

# Tanatología del Siglo XXI *Thanatos*

El adulto mayor en Cuba

ÉTICA EN TANATOLOGÍA  
“Los caminos éticos de la Tanatología”

El proceso tanatológico y los cuidados  
paliativos en el niño y adolescente

FEBRERO  
2018



## Psicopatología

**Jueves 15 de 16:00 a 20:00 hrs.**

Duración: 8 meses Plantel Montevideo

## Hipnosis

**Viernes 16 de 9:00 a 13:00 hrs.**

Duración: 9 meses Plantel Montevideo

## Psicoterapia Transpersonal Integrativa

**Viernes 16 de 16:00 a 20:00 hrs.**

Duración: 6 meses Plantel Montevideo

## Terapia de Lenguaje

Duración: 6 meses

**Martes 20  
16:00 a 20:00 hrs.**  
Plantel Tláhuac

**Miércoles 21  
16:00 a 20:00 hrs.**  
Plantel Montevideo

## Pruebas Psicológicas

Duración: 8 meses

**Miércoles 21  
16:00 a 20:00 hrs.**  
Plantel Tlalpan

**Jueves 22  
16:00 a 20:00 hrs.**  
Plantel Montevideo

## Curso EXPRESIÓN ORAL

**Viernes 16  
16:00 a 20:00 hrs.**

Plantel Montevideo  
Duración: 5 semanas

Costo del curso  
\$ 750.-

**Plantel Tlalpan**  
Calz. de Tlalpan No. 1471  
Col. Portales, Del. Benito Juárez  
C.P. 03300, Ciudad de México.

Tel. 6393 - 2000

**Plantel Tláhuac**  
Av. Tláhuac No. 5991, Col. Bo. Santa  
Ana Poniente, Santiago Zapotitlán  
Del. Tláhuac, C.P. 13220  
Ciudad de México.

Tel. 6819 - 2000

**Plantel Montevideo**  
Av. Montevideo No. 517  
Col. San Bartolo Atepehuacan  
Del. Gustavo A. Madero  
C.P. 07730, Ciudad de México.

Tel. 6393 - 1100

### DIRECTORIO

#### EDITOR RESPONSABLE

Marco Antonio Polo Scott

#### DIRECTORA DE PUBLICIDAD

##### DISEÑO Y EDICIÓN

Ana María Rico Cárdenas

##### DISEÑO GRÁFICO

Ivonne Cabrera Déciga

#### CORRECCIÓN DE CONTENIDOS

Leticia Salinas Hernández

#### OPINIONES Y SUGERENCIAS

marcoapolos@hotmail.com

#### INFORMES Y SUSCRIPCIONES

difusion.impo@hotmail.com

Tel. 6393 - 1100 6819 - 2000

6393 - 2000

#### DERECHOS RESERVADOS

Marca Registrada THANATOS

ISSN 2007-3232

TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 9, No. 25, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2017, es una publicación cuatrimestral, editada por el Instituto Mexicano de Psicooncología S.C., Av. Montevideo No. 635, 1er. Piso, Col. San Bartolo Atepehuacan, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07730, México, D.F., teléfono 6393 1100, marcoapolos@hotmail.com, www.impo.org.mx, Editor responsable: Marco Antonio Polo Scott. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2009-120113514900-102. Licitud de Título y Contenido No. 14808, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por REGRADI, S.A. de C.V., Mendelssohn No. 142, Col. Vallejo, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07870, México, D.F., éste número se terminó de imprimir el 8 de septiembre del 2017 con un tiraje de 5,000 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del editor.

El editor considera sus fuentes como confiables, sin embargo puede haber errores en la exactitud de los datos, por lo que sus lectores utilizan su información bajo su propio riesgo.

El editor, la casa editorial, los empleados, los colaboradores o los asesores no asumen responsabilidad alguna por el uso del contenido editorial o de los anuncios que se publiquen dentro de la revista.

Todo material empleado para su publicación no será devuelto, y se entiende que se puede utilizar en cualquier publicación, y que cede todo su derecho para utilizarlo, editarlo, citarlo y comentarlo, en cualquier tipo de publicación.



## 4 El proceso tanatológico y los cuidados paliativos en el niño y adolescente.

Por: Dr. Luis Manuel Estrada Guerrero  
Dr. Sabás Valadez Nava

## 12 El adulto mayor en Cuba

Por: MSc. Joaquín S. Blanco Marrades  
Dr.C. Clemente Couso Seoane

## 25 Ética en Tanatología “Los caminos éticos de la Tanatología”

Por: Lic. Katya Vega Castro



# EL PROCESO Tanatológico y

Los cuidados paliativos en el  
niño y adolescente.

Por: Dr. Luis Manuel Estrada Guerrero

Dr. Sabás Valadez Nava

La muerte es un proceso al que nos enfrentamos todos los seres vivos, desde la prehistoria hemos demostrado a través de diversas actitudes, nuestro asombro y miedo ante un hecho natural que tarde o temprano debemos asumir.

En la sociedad occidental actual, la muerte ocupa un plano ajeno a la conciencia habitual y se vive como algo accidental, ajeno al proceso natural de la vida. Por lo que los padres y los educadores tienden a evitar cualquier tipo de explicación sobre el tema e impiden que los niños presencien situaciones que consideren desagradables porque ellos mismos se sienten angustiados al pensar en un tema que no han sido capaces de afrontar y resolver.

Uno de los grandes temas dentro de la Tanatología moderna, es la forma en que la sociedad asimila la muerte de los niños y adolescentes, y si tomamos en cuenta que existe un principio no escrito que se refiere a que “se supone que los padres y familiares adultos deben morir antes que las nuevas generaciones”, es claro que si la muerte o condición terminal de un adulto es dolorosa para aquellos que conforman su entorno, es una situación que causa gran dolor cuando se trata de un niño o adolescente, en el cuál padres y familiares han puesto sus esperanzas y expectativas de que el futuro sea lo mejor para ellos.

Es gracias al desarrollo de la Tanatología durante los últimos 60 años, que personalidades como Sanders y Kubler-Ross fueron creando los espacios de acción que han permitido su desarrollo. Cicely Saunders a través de la fundación de los “Hospicios” que le dieron a la atención del enfermo moribundo una dimensión más humana, compasiva y espiritual. Y Elizabeth Kubler-Ross que inició el estudio profundo de las manifestaciones del duelo tanto en los enfermos como en su núcleo familiar, estructurando de forma didáctica los pasos que se manifiestan por las pérdidas:

- 1. NEGACIÓN,
- 2. INCREDELIDAD,
- 3. PACTO,
- 4. DEPRESIÓN, Y
- 5. ACEPTACIÓN

Con el desarrollo de la disciplina, en México se establece una escuela fundada por el Dr. Marco A. Polo Scott, quien hace un profundo estudio de las implicaciones del duelo en los pacientes y sus familiares, haciendo una clasificación más precisa de las manifestaciones que generan el duelo y las pérdidas, y que considera la presencia de cuatro etapas:

- 1. DESORGANIZACIÓN AGUDA DEL YO,
- 2. DESORGANIZACIÓN GRAVE DEL YO,
- 3. REORGANIZACIÓN, Y
- 4. REUBICACIÓN DEL SISTEMA.

