica diaria de la fisioterapia, se comete el gran error de solo tratar las lesiones según el “sitio del dolor”, síntomas o signos. Como fisioterapeutas nunca debemos olvidar la importancia de la palpación y de conocer la anatomía de cada estructura. Recordemos que el movimiento y sus alteraciones están regidos por la coordinación y la armonía de múltiples sistemas (músculo-esquelético, nervioso, respiratorio, entre otros). (1)

No podemos ignorar que el dolor es “una experiencia desagradable sensitiva y emocional asociada a un daño real o potencial de los tejidos... (Según la IASP, International Association for the Study of Pain). Entonces si el dolor es asociado a un daño real o potencial... ¿Por qué sólo enfocarnos en el sitio del dolor y no en el tejido por el cual se asocia dicho dolor? El perfecto ejemplo de estos errores lo encontramos en el tratamiento de las tendinopatías.

Entendamos algunos mecanismos que producen el dolor en este tipo de lesión: el tendón es una estructura no contráctil, por lo tanto dependiente de otra para generar un movimiento, oséa el músculo. Los tendones pueden lesionarse por dos causas, Intrínsecas (Metabólicas) y Extrínsecas (Mecánicas), estas últimas serán de las que hablaremos en concreto. Las

causas metabólicas comprenden desde el envejecimiento tendinoso, hasta el hundimiento metabólico, formando parte de un problema propiamente sistémico.

Las causas mecánicas más interesantes para este abordaje son dos: la fatiga/debilidad muscular y el desequilibrio muscular. La fatiga muscular ocasiona la incapacidad del músculo para alargarse y proteger al tendón, asimismo un desequilibrio de los músculos agonistas/antagonistas puede producir una lesión de tendón por disfunción articular. (2)

El aumento persistente de la tensión mecánica en las inserciones músculo-tendinosas en el hueso causa tendinopatía (Khan y cols. 1999) (3)

Las tendinopatías son consideradas secundarias al acortamiento muscular que, debido al incremento de la tensión del periostio, genera dolor y espolones óseos. (Ley de Wolff) (4) El estrés máximo del tendón es igual a la tensión específica del músculo multiplicada por el ratio del área de la sección de la unión músculo-tendinosa (UMT) (2)

Por lo tanto, si reducimos la tensión excesiva del músculo, la carga del tendón también será disminuida. Así mismo, si el dolor funge como señal de alerta... ¿Qué está pasando mal? ¿Cuál es el origen y el motivo de esta

señal? La respuesta sería: el exceso de carga al tendón asociada a la tensión y al hipertono muscular, generado por uso repetitivo o sobre esfuerzo debido a: trabajo, falta de reposo, actividad deportiva, mal entrenamiento, traumatismo, etc. Lo más fácil y más común sería tratar de modular o reducir el dolor como tal, mediante medios físicos llámese electroterapia, aplicación de ultrasonido, termo y crioterapia (localizados en sitio de dolor) o fármacos. Pero como fisioterapeutas debemos saber que nuestro paciente al ser un todo, (válgame la redundancia) debemos tratarle como un TODO. La medicación y la analgesia local por medios físicos ayudará, pero es necesario “perseguir” cada causa-efecto, por ejemplo: la tensión muscular, debe ser corregida para asegurar un alivio completo y liberar de carga al tendón. Evitar el mecanismo que generó el aumento de tensión del músculo (movimiento repetitivo, sobre esfuerzo, mala ejecución). Y re-adaptar a nuestro paciente a la actividad (que resultó ser el origen) con la corrección y la adecuación necesaria para evitar reincidencia o reagudización de la lesión, ya sea ergonómica, enseñanza de higiene postural, fomentar el correcto entrenamiento, entre otras.

PUNCIÓN SECA

Es una técnica invasiva de Fisioterapia, que consiste en la introducción



de una aguja como medio mecánico a través de la piel para tratar diversas afecciones músculo-esqueléticas. (5)

La PS ha demostrado el poder inhibir la musculatura con disfunción mecánica, inclusive inmediatamente después de aplicarse, por lo que es una

técnica sumamente recomendada y efectiva en las tendinopatías mecánicas, lo cual reduce considerablemente el tiempo de tratamiento, el coste del material es relativamente bajo y nos acerca a un abordaje mas completo. (6)

La PS cuenta con diferentes modalidades, la más utilizada es la denominada punción seca profunda (PSP). (5) La PSP consta de efectuar un estímulo mecánico que atraviese el punto gatillo miofascial (PGM). Los PGM son nódulos hiperirritables dentro de una banda tensa palpable de las fibras musculares que al presionarse desencadenarán dolor referido que recorrerá mas allá del lugar donde se encuentran. (4)

La punción de estos puntos gatillo generará una respuesta de espasmo local (REL), es decir, una contracción involuntaria y casi siempre visible y perceptible. Esta respuesta fisiológica del músculo tiene carácter terapéutico obviamente y así mismo diagnóstico, ya que comprueba la existencia de estos puntos. (5)

Esta técnica es una herramienta más, la cual requiere la capacitación adecuada para su aplicación. Así mismo va de la mano de la terapia convencional, ya que después de la aplicación es recomendable realizar estiramientos y fortalecimiento mediante ejercicio de tipo excéntrico. (6)

Para más información:

Referencias:

- (1) Sahrman, S.. (2005). Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento. Barcelona: Paidotribo.
- (2) Jurado, A. & Medina, I.. (2008). Tendón. Valoración y tratamiento en Fisioterapia. Barcelona: Paidotribo.
- (3) Khan, K.M., Cook, J.L., Bonar, F., et al., (1999). Histopathology of common tendonopathies. Update and implications for clinical management.
- (4) Dommerholt, J. & Fernández, C.. (2013). Punción seca de los puntos gatillo. Una estrategia clínica basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier.
- (5) Valera, F. & Minaya, F.. (2013). Fisioterapia Invasiva. Barcelona: Elsevier.
- (6) Villaseñor Moreno, J. C., Escobar Reyes, V. H., de la Lanza Andrade, L. P. & Guizar Ramírez, B. I. (2013). Síndrome de dolor miofascial. Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.

Fisioterapia en el Síndrome Doloroso Regional Complejo

Lic. Fernando Castro Armesto

Fisioterapeuta

Osteópata de la Escuela de Osteopatía de Madrid

Fisioterapeuta del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

Asesor: Lcdo. 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 en Ciencias y Humanidades

Docente Universidad Valle de Puebla

FISIOTERAPEUTA

Terapia Manual

Osteopatía

Fernando Castro Armesto

Col. 1341

DEFINICIÓN

El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC), describe una variedad de condiciones dolorosas consecuente generalmente a una lesión traumática, son regionales, de predominio distal, tanto la duración como la magnitud, exceden el curso clínico de la lesión, produciendo un compromiso significativo de la función motora y muestra una progresión variable en el tiempo.

El dolor es el síntoma principal de esta patología, complejo por su naturaleza variable en la presentación clínica durante el tiempo, presentación similar entre las personas, y variable en los cambios de tipo inflamatorios, autonómicos, cutáneos, motores y distróficos. Es regional debido a la distribución de los síntomas y esto es un sello de estos desórdenes.

En su capítulo del 2010 La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) buscó clasificar (tipo I y II) y dar al SDRC definición de Síndrome con el fin de abarcar una serie de síntomas y signos clínicos sin que

haya etiología común, en este capítulo de la IASP se considera esencial para el diagnóstico de los SDRC, la presencia de “dolor”, ya sea espontáneo o evocado. El término Dolor Regional establece que el dolor, continuo y desproporcionado sobrepasa la localización esperada.

