EDICIÓN NO° 1 - 2024

REVISTA

SALUD Y DISCAPACIDAD

CRISVER

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO | DIF Estatal Veracruz | CRISVER Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz

La presente revista de divulgación digital *"Salud y Discapacidad"* es una publicación trimestral del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Veracruz.

Lic. Rebeca Quintanar Barceló
Directora General del Sistema Estatal DIF del Estado de Veracruz

Lic. Diego Fernández Olivares
Encargado de Despacho de la Dirección del Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz

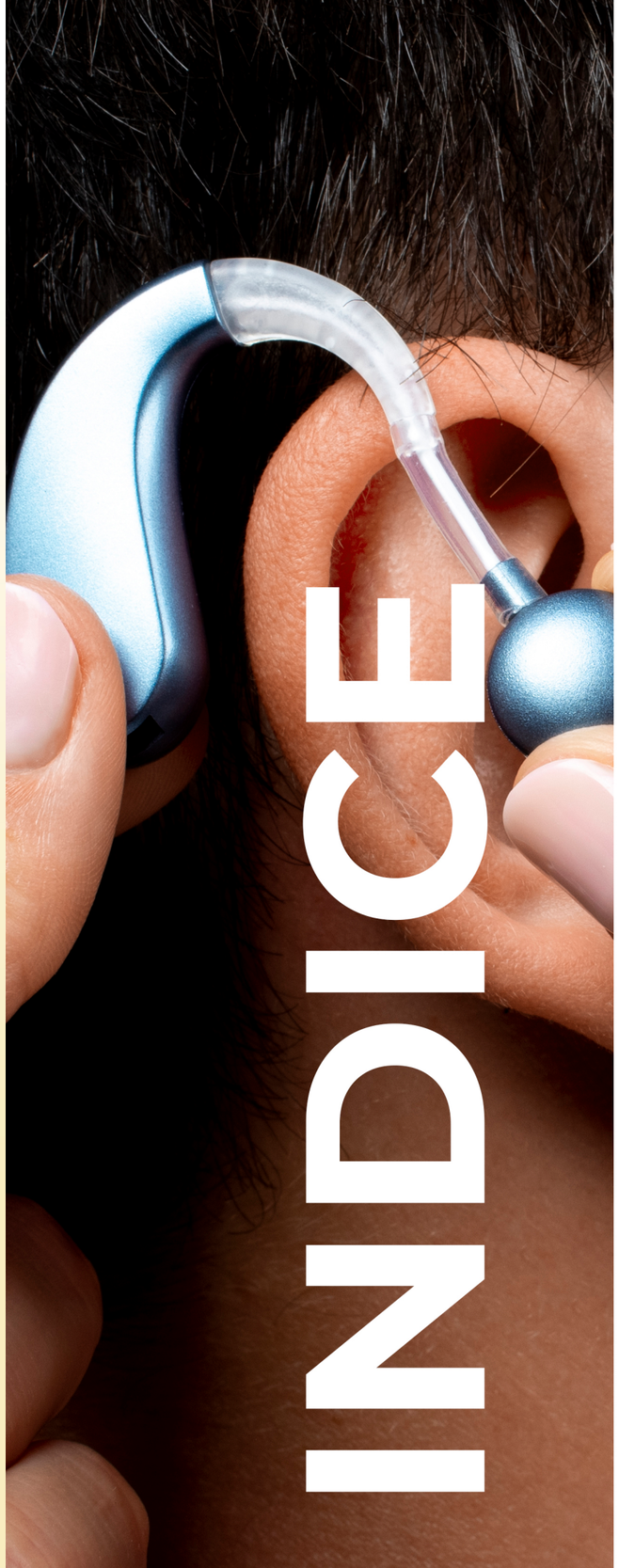
Dr. Luis Lamberto Lárraga Scheleske
Editor

Integrantes del Consejo Editorial

PDG. Andrea Carolina Hernández Rodríguez, C.D.E.O.I. Carolina Angélica Frias Cervantes, MSP. Cristian Ulises Arbez Evangelista Rodríguez, Lic. Itzel Quiroz Chimal, Mtro. Kelvin Rachid Navarro Trujillo, LFT. Marilin Marquez Marin.

La Revista Digital *"Salud y Discapacidad"* es publicada de manera trimestral, editada y publicada por el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Veracruz, con Dirección en ***Km 1.5 Carretera Xalapa-Coatepec, Col. Benito Juárez C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, México.*** Teléfono: (248)842 37 30/842 37 37.

La información publicada es responsabilidad únicamente del autor y no es una postura representativa del Sistema Estatal DIF de Veracruz, toda la información clínica tiene carácter informativo y en todo momento se solicita al lector consultar la información con el personal de salud competente y de su confianza.



INDICE

- Cuidador Primario: Quién es y su importancia.
Aranza Cecilia Vázquez Juárez

- La importancia del ejercicio en el dolor de espalda baja mecano postural.
Aldo Sánchez Hernández

- La actividad eléctrica del corazón.
Lucero Guzmán Cruz

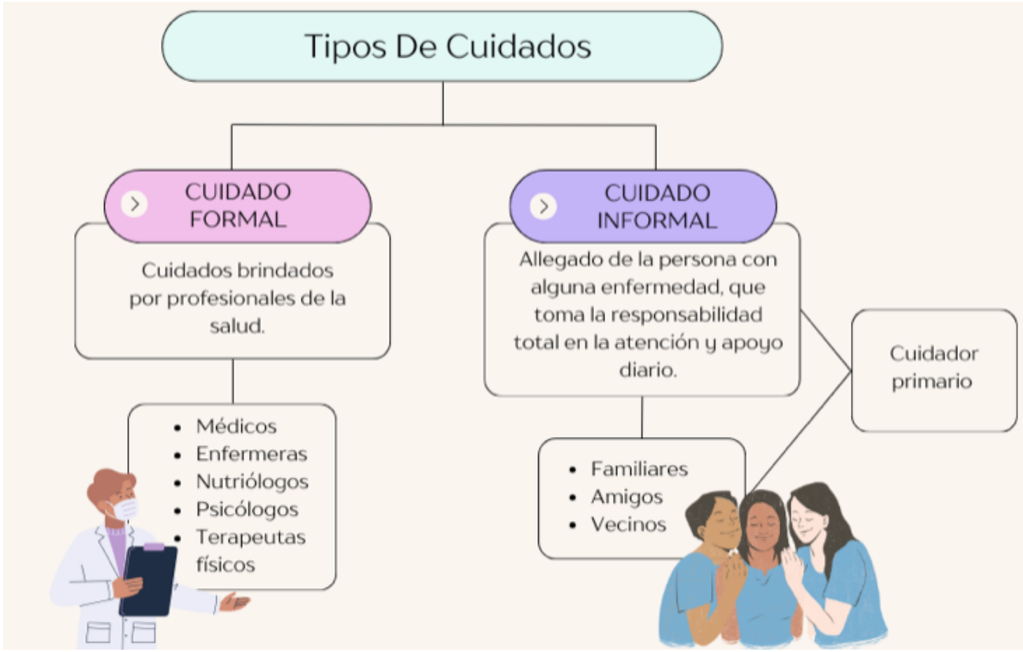
- El papel del ejercicio en el manejo de la ansiedad y la depresión.
Karen Yaritza Federico Gómez

-¿Qué es el bruxismo del sueño?.
Ulises Ginez Cid

-Apraxia del habla infantil: evaluación de dos casos
Amador Barreda Guzmán

-Determinantes Sociales de la Salud y su relación con discapacidad.
Arturo Tlapa-Pale

-Discapacidad: una mirada desde el enfoque biopsicosocial
Cristian Ulises Arbez Evangelista, Jorge Francisco López Susunaga



Cuidador Primario: Quién es y su importancia

La conceptualización de la acción "cuidar" puede tener varias interpretaciones, una de ellas dada por la Real Academia Española donde se refiere a la acción de asistir, guardar y/o conservar, de forma en la que cuidar a una persona tienen como objetivo ayudar a mejorar, recupera o mantener su estado de salud, sin embargo, puede implicar más acciones.

La autora Carmen de la cuesta Benjumea en su trabajo "El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería", menciona que cuidar es una relación y proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, es decir, no es solo la parte de darle los medicamentos a nuestro ser querido, es acompañarlo durante el proceso de la enfermedad, brindarle apoyo emocional y atender sus necesidades por muy básicas que podrían llegar a parecernos.

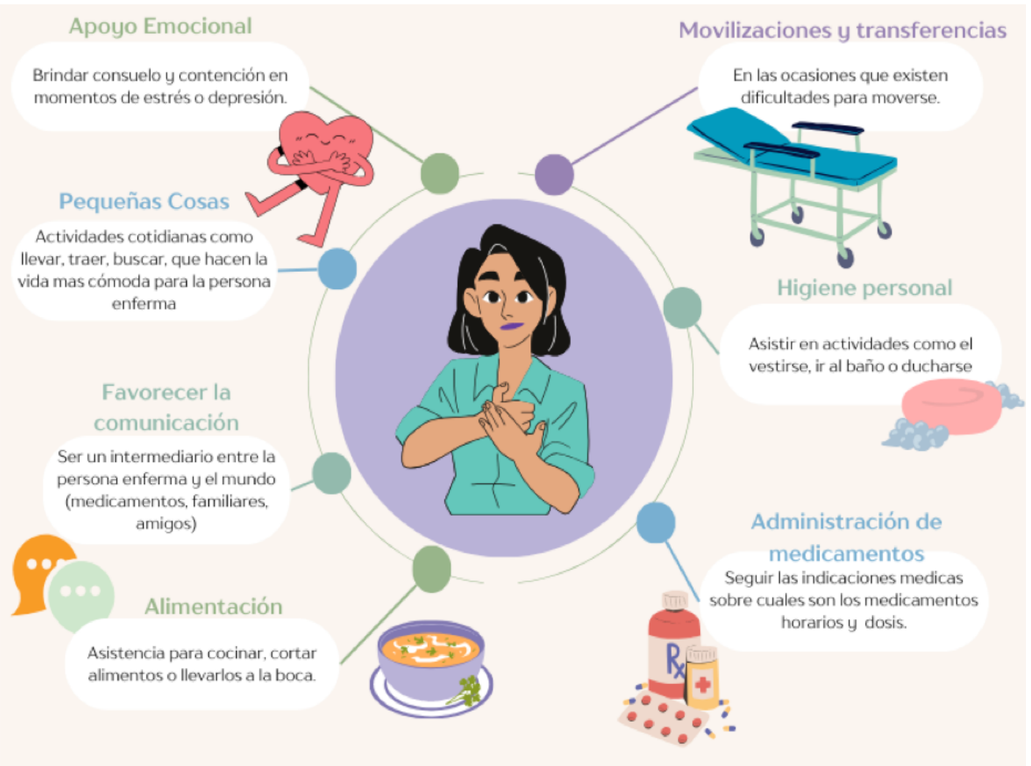
Llegando a este punto podremos preguntarnos, ¿Por qué es importante que exista alguien que tome este rol? ¿Cuáles son las actividades que realiza?