Esto trajo como consecuencia inmediata el desarrollo disciplinar de la Tanatología, lo que se ha traducido en un acercamiento científico al proceso de la muerte y del duelo, al lograr encausar el modelo previo hacia uno más científico y humanista, y que en estos momentos tiene un enfoque TRANSPERSONAL, que permite estudiar profunda y ampliamente las consecuencias que el duelo y las pérdidas tienen no solo en la persona directamente afectada, sino a todos los que le rodean, con impacto de los familiares y ancestros, cuidadores, así como en el personal de salud que vive el desarrollo del padecimiento o enfermedad.

Asimismo, el crecimiento científico de la TANATOLOGÍA TRANSPERSONAL, ha permitido que se pueda tener en claro cuáles son las áreas de acción, estudio e investigación que debe tener la Tanatología Moderna:

- 1. TANATOLOGÍA MÉDICA,.
- 2. TANATOLOGÍA PSICO TANATOLÓGICA,
- 3. TANATOLOGÍA SOCIAL,
- 4. TANATOLOGÍA EDUCATIVA.

Desde el punto de vista de la Tanatología Médica, una de los objetivos fundamentales es la atención al enfermo terminal, centrándose en la calidad de vida del paciente, y evitando la prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento prematuro, propiciando una muerte digna, que se caracteriza por las siguientes acciones:

- atención al sufrimiento psicológico;
- atención a las relaciones significativas del enfermo;
- atención del dolor físico;
- atención al sufrimiento espiritual;
- atención a las últimas voluntades;
- atención a los aspectos legales.

Una característica importante de la tanatología médica consiste en facilitar al enfermo terminal los cuidados paliativos necesarios y ayudar a la familia del enfermo a elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de éste.

En ese marco, hay que señalar que a partir de la década de los '90 se han incrementado las enfermedades graves en la infancia y la adolescencia, con padecimientos que han aumentado en forma exponencial hasta ser de las primeras causas de muerte en esta franja etaria, como son las enfermedades hemato-oncológicas (leucemias, linfomas, tumores cancerosos, etc.) Lo que se ha traducido en graves dificultades para afrontar la situación que trae aparejada una enfermedad de esta naturaleza a los padres, hermanos, familiares cercanos y amigos, y que puede ser la muerte y en algunos casos la cronicidad de la enfermedad, y ya en etapas avanzadas la enfermedad en etapa terminal y consecuentemente el fallecimiento.

Asimismo, algunos padecimientos neurológicos, genéticos, infecciosos, pueden dejar al paciente sin la capacidad de valerse por sí mismos, siendo dependientes de sus cuidadores, pasando también por etapas de cronicidad, terminalidad y fallecimiento.

Para poder comprender un poco más el fenómeno al que nos enfrentamos como Tanatólogos, es importante tener claro las diferentes etapas de desarrollo que tienen los niños y los adolescentes.

Retomando a J. Piaget, este desarrollo tiene cuatro etapas:

- PERIODO SENSORIOMOTOR (0-2):

En este intervalo se desarrolla la inteligencia sensorio-motora, precisamente porque el periodo que va de los cero a los dos años la inteligencia es fundamentalmente práctica y está ligada a la acción motora y a lo sensorial.

- PERIODO PREOPERACIONAL (2-7):

Ya en este periodo, se suceden una serie de manifestaciones diversas: la capacidad de simbolización, la imitación diferida, el juego simbólico, las imágenes mentales, y sobre todo la adquisición del lenguaje, lo que le permite transmitir de una manera efectiva sus afectos y dolencias.



•PERIODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS ( 7 a 11 años):

Se caracteriza por consolidar un pensamiento lógico, lo que hace que su capacidad para comprender sea mayor. Sus principales características son:

- Gradual fluidez en el uso de códigos (numérico, lenguaje, escritura)
- Curiosidad en la búsqueda de nueva información.
- Capacidad de análisis.
- Construcción de abstracciones a partir de la propia experiencia.
- Superación del egocentrismo.
- El lenguaje se convierte en instrumento de ayuda al pensamiento.

•PERIODO DE LAS OPERACIONES FORMALES (11 AÑOS ENADELANTE)

En este periodo pueden pensar en objetos abstractos, eventos y conceptos. Usan la lógica, la inducción, deducción y el razonamiento.

Puede razonar sobre sus propios procesos de pensamiento.

- Su interés por los iguales, le lleva a desarrollar el verdadero sentimiento y concepto de la amistad

ADOLESCENCIA.

Antes de comenzar con la descripción de esta etapa hay que preguntarse por el concepto de adolescencia, y es que no siempre ha existido ese concepto ni ha sido universal. La adolescencia resulta un periodo muy condicionado por una situación social muy concreta; hasta el punto que actualmente se está alargando, debido a la incorporación del mundo laboral y a la independencia de los padres cada vez más tardía.

En general podemos definirla como un periodo de transición que abarca entre los 12 o 13 años y los 18 o 20, de espera o moratoria social que los miembros adultos de una sociedad otorgan a los miembros más jóvenes, hasta alcanzar el estatus de adultos y por tanto ser miembros útiles para la sociedad.

Desde un punto de vista afectivo, cabe destacar que el adolescente también sufre un cambio importante como es el de enamoramiento, que va a ser tan importante como antes fue el apego. También es una etapa de particular actividad sexual que le llevará a tener sus primeras relaciones sexuales.

Y en esta etapa, debemos señalar el nacimiento de una serie de mitos, como son: que el adolescente es “INMUNE, INFERTIL E INMORTAL” mitos basados en que en esta etapa de la vida, la mortalidad en realidad es muy baja,



comparada con otras franjas etarias. Estos mitos provocan que la presencia de enfermedades graves, o muerte anticipada, sean de gran impacto para el núcleo familiar, al romper los planes y proyectos que se tenían sobre este adolescente.

CUIDADOS PALIATIVOS.