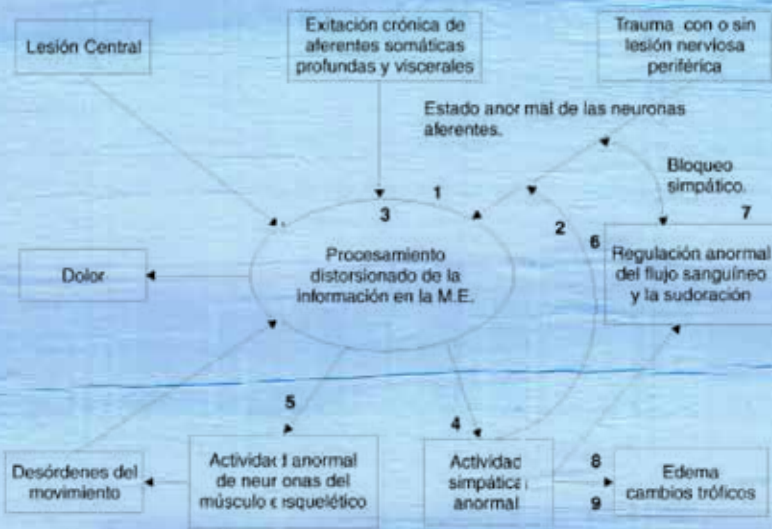
HISTORIA

En 1864 el Médico Cirujano Weir Mitchell fue el primero en describir este Síndrome y denominó esta condición “Causalgia”. Sudeck (1900), definió el cuadro que lleva su nombre, para la evaluación e intervención de esta patología. Leriche (1916), describió un paciente con severo dolor secundario a una lesión de nervio periférico y en 1939 hizo una descripción de la causalgia. J.A. Evans (1946) lo llamó Distrofia Simpática Refleja. En 1960 los reumatólogos la denominaron algodistrofia. Merskey y Bogduk (1994) y Stanton - Hicks (1995) lo denominaron, Síndrome Doloroso Regional Complejo.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

La pregunta es: ¿Cómo puede el SNC llegar acoplarse, con las neuronas aferentes primarias periféricas, para producir los diferentes componentes de dolor en estos pacientes?

La primera Hipótesis que se desarrolló en 1997 por Stanton y Hicks, define que existe un terreno fértil para desarrollarse el SDRC es decir por algún motivo aún desconocido se presenta un estado anormal de las Neuronas Aferentes, que en respuesta a un trauma o lesión de nervio periférico, genera una actividad simpática anormal, desencadenando un proceso de actividad anormal en las neuronas del sistema musculo esquelético, una regulación anormal del flujo sanguíneo y sudoración, generando un bloqueo simpático que modifican los cambios tróficos, produciendo un edema y un desarrollo anormal de las respuestas del Dolor en la Medula Espinal (ME).



Tomado de Pain vol. 6 1997

Otra hipótesis más compleja es la de respuesta inflamatoria regional, varias teorías soportan esta hipótesis, según estos existen niveles incrementados de inmunoglobulina G en la extremidad afectada que aumentan la permeabilidad microvascular para las proteínas de alto peso molecular. Los estudios indican que hay una hipoxia tisular, a pesar de que hay una suplenencia de oxígeno arterial supranormal, esto es similar a lo que se ve en inflamaciones severas, quemaduras, úlceras varicosas, tumores malignos, isquemia y diabetes.

CLASIFICACIÓN

Esta clasificación incluye tres tipos, los cuales se describen a continuación:

SDRC Tipo I (Distrofia Simpática Refleja)

1. Se produce después de un evento nociceptivo inicial, generalmente traumatológico. El dolor espontáneo, alodinia o hiperalgesia ocurre alrededor del territorio de uno o varios nervios periféricos y es desproporcional con el evento desencadenante.
2. Hay o ha habido evidencia de edema, anormalidades en el flujo sanguíneo de la piel o en la actividad sudomotora, del área involucrada.

3. Se excluye este diagnóstico, si existe otra condición que explique el grado de dolor y disfunción.

SDRC Tipo II (Causalgia)

Este síndrome sigue a una lesión neurológica.

1. Su prestación está más limitada a una articulación (tobillo, rodilla, muñeca), o área (cara, ojo, pene), asociado con un evento nociceptivo.
2. El dolor espontáneo, alodinia o hiperalgesia, generalmente está limitado al área involucrada, pero puede extenderse hacia la región distal o proximal, sin que coincida con el territorio dermatómico o de distribución del nervio periférico.
3. El edema es variable e intermitente, los cambios en el flujo sanguíneo de la piel, en la temperatura y en la actividad sudomotora, son desproporcionados con el evento desencadenante y están presentes en el área involucrada.

Dolor Mantenido Simpáticamente (DMS)

Este dolor es mantenido por la actividad eferente simpática, la acción de los neurotransmisores o de las catecolaminas circulantes. Se define por el bloqueo nervioso simpático o farmacológico. El DMS puede ser una manifestación de diferentes síndromes dolorosos y puede no ser un componente esencial de ninguna condición.

En contraste las condiciones que no responden al bloqueo simpático se designan como estados independientes del simpático (DIS).

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los principales signos y síntomas clínicos son:

- **Dolor:** Existe hoy en día consenso que este es un requerimiento absoluto para el diagnóstico. El dolor sigue a un evento nociceptivo y es desproporcionado en duración, distribución y severidad. Algunas veces puede seguir a eventos del SNC, viscerales o desórdenes psicológicos o psiquiátricos. Es regional pero puede afectar la cara, un hemicuerpo, el tronco o un cuadrante. Puede ser profundo y doloroso, se agrava con la posición ortostática en el tipo I, en ocasiones es quemante como en el tipo II, a veces se agrava con el frío o con el calor, en más del 75% de los pacientes el dolor es constante y espontáneo.
- **Hiperalgesia y alodinia:** Ocurren en la región del dolor, la hiperestesia con cualquier modalidad y la alodinia con estímulos térmicos, tacto ligero, presión profunda y movimientos articulares. Se examinan comparando con áreas simétricas no comprometidas.
- **Disfunción simpática:** Existe inestabilidad vasomotora y sudomotora en la extremidad afectada, puede estar caliente y roja o fría y azul o moteada. La sudoración especialmente en las palmas o las plantas puede aumentar o disminuir. Los cambios pueden ser medidos por termografía o termometría de contacto, debe hacerse en forma simétrica.
- **Edema:** Se puede ver en cualquier momento de la evolución, típicamente es periférico, puede ser permanente o intermitente, se exacerba con la posición de la extremidad.
- **Cambios tróficos:** Las uñas pueden ser hipertróficas o atróficas, el crecimiento y la textura del pelo aumentan o disminuyen y la piel puede ser



atrófica. Son útiles las fotografías para evidenciar los cambios.

- **Disfunción motora:** Puede incluir temblor, distonía, pérdida de la fuerza y la resistencia. Puede presentar rigidez articular y edema en los dedos.

- **Cambios psicológicos:** No existe evidencia para decir que el SDRC sea una condición psicológica, pero si es muy probable que condiciones que producen ansiedad, estrés o dependencia incrementan la nocicepción en el SDRC a través de mecanismos alfa adrenérgicos. Generalmente los pacientes refieren pérdidas o condiciones difíciles en sus vidas. Se ha encontrado más somatización en este grupo de pacientes. Para muchos el dolor relacionado con la lesión, depende más de la satisfacción laboral que de la severidad de la lesión, también se ha encontrado que el miedo es importante en la inmovilidad especialmente asociado a experiencias previas.

FISIOTERAPIA EN SDRC

La educación al paciente inicia el tratamiento en Fisioterapia porque mediante esta se le debe enseñar a integrar los segmentos comprometidos en sus actividades, haciéndolos funcionales, con el objetivo de disminuir la limitación de las actividades.

En las fases iniciales, el tratamiento se orienta a los síntomas predominantes, como son el dolor y el edema, para lo cual se puede utilizar electroestimula-

ción, ultrasonido, masoterapia y crioterapia, si no hay rechazo del paciente al contacto.

La disfunción articular en estas fases precoces se mejora con ejercitación muscular isométrica mientras que la cinesiterapia, que debe ser siempre indolora, se inicia sólo cuando se ha logrado el control de dolor. Aunque en el SDRC tipo II, la alodinia y la hiperpatía dificultan la mayoría de acciones terapéuticas, si con éstas se logra el control efectivo del dolor, se facilita el manejo de los demás efectos residuales, lo cual redundará en la funcionalidad del segmento comprometido.

En el Journal of Hand Surgery de Septiembre de 1987, Kira Watson y Lois Carlson describen un programa activo para el tratamiento del SDR, que llamaron “stress and loading”, el cual desde hacía 20 años se aplicaba a estos pacientes, con resultados satisfactorios. Este programa contempla dos principios: scrubbing (restregando) y carrying (cargando).

En la técnica de “scrub” el usuario parte de la posición cuadrúpeda, utilizando un cepillo de madera liviana, que moviliza en cuatro tiempos: hacia delante y luego regresa a la posición inicial, con apoyo completo sobre el segmento afectado.

Para el miembro superior, la carga total se transmite desde el hombro hasta la mano en forma perpendicular, con el codo en extensión y aplicando tanta presión como le sea posible. El programa es progresivo y comienza con sesiones de tres minutos y “scrubbing” tres veces al día. Incluye el trabajo en casa repitiendo el ejercicio y el tiempo de duración tal como se practicó anteriormente.

El “carry” o “load” es el segundo componente en el programa de “stress loading”. Esta parte del tratamiento implica la carga de objetos en el segmento afectado, con pesos que oscilan entre 1 y 5 libras, mientras el paciente permanece de pie o caminando. Sin embargo, la progresión en carga y tiempo se hace de acuerdo con la tolerancia del paciente.