Características del cuidador primario

El papel del cuidador primario lo pueden tomar comúnmente personas del círculo social inmediato (familiares, amigos, vecinos) de la persona que presenta una enfermedad o condición. Es frecuente que la persona cuidadora no tenga capacitación previa de como proveer dichos cuidados y no recibir remuneración por realizar esta actividad. Ser cuidador es un papel que se asume de manera fortuita y con alto grado de compromiso por la relación cercana a la persona que necesita de cuidados.

Cuidador en acción

Cada cuidador tiene diferentes tareas a realizar debido a que están determinadas por las necesidades específicas del ser querido con alguna afección. De acuerdo con un artículo compartido por el INAPAM en competición con la guía para personas cuidadoras de Zaintzea, algunas de las responsabilidades que puede asumir un cuidador incluyen:



Estas son algunas de las tareas más comunes asociadas con el cuidado, pero a menudo, las responsabilidades de un cuidador no se limitan a estas actividades. También deben equilibrar sus roles como personas, lo que puede incluir la gestión de tareas domésticas, la administración del dinero y el trabajo.

Sobrecarga del cuidador

La responsabilidad de cuidar no es tarea fácil, trae consigo nuevas adaptaciones en el entorno social, psicológico y físico. El Instituto Nacional para Personas Adultas Mayores enlista las siguientes alteraciones en los cuidadores primarios:

El realizar las tareas diarias durante un largo plazo y con poco apoyo familiar conlleva que el cuidador deje de lado sus propias necesidades ocasionando una sensación de insatisfacción, desencadenar agotamiento, desanimo y ansiedad. Fenómeno comúnmente conocido como “síndrome de sobrecarga del cuidador”, la asociación estadounidense del corazón describe los síntomas en la siguiente imágen:

Comprender los desafíos que enfrentan estos cuidadores es fundamental no solo para su bienestar, sino también para garantizar un cuidado de alta calidad para quienes más lo necesitan. A continuación, hablaremos de las recomendaciones que los cuidadores pueden seguir.

Autocuidado del cuidador

En un estudio realizado en el Hospital General De Zona No.47 Del IMSS sobre las repercusiones del cuidar encontraron que el 75% de 83 cuidadores experimentaron deterioro general en la vida, siendo que el 90% percibía tener menos tiempo libre, el 80% presenta repercusiones en la nutrición y el 79% tienen alteraciones del sueño si se mantienen por un tiempo prolongado pueden traer repercusiones en la salud del cuidador. El Instituto Nacional de la Personas Adultas Mayores fomenta el autocuidado como método de prevención del agotamiento entre las recomendaciones que da se encuentran:

A lo largo de este artículo, hemos profundizado en el papel fundamental que desempeña el cuidador primario. Hemos descubierto que este trabajo va mucho más allá de las simples tareas diarias; implica una relación basada en un vínculo afectivo profundo que conlleva un compromiso de inmenso valor.

En esta relación, ambas partes enfrentan diversos desafíos, los cuales deben ser reconocidos y validados. Debemos valorar la dedicación de estos cuidadores y brindarles el apoyo que necesitan. Esto les permitirá encontrar un equilibrio entre su papel como cuidadores y su identidad como individuos, manteniendo así una vida saludable y manteniendo la capacidad de brindar los mejores cuidados a su ser querido.

Cuidador Primario: Quién es y su importancia | **Aranza Cecilia Vázquez Juárez**| Estudiante de la Licenciatura en “Terapia Física y Rehabilitación” de la Universidad Anáhuac, Campus Xalapa”.

La importancia del ejercicio en el dolor de espalda baja mecano postural

Los casos de dolor de espalda baja son más frecuentes y es que, se ha demostrado que "hasta un 80% de la población experimentan dolor de espalda en algún momento de sus vidas, además de ser la tercera razón más común de visitas al médico" menciona el Dr. Ventrudo en un artículo para New York Spine Institute, pero, ¿A qué se debe esto?.

Existen distintas causas, como son las estructurales, tales como hernias discales, y las causas mecano posturales en donde se produce una sobrecarga muscular en la zona debido a posturas inadecuadas de manera prolongada o también puede deberse a una postura mal realizada como lo es el levantar un objeto de forma inadecuada.

El dolor de espalda baja puede llegar a ser incapacitante y no permite desarrollar las actividades de la vida diaria y laborales de la mejor manera, existen diferentes formas de lograr una disminución en el dolor, sin embargo, es necesario preguntarse si ¿El ejercicio es una de ellas? ¿Qué tipo de ejercicio ayuda más? ¿Traen consigo solamente beneficios o pueden perjudicar? ¿El reposo es benéfico o no?

El realizar ejercicio como correr, nadar, uso de pesas, yoga, entre otros, han demostrado presentar grandes beneficios ya que "los pacientes que se mantienen en un estado activo y continúan con actividades normales de la vida cotidiana, incluyendo el trabajo, tienen una recuperación más temprana de los síntomas, reduciendo la discapacidad" señala Van Tulder en su guía para el tratamiento del dolor lumbar agudo inespecífico en atención primaria.

El beneficio del ejercicio y sus tipos

La realización de cualquier tipo de actividad física es muy importante para tener una buena calidad de vida, puesto que, "la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad por enfermedades no transmisibles", menciona la OMS. Y es que, existen varios beneficios que trae consigo la realización de actividad física, como los son, "la mejora del estado muscular, mejora cardiorrespiratoria, mejorar la salud ósea y funcional, reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, reduce el riesgo de caídas" añade la OMS, pero, ¿Cuáles son estos tipos de ejercicio?

Los ejercicios de resistencia o también conocidos como aeróbicos son ejercicios tales como bailar, nadar, correr, que "favorecen la capacidad cardio-respiratoria para realizar y soportar, durante el mayor tiempo posible y con éxito, un esfuerzo físico y psíquico de una intensidad determinada" indica el ISAF.

Por otra parte, los ejercicios de fuerza o fortalecimiento son ejercicios en donde se involucra la utilización de pesas o del propio peso, en donde "se adquieren mejoras en la fuerza y la resistencia muscular, hasta el aumento de la densidad ósea, la mejora de la composición corporal, el aumento del metabolismo y la reducción del riesgo de lesiones" menciona el ISAF.

También se encuentran los ejercicios de equilibrio, los cuales son ejercicios tales como el yoga, el tai chi, o actividades más simples como el caminar, las nos ayudan a ser más conscientes de nuestros cuerpos, por lo que nos pueden ayudar a evitar situaciones peligrosas como lo son las caídas.

Por último, los ejercicios de flexibilidad, en donde la flexibilidad es "la capacidad de una articulación de poseer un cierto grado de amplitud de movimiento" como lo indica la ISAF, en donde los ejemplos más simples son la realización de cualquier tipo de estiramiento.

Conociendo todo esto, ¿Cómo podemos saber qué ejercicios nos ayudan para el tratamiento de dolor de espalda baja?, "los tipos de ejercicios más utilizados para la recuperación en pacientes con lumbalgias incluyen ejercicios de fortalecimiento para la musculatura de tronco, rango de movimiento, estiramientos, ejercicios aeróbicos, así como un entrenamiento de balance para mejorar el tronco y el control abdominal, ejercicios de estabilización y resistencia" señala Biering en su artículo llamado "mediciones físicas como indicadores de riesgo de problemas lumbares durante un periodo de un año".

Así que, no sólo tenemos que basarnos en un tipo específico de ejercicio, si no, implementar diferentes para lograr una mejoría más notoria, ya que, "los ejercicios generales como los localizados, los de tipo aeróbico de bajo impacto, estiramientos, etc., mejoran la lumbalgia reduciendo la intensidad del dolor lumbar favoreciendo la recuperación del paciente, logrando, disminuir las ausencias o incapacidades laborales" explica Van Middelkoop en su estudio titulado "Terapia de ejercicios para el dolor lumbar crónico inespecífico".

Entonces, ha quedado demostrado

que, “la práctica de ejercicios ayuda a la disminución del dolor, fortalecimiento muscular, reducción de la tensión mecánica de las estructuras vertebrales, mejora de la condición física, prevención de lesiones y mejora la postura y movilidad de los pacientes con dolor de espalda baja” señala Biering en su artículo llamado “mediciones físicas como indicadores de riesgo de problemas lumbares durante un periodo de un año”. Sabiendo esto, ¿El reposo será algo beneficioso o no?

El reposo

El hacer reposo total está contraindicado en el tratamiento de dolor de espalda ya que puede llegar a generar eventos adversos debido a que “La inactividad física genera pérdida de coordinación y potencia muscular y posteriormente se presenta la atrofia, en los casos de lumbalgia crónica, estos factores constituyen un círculo vicioso y dificultan la recuperación espontánea” menciona Pérez en su guía de práctica clínica de España, y además de esto se ha demostrado que “bastan 48 horas de reposo en cama para que se pierda tono muscular, lo que tiende a prolongar el episodio de dolor lumbar y a aumentar el riesgo de que repita” advierte Francisco Kovacs, de la Unidad de Espalda Kovacs del Hospital Universitario HLA-Moncloa.

El dolor de espalda baja es un problema que ha ido en crecimiento a nivel mundial y esto puede deberse al nuevo estilo de vida al que nos estamos acostumbrando, por lo que, se ha demostrado que para mejorar este dolor es necesario la realización de actividad física, en donde se engloban diferentes categorías de ejercicio, como lo son los de resistencia, fortalecimiento, flexibilidad y equilibro, en donde se encuentran ejercicios más específicos como lo son ejercicios de estabilización de tronco, movilidad del mismo y control abdominal, entre otros, así también, ha quedado demostrado que el reposo, a diferencia de lo que muchos creen, es contraproducente, ya que este puede generar desbalances musculares los cuales llevan a tener más dificultar la recuperación e inclusive a prolongar el dolor o aumentar el riesgo de repetición del mismo.

La importancia del ejercicio en el dolor de espalda baja mecano postural. | **Aldo Sánchez Hernández** | Estudiante de la Licenciatura en “Fisioterapia” del Instituto Científico de Educación Superior.

La actividad eléctrica del corazón

¿Alguna vez te has tomado un momento para sentir los latidos de tu corazón? ¡Puedes hacerlo ahora mismo! Este increíble órgano se encarga de bombear sangre por todo el cuerpo para que se puedan realizar todas las actividades de la vida diaria. Por ello, es importante adoptar hábitos saludables que cuiden del corazón. Sin embargo, las enfermedades cardiovasculares han sufrido un preocupante aumento debido a los cambios en el estilo de vida que las personas han adoptado en los últimos años.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 17.9 millones de personas mueren cada año por enfermedades cardiovasculares, lo que la convierte en la principal causa de muerte en todo el mundo. Cuando se habla de enfermedad cardiovascular, la OMS se refiere a cambios que afectan la funcionalidad del corazón y de los vasos sanguíneos. Asimismo, la OMS destaca como los principales factores de riesgo el consumo de alcohol y tabaco, la mala alimentación y la falta de actividad física; los cuales pueden contribuir al desarrollo niveles altos de azúcar en la sangre, presión arterial alta, sobrepeso y obesidad en una persona.