Es importante señalar que los niveles de atención de la Medicina científica, son tres:

1. Medicina preventiva, que tiene como propósito prevenir las enfermedades.
2. Medicina curativa, cuya finalidad es el curar , y
3. Medicina Paliativa, que habiendo sido rebasadas las dos previas, tiene el propósito de alcanzar una mejor calidad de vida del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (2013), reconoce que los cuidados paliativos son una forma de abordar las enfermedades avanzadas e incurables, y cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como la de sus familiares, a través de un diagnóstico oportuno, una evaluación integral y un tratamiento adecuado de los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Y añadiremos que desde el punto de vista de la Tanatología Transpersonal, también se deben tomar en cuenta a los cuidadores y al personal de salud que se encuentra a cargo del paciente (médicos tratantes, personal de enfermería, trabajadores sociales, psicooncólogos, tanatólogos, etc.).

Como ya lo habíamos mencionado, la inminencia de la muerte en los niños y adolescentes es una experiencia muy traumática para el paciente y su familia, por lo que en dicha etapa de la enfermedad el enfoque de atención debe dirigirse a apoyar a los pacientes y familiares a tener la mejor calidad de vida posible en el tiempo restante y evitar el sufrimiento innecesario, mediante un esfuerzo multidisciplinario, profesional y calificado.

Este enfoque se conoce como Cuidados Paliativos, el cual estará dirigido a “aquel paciente cuya condición se cataloga como irreversible, reciba o no tratamiento, y que muy probablemente fallecerá en un período de tres a seis meses (Manual de ética del American College of Physicians).

También se ha señalado que esta fase se puede catalogar como un “proceso evolutivo y final de las enfermedades crónicas cuando se han agotado los recursos terapéuticos disponibles”.

En el Instituto Nacional de Pediatría se estima que “un paciente con leucemia está en fase terminal cuando tiene tres o más recaídas” (Garduño, 2011).

Dada la complejidad que implica la identificación clara y objetiva de aquellos pacientes que se encuentren en etapa terminal o que sean portadores de un padecimiento incurable o que no respondan a las medidas curativas, es imprescindible que un equipo multidisciplinario conformado por el médico tratante, tanatólogo, psicooncologo, enfermera, trabajador social, experto o consejero espiritual y personal dedicado a cuidados paliativos, determinen el momento en que se debe informar a los familiares y en su caso al mismo paciente su condición clínica.

Dicha información deberá ser dada a los padres y familiares en un ambiente privado, con el mayor de los respetos, siempre con un lenguaje entendible, verdadero, aclarando todas las dudas que surjan para que la información sea totalmente comprensible, sobre todo enfatizando los pasos a seguir a partir de ese momento, lo que deberán hacer y las formas de ayudar tanto a su paciente como al equipo multidisciplinario.

Es muy importante señalar que cuando un niño está muriendo, puede resultar extremadamente difícil para los miembros de la familia y cuidadores aceptar el fracaso del tratamiento, la irreversibilidad de la enfermedad y la muerte, por lo que debemos estar atentos a los trastornos emocionales que el inicio de un duelo anticipado puede acarrear en ellos y en el equipo de salud.

El apoyo y soporte que se les debe dar, incluye una adecuada educación para que se cubran las distintas necesidades el paciente.

Deberán considerarse las alternativas individualizadas para que se pueda elaborar un duelo sano.

Y se deberá vigilar estrechamente así como tener alternativas ante el posible agotamiento de los cuidadores, así como el Stress excesivo del equipo de salud, que los puede llevar al llamado “Síndrome de Bournout” que algunos traducen como “Síndrome de quemarse por el trabajo” o “Desgaste psíquico en el Trabajo”.





# El adulto mayor en Cuba

Por. MSc. Joaquín S. Blanco Marrades  
Dr.C. Clemente Couso Seoane

En Cuba los servicios de salud están a disposición de toda la población a través de sus diferentes niveles de atención; Primaria, Secundaria y Terciaria, lo que ha facilitado que la expectativa de vida sea cada vez mayor, aproximadamente de 76 años para las féminas y 74 para los hombres. La disminución del número de fallecidos unido a la baja natalidad, hace que el país enfrente un fenómeno demográfico que condiciona una población más envejecida, lo que exige a las ciencias sociales y humanistas que se ocupen del futuro inmediato de tal situación.

Son cada vez más las personas que se mantienen con capacidades intelectuales y físicas activas, sin embargo, no mantienen un vínculo laboral, por jubilación, con ello decrece sus ingresos económicos, se modifica su estatus social y los niveles de gestión personal, cambian sus roles en el seno familiar y no pocos experimentan la sensación de ser relegados en las relaciones de poder en su medio familiar, al dejar de tener el protagonismo de ser proveedores de los bienes familiares. Fallece el o la compañera de la vida lo que significa pérdidas sensibles para las que no fue preparado, se produce el nido vacío, ello conlleva a muchos a la depresión y el suicidio. La población cubana está abocada en los próximos años, no muy lejanos, a una situación de envejecimiento que exige una atención esmerada y la preparación de personal técnico y profesional e instituciones capaces de enfrentar el cuidado digno de la población de la tercera edad.

El desarrollo alcanzado por la humanidad durante el siglo XX en general y de las diferentes ramas del saber, contribuyó a la prevención, eliminación y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles que durante mucho tiempo fueron causas de muertes a temprana edad, lo que repercutía en la baja expectativa de vida, hoy revertida la situación, aumenta vertiginosamente las expectativas de vida. Cuba, a pesar de sus dificultades económicas; pero con un sólido sistema de salud, vive el envejecimiento de su población. Dentro de unos años se convertirá, según la Oficina Nacional de Estadísticas, en el país más envejecido de América Latina, siendo entre las condicionantes favorecedoras la baja mortalidad y natalidad, que además contribuye a la reducción de su población. En ello ha influido el desarrollo cultural, el sistema de salud, factores socioeconómicos y la vinculación de la mujer a la vida social unido a la emigración de su población esencialmente joven. Este fenómeno demográfico está exigiendo una preparación para enfrentarlo.

El Siglo XX en su segunda mitad mostró al mundo un nuevo reto; el envejecimiento poblacional, como resultado de la disminución de la natalidad y el desarrollo de una mayor esperanza de vida que ha favorecido la transición demográfica de manera acelerada, lo que es observable también en la primera década del Siglo XXI; influyendo en ello, a nivel mundial, la prevención, eliminación y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a los cuales Cuba no es ajena.

Hoy, la población de la tercera edad en Cuba supera el millón y medio de habitantes, el sector de la salud y otras instituciones demandan la periódica actualización de indicadores que trazan sus condiciones de salud a fin de privilegiar este grupo tan vulnerable de la población.

La ocupación del Estado cubano por la salud y bienestar de sus conciudadanos se refleja en las estrategias, políticas, programas y acciones que se desarrollan multisectorialmente y en tres niveles de atención de salud; Primaria, Secundaria y Terciaria. El Ministerio de Salud Pública desarrolló la especialidad de Geriatria y Gerontología y cursos de especialización en maestrías y doctorados para el personal de la salud.