Melanie E. Swan Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional en 1989 describió que la desensibilización es un buen camino para el tratamiento terapéutico de las alteraciones sensitivas en las personas con SDRC, utilizando técnicas para disminuir o normalizar las respuestas sensitivas a sensaciones específicas.

El programa debe incluir estímulos específicos sobre el área afectada por cortos períodos de tiempo y en forma frecuente durante el día, lo cual provee al cerebro de información para la modulación de la sensación. Así el cerebro responde a las demandas sensitivas adaptándose a las sensaciones que disminuyen gradualmente el dolor al estímulo particular.

CONCLUSIONES

El fisioterapeuta es parte esencial del equipo interdisciplinario que asume el tratamiento del usuario con SDRC es responsable, con sus acciones, de contribuir al manejo de la sintomatología que éstos presentan. La Fundamentación científica y la experiencia en su tratamiento aportan cada día herramientas útiles para su rehabilitación.



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

¿Eres Ex-Alumno CMUCH?

¿Te dedicas a la rehabilitación?

**¿Sabes de nuestros programas de cursos
y actualizaciones?**

VINCULACIÓN CMUCH

LTF. Lessly Cordero Méndez

vinculacion@cmuch.edu.mx

01 (222) 409 7990 ext. 124

41 Poniente No 109 Col. Gabriel Pastor

Puebla, Puebla.



CNET
CENTRO
DE CIENCIAS Y
TECNOLOGÍA



Gracias a ti este sueño será realidad

MUCH

D MEXICANO UNIVERSITARIO
NCIAS Y HUMANIDADES



24 de Abril 2017

#ActitudCMUCH



Respeto



Integridad



Entusiasmo



Superación



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA SOCIAL (Ciencias del Envejecimiento)

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.

Módulo I. Introducción a la Gerontología

Módulo II. Salud y Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Módulo III. Biología del Envejecimiento

Módulo IV. Ciclo Vital y Educación para el Envejecimiento

Módulo V. Envejecimiento y Grupos de Riesgo

Módulo VI. Psicología del Adulto Mayor

Módulo VII. Psicogeriatría

Módulo VIII. Técnicas de Evaluación Geronto-Geriátrica y Diseño de Programas de Apoyo al Adulto Mayor

Módulo IX. Escenarios Socio-Demográficos del Envejecimiento

Módulo X. Economía y Envejecimiento Social

Módulo XI. Aspectos Legales y Políticas de Atención al Anciano

Módulo XII. Organización y Administración de Servicios Geronto-Geriátricos

Módulo XIII. Bioética y Biohumanismo

Módulo XIV. Tanatología

Módulo XV. Seminario de Investigación I

Módulo XVI. Seminario de Investigación II



#SoyRehabilitadorCMUCH

41 Poniente No. 109. Col. Gabriel Pastor
C.P. 72534. Puebla, Puebla.
Tels: (01) 222 409.79.90 al 93
contacto@cmuch.edu.mx

Espinosa 620 Oriente esquina con Zuazua.
C.P. 64000. Monterrey, Nuevo León.
Tel: 01 (81) 8340.5151
contactomty@cmuch.edu.mx



RELATO DEL ABUELO

Profr. Arturo N. Corte Terán

Mi abuelo...
Un tipo de andar orgulloso, de estructura fuerte, parecía no conocer el dolor; era... de madera antigua, de la que ya no hay. Cazador nato, lleno de relatos e historias que había vivido y que gozaba compartir.

La tarde era propicia para escucharle, una tarde cálida en un ambiente familiar. Habíamos terminado de comer y la plática de sobremesa apuntaba hacia historias trágicas.

Don Nicolás Terán Montes de Oca, como se llamaba mi abuelo, también se caracterizaba por su sentido del humor, aunque estricto, podía darse el lujo de jugarle una broma a cualquiera, y en ocasiones a hacer desatinar a su yerno, mi padre.

Sin embargo, en esa tarde, una sombra cruzó por el rostro de este ferrocarrilero jubilado; en sus ojos pude adivinar que en su corazón algo se debatía y sólo esperaba el momento propicio para volcarse en el relato más espeluznante que jamás había oído.

-- Si me permiten -- Comenzó diciendo por puro formalismo, ya que su voz, del tipo impositivo, abarcaba más allá de la estancia.

-- Si realmente quieren saber lo que es sentir miedo, permítanme contarles algo que ha estado dentro de mí y que sólo a ustedes puedo decir --

Todos los ahí reunidos, guardamos silencio ante la gravedad del tono en las palabras del abuelo, situación poco frecuente, debido al buen humor que manifestaba en las comidas.

Y empezó el relato:
"Sé que algunos piensan que en mi vida, donde he sido encarcelado por causa de la revolución, casi asesinado, golpeado y con un hoyo de bala como testigo, he sido valiente, sin embargo en algunas noches, mi mente me remonta al pasado.

Viajaba como pasajero de primera, casi exhausto, realmente agotado. Pesaban en mí los 2500 kilómetros que tuve que recorrer para entregar el tren de Punta que Ferrocarriles me había confiado. El tren en el que llegué a Ciudad Juárez, hizo el recorrido de Papaloapan a Cd. Juárez. Era una imponente máquina de vapor con 20 carros refrigerados que contenían fruta, y que llegarían a San. Francisco después de la entrega de Chihuahua.

Mi cara aún sonreía por todas las peripecias que teníamos que hacer para mantener la temperatura correcta de

los carros; había que ser casi un atleta para pasar de carro en carro y así abrir o cerrar las ventanillas de aireación con el fin de evitar la descomposición de los productos. Y todo esto, con el tren en movimiento. ¡Cuántas veces estuve a punto de caer!, y en la obscuridad de la noche, hubieran pasado varias horas para dar conmigo. Pero había un motivo muy grande para no caer, el saber que muy pronto conocería a mi hija.

Había nacido hacía unos días...¿Cómo será?... ¿Se parecerá a Margarita, la dueña de mi corazón? Ni siquiera habíamos pensado qué nombre ponerle.

Todo este mar de pensamientos me hizo entrar en un sopor muy cómodo. A mi lado, junto a la ventanilla, un caballero recostaba su cabeza en una almohada hacia el cristal también sumido en espera de ese sueño reparador que tanta falta nos hacía.

Al llegar a la estación de Fresnillo, en Zacatecas, como alrededor de las 11 de la noche, un gran barullo nos despertó a los pasajeros del vagón. Una pareja de novios, junto con la suegra, era despedida por sus amigos y parientes. Al pasar junto a mí, los ojos de la novia se cruzaron con los míos, profundamente apenados por el gran



alboroto de sus parientes. Sólo alcancé a regalarle una mirada complaciente, evitando apenarla más. El caballero a mi lado, no disimuló su disgusto, y con un movimiento brusco, volteó el rostro y cerró sus ojos. Nuevamente sonreí al recordar los momentos gratos de mi boda y las grandes ilusiones que en estos momentos surgen.

Lentamente mis párpados empezaron a pesar, de tal manera que en pocos minutos me quedé dormido.

Acostumbrado por años al monótono y acompasado ritmo de los rieles y durmientes, percibí levemente las maniobras que acompañan al cambio de vía para dar paso al tren que venía de México a Chihuahua, cuando de repente, como si hubiera entrado a una pesadilla, de la espesura de la noche, se dejaron oír unos gritos.

Fue muy tarde para el caballero que estaba junto a mí, tal vez ni siquiera se dio cuenta, pero cuando yo quise

mirar hacia afuera, los trozos de cristal volaban por todas partes. Al sentir humedad sobre mi cuerpo, vi que estaba prácticamente lleno de sangre. Mi primer pensamiento fue que iba a morir, sin embargo no sentía dolor alguno.

Al tratar de despertar al señor que me acompañaba, me di cuenta de que su rostro estaba destrozado, y su sangre se había esparcido por todos lados. Mi sangre quedó congelada al no saber qué hacer. Por un momento, pensé que estaba aún dormido y que no era posible lo que estaba sucediendo.

De pronto el tiroteo se volvió más estridente, dentro del vagón se dejaban oír el zumbido de terribles proyectiles, como agujones mortales, que al encontrarse con la piel o hueso humano, se destrozaban haciendo el mayor daño posible.

Alcancé a tirarme sobre mi pecho, la sangre de los que ya habían muerto,

comenzaba a crear charcos, confundida con trozos de hueso, cabello y ropas esparcidas.

Un jovencito se había quedado petrificado y solo alcancé a tirarlo al piso del carro, a la vez que le gritaba ¡Agáchate, nos están acribillando!