Es de suma importancia desarrollar estrategias que permitan un diagnóstico temprano en individuos con un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, mediante un seguimiento continuo de la salud cardíaca. Entonces, ¿Cómo saber el estado de tu salud cardíaca?

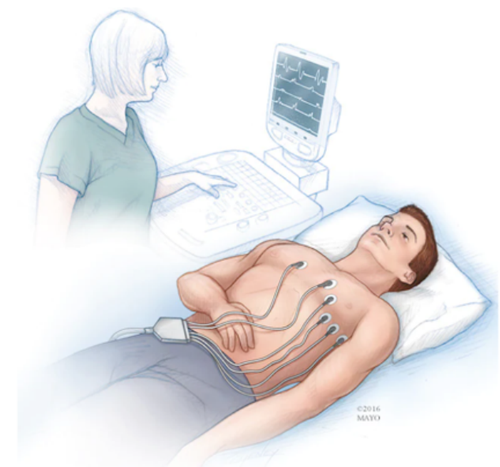


Ilustración 1. Uso de electrodos para la toma de un electrocardiograma. (Electrocardiogram (ECG or EKG) - Mayo Clinic. (n.d.). Www.mayoclinic.org. Retrieved October 24, 2023, from https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/ekg/about/pac-20384983#dialogId39705344)

El Dr. Agustín Villareal González jefe del Departamento de Hospitalización del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” ha indicado que estas enfermedades pueden ser identificadas al detectar síntomas comunes, como

el dolor de pecho, cabeza y cansancio. Después de acudir con un profesional en la salud, este puede indicar llevar a cabo en el paciente una serie exámenes para evaluar el estado del corazón, como, por ejemplo, la realización de un electrocardiograma.

Un electrocardiograma (ECG) es un estudio que se realiza para registrar la actividad eléctrica del corazón utilizando sensores conocidos como electrodos (véase ilustración 1). Su propósito principal es obtener información sobre la función cardíaca. No obstante, la interpretación de la información obtenida, debe ser realizado únicamente por un experto.

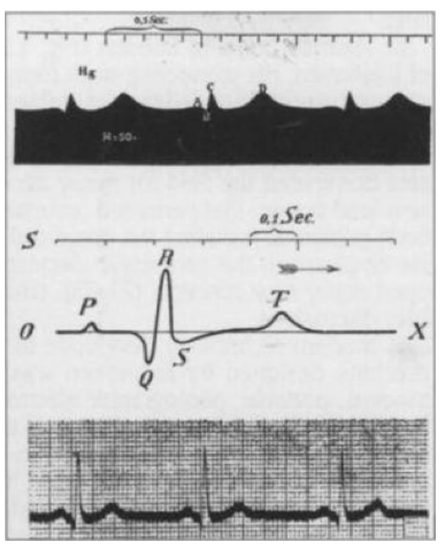


Ilustración 2. Forma de las ondas del electrocardiograma. (A. Navarro F. EKG. Revista Española De Cardiología [Internet]. 2019;72(10). Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893219301289)

Electrocardiograma: una herramienta diagnóstica de gran utilidad

La actividad eléctrica del corazón fue registrada por primera vez en 1887, gracias al fisiólogo Augustus D. Waller. Sin embargo, las bases de la electrocardiografía moderna son atribuidas a los conocimientos aportados por el fisiólogo holandés Willlem Einthoven, quien estudió las ondas típicas de la señal de electrocardiograma humano (véase ilustración 2) y, además, desarrolló la primera máquina de ECG, un galvanómetro de cuerda.

Al ser el electrocardiograma un registro gráfico y lineal de la actividad eléctrica del corazón en un cierto lapso de tiempo, este estudio se convierte en una herramienta diagnóstica de utilidad y accesible para los centros de salud y hospitales en México.

La prueba de ECG es imprescindible para los profesionales en la salud en la toma de decisiones y la monitorización de los pacientes, ya que con esta prueba se puede realizar una valoración preventiva en usuarios con presión arterial alta y diabetes; adicionalmente, es de ayuda para el control de enfermedades del corazón, como la insuficiencia cardíaca, la cardiopatía isquémica y las arritmias.

¿En qué momento es oportuno realizar un estudio de electrocardiografía?

El registro del electrocardiograma debe de realizarse con previa valoración e indicación del médico. Generalmente, es importante realizarlo para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades cardíacas, o en su caso, cuando el paciente presente algún síntoma de manera frecuente que nos pueda brindar información sobre la salud del corazón.

- Dolor en el pecho: Ayuda a evaluar el riesgo de tener síndrome coronario agudo (enfermedad que impide o reduce el flujo de sangre), además de analizar los cambios presentes en las arterias coronarias y tratar estas alteraciones según se requiera.
- Palpitaciones cardíacas: Es la sensación de que el corazón late rápidamente y en este caso, un electrocardiograma es necesario para la detección de arritmias (ritmo cardíaco anormal). Alternativamente se sugiere la colocación de un dispositivo para el seguimiento de la actividad del corazón durante varios días, meses o años según sea la situación.
- Desmayo o pérdida temporal y repentina de la conciencia: Dependiendo de las características de la pérdida del conocimiento, el estudio de electrocardiograma puede ayudar en el diagnóstico cuando se requieren pruebas más detalladas.
- Otros síntomas pueden ser los mareos, falta de aire, o cansancio.

Todo lo que debes de saber sobre la toma de la señal de electrocardiografía

En algunas ocasiones, el profesional que realiza el estudio de ECG, llevará a cabo una limpieza y eliminación del vello en las partes del cuerpo donde se colocarán los electrodos, con el fin de tener una mejor adhesión y obtener un estudio de calidad.

Una vez que el paciente se encuentra en una posición relajada sobre una camilla de exploración, se colocan hasta 12 electrodos en el pecho y las extremidades.

Los electrodos son parches adhesivos que estarán conectados con cables a un dispositivo conocido como electrocardiógrafo que llevará el registro de las señales eléctricas que causan los latidos del corazón, mostrando la señal adquirida sobre una pantalla o una banda de papel.
Al finalizar la prueba, es posible que se sienta alguna molestia al retirar los electrodos, incluso algunas personas pueden presentar un poco de inflamación o irritación en el área de la piel donde se colocaron los electrodos.

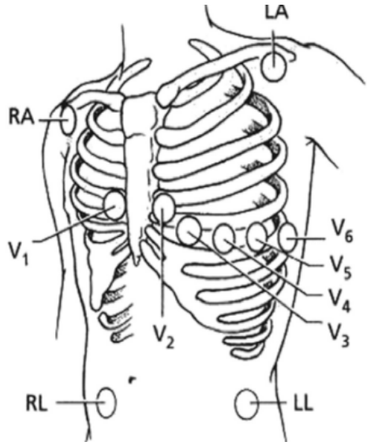


Ilustración 3. Colocación de electrodos para estudio de ECG. (Harris, P. (2016). The Normal Electrocardiogram. Critical Care Nursing Clinics of North America, 28(3), 281–296. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.04.002)

El profesional de salud que esté realizando la prueba, puede tener información sobre los siguientes aspectos:

- Frecuencia cardíaca: Es el número de latidos por minuto. El electrocardiograma es de utilidad para la obtención precisa de este valor, y la detección de una frecuencia cardíaca acelerada o lenta.
- Ritmo cardíaco: Al analizar las formas de la señal de electrocardiograma es posible encontrar los latidos irregulares del corazón, llamados como arritmias.
- Ataque cardíaco: Se pueden analizar los patrones de las ondas de la señal para determinar el lugar y grado del corazón donde se presenta el daño en caso de identificar un ataque cardíaco.
- Suministro de sangre y oxígeno al corazón.
- Señales de posibles cambios en el tamaño del corazón u otros problemas cardíacos.

Un seguimiento adecuado = Prevención de tu salud cardíaca

Como se mencionó anteriormente, el estudio de electrocardiograma proporciona información sobre la salud del corazón. La señal adquirida es analizada por profesionales de salud y en caso de encontrar algún cambio en el tamaño, forma o sincronización en la señal adquirida, se puede determinar alguna anormalidad en el funcionamiento del corazón.

Actualmente, las máquinas del ECG son portátiles, accesibles y fáciles de utilizar. Esto permite que se pueda realizar este estudio en varios espacios como hospitales, consultorios, ambulancias, instalaciones deportivas o incluso en los hogares de los pacientes. Sin embargo, es indispensable que se realicen registros de alta calidad para un correcto análisis, evitando a toda costa que se lleguen a dar diagnósticos incorrectos y tratamientos inadecuados.

En conclusión, el estudio de ECG es de los principales estudios que se realizan para tener más información sobre el comportamiento eléctrico del corazón. Es importante realizar este estudio de manera correcta para la prevención de enfermedades cardiovasculares, ya que nos brindará información importante y se puede obtener un diagnóstico temprano y oportuno.

La actividad eléctrica del corazón. | **Lucero Guzmán Cruz** | Estudiante de la Licenciatura en “Ingeniería Biomédica” de la Universidad Veracruzana, Campus Xalapa.

El papel del ejercicio en el manejo de la ansiedad y la depresión.

¿Has experimentado momentos en los que te sientes triste e inquieto debido a una situación que aún no ha ocurrido y esto interfiere con tu productividad o en tu vida diaria? En caso de ser así, probablemente es momento de prestarle más atención a tu salud mental para reconocer el significado de la manifestación de estos síntomas.

La ***salud mental,*** de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el resultado de la armonía entre aspectos biológicos y sociales del individuo, que le ayudan a ser capaz de enfrentar las situaciones de estrés de la vida diaria, trabajar de manera productiva y contribuir al desarrollo de su comunidad. El desequilibrio entre estos aspectos genera como consecuencia un ***trastorno mental.***

En 2019, una de cada ocho personas en el mundo padecía un trastorno mental, siendo los más comunes el trastorno de ansiedad y los trastornos depresivos; a partir del 2020 estas cifras aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19.

Los ***trastornos de ansiedad*** se definen por la presencia de miedo y preocupación desmesurados que generan síntomas lo bastante significativos como para resultar discapacitantes. Dentro de esta categoría, se incluyen diversas clasificaciones, tales como la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la ansiedad social y la ansiedad de separación.

En cambio, ***la depresión*** se diferencia de las fluctuaciones emocionales comunes y las respuestas breves a los desafíos cotidianos. En un episodio depresivo, una persona experimenta síntomas como irritabilidad, baja autoestima, trastornos del sueño, falta de energía y desinterés en las actividades, que persisten la mayor parte del día, casi todos los días, durante un periodo de al menos dos semanas.

Cuando se sospeche la presencia de cualquiera de estos dos trastornos, es crucial buscar la orientación de un profesional para el tratamiento sin que este esté restringido a la administración de medicamentos. Se ha demostrado que ***el ejercicio*** puede brindar beneficios en el control y manejo de la depresión, la ansiedad y el estrés.

Entonces, ¿Cuál es la razón detrás de la contribución del ejercicio en el manejo de estos trastornos?