Entre los aportes esenciales en la atención a estos últimos encontramos la creación de los círculos de abuelos, las casas de abuelos, la Universidad del Adulto Mayor, diversas modalidades de atención diurna y el Club de los 120 años que es, una apuesta por la longevidad sana. La creación del médico y enfermera de la familia coadyuva el trabajo encaminado a la atención del adulto mayor y su dispensarización, con la finalidad de ofrecerle una atención especial y contribuir a una vida más prolongada y de mayor calidad. En este sentido es muy importante la labor de promoción de conductas saludables y prevención de enfermedades.

En el nivel secundario las instituciones hospitalarias desempeñan el rol protagónico, con un mayor potencial científico y de recursos para enfrentar las enfermedades que por su complejidad no puedan ser diagnosticadas y/o evolucionadas por el primer nivel. Esencialmente son sus funciones la del diagnóstico y tratamiento, lo que no invalida otras como la promoción de salud, prevención de enfermedades, la rehabilitación, docencia e investigación, que a la vez se implementan en todos los niveles de atención. Existe además un Subprograma de Atención Hospitalaria con dos centros de referencia nacional para la atención al adulto mayor que contribuyen a la definición de políticas específicas de salud para esa población.

Cuba desarrolla también un subprograma de atención a los adultos mayores que reciben atención en hogares de ancianos. En este subprograma se regula tanto la atención psicológica como la médica y la social y se establecen pautas para llevar a cabo actividades de rehabilitación integral.

¿Cómo definir el envejecimiento?

Desde su expresión individual se reconoce como las modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas, que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos y se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva biológica del organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida. Los cambios en la manera de envejecer son también, en lo fundamental, resultado de factores psicosociales y no exclusivamente biológicos. En este sentido es importante tener en cuenta las condiciones, nivel y calidad de vida, así como los estilos que desarrolla durante toda su vida, hábitos salutogénicos o patogénicos.

Específicamente el envejecimiento poblacional es el aumento de la proporción de personas de edad avanzada, en relación con el resto de la población, y se expresa en la inversión de las pirámides de edades, dado que, no es solamente un aumento de la proporción de adultos mayores, sino una disminución de la proporción de niños y jóvenes menores de 15 años.

Características demográficas de Cuba:

En la década de 1970 la población de 60 años y más constituía el 9,0 % del total, ya en el 2003, la población de la tercera edad ascendía a 1 630 185 lo que representa el 14,5 % del total. La población femenina predominaba discretamente debido a su mayor expectativa de vida: que era en esa época de 51,8 % y 48,2 % los hombres.

Según datos del año 2010 existen más abuelos que nietos, este estadio se incrementó en un 0.4 % alcanzando la cifra de 1 996 632 adultos mayores, casi 2 millones, que representa el 17,8% del total de habitantes del país. Esta tendencia al incremento se mantuvo en año 2011 y en lo que va del 2012.

• Los análisis estadísticos prevén que dentro de dos décadas, un 30 % de los cubanos superará los 60 años de edad y que continuará la reducción de la población económicamente activa, que en general está decreciendo.

**Pronóstico del Comportamiento del envejecimiento progresivo de la población cubana:**

• Cuba ha transitado desde el 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta el 17,4 % en el 2009, 2010

• Las mujeres cubanas viven como promedio 4 años más que los hombres.

• En el término de 24 años el envejecimiento se ha incrementado en 6,1%

• El porcentaje de envejecimiento cubano puede elevarse a 17,5 luego a 19,6 hasta 30,8 para los años 2011, 2015 y 2030.

• Cuba se ubica entre los 25 países del mundo de mayor esperanza de vida al nacer.

• Para el 2025, con un cuarto de su población con 60 años y más será el país más envejecido de América Latina y el Caribe.

• En el 2050 Cuba se encontrará entre los países más envejecidos del mundo.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN CUBA EN LA TERCERA EDAD**

Enfermedades del Corazón

Tumores Malignos

Enfermedades cerebro vasculares

Influenza y Neumonía

Accidentes

Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares



Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores

Demencia y Enfermedad de Alzheimer

Diabetes Mellitus

Lesiones autoinfligidas intencionalmente

Cirrosis y otras afecciones crónicas del hígado

Agresiones

Enfermedades glomerulares y renales

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Hernia y obstrucción intestinal sin hernia

Si bien alcanzar una mayor expectativa de vida es un logro de la humanidad y específicamente de países en desarrollo y desarrollados, este se transforma en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que de la misma se derivan, como es el caso de los países muy pobres y subdesarrollados.

La escasa posibilidad productiva de las personas de más de 60 años de edad, aunque no de manera absoluta, y las demandas que se deben satisfacer para su atención, ocasionan presiones a la sociedad; como los gastos del sistema de seguridad social por el incremento de los jubilados. Con el acrecentamiento de los años de vida habrá un aumento sustancial en la denominada cuarta edad lo que presupone un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, patrón causal de morbilidad y mortalidad típico de esta etapa de la vida, se incrementan los índices de invalidez y discapacidad.

Resulta mayor la necesidad de atención sanitaria, cualitativamente diferente, lo que hace fracasar los sistemas sanitarios tradicionales, diseñados para atender a pacientes con enfermedades agudas. En el caso de estos nuevos pacientes se presentan la concomitancia de enfermedades crónicas múltiples.

La expectativa de vida mayoritaria en las mujeres hará de ello un número mayor de ancianas solas que enfrenten la pérdida de su pareja, incrementando su labor como abuela cuidadora, pudiendo presentar estados emocionales desfavorables, matizados por depresiones encubiertas, lo que a la vez ejerce una mayor presión familiar.