En esos momentos, del carro de la escolta, surgió una descarga que impulsó unos segundos de silencio, para luego, como con más ímpetu, provocar la ira de nuestros atacantes.

Por cada tiro de nuestra escolta, surgían de la obscuridad 5 ó 6 ráfagas en contestación.

El tipo de munición que utilizaban era de la llamada expansiva, una especie de bala hueca que no permite la penetración profunda, pero al encontrarse con algún obstáculo, estalla en mil pedazos, cercenando y destrozando todo.

Esta condición de proyectiles, ocasionó que las personas que estaban recargadas sobre los cristales de las ventanillas fueran las más afectadas.

Las balas se estrellaban fuertemente contra la lámina del carro, sin ocasionar mayor daño, pero al penetrar por alguna ventanilla, los daños eran catastróficos.

Las primeras reacciones, después del asombro, fue el de gritar: ¡Auxilio! ¡No disparen... Hay niños inocentes en el Tren!





hacia la puerta posterior del vagón.

De un salto alcancé la puerta del carro de segunda, al abrirla, el terrible espectáculo que vi, me congeló de tal manera que no supe si permanecer o seguir avanzando.

Entre la penumbra del amanecer pude distinguir a personas que se arrastraban tratando de llegar a algún sitio.

Al seguir caminando mis pies tropezaron con algo que yo creí era una bolsa. El objeto era pesado; al caer me encontré casi de frente con el cadáver de un bebé de apenas unos meses de nacido, el cual era el “objeto” que me había tirado.

Corrí desesperado tratando de no ver las manos angustiadas de los que pedían ayuda, manos que se alzaban hacia mi como queriendo aferrarse al último rastro de vida.

Cuando por fin pude alcanzar al carro escolta, mi desilusión fue terrible. Sólo quedaba un soldado, el cual valientemente hacía frente al enemigo.

Salí del carro para tratar de auxiliar a los heridos. En eso estaba cuando de pronto entraron los Cristeros empujando a los que aún estábamos en pie. El Comandante Ramírez, apodado “El Catorce”, con la cara llena de pólvora dio la orden:

Sin embargo, afuera, entre la furia de los atacantes, un pensamiento los movía, al grito de: !! VIVA CRISTO REY !! ¡¡ VIVA CRISTO REY !!

Los Cristeros con sus ojos inyectados en sangre, ensordecidos con pensamientos asesinos, se acercaban a pie y a caballo, tirando a todo lo que se movía.

Al terminarse la primera carga, tuvimos tiempo de cambiar de posición, con el inocente pensamiento de que en otros vagones tal vez tendríamos mejor suerte.

Al ponerme de pie, intentando incorporar al muchachito que estaba junto a mí, la escena que presencié, me provocó un malestar que creí desmayar. Mis ojos se encontraron, en un caos dantesco con el rostro ensangrentado de la novia que horas antes había entrado radiante de felicidad, llena de ilusiones; ilusiones convertidas en muerte y destrucción. El novio, en un gesto de galantería, había cedido el lugar de la ventanilla a la novia, sin pensar nunca que con ese bello detalle había dado el lugar a la muerte.

Ella yacía sobre los brazos del novio; El, inmóvil, miraba el desvanecimiento de su propia vida, en las últimas convulsiones de la bella joven, mientras murmuraba casi incongruentemente: -- “No te vayas, resiste, esto pasará pronto y vas a estar bien...”--. La madre enloquecida iba de un lado al otro gritando:

“¡Han matado a mi hija! ¡Han matado a mi hija!”

De pronto, una nueva descarga me volvió a la realidad; de 17 pasajeros en primera, sólo quedábamos 7 vivos; el muchachito que tenía a mi lado, corrió sin que pudiera detenerlo, pues los cuerpos sin vida de los pasajeros, se amontonaban en los pasillos.

Quise correr hacia el siguiente carro, pero el pánico se había apoderado de mí; mis zapatos se habían quedado en algún lugar entre los asientos. Mis pies empezaban a sangrar por los vidrios enterrados en ellos. A mi mente llegó el mensaje de: ¡Levántate!, ¡no puedes terminar así!; ¡Haz un esfuerzo y trata de alcanzar el carro escolta! ¡Dios mío! ¡Dame fuerzas!... y en ese momento, surgió delante de mi el rostro de mi esposa, Margarita, y la posibilidad de aún poder conocer a mi hija. Y apoyándome en los respaldos de los asientos, prácticamente volé



--“! Sólo recojan armas ; !Dejen todo lo demás;... A estos desgraciados herejes ya se los llevó el diablo...”-

Fuimos registrados en forma por demás lastimosa, las damas maltratadas, ni siquiera los niños que aún estaban vivos se salvaron de ser agredidos y humillados.

-- “Mi comandante” -- Intervino uno de los bandidos --“Nos pasaron el pitazo de que ya se soltó una escolta pa’ca desde Zacatecas y viene al mando del General Anacleto López, mejor nos “juyimos” ¿que no?..”--

--“¡Ese desgraciado hijo de su mala madre!... ¡Jálenle muchachos! y si se les atraviesa algún catrín, ¡Quiébrenselo!...”

En pocos segundos, tomaron el armamento que había resguardado el único soldado sobreviviente, dejándolo golpeado y mal herido.

Cuando llegó el Tren de Auxilio Militar, apenas habíamos podido arropar y sacar del carro a algunos heridos. Los asaltantes ya habían huido.

En ese momento pude alzar mis ojos al cielo y agradecer a Dios el que todavía estuviera vivo. Pero al mismo tiempo surgía en mi mente la interrogante:

...¿Cómo es posible que en el nombre de aquel que me salvó se cometan tales crímenes?; Sin embargo... ¡Gracias Dios mío;

Posteriormente llegó otro tren de Aguascalientes al mando del General Genovevo de la O con destacamentos, provisiones y medicamentos.

Mientras eran atendidos los heridos, me acerqué a los cuerpos sin vida de los cristeros, que habían sido abatidos por la tropa de guardia del tren; en la mano de un joven muerto estaba una nota. La quité de sus manos y con mucha curiosidad la leí:



“PASAPORTE A LA GLORIA”

Fechado en Palo Verde Jalisco, Rincón de los altos. Abril de 1927.

“El portador de la presente, fue muerto por los malditos herejes enemigos de la Iglesia.

Firma: El comandante Ramírez (a) El Catorce.”

Un silencio respetuoso llenó la estancia en que estábamos reunidos escuchando al abuelo. Al terminar su relato, los ojos de algunos de nosotros estaban invadidos por las lágrimas.

Mi abuelo, el hombre recio, dio por terminada la plática, no sin antes hacer alguna leve broma a sus nietos.

Nos despedimos, pero esta despedida no fue como todas. En nuestro ánimo aún permanecía el sabor amargo de la verdad, del saber que todos estos sucesos fueron reales, y que la humanidad los sigue viviendo, sin aprender nada de ellos
... sin evitarlos...
sin perdonar...
sin amor.

Al salir de la casa de mi abuelo, pude ver que en el rostro fuerte de mi abuelo, asomaba, casi imperceptible y discreta una pequeña lágrima, tal vez la lágrima no derramada en el tren, pero guardada para ser compartida con los suyos...

*En memoria de Don Nicolás
Terán Montes de Oca †.*

Así quedó el tren de Guadalajara-México que asaltaron los cristeros el 19 de abril de 1927



CAMPAMENTO DE VERANO INFLUYENTE 2016



Roberto Morales Rocha
Alumno en Servicio Social CREE Yucatán
Asesora: Mtra. Lilian Nieto Soto

Toda aventura de verano, comienza invitando a las personas que vivirán un magnífico e inolvidable “campamento de verano influyente”, esta ocasión se vivió en Puerto Aventuras, Quintana Roo, durante 6 días de múltiples actividades. El DIF Estatal de Yucatán realizó el llamado para participar en el Campamento del DIF Nacional, ubicado en Playa Aventuras, contamos con la participación de los siguientes municipios: Izamal, Celestun, Ticul, Maxcanu, Kanasin, Teabo, entre otros.

Alrededor de 70 personas iniciaron con esta aventura, donde los esperaban actividades como: baños de mar, mini feria, fiestas, actividades deportivas, convivencia, zonas arqueológicas

y claro grandes sorpresas para estos camperos, recibimos personas con discapacidad motora, auditiva, mental y visual; donde al principio del campamento algunos se notaban tímidos, inseguros y/o confundidos ya que algunos iban solos y también por ser la primera vez que salían de sus casas para emprender un viaje. Algunos otros mostraban felicidad y entusiasmo por salir y relacionarse con otras personas, crear nuevos amigos y disfrutar la playa que los esperaba.