El ejercicio puede influir en la disponibilidad de ***neurotransmisores*** como la serotonina y la dopamina en el cerebro. Los neurotransmisores son mensajeros que ayudan a las neuronas a comunicarse entre sí y desempeñan un papel importante en la regulación de las emociones y el estado de ánimo. Este proceso se denomina sinapsis, y puede manifestarse de dos formas: química o eléctrica, siendo la química la predominante.

Este proceso, altamente regulado, resulta esencial para una comunicación eficaz en el sistema nervioso. En la ***sinapsis*** química, los neurotransmisores se sintetizan y almacenan en la neurona presináptica antes de ser liberados hacia la neurona receptora del mensaje (Figura 1).

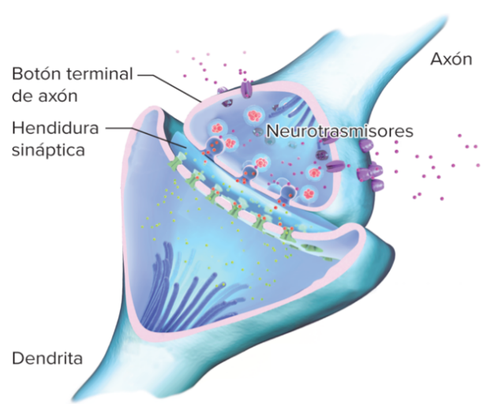


Figura 1. Ilustración 3D de una sinapsis química. Retomada de: Fisiología Humana, 15e; 2023.

La serotonina y la dopamina en el ejercicio

Cuando una persona inicia una sesión de ejercicio, su cuerpo experimenta un aumento en la demanda de oxígeno y energía para satisfacer las necesidades del movimiento. En este proceso, la demanda de energía implica una reducción en los niveles de glucosa, lo que, a su vez, propicia la síntesis de serotonina. Además, el aumento del flujo sanguíneo resulta en un incremento de la temperatura corporal. Este aumento térmico estimula la liberación de dopamina, dado que está vinculada con la regulación de la temperatura corporal.

La ***serotonina*** es un neurotransmisor asociado con el bienestar, el estado ánimo y la regulación de la fatiga. Durante el ejercicio prolongado, un aumento en los niveles de serotonina contribuye a la sensación de fatiga y a la percepción de esfuerzo, lo que puede limitar tanto la duración como la intensidad del ejercicio.

Sin embargo, en general, el ejercicio regular y moderado suele tener efectos beneficiosos en la regulación de la serotonina, lo que a su vez influye positivamente en la salud mental y el bienestar.

Por otro lado, la ***dopamina*** es un neurotransmisor relacionado con la sensación de placer, recompensa y motivación. Esto desempeña un papel clave en el aumento de la motivación para continuar haciendo ejercicio y fomentar un hábito regular. A largo plazo, el ejercicio también ha demostrado aumentar la sensibilidad de los receptores de dopamina en el cerebro, lo que tiene un impacto positivo en el estado de ánimo y puede reducir el riesgo de trastornos como la depresión.

En resumen, tanto la serotonina como la dopamina desempeñan roles cruciales en la relación entre el ejercicio y la salud mental, influyendo en la regulación del estado de ánimo, la motivación y la fatiga, y promoviendo un bienestar general a través del ejercicio regular.

Beneficios del ejercicio en la ansiedad y depresión.

Varios estudios han demostrado la eficacia del ejercicio en el control y manejo de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. Para obtener efectos beneficiosos, es importante destacar las caracteristicas que debe tener un programa de ejercicio.

El ejercicio debe tener una duración mínima de 30 minutos, mantenerse durante un período de al menos 6 semanas, incluir ejercicio tanto aeróbicos como anaeróbicos, y realizarse a una

intensidad moderada. En muchos casos, se sugieren intervenciones combinadas, contribuyendo así a mejorar la calidad del sueño, un aspecto fundamental para el bienestar mental, al tiempo que disminuye los niveles de cortisol, la hormona del estrés vinculada a la ansiedad y la depresión.

Además, el ejercicio también fomenta la inclusión en un entorno social. La posibilidad de participar en deportes en equipo implica la interacción con personas que comparten gustos e intereses similares, así mismo, ayuda a distraer la mente de pensamientos negativos y preocupaciones inciertas, el ejercicio brinda mayor control sobre la vida, aumenta la motivación y fomenta la confianza en las propias habilidades.

Entre las actividades que proponemos se incluyen caminatas, trotes, natación, levantamiento de pesas, yoga y Tai Chi. Haciendo hincapié en lo fundamental que es encontrar una actividad que disfrutes para cultivar hábitos saludables.

Finalmente es importante recordar que la respuesta al ejercicio puede variar de persona a persona, y se deben adaptar los programas de ejercicio a las necesidades individuales. Siempre es recomendable consultar a un profesional de la salud antes de iniciar un programa de ejercicio, especialmente si se trata de pacientes con trastornos de ansiedad o depresión, para garantizar que sea seguro y efectivo en su situación específica.

El papel del ejercicio en el manejo de la ansiedad y la depresión. | **Karen Yaritza Federico Gómez** | Estudiante de la Licenciatura en “Terapia Física y Rehabilitación” de la Universidad Anáhuac, Campus Xalapa.

¿Qué es el bruxismo del sueño?

El bruxismo es descrito como una actividad repetitiva de los músculos de la masticación la cual se caracteriza por el apretamiento o rechinamiento de los dientes y/o sostener firmemente la mandíbula en una posición o el mover con fuerza la mandíbula hacía adelante o en dirección lateral; estos dos últimos comportamientos se pueden presentar sin necesidad de que exista contacto dental.

Según investigaciones llevadas a cabo por el doctor Daniele Manfredini y su equipo en la escuela de odontología en la Universidad de Siena se estima que el bruxismo se presenta entre el 8 y 13% de la población mundial general, es más común en niños (14-18%) y menor en adultos mayores (alrededor del 3%).

El bruxismo no es considerado un trastorno, puede ser el signo de alguno y puede conducir a la hipertrofia de los músculos masticatorios, pérdida de la superficie de los dientes, fractura de restauraciones o de los dientes, hipersensibilidad o dolor dental, dolor severo de los músculos masticatorios y de la articulación temporomandibular.

A su vez, las fuerzas excesivas ejercidas sobre los dientes pueden contribuir a la reabsorción del hueso alveolar, así como incrementar el riesgo de complicaciones mecánicas sobre implantes y; finalmente, en presencia de enfermedad periodontal el traumatismo causado por la oclusión puede aumentar la tasa de progresión de la enfermedad.

Origen y causas del bruxismo del sueño

El origen del bruxismo del sueño es objeto de debate entre investigadores, sin embargo, actualmente se encuentra dentro de la clasificación internacional de trastornos del sueño como un comportamiento relacionado a trastornos del movimiento durante el sueño y que además este ocurre como una reacción a micro-despertares durante el sueño.

Los micro-despertares son episodios ocurridos durante el sueño de manera en el que aumenta la frecuencia cardiaca y el tono muscular los cuales tienden a durar de 3 a 10 segundos que llegan a ocurrir de 8 a 15 veces en individuos sanos, sin embargo, los sujetos que padecen bruxismo del sueño llegan a tener más episodios de micro-despertares por noche.

Autores como Sylwia Bulanda, Frank Lobbezoo y Hannah Beddis mencionan

la existencia de varios factores de riesgo los cuales pueden contribuir al bruxismo del sueño (diagrama 1)

A pesar de que este comportamiento puede tener consecuencias negativas graves para la salud de todas las estructuras de la cavidad oral, se ha postulado que puede tener un papel protector durante el sueño que está relacionado con el mantenimiento de las vías respiratorias o con la estimulación del flujo salival para lubricar la orofaringe.

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es caracterizada por el colapso repetitivo de las vías respiratorias superiores durante el sueño, acompañado de desaturaciones de oxígeno recurrentes y despertares nocturnos.

Un estudio realizado en 2008 por el doctor Samar Khoury demostró que la actividad del bruxismo durante el sueño está asociada con un aumento de la respiración durante los episodios de despertares, lo cuál plantea la hipótesis de que el bruxismo puede desempeñar un papel en el restablecimiento de las vías respiratorias durante el sueño

Generalmente un episodio de bruxismo nocturno comienza con la actividad de los músculos que abren la mandíbula y, por lo tanto, puede ser responsable del empuje de la mandíbula hacia adelante

y la apertura de las vías respiratorias dando así fin a episodios de AOS

Como señala la doctora Natália Ferreira en un artículo publicado en el año 2016 el 11% de bruxistas nocturnos padecen de AOS, sin embargo, esta relación es compleja y con varios factores contribuyentes.

El reflujo gastroesofágico (ERGE) se debe al ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, el cual causa síntomas y/o lesiones esofágicas que llegan a afectar la salud y calidad de vida de los individuos que la presentan.

Se ha planteado la hipótesis de que la asociación entre bruxismo nocturno y ERGE se debe a que el bruxismo tiene una función protectora debido a la estimulación del flujo de saliva.

La estimulación de saliva junto con el desgaste de la porción mineral de los dientes gracias a la actividad rítmica de los músculos de la masticación genera un ambiente alcalino que al combinarse con la deglución permite que aquellos sujetos con ERGE puedan inhibir la acidez y de este modo terminar con el episodio de reflujo durante la noche.

Con base en estudios realizados por Shouchi Miyawaki en la facultad de medicina y odontología de la Universidad de Okayama en Japón encontraron que aquellos sujetos con bruxismo nocturno tenían más episodios de ERGE y que el 60% de los episodios ocurrían durante el reflujo.

El doctor Miyawaki también declara que entre el 57% y 59% de la actividad de los músculos de la masticación durante el sueño estaba relacionada con la deglución.

¿Bruxismo del sueño en niños?

EL bruxismo del sueño suele encontrarse con más frecuencia en niños o población joven y parece disminuir con la edad. En un estudio publicado en la revista Child psychiatry & Human Development realizado por Ana Allen Gomes se observó que aquellos niños con déficit de atención e hiperactividad son más propensos a sufrir de trastornos relacionados con el sueño.

A lo anterior añade que los niños tienden a liberar la tensión acumulada durante el día a través del bruxismo crónico mientras duermen y que aquellos niños cuyas familias tienen un mejor estatus socioeconómico se ven mayormente afectados por este comportamiento, lo cual puede estar relacionado con el alto número de

deberes y obligaciones realizadas.

En el 2011 el doctor Miamoto en conjunto con su equipo de investigación compararon el informe de bruxismo por parte de los padres y facetas de desgaste dentarias en niños con síndrome de Down, parálisis cerebral y niños sin incapacidades mentales con malocusión, los resultados mostraron qué; el 23% de niños con síndrome de Down, 25% con parálisis cerebral y 23% de aquellos con maloclusiones padecían de bruxismo.

Si bien el bruxismo del sueño en algunos niños puede presentarse de manera transitoria, puede ser el signo de algún problema más grave el cuál puede estar afectando la salud general de los infantes y disminuir su calidad de vida.

Diagnóstico del Bruxismo del sueño

No sólo debemos conocer si una persona es bruxista nocturno sino también se necesita saber si este comportamiento se presenta de manera individual o si se manifiesta como consecuencia de otro trastorno ocurrido durante el sueño.