### ¿Qué ha influido en el envejecimiento de la población cubana?

Según la opinión de diversos investigadores, los factores que han influido, entre otras condiciones, al envejecimiento poblacional y la baja natalidad en Cuba tienen que ver con:

•El desarrollo de la educación:

1. Se ha prolongado el periodo de preparación pregrado, hasta 12 grado.



# Maestrías



**Instituto  
Mexicano de  
Psicooncología**

**INICIOS: Enero - Febrero 2018**

**Inscripción: \$ 1,950.-  
Mensualidad: \$ 1,950.-**

•**Tanatología**

•**Evaluación Educativa**

•**Psicoterapia**

•**Psicooncología**

**Transpersonal**

•**Estudios del Suicidio**

•**Educación**

**www.impo.org.mx**

## PROMOCIONES

**Noviembre 50%**

Descuento en inscripción

**Diciembre 30%**

Descuento en inscripción

**Hasta el 15 de Enero 15%**

Descuento en inscripción

Avaladas por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdos RVOE 20130336 de fecha 29 de Agosto de 2013 RVOE 20122008 de fecha 28 de Septiembre de 2012 RVOE 20170252 de fecha 9 de Mayo de 2017 RVOE 20160384 de fecha 12 de Mayo de 2016 RVOE 20160385 de fecha 12 de Mayo de 2016 RVOE 20090905 de fecha 7 de Octubre de 2009 RVOE 20081350 de fecha 24 de Junio de 2008 RVOE 20101044 de fecha 20 de Septiembre de 2010 RVOE 20080221 de fecha 7 de Marzo de 2008 RVOE 20160649 de fecha 15 de Agosto de 2016 Otorgados por la DGESU (Dirección General Educación Superior Universitaria)

**Plantel Montevideo**

**Tel. 6393 - 1100**

**Plantel Tláhuac**

**Tel. 6819 - 2000**

**Plantel Tlalpan**

**Tel. 6393 - 2000**



- 2. Posibilidad de continuar estudios en la enseñanza superior
- 3. Posibilidad de desarrollar estudios de Postgrado y alcanzar grados científicos.
- 4. Residencia situacional lejana al lugar donde se vive (becas, nacional o internacional).
- 5. Aspiración de hombres y mujeres a desarrollar una vida profesional y científico/ técnica activa.

•Incorporación de la mujer a las actividades sociales y de estudio

6.El índice de divorcialidad existente: Madres que luego de tener un hijo y divorciarse, cuando más aspiran a otro o ninguno si su nueva pareja tiene hijos.

7. Desarrollo cultural; ha crecido sensiblemente y se incrementa paulatinamente, vinculación con las artes, mayor conocimiento de los derechos de la mujer y su constante superación e independencia social y económica.

•Acciones de Salud

-Políticas de salud, multisectorialidad e interdisciplinariedad

-Programas de Atención, entre ellos el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.

-Desarrollo de la Geriatria.

-Surgimiento y desarrollo del plan del médico y la enfermera de la familia.

•Situación económica

-Limitaciones económicas del país que inciden en la baja natalidad

-Convivencias de varias generaciones en un mismo hogar.

-Igualdad de derechos en la vida social de hombres y mujeres para su desempeño técnico profesional en tanto ambos posean la calificación exigida.

-Igualdad salarial en el desempeño de las actividades laborales, independientemente del sexo

-Reconocimiento de la independencia económica de la mujer (a pesar del machismo aún imperante).

• La emigración en todas las edades pero esencialmente de jóvenes.

Es necesario que se asuma y prepare toda la población de manera acelerada para enfrentar los cambios que ya están ocurriendo y de los que muchos somos actores, sobre todo para lograr que el envejecimiento transite como un proceso saludable y activo, reconociéndolo como un estadio más del desarrollo ontogénico.

¿Cómo se prepara Cuba para enfrentar este fenómeno demográfico y reto social?

-Desde el inicio de la década del 1960 se producen radicales cambios políticos y socioeconómicos en el país, lo que provocó modificaciones sustanciales en la concepción de la atención social y de salud de la población.

•Como principios básicos se asumieron: Universalidad, Integralidad, Gratuidad y Accesibilidad.

•En 1984, con el advenimiento del Plan del Médico y Enfermera de la Familia mejora la atención a la población con el Plan integral de atención a la familia y a los adultos mayores (Dispensarización y seguimiento adecuado).

•En 1996 se conforma el “Programa de Atención Integral del Adulto Mayor” con enfoque comunitario e institucional.

Se desarrolla como especialidad la Geriatria y Gerontología (estudia el envejecimiento y sus requerimientos en el medio social, teniendo en cuenta las necesidades biológicas, psicológicas y socioeconómicas con la finalidad de elevar la calidad de vida en este grupo etario).

1. En 1998: Se crea el EMAG, (Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológico), integrado por: un médico especialista, un licenciado en enfermería, un psicólogo y un trabajador social. Lo que permite integrar uniformemente el trabajo en la comunidad, los hospitales y las instituciones sociales.

2. Se instituye el GOR (Grupo de Orientación y Recreación) permite la incorporación a la vida social, para enfrentarse al diario vivir y adquirir estilos de vida sanos.

3. Se acrecientan las casas y círculos de abuelos y los clubes de los 120 años.

4. Incorporación al plan de alimentación domiciliaria.

5. Atención al anciano solo.

6. Cátedra y Universidad del Adulto Mayor, atendida por diferentes profesionales con la finalidad de capacitar y prepararlos para enfrentar la vida con mayor calidad.

7. Igualmente se desarrolla la atención a través de las redes hospitalarias.

•Se creó y aun se desarrolla el Centro de Investigaciones sobre:”Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), centro especializado en lo asistencial y preparación de profesionales y especialistas (docencia e investigación).

Es necesario enfrentarnos a este fenómeno demográfico – psicosocial, económico, educativo y cultural, con una visión diferente a los años 60 del pasado siglo, comprendiendo que es una etapa del desarrollo humano, lo que puede ser sustentado a través de la concepción Vigostkiana y su enfoque histórico cultural.



La calidad de vida de esta etapa no puede ser contemplada sólo por parámetros e indicadores de recursos económicos, sociales y de condiciones de vida, sino como el resultado de su historia, estilos de vida y de la manera que vivenció los eventos acaecidos. Nunca es tarde para superar algún aspecto y añadir cosas nuevas a la vida.

La valoración de la tercera edad como una nueva situación social del desarrollo y una manera única y especial de relación del adulto con su medio, (de comunicación y actividad) permite comprender el contexto en que se producen los cambios en la subjetividad de esta edad. Como dice una bella canción demos vida a los años y no años a la vida.

El ser humano, independientemente de su edad, tiene un potencial que puede contribuir al desarrollo de la sociedad y esta por su parte debe desarrollar una cultura tal que enseñe a todos el respeto, cuidado y mantenimiento de la dignidad de la persona, que alcanza la condición de adulto mayor.

Es reconocible la validez del concepto de desarrollo enunciado por L.S. Vigotski de desarrollo: “es un proceso único de autodesarrollo, que se distingue por la unidad de lo material y lo psíquico, de lo social y lo personal; en el que se forma y surge algo nuevo (...) Constituye un todo único (...) un proceso dialéctico complejo que se caracteriza por una periodicidad múltiple, por una desproporción en el desarrollo de las distintas funciones, por la metamorfosis o transformaciones cualitativas de unas formas en otras, por el complicado entrecruzamiento de los procesos de evolución, por la entrelazada relación entre los factores internos y externos y por el intrincado proceso de superación de las dificultades y de la adaptación” (L:S:Vigotski)

La persona de la tercera edad encierra en sí una historia de vida, se ha enfrentado a diferentes condiciones sociales, ha satisfecho o no determinadas necesidades que conforman su subjetividad y por lo tanto ve su vida de una manera diferente. Es un estadio que no debe concebirse lleno de decadencia y enfermedades a pesar de su realidad, es necesario contemplarlo como ser activo en su propia existencia.