Osiris, la Coordinadora del Campamento DIF Nacional era la encargada de darle vida y alegría quien realizó actividades para romper el hielo, clases de zumba, activaciones físicas,

una mañana de yoga en la playa, competencias y canciones: parte fundamental para que se disfrutara este campamento.

Yo forme parte del equipo del Staff, que coordinaba a todos los camperos, fuimos cerca de 25 personas de Staff... más que Staff fuimos otra familia, siempre con el objetivo de ayudar a estas personas y de estar atentos a los camperos, tuvimos asignadas tareas como coordinar baños de mar, limpieza de baños, la hora de levantarse, actividades de la mini feria, olimpiadas (teniendo medallas en cada categoría), etc.

Las competencias fueron de natación, lanzamiento de coco, atletismo, tiro con tira hule, gimnasia y fútbol. El

objetivo era motivar a todos a participar, aunque dependieran de una ayuda funcional, donde cada participante mostraba alegría y las ganas de competir, llenas de entusiasmo y satisfacción; los demás miembros apoyaban para que se llegara a la meta.

Viví una experiencia increíble al ser capital de un equipo, ya que cada participante quería competir, siempre mostraron disposición para ganar, tuve la oportunidad de conocerlos más y conocer sus virtudes en cada competencia.

Otra actividad que se vivió en este campamento fue la visita guiada hacia la zona arqueológica de Tulum, muchos de los camperos se notaron sorprendidos dado que nunca habían visitado una zona arqueológica (por las barreras arquitectónicas y la falta de accesos para silla de ruedas y andaderas en las escaleras y las rampas de las ruinas), fue una experiencia agotadora, pero nos quedamos con un gran recuerdo, todo el equipo del Staff colaboramos para que pudieran tener todos acceso a esta zona arqueológica.

Cabe destacar que esta zona arqueológica es visitada por personas de otros países, observe que aún falta cultura de inclusión, no sólo en México, ya que algunos extranjeros nos veían por las dificultades para bajar, se molestaban porque estorbábamos el paso y nos brincaban, sin embargo también hubo muchas personas que nos ayudaron.

También visitamos los Cenotes de Kantun Chi, donde los camperos pudieron bañarse en estos cenotes al aire libre, fue una gran experiencia para los que se trasladaban en silla de ruedas y andadera ya que narraron que nunca habían estado tan cerca de un cenote y menos meterse a nadar en estas maravillas de la península.

Todos regresamos felices de vivir esta experiencia en una de las playas in-

cluyentes de Quintana Roo, tuvieron la oportunidad de disfrutar el sol, la arena y la playa, dado que dentro de estas playas incluyentes contamos con el equipo de anfibios especializados para que personas con discapacidad motriz pudieran disfrutar la arena y el agua de Playa del Carmen, sin tener que acudir con su silla de ruedas o andadera; solo era cuestión de montarse en uno de los anfibios y a disfrutar de esta playa.

PARA REFLEXIONAR

En este campamento tuve la oportunidad de vivir una experiencia única y formar parte de las alegrías de cada campero, muchos me adoptaron como su capitán, su apoyo incondicional, un amigo e incluso un hermano mayor.

Todos estos días conviví con personas con alguna discapacidad, desarrolle empatía con ellos al compartir los alimentos, los espacios del autobús, dormitorios, las competencias y otras actividades que se realizaron, se genera un clima de confianza donde los camperos te abren su corazón y te encuentras con historias maravillosas, algunas de fortaleza y de Fé. Aunado a ello se observa la evolución de como empezaron el primer día de campamento y como terminaron el último día, algunos se soltaron inmediatamente, a otros les costó trabajo pero los últimos días mostraron toda la energía y alegría que traían dentro.

Las mamás son las que más agradecen estas actividades ya que descansaron un poco, se divirtieron y convivieron con otras familias, sintieron el apoyo incondicional en las actividades y no hallaban palabras de agradecimiento. La despedida fue muy emotiva y con sentimientos encontrados.

Me quedo con grandes historias como la de **Lázaro** que después de mucho tiempo se metió al mar y también

ayudo a cocinar un rica salsa para la feria Yucateca del campamento, otra historia como la de **Don Rodolfo** que a pesar de su discapacidad visual siempre mostro alegría en toda actividad, incluso ganó en la competencia de natación y nos mostró buenas técnicas de masaje. **Walter** bailando sin pena y disfrutando todas las actividades. **Chuchín** que siempre mostraba alegría y entusiasmo todos los días a un joven **Roberto**, que a pesar de su discapacidad motriz mostro ser un buen portero donde todo el campamento le aplaudimos. Personas que decían “Yo nunca voy a jugar fútbol por que no puedo”, personas que decían “Yo nunca me voy a meter al mar” y ¡entraron gracias al Staff!, entre otras historias y comentarios de quienes pudieron formar parte de este campamento influyente.

Mis más sinceras palabras de agradecimiento al DIF Yucatán, al CREE Mérida Yucatán, por haberme tomado en cuenta para formar parte de esta gran aventura al llenarme de energía y de sonrisas, además de reencontrar ese lado humano que debemos manifestar día a día con nuestros pacientes. En este campamento me sentí más Yucateco, el campamento tuvo mucha cultura y esencia de Yucatán.

GRACIAS YUCATÁN.





CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



"Somos Halcones"
Selectivos Deportivos CMUCH



CMUCH
CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



MAESTRÍA EN FISIOTERAPIA DEL DEPORTE*

(*) "RVOE en trámite"

Propósito general:

Preparar Maestros en Fisioterapia del Deporte capaces de proporcionar atención con el más alto nivel de calidad profesional y calidez humana en el proceso de prevención, intervención o tratamiento de las personas que practican actividad física y/o deporte, al tiempo de desarrollar líneas de investigación en el contexto de la medicina y ciencias aplicadas al deporte.

Temario:

- Módulo 1: INTRODUCCIÓN A LA FISIOTERAPIA DEL DEPORTE
- Módulo 2: BASES ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y BIOQUÍMICAS DEL EJERCICIO I
- Módulo 3: BASES ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y BIOQUÍMICAS DEL EJERCICIO II
- Módulo 4: CIENCIAS AFINES A LA FISIOTERAPIA DEL DEPORTE I
- Módulo 5: TRAUMATOLOGÍA DEPORTIVA I
- Módulo 6: TRAUMATOLOGÍA DEPORTIVA II
- Módulo 7: TRAUMATOLOGÍA DEPORTIVA III
- Módulo 8: CONDICIONES PARTICULARES DE LA PATOLOGÍA DEPORTIVA I
- Módulo 9: CONDICIONES PARTICULARES DE LA PATOLOGÍA DEPORTIVA II
- Módulo 10: FISIOTERAPIA DEL DEPORTE I
- Módulo 11: FISIOTERAPIA DEL DEPORTE II
- Módulo 12: FISIOTERAPIA DEL DEPORTE III
- Módulo 13: REHABILITACIÓN CARDÍACA
- Módulo 14: REHABILITACIÓN RESPIRATORIA
- Módulo 15: FISIOTERAPIA SPA
- Módulo 16: PRACTICAS DE CAMPO
- Módulo 17: BIOÉTICA Y LEGISLACIÓN DE LA SALUD
- Módulo 18: ADMINISTRACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD
- Módulo 19: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN I
- Módulo 20: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN II



#SoyRehabilitadorCMUCH

41 Poniente No. 109. Col. Gabriel Pastor
C.P. 72534. Puebla, Puebla.
Tels: (01) 222 409.79.90 al 93
contacto@cmuch.edu.mx

Espinosa 620 Oriente esquina con Zuazua.
C.P. 64000. Monterrey, Nuevo León.
Tel: 01 (81) 8340.5151
contactomty@cmuch.edu.mx



DEL PARAÍSO A LA VIDA

(De Mujeres, Brujas y Filósofas)
Victoria Hernández Franceschi



Por fortuna soy fuerte, por fortuna soy alta: será más fácil que mi impos-tura triunfe. Escondida dentro de mis nuevos ropajes, me siento más segura, protegida, porque es una desgracia ser mujer y estar sola en tiempos de violencia. Pero ahora ya no soy una mujer. Ahora soy un guerrero. Un terrible gusano en capullo de hierro, como le oí cantar un día a un trovador. (“Historia del Rey Transparente”)

La intuición es el tesoro de la psique de la mujer. Es como un instrumento de la adivinación o una bola de cristal, por medio de la cual la mujer puede ver con una misteriosa visión interior. (“Mujeres que corren con los lobos”)

Cabo Verde es un puñado de islas más cerca de África que de ningún lugar, descubiertas por los por-

tugueses, el Archipiélago fue aprovechado como punto de descanso entre África, Portugal y las Indias, triste escenario de la compraventa de esclavos en el Siglo XV. Las islas fueron poblándose a fuerza de los propios actores de su historia, combinando culturas y en consecuencia, colores, sabores, ritmos y lenguas. Las condiciones geográficas y políticas así como el origen de la población y la evolución histórica, hace un Cabo Verde incipiente en múltiples aspectos.