El diagnóstico del bruxismo puede realizarse por los siguientes medios:

- Reporte del paciente, tutor o algún familiar e interrogatorio clínico
- Examinación clínica
- Dispositivos intraorales
-Electromiografía
- Polisomnografía

Las preguntas realizadas obedecen a un cuestionario realizado por el doctor Van der Meulen en el 2006 y se presentan en la Tabla 1.

El diagnóstico por medio del cuestionario, aunque nos puede brindar un diagnóstico presuntivo de bruxismo nocturno también puede ser inexacto, por ejemplo, la falta de conciencia de los comportamientos nocturnos (como preguntar sobre chirridos en sujetos que duermen solos).

Aunque existen algunas manifestaciones clínicas que nos pueden sugerir la presencia de bruxismo en alguna persona (tabla 1), muchas de las observaciones dadas son subjetivas ya que, por ejemplo, la presencia de desgaste de la superficie de los dientes puede representar signos de bruxismo histórico y erosión de fuentes dietéticas o gástricas.

Tabla 1, preguntas para obtener antecedentes de bruxismo informado por el paciente e indicadores clínicos sugestivos.

Preguntas para realizar durante la toma de antecedentes	¿Eres consciente de rechinar los dientes mientras duermes?
	¿Alguien te ha dicho que rechinas los dientes mientras duermes?
	Al despertar, ¿siente compresión en el maxilar o la mandíbula o la sensación de tener la mandíbula “empujada” hacia adelante?
“Escala de Brux” de van der Meulen	Al despertar, ¿siente dolor o rigidez en los músculos de la mandíbula?
	¿Con qué frecuencia aprietas los dientes mientras duermes?
	¿Con qué frecuencia rechinas los dientes mientras duermes?
	¿Con qué frecuencia aprietas los dientes mientras estás despierto?
	¿Con qué frecuencia rechinas los dientes estando despierto?
Factores que pueden sugerir bruxismo durante la exploración clínica	Maseteros hipertrofiados
	Sensibilidad muscular a la palpación
	Facetas de desgaste en las superficies oclusales “bruxofacetas”
	Manchas brillantes en restauraciones
	Fractura del diente o de las restauraciones
	Presencia de la línea alba en los bordes de la lengua y en los carrillos

Existen algunos dispositivos intraorales que tienen como objetivo detectar el bruxismo nocturno mediante la incorporación de dispositivos eléctricos que detectan las fuerzas aplicadas durante el apretamiento o rechinamiento. La condición para el uso de estos aparatos se basa en la tolerancia del paciente y que el dispositivo no afectará la actividad bruxista.

En el artículo titulado Assesment of bruxism in the clinic dirigido por el

doctor Koyano y su equipo se expone el uso de un dispositivo eléctrico intraoral, el detector de fuerza intraferula (ISFD), que tiene como objetivo detectar la actividad bruxista nocturna mediante la identificación de las fuerzas aplicadas durante el apretamiento o rechinamiento. La condición para su uso se basa en la tolerancia del paciente.

La electromiografía (EMG) registra la actividad eléctrica de los músculos que se produce durante el movimiento y proporciona información sobre la extensión, duración y fuerza de la a actividad muscular. Esta toma de información se realiza a través de sensores que se adhieren a la piel que recubre los músculos temporales y maseteros.

La toma de la actividad eléctrica puede realizar con dispositivos ambulatorios por lo que también pueden auxiliar en la detección del bruxismo de la vigilia.
La desventaja de la EMG es que no puede detectar chirridos y tampoco distingue entre bruxismo y otras actividades como tragar, hablar, morderse o chupar los labios que representan alrededor del 85% de los registros de la EMG como afirman los investigadores de la Universidad de Montréal.

La polisomnografía (PSG) es un estudio que incorpora varias grabaciones que incluyen EMG, electroencefalograma, electrocardiograma y grabaciones audiovisuales las cuales permiten evaluar los despertares durante el sueño y descartar la presencia de otros trastornos.

La PSG con grabación audiovisual es el “estándar de oro” de evaluación y diagnóstico de los trastornos del movimiento del sueño y el bruxismo nocturno, aunque no está exento de desventajas.

La complejidad de esta herramienta de diagnóstico radica en la utilización de equipo especializado y que generalmente se lleva a cabo en el laboratorio del sueño con fines de investigación.

Como se puede ver los elementos para diagnosticar el comportamiento bruxista durante el sueño presentan limitaciones si se utilizan de forma aislada, por lo que el uso de estas herramientas en conjunto nos podrá guiar a un diagnóstico certero y que, a pesar de que la PSG es el estándar de oro para el diagnóstico del bruxismo nocturno, debido a su complejidad y costo se usa mayormente en investigaciones.

En la tabla 2 se resumen las ventajas y desventajas de los dispositivos electrónicos para la detección del bruxismo.

Tabla 2

Dispositivo	Ventajas	Desventajas
ISFD	• Detecta las fuerzas aplicadas durante el apretamiento o rechinamiento • Resultados similares a la EMG de masetero • Costo menor	• Depende de la tolerancia del paciente • Debido a la delgadez del sensor no detecta fuerzas estáticas • Sólo detecta cambios rápidos de fuerza
EMG	• Muestra la extensión, duración y fuerza de la actividad muscular • Permite registrar la actividad individual de cada músculo y no sólo la generada en la mordida • Se puede utilizar de manera ambulatoria por lo que puede ayudar al diagnóstico del bruxismo de la vigilia	• No puede detectar chirridos, ni distinguir otras actividades ajenas al bruxismo como hablar, deglutir, morderse, chuparse los labios • Costo moderado
PSG	• Estudio que incluye EMG, encefalograma, electrocardiograma, y grabaciones audiovisuales • Considerada como el “estándar de oro” para la detección del bruxismo	• Debido a su costo elevado, este estudio se restringe sólo para fines de investigación en laboratorios del sueño

Tratamiento

Es importante señalar que el bruxismo del sueño en sí no requiere ningún tratamiento, el manejo de este comportamiento sólo se indica cuando surgen problemas como resultado de este.

El odontólogo puede realizar aparatos bucales que tienen como objetivo principal proteger la dentición del daño causado por apretar o rechinar. Estos dispositivos se realizan con acrílico y pueden ser más efectivas para reducir el bruxismo como señala el doctor Lobbezzoo.

Sin embargo, algunas pruebas, como la realizada por el doctor Nikolopulou, han sugerido que el uso de cierto tipo de dispositivos de estabilización usados oralmente, puede agravar la apnea obstructiva del sueño.

Algunos autores como Lobbezzoo

han descrito estrategias conductuales incluida la biorretroalimentación, la relajación y la mejora de la higiene del sueño, sin embargo, no hay evidencia a largo plazo de la eficacia de las estrategias de biorretroalimentación.

Las medidas de higiene del sueño incluyen: evitar la cafeína cerca de la hora de acostarse; mantener el dormitorio bien ventilado y aislado y relajarse cerca de la hora de acostarse.

La terapia farmacológica incluye el uso de ansiolíticos, anticonvulsivos, antidepresivos, relajantes musculares y muchos otros, sin embargo, una revisión realizada por la organización Cochrane dirigida por el doctor Cristiane R. Macedo no encontró pruebas suficientes para respaldar el uso de estos fármacos en el tratamiento contra el bruxismo.

La administración de toxina botulínica (bótox) a los músculos de la masticación parece reducir la frecuencia de bruxismo, sin embargo, existe la preocupación de que la administración de bótox pueda causar cambios en el tejido óseo de la mandíbula y también en los sitios de inserción muscular como lo describe el doctor Hu Long del departamento de ortodoncia en la Universidad de Sichuan, China.

Conclusiones

El bruxismo del sueño es una actividad de los músculos de la masticación que proviene del sistema nervioso central ocurre en el 8 a 13% de población general afectando a niños, adultos y adultos mayores el cuál si bien no es un trastorno puede ser el signo de uno en la gran mayoría de casos ligado a algún problema del sueño o bien por el consumo de alguna sustancia que altere el comportamiento del mismo.

Esta actividad puede provocar daños en los dientes y restauraciones sin embargo puede tener algún rol protector en otro tipo de enfermedades como en la apnea obstructiva del sueño donde se cree que puede mejor el flujo del aire a través del movimiento de la mandíbula mediante la activación de los músculos de la masticación o bien en el reflujo gastroesofágico donde puede actuar como un alcalinizante de los jugos gástricos por medio del estímulo de la salivación, deglución y la pérdida del contenido mineral del esmalte de los dientes (principalmente).

Si bien existen diversas propuestas de tratamiento, ninguna trata el origen sino la consecuencia del bruxismo por lo que la mayoría de tratamientos buscan disminuir el daño que este causa en los dientes (desgastes), músculos (dolor facial) y articulación temporomandibular.

La modalidad de tratamiento siempre deberá de ser a consideración del profesional con base en las herramientas de diagnóstico que utilizo, el criterio clínico y, en algunos casos, deberá de tratarse de manera multidisciplinaria.

¿Qué es el bruxismo del sueño? | **Ulises Ginez Cid.** | Estudiante de la Licenciatura en “Cirujano Dentista” de la Universidad Veracruzana, Campus Xalapa.

Apraxia del habla infantil: evaluación de dos casos

La apraxia del habla infantil es un trastorno del desarrollo en el que se afecta la producción oral, observando dificultad para el control de los movimientos relacionados con la emisión fonético-motora verbal (Santos y Lorenzo, 2022). En otras palabras, se habla de dificultades para la planificación de los sonidos del habla, sin que existan problemas para la emisión de los sonidos ni de los movimientos orofaciales en sí. En este trastorno es común ver como signos principales, la dificultad para la producción de sonidos consonánticos y vocálicos, errores y distorsiones en la articulación, interrupciones entre los sonidos y sílabas, segmentación de sílabas, velocidad del habla más lenta y problemas en la entonación (Spencer et al., 2022). Un rasgo característico es la omisión de consonantes al hablar, por ejemplo, si se le pide que diga “sopa”, el niño articula sólo los sonidos vocálicos /oa/ de la palabra. Se trata de un trastorno del habla poco común, cuya causa o etiología es probable heredofamiliar.

La apraxia del habla, al igual que otros trastornos del lenguaje, produce dificultades en los aspectos familiar,

académico, cognitivo, social y emocional si es que no son tratados oportunamente, sin embargo, al tratarse de un trastorno del habla poco común, existen aún dificultades para su identificación, lo cual retrasa que el menor pueda ser atendido.

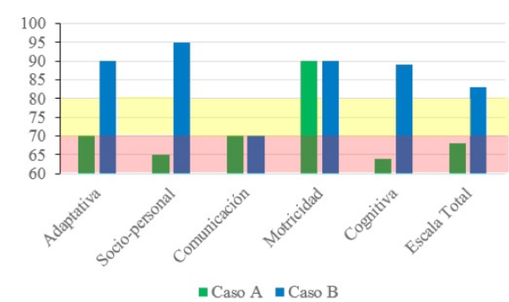
En el presente artículo se presenta el reporte de evaluación de dos casos con apraxia del habla infantil, atendidos en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz (CRISVer). Se trata de dos casos de sexo masculino, ambos con edad de 6 años cumplidos al momento de ser atendidos, llamados para fines de confidencialidad como casos A y B, referidos inicialmente al CRISVer con diagnóstico de "problemas de lenguaje" por parte de sus pediatras; a su ingreso a CRISVer, valorados por médicos especialistas en Audiología y Foniatría, quienes diagnosticaron apraxia del habla, se les realizó audiometría concluyendo audición normal bilateral por lo que realizaron envío a terapia de lenguaje y a psicología para valoración intelectual.