Es imperiosa la necesidad de reorientar su esfera motivacional haciéndolo comprender que no es hacer lo que se desea, sino lo que es posible en dependencia de sus capacidades mentales, físicas y fisiológicas, de lo que puede reestructurar, desarrollando las habilidades que se pueden recuperar y las que se pueden formar a partir de sus potencialidades. Cuando las personas de la tercera edad y demás no comprenden esto y se empeñan en realizar lo que “siempre hice así” se condicionan los estados emocionales negativos, destrucción de su autoestima y surgimiento de los diferentes tipos de depresión que pueden llevarlo a los gestos, intentos y actos suicidas, así como la posibilidad de accidentes que ponen en riesgo su vida.

La jubilación se convierte en un periodo crítico, donde se producen severos cambios de vida y en la manera de percibir y vivenciar su nueva situación social del desarrollo, es por ello que comprendida de formas diferentes:



“Ciencia, Eficiencia, Humanismo y Espiritualidad”

Dirigido a todas las personas interesadas en el tema, con nivel de estudios de Maestría.

## Curso Propedéutico

(REQUISITO INDISPENSABLE)

Sábado 3 de marzo de 2018  
de 13:00 a 19:00 hrs.

Costo del curso: \$ 3,500.-

### Plantel Montevideo

Avenida Montevideo No. 625 y 635,  
Col. San Bartolo Atepehuacan,  
Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07730,  
Ciudad de México.

Tels: 6393 - 1100  
6393 - 2000

## Inicio del Doctorado

Sábado 24 de marzo de 2018  
de 13:00 a 19:00 hrs.

Duración: 2 años

Inscripción: \$ 3,500.-  
Mensualidad: \$ 3,500.-

Asistiendo a clases  
¡Sólo un día a la semana!



- Algunos consideran que ya han hecho todo lo que les correspondía y que llegó el momento de su vida pasiva o de recibir lo que le aportaron a la familia y a la sociedad, por lo que cambian su vida y se entregan regularmente a los quehaceres del hogar. También desarrollan aquellas actividades que deseaban realizar y que por la vida laboral estaban pendientes.

- Otros en cambio miran con beneplácito esta oportunidad de seguirse sintiendo en capacidad de aportar y de ocupar un lugar en el sistema de relaciones productivas e interpersonales. En estos casos se puede comprender que el desarrollo de su subjetividad condiciona sus respuestas a las nuevas condiciones de vida, y conscientes de sus roles son capaces de aportar sus experiencias y encuentran en el enseñar un nuevo sentido de vida.

- Es posible identificar también a los que no pocas veces hacen reasistencia a determinados cambios de la actividad laboral y presentan enfrentamientos con el posible relevo.

El Santo Pontífice Juan Pablo II al referirse a esta etapa expresó:

Hace falta, en primer lugar, que se considere al anciano en su dignidad de persona, dignidad que no merma con el pasar de los años y el deterioro de la salud física y psíquica. Es evidente que esta consideración positiva sólo puede encontrar terreno fecundo en una cultura capaz de superar los estereotipos sociales, que hacen consistir el valor de la persona en la juventud, la eficiencia, la vitalidad física y la plena salud. La experiencia dice que, cuando falta esta visión positiva, es fácil que se margine al anciano y se le relegue a una soledad comparable a una verdadera muerte social. Y la estima que el anciano tiene de sí mismo, ¿no depende acaso en buena parte de la atención que recibe en la familia y en la sociedad? No sólo pueden dar testimonio de que hay aspectos de la vida, como los valores humanos y culturales, morales y sociales, que no se miden en términos económicos o funcionales, sino ofrecer también una aportación eficaz en el ámbito laboral y en el de la responsabilidad. Se trata, en fin, no sólo de hacer algo por los ancianos, sino de aceptar también a estas personas como colaboradores responsables, con modalidades que lo hagan realmente posible, como agentes de proyectos compartidos, bien en fase de programación, de diálogo o de actuación. Hace falta también que tales políticas se complementen con programas formativos destinados a educar a las personas para la ancianidad durante toda su existencia, haciéndolas capaces de adaptarse a los cambios, cada vez más rápidos, en el modo de vida y de trabajo. Una formación centrada no sólo en el hacer, sino, y sobre todo en el ser, atenta a los valores que hacen apreciar la vida en todas sus fases y en la aceptación tanto de las posibilidades como de los límites que tiene la vida.

Nuestra civilización tiene que asegurar a los ancianos una asistencia rica en humanidad e impregnada de valores auténticos. A este respecto, pueden tener un papel determinante el desarrollo de la medicina paliativa, la colaboración de los voluntarios, la implicación de las familias – que por ello han de ser ayudadas a afrontar su responsabilidad – y la humanización de las instituciones sociales y sanitarias que acogen a los ancianos."

Vaticano, 3 de abril de 2002 IOANNES PAULUS II.

Estas magníficas palabras del Santo Padre nos llama a desarrollar humanidad en el trato social y sanitario, en las relaciones interpersonales en los diferentes escenarios públicos e instituciones creadas y por crear para su atención. No es atenderlos, es tratarlos con respeto, dignamente, como cada persona merece, independiente de su historia personal, de su credo y su condición económica y familiar, es tener en cuenta su condición de ser humano. De nada vale crear esas instituciones y llenarlas de objetos y ellos ser uno más, es desarrollar su calidad de vida y su autoestima, es acompañarlo con verdadero sentido de que están vivos.

Estas ideas son válidas para Cuba y el mundo que está envejeciendo, lo que se reafirma en palabras de Caridad Llanes.... “En efecto, hablar de humanización es hablar de relación porque el ser humano es un ser social. Hablar de humanización en el mundo socio-sanitario y de la salud y del sufrimiento es hablar de la persona vulnerable, pero la persona en su globalidad, en su dimensión física, intelectual, emotiva, social y espiritual. No podemos seguir centrados en el concepto de salud de la OMS, que quiso dar un paso adelante en la amplitud de miras, pero que se queda pequeño e inadecuado por definirla como "estado completo de bienestar físico, mental y social".

Y más adelante señalaba:

“Todos sabemos que tal estado no existe y que uno puede hacer experiencia de salud conviviendo sanamente con muchos límites físicos o mentales o sociales. La salud pasa, pues, por la calidad percibida por la persona, por la propia historia y el protagonismo sobre ella, por los afectos y los valores que se viven, tanto en medio del buen funcionamiento de los órganos, funciones y relaciones como cuando estos fallan.