De densa vegetación a deforestación pasó el paisaje caboverdiano a razón de la sobre explotación de cultivos, además de inadecuados para la naturaleza del suelo, provocando el abandono de sus pobladores entre los siglos XVII y XIX, la opresión absurda de la colonia que nada ayudaba a su prosperidad llegó a fin en 1974, la historia política de sus islas relacionada con otros Estados africanos

y la Unión Europea son interesantes, su lucha continúa por recuperar la vegetación original, lograr una explotación agrícola y pesquera que garantice el bienestar socioeconómico, actualmente en franco crecimiento la industria de la construcción y el turismo ecológico, siendo aún muy precarias las políticas educativas y de salud, entre otros rubros.

Cabo Verde tiene playas paradisíacas, de aguas claras, de temperatura eternamente cálida y pesca asegurada, gente jacarandosa que vive al día, que comparte y sonríe, que baila y que juega. La mezcla de razas europeas y africanas ha regalado un puñado de “plumas de pavo real”, con las cualidades físicas espartanas y apolíneas**, que se lucen al ritmo de la música o al vaivén de las olas o en los gimnasios al aire libre o jugando fútbol. Quienes han salido de las islas buscando mejorar su calidad de vida, son por mu-

cho compartidos con sus paisanos y envían tanto como pueden, por avión o por barco, otros van y vienen desde el “mundo capitalizado” al paraíso que aún es Cabo Verde, en la ingenuidad de su gente busca y encuentra a quienes quieren explorar atravesando los mares, hombres y mujeres que han construido su pedazo de paraíso caboverdiano en Nápoles, Florida, Portugal, Brasil y España entre otros, ya como artesanos, obreros, jornaleros, nanas y deportistas. El deporte se da en los caboverdianos de forma natural, como diversión, como disciplina, como pasaporte a otro tipo de vida.

Niños y niñas juegan y sueñan con grandes equipos, en el caso de Sheila, sus habilidades, su dedicación y su disciplina, la llevaron finalmente a formar equipo con el Barça Femenil. El entrenador José María Lobo “Djedji”, además de reclutar jóvenes hábiles para jugar fútbol, se encargaba de formarlos en valores cívicos y éticos, asegurándose de que no sólo fueran excelentes futbolistas, sino también excelentes ciudadanos y seres humanos, anteponiendo dichas cualidades al mero arte deportivo. Sheila Fortes Livramento Delgado, se alistó con el equipo del Entrenador Djedji y fue elegida para representar a su país y enfrentar diversos equipos a nivel internacional, una lesión de la rodilla que terminó en la rotura del ligamento cruzado, la recluyó a la banca, recuperada pero no del todo, volvió a las canchas hasta provocar la misma lesión en la otra rodilla... por un tiempo dejó el balón y volvió a Cabo Verde, al alegre bullicio de las casas de puertas abiertas, de abundante pescado fresco, con la triste certeza de no poder explotar sus aptitudes, por ser mujer, porque su país no podía darle más que a las otras mujeres, porque quería seguir aprendiendo y explorando en otros lugares y seguir jugando profesionalmente, y pudo discernir si seguía sobre esforzándose por otros o cuidarse por ella, y optó por lo



último, en total se vio sometida a tres cirugías, fue paciente, padeció y se esforzó en la etapa de la rehabilitación y volvió a jugar. La voluntad de Sheila la ha llevado lejos de su tierra natal y de su familia, de lo que le es propio, ella se ha convertido en ejemplo para las niñas caboverdianas, estímulo para los deportistas y apoyo para sus seres queridos, pero es en esencia simpatía y disciplina, aprendió castellano y catalán, practica Aikidó, se ejercita en la playa, como buena caboverdiana, es entrenadora de fútbol y excelente amiga. La voluntad la ha llevado a superar las diferencias culturales al aportar de sí a los demás, su vida no sólo es deporte, son los valores con los que lo permea y que le dan sentido a su vida, tal como le enseñó Djedji, y tal como lo subraya Viktor Frankl, “el sentido de la propia vida es algo que se va encontrando, que se descubre y es subjetivo, pues responde a las propias preferencias. Determinados significados personales –los valores- tienen la función de aliviar esa búsqueda: valores de actitud (ante el sufrimiento o situaciones difíciles); valores vivenciales (del heroísmo en su lucha personal); valores de creación (de lo que el individuo es capaz de producir y crear nueva forma de vida)”. (Rojas, 2002)

Para leer:

Montero, Rosa. (2005). *“Historia del Rey Transparente”*. Madrid: Alfabeta.

Pinkola Estés, Clarissa. (2010). *“Mujeres que corren con los lobos”*. Madrid: Punto de Lectura.

Rojas, Enrique. (2002). *¿Quién eres?*. Barcelona: Círculo de Lectores.

** Apolo es Dios del sol, de la juventud, de la belleza y del arte. Apolíneo: nobilitado por una extraordinaria finura y armonía.



DEL SENTIDO DE LA MUERTE

(De Mujeres, Brujas y Filósofas)
Victoria Hernández Franceschi

-Te repito que estoy muy viejo. Y, además, eso iría en contra del propósito al que he consagrado mi vida. Ya te he dicho que todo caballero debe tener una empresa gloriosa que ordene sus actos.
-Y puedo preguntaros cuál es vuestra empresa?
-Morir bien hijita, morir bien. ("Historia del Rey Transparente")

Vivimos en una vorágine de avances tecnológicos que nos arrastra día a día, entre comida rápida y el tren bala, los ordenadores y celulares que aparentemente simplifican y mejoran la calidad de vida. Comunicarnos de manera instantánea sin importar la distancia vuelve irreal los contextos, vivimos a través del facebook y hay una extraña fascinación morbosa por las notas amarillas del telediario. Día a día, el noticiero matutino anuncia los accidentes, los muertos y secuestros, pero parecen una imagen más de videojuegos que de la realidad, de la televisión nada atrae tanto como esos programas de crímenes sin resolver o que se resuelven, todos son muy iguales, hay una creciente desconexión entre lo que necesita ver la gente al llegar a casa con lo que ofrece la pantalla. Las pelí-

culas sobre el holocausto parecen de ciencia ficción y no históricas, los ataques terroristas perpetrados en Niza o Barcelona, los conflictos bélicos intestinos que se suscitan en distintos puntos del mundo y los cientos de muertos al querer refugiarse en otros tantos. El microondas, la comida rápida, el coche, el móvil, la computadora, embotan los sentidos pero no alivian la tristeza, el miedo o la soledad que se sienten cuando la vida que conocemos cambia. Las películas son rápidas, intensas, divertidas y satisfacen, los protagonistas pasan de un conflicto a la solución rápidamente, nos muestran deportistas que en segundos entrenan y se transforman en auténticos atletas griegos, escenarios donde los personajes lloran una decepción y en apenas dos horas han recuperado la alegría por la vida e incluso un amor y matrimonio, todo pasa y se resuelve rápidamente, son apenas temas de un café para dar paso al último hit de reggaetón.

Somos acosados o adictos a miles de distractores que influyen la interpretación y re-interpretación que hacemos de nuestra realidad de distintas formas. Nosotros, porque todos nosotros somos actores de nuestra realidad, nuestra biografía, la que cobra sentido cuando acaba.

Ya en los albores de la humanidad el hombre primitivo plasmaba en las cavernas la incipiente espiritualidad nacida de las interrogantes ante la muerte, la sepultura fue el primer indicio de que otorgaba una dignidad a sus semejantes haciendo la diferencia con los animales y comienza la teo-construcción para explicarse ¿qué lo hace



diferente a los demás seres vivos?

La muerte es la clave para hacer que el hombre instintivamente reconozca que es diferente y que debe haber algo más, reconoce la angustia que le produce saber que es finito y lo comparte, pero no sólo lo comparte con quien convive, sino que se encarga de dejar plasmada de cualquier forma dichas preocupaciones a sabiendas que habrán otros que podrán ver lo que ha dejado, es consciente que vivir y morir no puede ser sólo eso, se pregunta por el sentido de su existencia, nacer, crecer, reproducirse y morir, no es suficiente. Se nace y de ahí hasta la muerte, saciar necesidades, buscar la felicidad, alcanzar conocimientos, acumular bienes, y no sólo un simple sufrir, competir, gozar, reír, comer, coger... El hombre se observa como algo semi-divino, porque intuye que no vive sin intención y se crea "religioso, moral y metafísico" (Fernández, 2007); la muerte es lo único que lo confronta con su vida, es la única que lo obliga a observarse en todas sus facetas, personalidades y actuaciones, la muerte es su única compañera inseparable, lo único cierto y la que cortará su aliento sin avisarle, la única que le permitirá ver cuanto bien o mal envolvió su día a día.