Una vez referidos al área de psicología con el suscrito, se observó, en ambos casos, lenguaje espontáneo a nivel de palabras aisladas, prácticamente sin la emisión de consonantes, sólo el caso B podía emitir las consonantes /m, n, b p/, ambos podían emitir palabras con consonantes cuando se les pedía repetir y cuando se fragmentaba la palabra en sílabas, "habla telegráfica", no presentaban prosodia, podían realizar praxias orofaciales (como mover la lengua y soplar) sin dificultad; sus emisiones eran pausadas y a velocidad lenta, por ejemplo, si se les decía "El gato corre" decían /e/-/a/-/o/-/o/-/e/. En ambos se reportó ausencia de balbuceo y sus primeras palabras fueron a la edad de 2 años usando sólo sonidos vocálicos. Sólo el caso B había recibido terapia de lenguaje particular durante 6 meses previos a ingresar a CRISVer, motivo por el cual presentó mayor emisión de sonidos consonantes en el lenguaje espontáneo. Respecto al contexto escolar, ambos se encontraron finalizando el 3° grado de preescolar. En cuanto a antecedentes heredofamiliares relacionados con el lenguaje, sólo en el caso A se reportó trastorno del lenguaje expresivo en su hermano mayor, además de que el padre "habló hasta los 5 años".

Se valoró entonces a los menores con el Inventario de Desarrollo Batelle (BDI-2), el cual es un instrumento que permite valorar en niños de 0 a 8 años de edad, el área adaptativa, socio-personal, comunicación, motricidad y cognitiva, así como la escala total del desarrollo (Newborg, 2005). Se consideraron los siguientes valores cuantitativos: desarrollo promedio (90-109), desarrollo por debajo del promedio (80-89), retraso

leve del desarrollo (70-79) y retraso significativo del desarrollo (69 o menos). Se recomienda que, en casos de apraxia del habla, se realicen evaluaciones del desarrollo como la anterior, en lugar de escalas especializadas de inteligencia, ya que estas requieren lenguaje oracional para responder a las tareas verbales y las dificultades de los niños con apraxia pueden causar sesgos en los resultados. Se observaron mejores resultados para el caso B que para el caso A, siendo que el caso B obtuvo escala total de 83 puntos, mientras que el caso B de 68. Ambos casos con puntaje de 70 puntos a nivel de comunicación (ver figura 1).

Figura 1. Resultados cuantitativos en el BDI-2: promedio (zona blanca), retraso leve (amarillo) y retraso significativo (rojo).



Fuente: elaboración propia, basado en el BDI-2.

En el caso A se observó dificultad para la planificación de las habilidades adaptativas, denotando menor desempeño que el caso B (ver tabla 1). De igual modo, el caso A con menor desempeño a nivel socio-personal, mostrando dificultad para la interacción con otras personas, ya que, como se mencionó al principio, la apraxia de habla puede tener consecuencias a nivel social por las limitantes para la comunicación. El caso A con menor desempeño cognitivo que el caso B, ya que presentó retraso en el desarrollo del proceso escrito y de las habilidades del conteo, sin embargo, ambos casos presentaron afectación en memoria de trabajo, el cual es un proceso cognitivo que permite el procesamiento de información de manera simultánea; de igual forma, se observaron dificultades en el proceso de memoria en su primera fase (codificación) por vía auditiva, con curva de aprendizaje plana y limitaciones para el recuerdo diferido (evocación), sin embargo presentaron mejor desempeño en el proceso de memoria por vía visual. A nivel perceptivo sin dificultades a nivel de procesamiento sensopecreptual, incluyendo la discriminación fonémica. A sí mismo, el razonamiento y análisis de los conceptos fue mejor cuando se trabajó con imágenes y claves visuales. En cuanto al funcionamiento ejecutivo, con dificultad para el automonitoreo y planificación de su actividad para conseguir una meta, de igual modo mejorando el desempeño al presentar pistas e instrucciones con apoyos visuales.

Tabla 1. Edad mental en cada subdominio del BDI-2.

Dominio	Subdominio	Edad mental	
		Caso A	Caso B
Adaptativa	Responsabilidad personal	4 años 7 meses	5 años 10 meses
Socio-personal	Concepto de sí mismo y rol social	4 años 1 mes	6 años
Comunicación	Expresiva	2 años 6 meses	3 años 8 meses
	Receptiva	5 años	4 años 10 meses
Motricidad	Perceptiva	5 años 10 meses	5 años 10 meses
Cognitiva	Razonamiento y aptitudes académicas	4 años 4 meses	6 años
	Percepción y conceptos	4 años 7 meses	5 años 1 mes

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que los casos evaluados presentaron el siguiente perfil:

- Apraxia del habla en grado moderado (caso B) y severo (caso A),
- Con limitaciones en memoria de trabajo, lo cual afecta el procesamiento y manipulación de los estímulos fonológicos al momento de articular,
- Afectación de la memoria auditiva desde la codificación pero con mejor desempeño por vía visual,
- Afectación del funcionamiento ejecutivo (automonitoreo y planificación),
- Con motricidad normal,
- Con afectaciones que, de acuerdo al grado de severidad, influirán en el desempeño a nivel adaptativo y socio-personal, así como en la adquisición de las nociones de escritura y conteo.

Por consiguiente, es necesario que los menores continúen integrados a terapia de lenguaje, así como estimulación de los procesos cognitivos con dificultades; es sabido que los menores que presenten problemas de lenguaje presentarán afectación en los procesos cognitivos, principalmente en atención y memoria. Generalmente el pronóstico es bueno, siempre y cuando reciban el apoyo pertinente.

Apraxia del habla infantil: evaluación de dos casos | **Amador Barreda Guzmán**| Licenciado en Psicología (Universidad Veracruzana), psicólogo adscrito al área de Neuropsicología del Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz (CRISVer).

Determinantes Sociales de la Salud y su relación con discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF, que fue publicada inicialmente por la OMS define a la discapacidad como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (OMS, 2001). En México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) definió operacionalmente a la persona con discapacidad como aquella que tiene dificultad para realizar alguna de las actividades de la vida cotidiana (INEGI, 2021).

La OMS señala que el 15 % de la población mundial, presenta algún tipo de discapacidad, equivalente a 1000 millones de personas, siendo mayor en los países en desarrollo (OMS, 2021). Este número de personas aumenta vertiginosamente, por causas como las tendencias demográficas y la creciente prevalencia de dolencias crónicas.

En México INEGI reportó que, en el año 2020, la proporción de personas con discapacidad junto con las personas que tienen algún problema o condición mental a nivel nacional es de 5.69% (equivale a 7, 168,178 personas) (INEGI, 2021).

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo en México fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006, en ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Se indican las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y las esferas en las que se han vulnerado esos derechos y en las que debe reforzarse la protección de estos, es salud uno de los derechos más afectados en estas personas (CNDH, 2020).

Las personas con discapacidad son consideradas un grupo social desfavorecido ya que sufren una carga más pesada de las enfermedades, disminuye su calidad de vida y tienen menos oportunidades de supervivencia respecto a personas sin discapacidad. Esta brechas aumentan más cuando son personas de comunidades rurales e indígenas, así como de diferentes

regiones en un mismo país, o el simple hecho de su nivel socioeconómico. Estas brechas se conocen como los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (Marmot, 2006).

Los DSS según la Organización Mundial de la Salud, se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2008).

El modelo de determinantes sociales que recomienda la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona dos grandes rubros de determinantes (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020):

1. Estructurales y/o sociales: se refieren aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de inequidades sociales en materia de salud. Estos determinantes son: posición social, nivel socioeconómico, género, grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.

2. Intermedios y personales: se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Sus principales categorías son:

- Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico del trabajo.
- Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; dentro de este rubro y como parte de los factores biológicos se incluyen los factores genéticos.
- Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- Sistema de Salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios de salud y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.

Diferentes estudios (Emerson et al., 2011; Engel, 1977) han considerado a la discapacidad en el modelo de Determinantes Sociales de la salud, pero sin detenerse en cuestionar la función en el proceso de la determinación social, a pesar de identificar asociaciones entre la discapacidad y las desigualdades en salud. La discapacidad ha servido como una medida de resultado clave para la investigación sobre los determinantes, con indicadores tales como el autorreporte de limitación en enfermedad a largo plazo, esperanza de vida de discapacidad y años de vida ajustados por discapacidad (Tamayo et al., 2018.

Existen determinantes sociales asociados a la disminución en la calidad de vida del paciente con discapacidad: género, grupo étnico, sexualidad, sin embargo también existen factores que contribuyen a mejorar el bienestar de las personas con discapacidad y/o limitación, entre los que destacan: ingresos económicos, la educación, condiciones de vida, y las laborales, así como disponibilidad de alimentos, las conductas y los factores biológicos (hábitos de consumo y estilo de vida), factores psicosociales, y el sistema de salud (Vélez et al.,2013).

El hecho de estudiar los DSS asociados a discapacidad es valorar las desigualdades desde la justicia, que es propia de cada sociedad pero con sus respectivas políticas públicas. Para abordar dentro de la sociedad las DSS inicialmente es hacer entender a los tomadores de decisiones que crean las políticas públicas y a la población en general por qué se generan las inequidades en salud y dar a conocer las DSS. Se puede partir también haciendo énfasis en la prevención actuando directamente sobre los DSS y en mejorar los tratamientos de las enfermedades ya existentes. Toda medición que se haga hacia los DSS debe tener beneficios que se logren a corto plazo. Es entender además que un enfoque basado en los DSS no implica solamente poner en marcha un programa social, sino que requiere una visión holística que incluya a toda la población, se conozcan las necesidades de ellos y se proponga y apliquen políticas públicas y programas acercados a la realidad con recursos financieros, y se monitoreen sus indicadores y evalúen sus resultados (Ruiz, 2015).

Conclusión

Las DSS deben ser tema fundamental para atender por todos los gobiernos, ya que es su responsabilidad mejorar la salud de toda la población y reducir las inequidades. La sociedad en general debe velar también porque se atienda su bienestar y las políticas propuestas vayan centradas en lo que requieren realmente. Por ello es importante apoyar al abordaje de los DSS en grupos más vulnerables como lo son las personas con discapacidad, es velar que siempre se incluyan en todo programa social donde se logren medir sus resultados. Es importante aumentar la investigación en este grupo social desfavorecido, para hacer notar con datos reales lo que implica para estas personas obtener una mejor calidad de vida y un mejor bienestar, el cual incluya a la salud como medio para sobrevivir pero dependerá mucho de los DSS para alcanzar el objetivo de bienestar individual y social.