Si la funcionalidad orgánica va quedando atrás, pero el anciano siente que su vida tiene sentido por el lugar que ocupa en las relaciones con los que le rodean y esencialmente con la familia, entonces las limitaciones están presentes pero encuentra y da sentido a la vida y con ello alimenta su existencia.

La humanidad debe empeñarse en crear las condiciones de vida con calidad y dignidad, dejemos atrás las guerras y cambios climáticos que nos dañan y hacen miserables la existencia humana. La ancianidad y todos podemos aspirar y necesitamos vivir en paz.



1.-Oficina Nacional de Estadísticas. El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios. Cifras e indicadores para su estudio 2000. La Habana, 2001.

2.-Alfonso Fraga JC. El envejecimiento poblacional en Cuba: Apuntes para su estudio. ONE. La Habana, 1997

3.-Thorpe JA. One-year incidence of falls and fractures in a 70 to 77 year old female cohort. Age Ageing 2001; 30:42

4.-Prieto Ramos O, Vega García E. Algunos sistemas de atención al anciano: programa para la atención integral al anciano. En: Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996. P.102-5.

5.- Vera Miyar CR, Morales Pérez C. Enfermedad cerebrovascular. Seguimiento y rehabilitación en la comunidad. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2001;17(1):27-34

6.-Francis R. Falls and fractures. Age Ageing 2001; 30: 25-8

7.- Carrasco García MR. Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2005.

8.- Risteen Hasselkus B. Envejecimiento y salud. En: Hopkins HL, Smith HD, editores. Terapia ocupacional. T2. 8va ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p.733-41.

9.- Rodríguez Boti R. La sexualidad en el atardecer de la vida. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2006

10.-Marín Domínguez CM, y otros El envejecimiento en Cuba, año 2001 [documento en disquete]. Cuba, CEPDE. 2001. 1 disquete.

11.- INFOGER-2001 [Internet]. Convocatoria de evento. Cuba: INFOGER; 2001 [citado 20 Ago 2010]. Disponible en:

<http://www.ccram.sld.cu/infoger/infoger%202001/programin2001.htm>

12.-Chávez Negrin E. Algunas consideraciones sobre el envejecimiento demográfico en Cuba [Internet]. En: Taller Población y desarrollo. La Habana: CEDEM; Jul 2002 [citado 20 Ago 2010]. Disponible en:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/1819C020.pdf>

13.-Carela Ramos, Rafael. Periódico Sierra Maestra De Santiago de Cuba, 20 de Agosto del 2011

14.-GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 2. 2007

15.- Citado por Febles Elejalde, María Milagros. La adultez media: Una nueva etapa del desarrollo. Editorial Félix Varela. La Habana, 2008

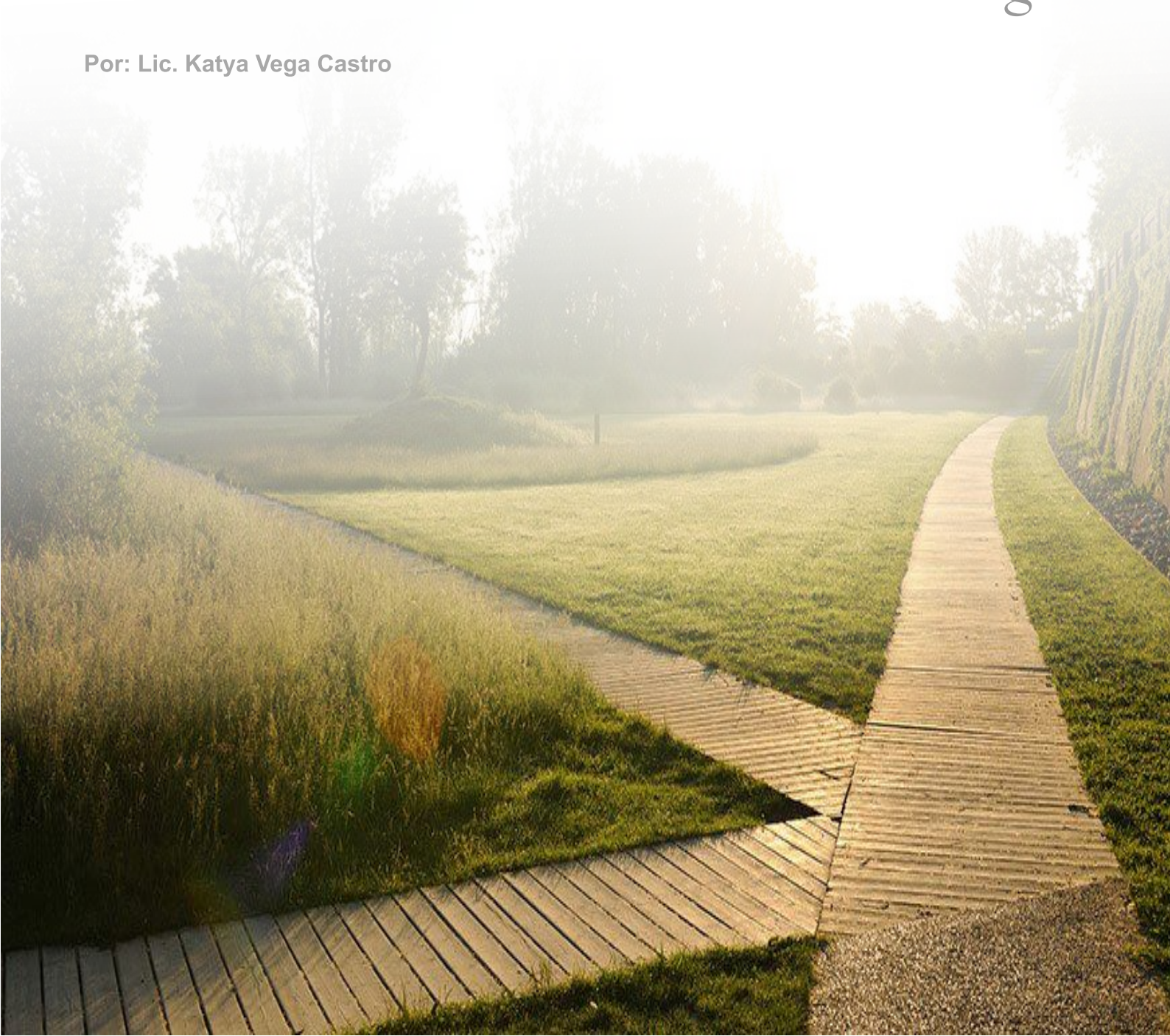
16.-MsC. Llanes Betancourt, Caridad. Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Reflexión y Debate. Rev. Cubana Enfermer, 2007; 23. Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”. Departamento de Licenciatura en Enfermería. La Habana, Cuba.