El pensamiento religioso protege de los temores a lo desconocido y también guía el proceder que garantiza una vida significativa, así la humanidad se recrea en la interpretación de dioses y fuerzas divinos, a veces tan imperfectos como él, otras inconmensurablemente perfectos y vengativos y otras tan apasionados como los fenómenos naturales. La religión en cualquier





ra de sus interpretaciones permite la esperanza de la no conclusión absoluta, de exorcizar el mal como experiencia radical de la muerte, le da el soporte para transcurrir por una vida que se le antoja vida demasiado corta, de la cual debe hacerse responsable para construir y justificar su propia historia personal, una vida que finalmente en la muerte encuentra su sentido.

Mientras tanto la muerte no esté cerca, no la consideramos real, asistimos a servicios fúnebres como a un evento social más, que circunstancialmente nos hace pensar, “no olvidemos que toda filosofía nace a orillas de la muerte” (Rojas, 2002), la religión permite aliviar la incomodidad ante lo inevitable, la filosofía y los dog-

mas que la componen subyacen en el diario acontecer permitiendo una existencia metafísica, no sólo biológica, la construcción de una historia personal con porvenir y la garantía de otra vida después de la muerte.

Morir bien implica llegar al final con una biografía digna del pase al otro mundo prometido, haber vivido de tal forma que podamos merecer los rituales necesarios para garantizarlo, tan variados como los factores que los influyen a través de la historia, desde: la incineración del cuerpo completo, con o sin animales sacrificados; embalsamados; sepultados; deglutidos; ritualmente abandonados a las fieras o al medio ambiente... La absoluta falta de signos vitales, es

decir, la probada muerte biológica es la que dará paso a la ceremonia que distingue al ser humano de los otros seres vivos, la racionalidad, la dignidad del que fue, y que mediante los ritos se conjura para no olvidar que es más que un cuerpo biológico, es conciencia, es espíritu, es divino.

Para leer:

Fernández del Riesgo, Manuel. (2007). *Antropología de la Muerte*. Madrid: Editorial Síntesis.

Rojas, Enrique. (2002). *¿Quién eres?*. Barcelona: Círculo de Lectores.

Montero, Rosa. (2005). *Historia del Rey Transparente*. Madrid: Alfabeta.

LABORATORIO DE FISIOTERAPIA CMUCH



Servicios:

Estimulación temprana

Rehabilitación ortopédica, deportiva, pediátrica, geriátrica y neurológica

Problemas del lenguaje

Trastorno del déficit de atención e hiperactividad

Aprendizaje escolar



Puebla: laboratorio.practica@cmuch.edu.mx
Monterrey: laboratorio.practicamty@cmuch.edu.mx

#SoyRehabilitadorCMUCH

41 Poniente No. 109. Col. Gabriel Pastor
C.P. 72534. Puebla, Puebla.
Tels: (01) 222 409.79.90 al 93
contacto@cmuch.edu.mx

Espinosa 620 Oriente esquina con Zuazua.
C.P. 64000. Monterrey, Nuevo León.
Tel: 01 (81) 8340.5151
contactomty@cmuch.edu.mx



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.

- Módulo I. Introducción a la Neurorehabilitación
- Módulo II. Anatomofisiología del Sistema Nervioso
- Módulo III. Plasticidad Neuronal
- Módulo IV. Teorías del Neurodesarrollo
- Módulo V. Padecimientos del Sistema Nervioso I
- Módulo VI. Padecimientos del Sistema Nervioso II
- Módulo VII. Estudios Diagnósticos en Neurorehabilitación
- Módulo VIII. Valoración Neurológica Funcional en el Niño
- Módulo IX. Valoración Neurológica Funcional en Adolescentes y Adultos
- Módulo X. Valoración Neurológica Funcional en el Viejo
- Módulo XI. Rutas de Abordaje Terapéutico
- Módulo XII. Estimulación Temprana
- Módulo XIII. Técnicas de Neurorehabilitación I
- Módulo XIV. Técnicas de Neurorehabilitación II
- Módulo XV. Técnicas de Neurorehabilitación III
- Módulo XVI. Bioética y Legislación de la Salud
- Módulo XVII. Tanatología
- Módulo XVIII. Administración
- Módulo XIX. Seminario de Investigación I
- Módulo XX. Seminario de Investigación II



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.

ENTREVISTA A ROGELIO HERRADA MARTÍNEZ,

EGRESADO DE LA LICENCIATURA EN TERAPIA DE LENGUAJE
(GENERACIÓN 2011-2015)

Mtro. Oscar Meléndez Zárate



¿Por qué decidiste estudiar terapia del lenguaje?

¿Cómo empezar?... por la vía más corta, pero que explique todo. Como me dijo un profesor me dijo.

Es difícil, encontrar una verdadera vocación hoy en día. Primero, porque muchas ideas que nos vende la sociedad ya son pre-fabricadas, y suelen venderte la fórmula para ser feliz.

En la terapia de lenguaje, he encontrado mi verdadera vocación. Puedo ser una persona que aborda aspectos clínicos, pero a la vez humanos. Tratar con el padecimiento, pero no verlos como una simple historia clínica. Sino, como un reto, un autodescubrimiento proveer y descubrir.

Pero sobre todo ayudar, porque como persona que vive con un padecimiento llamado Sordera. He aprendido, que mucho de los problemas, no es como tal lo que uno padece, es la concepción de la sociedad ante ello. Cómo actuar, qué hacer... qué decir.

Así, que la razón fue principalmente que todo el esfuerzo realizado por mi madre. Para poder desarrollarme adecuadamente y ser independiente. Motivado a esto, hacer que aquello que hizo conmigo, y pueda yo lograr ayudar a la gente que tiene dificultades en su lenguaje.

Porque venimos aquí a expresar, lo que sentimos, queremos... y entender lo que dicen y quieren.

¿Qué fue lo que más te gustó de tu vida académica en el CMUCH?

Al principio, estuve nervioso porque no sabía que esperar. Nunca había leído respecto a la terapia de lenguaje. Mis conocimientos más cercanos, sobre el abordaje de las sorderas. Era con respecto a Educación Especial. Yo quería algo más clínico, y abordar más aspectos desde el cerebro hasta lo funcional.

Cuando entré y observé a mis primeros compañeros, el primer semestre me tocó llevar fundamentos de terapia física. Y obviamente, yo quería ya ver lenguaje. Pero me agradó el hecho en la forma en que fui aceptado. Recuerdo una materia con la maestra Marisol, que fue la que me dejó con cierto trauma. Leer sobre músculos, y sus funciones y todo fue algo padre, pero



muchos términos que no tenía ni idea. Agradezco que haya sido tan ella misma, para prepararme y alentarme. Y maravillarme por primera de lo que es un cerebro con miss Gaby.

Posteriormente, termine el primer semestre, y entré a Lenguaje. En verdad me maravilló empezar a leer sobre esos temas, más sobre sordera y lecto-escritura.

Conocí a una maestra, Adriana Robles. Que fue la primera vez que tuve contacto, con una persona que sabe mucho al respecto sobre el área que me interesa. Fue interesante conocer sus puntos de vista, y los consejos que me dio siempre los llevaré.

Después conocí a la maestra Margarita, con temas más aplicados a los problemas del habla fue fasci-

nante aprender de ello. También por el hecho de que, no necesariamente tenía que estar enfocado en mi padecimiento. Sino también poder aportar algo en otras áreas.

Los dos profesores hombres, que estuvieron en varios semestres Erik y Carlos, alentándome a conocer cada vez temas más complejos. El primero conocer al cerebro, que hoy en día todo lo relacionado a neuropsicología se lo debo, por haberme interesado y alentado en clase. Al segundo por enseñarme que no necesito oír, para aprender un nuevo idioma. Y que con esfuerzo y práctica las cosas se pueden lograr. A la miss Iliana con esa forma, de explicar las cosas de una manera calmada, pero sobre todo alentarme a que con mi testimonio ayude a los demás.

Y la parte que siempre considere un martirio desde niño, la lingüística con dos maestras que tuvieron la forma. Hananis por haber logrado hacer un nexo conmigo, siempre voy a recordar que conocí a una persona en la universidad, que hizo que leerle los labios fuera fácil, y poder entender los temas... sentirme integrado.