Determinantes Sociales de la Salud y su relación con discapacidad. | **Arturo Tlapa Pale** | Licenciado en Químico Farmacéutico Biólogo (Universidad Veracruzana), Maestro en Ciencias de la Salud (Universidad Veracruzana) y Doctorante en Ciencias Sociales con enfoque Desarrollo Sostenible Sociales (Universidad Autónoma de Nuevo León).

Discapacidad: una mirada desde el enfoque biopsicosocial

En abril de 1977 se publica la obra científica "La necesidad de un nuevo modelo médico: un desafío para la biomedicina" un artículo científico que argumentaba la necesidad de dimensionar a la salud desde un marco social, psicológico y conductual; es curioso que el autor haya sido un Químico, Médico e Investigador llamado George Libman Engel, que posterior a una reunión de especialistas en psiquiatría y no contento en la postura de sus colegas escribió dicho documento (Engel, 1977).

Engel argumentaba que existía la necesidad de replantear un modelo nuevo acerca del estado de salud y enfermedad, que un modelo es un sistema de creencias utilizado para explicar fenómenos y que no necesariamente es respuesta ante todo lo que sucede en el campo de la salud.
Engel había roto los paradigmas científicos de aquella época, proponiendo que existían factores adicionales que condicionaban nuestra salud y que la conjunción de ellos influía en nuestro bienestar, tal y como se representa en la figura 1.

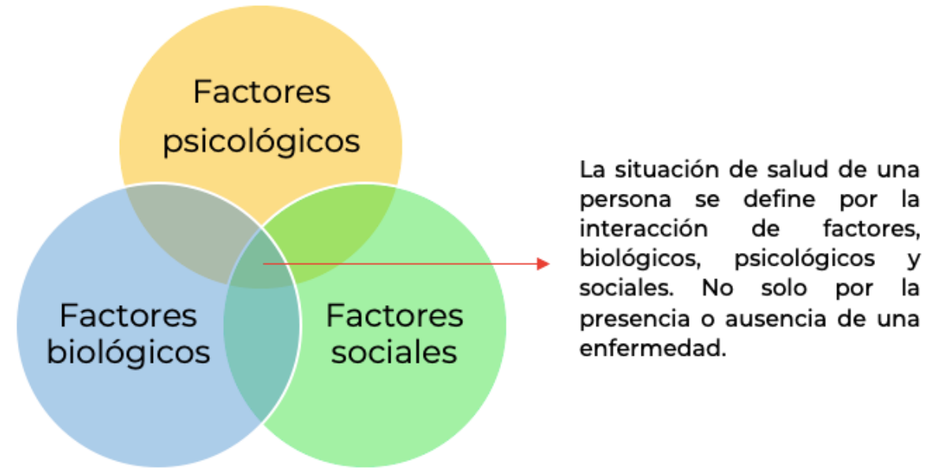


Figura 1. Factores involucrados en la situación de salud de la personas basados en el modelo biopsicosocial

El modelo propuesto por Engel ha sido relevante en el ámbito de la discapacidad, ya que ayudó a argumentar que la discapacidad no es una enfermedad y que gracias a las reflexiones y evolución conceptual de su modelo se considera a la discapacidad como una condición de vida.

Actualmente el modelo de Engel nos ayuda a comprender que la presencia de la discapacidad se debe a un binomio compuesto por la presencia de alguna deficiencia física, sensorial, intelectual o psicosocial y la de un obstáculo o barrera en el ambiente (Ramos,2015), lo cual se ejemplifica en la figura 2.

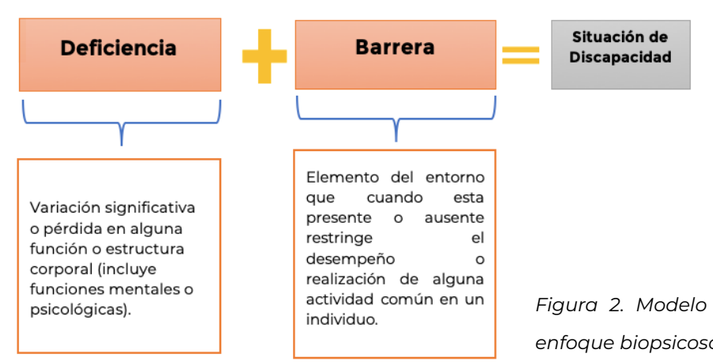
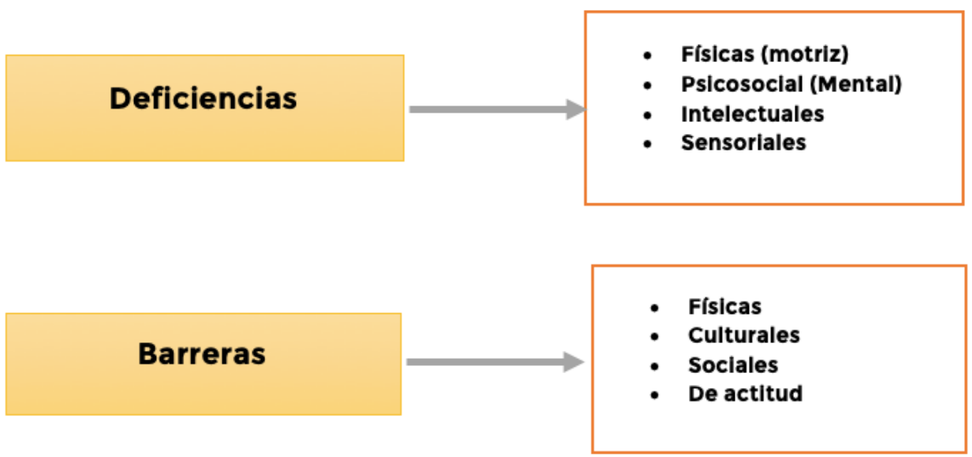


Figura 2. Modelo de discapacidad basada en el enfoque biopsicosocial

Este modelo se ha visto enriquecido y se han descrito tipos de deficiencias y barreras, tal y como se describen a continuación:

Figura 3. Tipo de deficiencias y barreras que pueden generar una situación de discapacidad



Los tipos de deficiencias son de utilidad para clasificar los tipos de discapacidad, en ese sentido los tipos de discapacidad pueden ser: física (motriz), mental o psicosocial, intelectual y sensorial; esta última puede ser subclasificada en discapacidad visual y auditiva (González, 2015).

Buscando generar un análisis reflexivo basado en el modelo de Engel y su enriquecimiento teórico, se presenta el siguiente ejemplo ilustrativo:

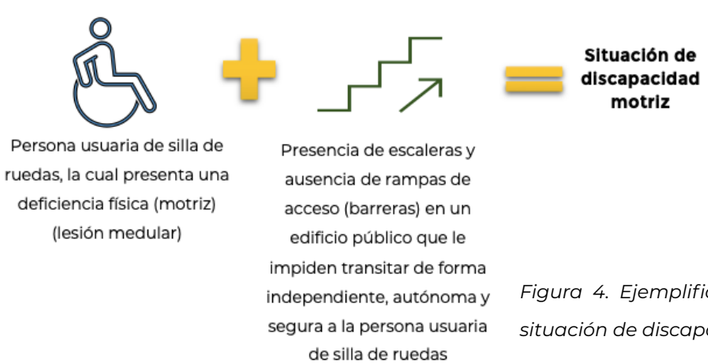
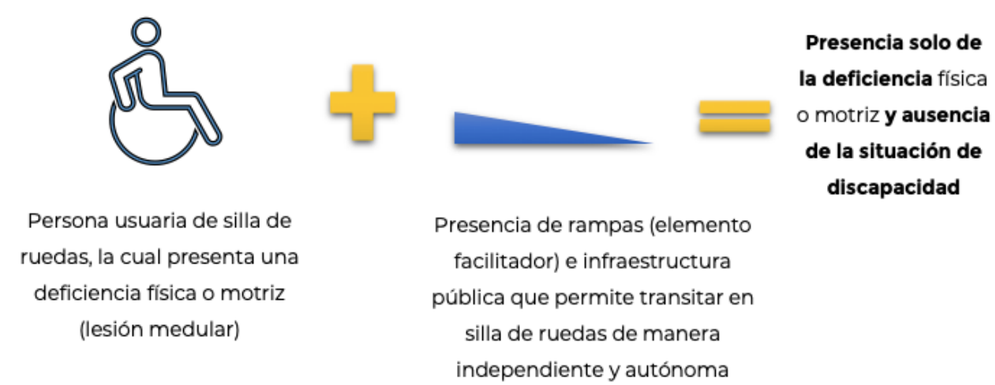


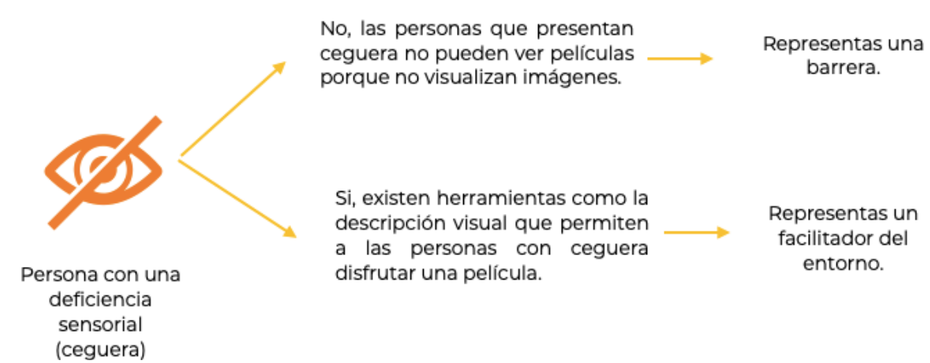
Figura 4. Ejemplificación de la presencia de una situación de discapacidad

En contra parte también existen entornos incluyentes y amigables que posibilitan que una persona con algún tipo de deficiencia, al interactuar con su entorno, pueda participar de manera autónoma e independiente, como se presenta en la figura 5:

Figura 5. Ejemplificación de elementos que fungen como facilitadores para la inclusión social.



Ejemplificar cada situación de discapacidad dada por la presencia de la deficiencia y la barrera podría ser extensa, sin embargo, un objetivo planteado en este documento es ejemplificar ciertos elementos facilitadores del entorno. En ese sentido, las personas también pueden ser una barrera o facilitador desde los aspectos sociales y de actitud, ¿consideras que puedes ver una película con alguna persona que presenta baja visión o presenta ceguera? Analiza tu respuesta y clasifícate como barrera o facilitador.



El modelo biopsicosocial propuesto por Engel representó un cambio en la cosmovisión sobre la salud y la discapacidad y ha sido fundamental en herramientas que desarrolla la Organización Mundial de la Salud entorno a la Discapacidad como lo es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Así como al inicio brindamos un dato curioso cerraremos con otro, Engel falleció en 1999 y dos años después, la Organización Mundial de la Salud aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (Buñuales, 2002), la cual retoma principios del modelo biopsicosocial para el abordaje de la discapacidad y la situación de salud de las personas, lo cual habría sido una estrella más de su reflexiva critica.