Nancy, por haberme hecho entender que a pesar de ser una persona que ama leer y escribir. Aun se puede mejorar, y si me catcha algún error por aquí, créame que sigo echándole el esfuerzo.

Pero sobre todo lo que más me gusto, fue haberme sentido integrado. Que en verdad, dieron paso para abordar la sordera. Que al tener un alumno sordo, toda la comunidad se integró. Que incluso hasta obras

en señas realizamos, para dar a concientizar a los demás alumnos. Con el apoyo de la Psicóloga Rosy y la miss Ismerai.

A mis compañeros de clase, pero ahora colegas. Fue toda una travesía y una de las mejores épocas de mi vida. A mi madrina por dotarme de oportunidades para mostrarme Lily, y por ser también una Terapeuta de Lenguaje y servirme de ejemplo.

En pocas palabras, se puede ver como agradecimiento. Y lo es, todos aquellos que fuimos forjados con los conocimientos de otras personas, su tiempo. Debemos detenernos y agradecer que hoy somos lo que somos por ellos, e incluso de las personas que menos esperas.

Lo más grato fue de toda mi experiencia universitaria en el CMUCH, fue que nunca me sentí una persona discapacitada.

Cuéntanos sobre tu vida profesional actual

Actualmente, estoy trabajando en unos programas para llevar la lecto-escritura en niños sordos. Todo eso por medio del uso de las señas, para que puedan comprender mejor los textos y sobre todo expresarse de mejor manera.

Me encuentro también colaborando con distintos especialistas, en investigaciones referente a los problemas de lectura, escritura, expresión y comprensión.

Sobre todo he estado dando clases y conferencias para sensibilizar a los futuros profesionistas como abordar el convivir con personas con capacidades diferentes.

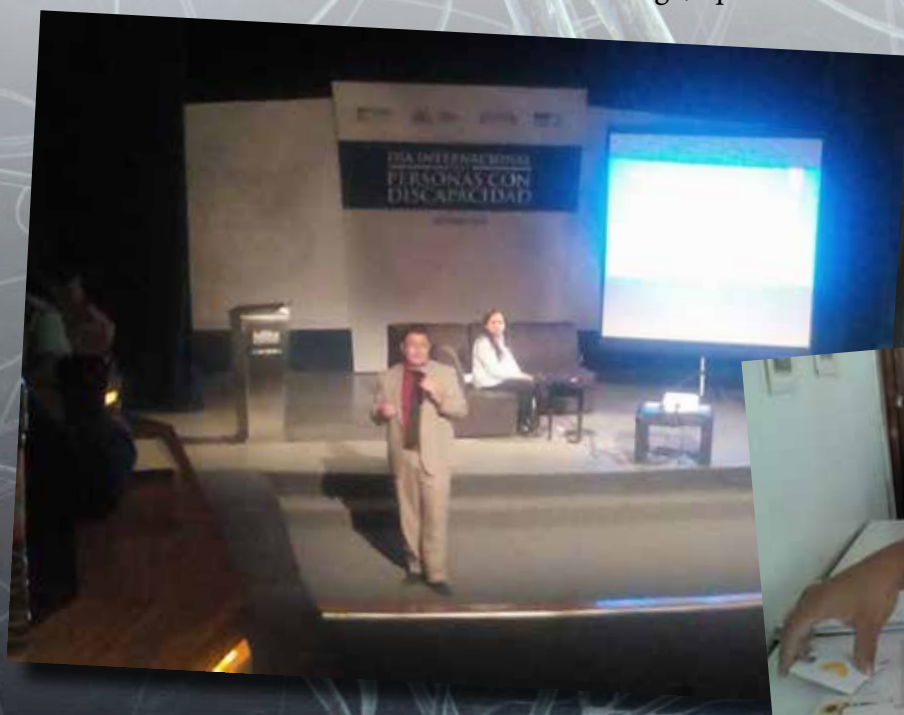
¿Cuál ha sido la mejor experiencia que has tenido a nivel profesional?

Estar laborando en una investigación sobre Dislexia, con Mónica Báez, una especialista que radica en Argentina. Pero sobre todo la mejor experiencia ha sido un niño llamado Diego, que es sordo de

nacimiento, y perdió la visión de un ojo. Trabajar con él fue un reto, y una lección de vida. Ya que me demostró, que a pesar de los obstáculos que la vida te pueda poner, no te pueden quitar la sonrisa.

Actualmente y con los avances tecnológicos, ¿cómo crees que ha evolucionado el área de la rehabilitación?

Muy importantes, sobre todo que ya hay más interés en la investigación, Ahora se puede abordar más temas. Antes era la condición de que los mayores eran quien sabía todo, ahora ha sido más flexible. Y se ha logrado entender, que cualquiera que quiera aportar sincera-



mente un cambio, estudia y aplica. Lo podrá hacer, y mejorar significativamente la vida de una persona.

Las personas que dedican su tiempo, a crear aplicaciones para ayudar a la comunicación aumentativa y alternativa. Siempre les voy a ser agradecido, puesto que eso minimiza las barreras de comunicación y nos hace sentir integrados a aquellos que vivimos con un padecimiento.

De cara al futuro, ¿cuáles son tus nuevos retos?, ¿qué proyectos tienes?

Estoy enfocado, en desarrollar con más profundidad una herramienta

o aplicación para que niños sordos puedan leer y escribir mejor. Sobre todo abordar la esfera emocional del niño sordo, puesto que es un tema que sigue siendo una incógnita.

Quiero poder seguir juntándome con especialistas, aprender de ellos. Sobre todo lo que más aspiro es innovar y lograr un significativo cambio.

¿Cuál es tu mensaje para los futuros rehabilitadores que hoy integran la familia estudiantil del CMUCH?

Primero, que sean agradecidos. Recuerden que la profesión que han escogido o están empezando conlleva una responsabilidad. Cada vez que tengan una sesión, estarán con alguien que tiene miedo, que busca seguridad en ustedes. Tomar con seriedad el trabajo, pero más importante entender, que siempre se está aprendiendo y como jóvenes habrá equivocaciones.

No deben temer a equivocarse sino, a no aprender de ello. Como futuros rehabilitadores deben aprender a ver a la persona, no el padecimiento. Pero sobre todo, lo hagan con pasión e iniciativa.

Olvidar la mentalidad de pasar la universidad, para empezar a trabajar. Desde el día que pisen el aula hasta el resto de sus vidas, si así lo desean ustedes con ánimo y amor a la profesión. Ya son unos terapeutas y por lo tanto deben actuar con madurez y responsabilidad.

Finalmente como dije, ser agradecidos. Hoy tienen en sus manos, la oportunidad de ser terapeutas en un futuro. Con los profesores que dediquen tiempo y energía, aprendan de ellos y mentalicen la meta.

Cuando se sientan desanimados, tristes recuerden la frase “Yo seré un terapeuta” yo seré alguien. Quizás no pueda cambiar el mundo, pero puedo cambiar un mundo y eso es más que suficiente.

Saludos y gracias. Rogelio.





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

BIENAL DE ARTE
CMUCH



www.bienaldeartecmuch.com.mx



Mr. Poper

Título: "4ever lolito o También en Primavera Mueren los Cisnes"

Técnica: Mixta



CMUCH

CENTRO MEXICANO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



LICENCIATURA EN
FISIOTERAPIA



LICENCIATURA EN
TERAPIA OCUPACIONAL



LICENCIATURA EN
TERAPIA DE LENGUAJE



LICENCIATURA EN
GERONTOLOGÍA



MAESTRÍA EN
FISIOTERAPIA
DEL DEPORTE*

(*) "RVOE en trámite"



MAESTRÍA EN TERAPIA
DE LA COMUNICACIÓN
HUMANA



ESPECIALIDAD EN
TERAPIA OCUPACIONAL



MAESTRÍA EN
GERONTOLOGÍA SOCIAL
(Ciencias del Envejecimiento)



MAESTRÍA EN
NEUROREHABILITACIÓN



MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
Y DIRECCIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD Y REHABILITACIÓN*

(*) "RVOE en trámite"



World Federation of
Occupational Therapists

#SoyRehabilitadorCMUCH

41 Poniente No. 109. Col. Gabriel Pastor
C.P. 72534. Puebla, Puebla.
Tels: (01) 222 409.79.90 al 93
contacto@cmuch.edu.mx

Espinosa 620 Oriente esquina con Zuazua.
C.P. 64000. Monterrey, Nuevo León.
Tel: 01 (81) 8340.5151
contactomty@cmuch.edu.mx