Finalmente, Engel rompió paradigmas de su época haciendo crítica a la comunidad científica en la cual el se encontraba inmerso, generando un cambio importante, reflexiona que cambios puedes generar en el contexto de la discapacidad que dejen a un lado estigmas y creencias que se vuelven barreras del medio e inicia a crear ideas nuevas que se vuelvan facilitadoras e inclusivas.

Discapacidad: una mirada desde el enfoque biopsicosocial | **Cristian Ulises Arbez Evangelista** | Licenciado en Químico Farmacéutico Biólogo (Universidad Veracruzana), Maestro en Salud Pública (Universidad Veracruzana) y Doctorante en Ciencias Biomédicas (Universidad Veracruzana), Jefe de Enseñanza e Investigación del Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz (CRISVer). | **Jorge Francisco López Susunaga** | Licenciado en Psicología (Universidad Veracruzana) y Maestro en Investigación en Piscología aplicada a la educación (Universidad Veracruzana) Jefe del Departamento de Gestión e Inclusión Social del Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz (CRISVer).

Para mayor información consulta las referencias de nuestros autores.

Apraxia del habla infantil: evaluación de dos casos

- Newborg, J. (2005). Inventario de Desarrollo Batelle 2a Edición. Rolling Meadows.
- Santos, M., y Lorenzo, L. (2022). Las apraxias y su codificación en CIE-10. Nuevo HOSP, XVIII (2), 2-5.
- Spencer, C., Davison, K., Boucher, A., & Zuk, J. (2022). Speech perception variability in childhood apraxia o speech: implications for assesment and intervention. Lang Speech Hear Serv Sch, 53(4), 969-984.

¿Qué es el bruxismo del sueño?

- Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG. (2018). International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. J Oral Rehabil; 45:837–844.
- Beddis H, Pemberton M, Davies S. (2018). Sleep bruxism: an overview for clinicians. Br Dent J; 225(6):497-501.
- Mohammadieh A, Sutherland K, Cistulli PA. (2017). Sleep disordered breathing: management update. Intern Med J.1241-1247.
- Macedo C R, Macedo E C, Torloni M R et al. (2014). Pharmaco¬therapy for sleep bruxism. Cochrane Database Syst Rev. 10: CD005578.
- Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R et al. (2008). Assessment of bruxism in the clinic. J Oral Rehab. 35: 495–508.

Determinantes Sociales de la Salud y su relación con discapacidad.

- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. (2001). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;sequence=1
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (datos nacionales). (2021). https://n9.cl/rqgpb
- Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y Salud. (2021). https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. (2020). https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf
- Marmot, M. Fair Society, healthy lives; strategies review of health inequalities in England post-2010 London (2010). 15-233.

- Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha en una generación. Equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). http://www.who.int/social determinants/thecommission/finalreport/en/
- De la Guardia, M. A., y Ruvalcaba, J. C. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR, (2020). 5(1), 81-90. https://jonnpr.com/PDF/2925.pdf
- Engel, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, (1977). 196 (1), 129–36.
- Emerson, E., Madden, R., Graham, H., et al. (2011). The health of disabled people and the social determinants of health. Public Health, 125(1), 145–147.
- Tamayo, M., Besoaín, Á., y Rebolledo, J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinanción. Gac. Sanit, (2018). 32(1), 96-100. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004
- Vélez, C., Vidarte, J. A., y Cerón. J. D. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. Facultad Nacional de Salud Pública, (2013). 31(1), 192-202.
- Ruiz, M.H. La Comisión Nacional de Bioética ante los Determinates Sociales de la Salud. Gaceta COMBIOÉTICA; (2015), 4,15: 7-11.

Discapacidad: una mirada desde el enfoque biopsicosocial

Referencias

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.
- Ramos Pozón, Sergio. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35(127), 511-526.
- González-Rodríguez, Rubén. (2017). Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. Index de Enfermería, 26(3), 170-174.
- Jiménez Buñuales, M., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Revista española de salud pública, 76, 271-279.

El papel del ejercicio en el manejo de la ansiedad y la depresión.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Trastornos mentales. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
- Secretaria de Salud. (s.f.). Programa de Acción en Salud Mental. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap2.pdf
- Fox, S. (2023). Fisiología humana 15 ed.: Sistema nervioso: Neuronas y sinapsis. McGraw Hill. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3384&sectionid=281679185
- Garza, N. (2015). Manual de laboratorio de fisiología 6 ed.: Sinapsis química. McGraw Hill. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1722&sectionid=116882579
- García, J; & Nogueras, V. (2013). Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. Servicio de Andaluz de Salud. https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf

La actividad eléctrica del corazón

- Alfredo de Micheli-Serra, & Iturralde, P. (2001). A los 100 años del electrocardiógrafo de Einthoven. Gaceta Medica de Mexico, 137(5), 479–484.
- Arrarte, V. (2020). ¿Qué busca su cardiólogo cuando le pide una analítica? Ciencia Cardiovascular, 138, 26–29. Fundación Española Del Corazón. https://fundaciondelcorazon.com/prensa/ciencia-cardiovascular/3609-ciencia cardiovascular-138.html
- Campbell, B., Richley, D., Ross, C., & Eggett, C. (2017). Clinical Guidelines by Consensus Recording a Standard 12-Lead Electrocardiogram an Approved Method by the Society for Cardiological Science & Technology (SCST). https://scst.org.uk/wp-content/uploads/2020/02/SCST_ECG_Recording_Guidelines_2017am.pdf
- Latarjet, M., & A Ruiz Liard. (2019). Anatomía Humana (5th ed., Vol. 2, pp. 858–885). Editorial Médica Panamericana.
- Lüderitz, B., & de Luna, A. B. (2017). The History of Electrocardiography. Journal of Electrocardiology, 50(5), 539.
- McStay, S. (2019). Recording a 12-lead Electrocardiogram (ECG). British Journal of Nursing, 28(12), 756–760.
- Procuraduría Federal del Consumidor. (2017). No Rompas Más Tu corazón. Salud Cardiovascular. Gob.mx. https://www.gob.mx/profeco/documentos/no-rompas-mas-tu-corazon-salud-cardiovascular?state=published
- World Health Organization. (2022). Cardiovascular Diseases. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
- World Health Organization. (2021). Cardiovascular Diseases (CVDs). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

La importancia del ejercicio en el dolor de espalda baja mecano postural

- Gabriel A. Hernández, Juan D. (2017). Ejercicio físico como tratamiento en el manejo de

lumbalgia. SciELO Public Health. Vol 19 (1).

- Biering-Sørensen F. Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. Spine (Phila Pa 1976). 1984 Mar;9(2):106-19.
- John Ventrudo, M.D. (2023) . ¿Por Qué Tienes Dolor De Espalda Baja Al Sentarte o Agacharte?. New York Spine Institute. Disponible en:https://www.nyspine.com/blog/por-que-tienes-dolor-de-espalda-baja-al-sentarte-o agacharte/?lang=es#:~:text=El%20dolor%20de%20espalda%20es,%25-30%25%20buscan%20atención%20médica%20
- Organización Mundial de la Salud (2022). Actividad física. OMS. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#:~:text=La%20inactividad%20física%20es%20uno,nivel%20suficiente%20de%20actividad%20física
- Joaquín Pérez G. (2006). Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. Vol. 20 (2).
- Gabriel A. y Juan D. (2017). Ejercicio físico como tratamiento en el manejo de lumbalgia, SciELO Public Health. Vol. 19 (1): 123-128.
- Instituto de Ciencias de la Salud y la Actividad Física (2019). ¿Qué se entiende por entrenamiento de resistencia?. ISAF. Disponible en: https://blog.institutoisaf.es/que-entiende-entrenamiento-de resistencia#:~:text=El%20entrenamiento%20de%20resistencia%20es,psíquico%20de%20una%20intensidad%20determinada
- Instituto de Ciencias de la Salud y la Actividad Física (2023). Conceptos básicos del Entrenamiento de la Fuerza. ISAF. Disponible en: https://blog.institutoisaf.es/conceptos-basicos-del-entrenamiento-de-la-fuerza
- Instituto de Ciencias de la Salud y la Actividad Física (2019, 6 de noviembre). ¿Qué se entiende por entrenamiento de resistencia?. ISAF. Disponible en: https://blog.institutoisaf.es/que-entiende-entrenamiento-de-resistencia#
- F. García Pérez, S. Alcántara Bumbiedro (2023). Importancia del ejercicio físico en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico. Elsevier. Vol. 36 (6): 323-332.

Cuidador Primario: Quién es y su importancia

o American Heart Association. What Is Caregiver Burnout (https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/what-is-caregiver-burnout.pdf)? Last reviewed 10/1/2021.

- Báez-Hernández, Francisco Javier, Nava-Navarro, Vianet, Ramos-Cedeño, Leticia, & Medina-López, Ofelia M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan, 9(2), 127-134. Retrieved September 23, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en&tlng=es.
- de la Cuesta Benjumea, Carmen. (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería, 25(1), 106-112. Retrieved September 23, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100012&lng=en&tlng=es.
- Ramírez, J. F. V., Grijalva, M. G., & Avilés, A. G. P. (2015). Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. Medicina Paliativa, 22(4), 146-151. https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.01.001
- López Gil, Mª Jesús, Orueta Sánchez, Ramón, Gómez-Caro, Samuel, Sánchez Oropesa, Arancha, Carmona de la Morena, Javier, & Alonso Moreno, Francisco Javier. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(7), 332-339. Recuperado en 24 de septiembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es&tlng=es.
- De Las Personas Adultas Mayores, I. N. (s. f.). Cuidadores y cuidadoras de personas mayores. gob.mx. https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores
- Rivera Mora, H., Dávila Mendoza, R., & González Pedraza Avilés, A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16(1), 27-32.
- Canga, A., & Esandi, N.. (2016). La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 39(2), 319-322. Recuperado en 23 de septiembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=es&tlng=es.
- De Las Personas Adultas Mayores, I. N. (s. f.-b). La importancia del autocuidado en cuidadoras y cuidadores de perso. . . gob.mx. https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-del-autocuidado-de-quien-cuida-a-personas-adultas-mayores-dependientes?idiom=es
- De Las Personas Adultas Mayores, I. N. (s. f.-a). Autocuidado y bienestar para personas cuidadoras. gob.mx. https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-y-bienestar-para-personas-cuidadoras?idiom=es
- Torres-Avendaño, B., Agudelo-Cifuentes, M. C., Pulgarin-Torres, Á. M., & Fernández, D. Y. B. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. Universidad y Salud, 20(3), 261. https://doi.org/10.22267/rus.182003.130
- Professional, C. C. M. (s. f.). Caregiver burnout. Cleveland Clinic. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9225-caregiver-burnout
- Cardona A., D., Segura C, Á. M., Berbesí F, D. Y., & Agudelo M., M. A. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31(1), 30-39.
- Cruz Rivas Herrera, José, & Ostiguín Meléndez, Rosa Ma.. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. Enfermería universitaria, 8(1), 49-54. Recuperado en 25 de septiembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es.

VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO

DIF
Estatal
Veracruz

CRISVER
Centro de Rehabilitación e
Inclusión Social de Veracruz