17.-OMS. La salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social. Washington: OMS; 2000.

# Ética en TANATOLOGÍA

## “Los caminos éticos de la Tanatología”

Por: Lic. Katya Vega Castro







La tanatología está condicionada fuertemente por la ética. La afrontación ante la muerte y la labor del tanatólogo son, en su origen, asuntos totalmente éticos. Es necesario que el tanatólogo conozca, comprenda y reflexione sobre la importancia de la ética en su oficio de manera que pueda entender también la ideología y creencias de su paciente. Para que esto suceda es imprescindible notar la imposibilidad de sostener un científicismo en la vida.

La tanatología es una actividad ética en todos sus sentidos. La muerte es de hecho uno de los pilares en los que se sustenta el cuerpo ético y moral de la vida, quizá tanto como la concepción de la felicidad.

No es del todo claro, sin embargo, cuáles son las tesis o planteamientos éticos que fundamentan la existencia y el proceder de la tanatología. Su común confusión con la bioética, por ejemplo, oscurece cuál es realmente el propósito del tanatólogo al apaciguar el sufrimiento por la muerte, ya sea en el paciente, en sus familiares, o la extensión a veces inocente por cualquier duelo.

Es necesario, por lo tanto, esclarecer ciertas preguntas que deben estar siempre presentes en el oficio de la tanatología, tales como: ¿En qué creencias y sustentos descansa el desarrollo de una terapia sobre la muerte? ¿Acaso el tanatólogo ha de comprender cuáles son los fundamentos éticos en la ideología de su paciente para poder ayudarlo? Si esto es así, ¿hay algún punto en común bajo el cual podamos atender a la muerte independientemente de las creencias de aquel que la sufre? Esto, por último, nos llevará a cuestionarnos por la posibilidad de un “código” o “cuerpo de reglas” que guíen al tanatólogo en su proceder ético, esto es, en su proceder en general.

Con el fin de analizar y explicar esas preguntas indagaremos en cuáles son las condiciones que posibilitan la existencia de la tanatología y el porqué de su estrecha relación con la bioética. Tomaremos, además, algunos escritos religiosos y filosóficos que muestran claramente cómo es que nuestra concepción ética sobre el mundo y la muerte necesitan estar casi siempre aparejadas con un serie de pensamientos éticos, en su mayoría, religiosos.

## 2. Imposibilidad de una tanatología materialista

Nos encontramos bajo paradigmas científicos que determinan la mayor parte de nuestra concepción del mundo. La naturaleza, en general, está explicada ya por leyes físicas, químicas, biológicas, entre otras. El hombre parece no estar tan explicado. No obstante, sabemos y admitimos que provenimos de una especie similar al mono, que somos producto de la evolución, así como toda la naturaleza lo es, y que la teoría evolucionista y genética no están sustentadas de ninguna manera en algo incognoscible, en Dios, en artimañas de la fe.

Nuestros sentimientos, pasiones, conceptos morales como libertad, felicidad, etc. están no hace mucho explicados ya por las neurociencias y algunas otras teorías científicas. El hombre, para nosotros, es una serie de relaciones materiales que actúan por medio de hormonas, sustancias, etc. y que nos determinan a enamorarnos, a sentir y a casi todo lo que podamos pensar que nos caracteriza como humanos.

Esto, aunque aceptado sin dificultad en nuestros tiempos, comenzaba a tener vigencia desde hace ya algunos siglos. En el Origen del hombre Darwin ya se propone explicar paso por paso todas aquellos rasgos que la especie humana cree como propios y que los hace superiores a los animales; estos rasgos son rastreados en diversas especies con las compartimos nuestra forma de actuar. Son sobre todo los conceptos morales los que Darwin intenta unirlos materialmente con su teoría de la evolución:

“como no podemos distinguir los motivos, llamamos morales todas las acciones de cierta clase llevadas a cabo por un ente moral, el cual no es más que un ser capaz de comparar sus acciones o motivos pasados y futuros, y aprobarlos o desaprobarlos”

Claro que las argumentaciones llevadas a cabo en este tratado dependen del estudio hecho en El origen de las especies. Sin embargo, es donde Darwin muestra más claramente cómo es que podemos explicar al hombre sin la necesidad de entidades y órdenes metafísicos. Parecería que podemos explicar incluso la moral materialmente, bajo supuestos como la adaptación, la sobrevivencia, y los grupos sociales creados con normas que tienen justamente el fin de sobrevivir y de adaptarse.



La cuestión que nos inquieta es si acaso es posible mantener el oficio de la tanatología bajo una presuposición del hombre y del mundo como una serie de relaciones materiales y causales. Pues la muerte vista biológicamente no debería de extrañarnos ni perturbarnos en lo más mínimo, sería tan sólo un proceso más de degradación.

“Por la violencia tan frecuente en la vida cotidiana actual, [...] llega a suceder a los profesionistas del área de la salud, quienes con un pensamiento biólogo consideran a la muerte como un evento natural, normal y cotidiano, dándole una interpretación solamente científica y técnica.”

La bioética y el reciente interés por los médicos, psicólogos, filósofos y otros miembros de la comunidad científica han necesariamente de atender a la muerte como un suceso que no puede ser visto sólo biológicamente, como bien señala el Jefe de Unidad de Investigación de la facultad médica de la UAQ.

Y, en realidad, el problema de no poder sustentar a la muerte desde una vista materialista no sólo concierne a la tanatología o al concepto mismo de muerte; es un problema ético, o, con mayor precisión, es la posibilidad de la ética misma.

Es imposible dar una respuesta ante cómo debemos de actuar, qué es el bien, qué es la felicidad, cómo actuar ante la muerte, etc. si presuponemos que somos materia que actúa por medio de leyes. Esto no significa que rechacemos la postura materialista del todo, sino más bien que notamos que ella no resuelve los problemas más importantes del hombre.

La tanatología, por lo tanto, ha de presuponer un orden ético independiente a las relaciones naturales-materiales con el fin de inmiscuirse en qué es la muerte y cómo ayudar a su paciente a apaciguar su sufrimiento.

¿Esto significa que el tanatólogo debe acudir a la religión y tener como supuestos la existencia de Dios o de alguna especie de vida más allá de la muerte? No necesariamente. Significa más bien tan sólo admitir que no puede desempeñar su oficio sin suponer un orden ético.

### 3. La carga ideológica del paciente

Bajo esta premisa, ahora hemos de plantear cómo ha de comprender el tanatólogo a su paciente. Aquel que necesita de la terapia de un tanatólogo por estar pasando alguna afrontación con la muerte, por el propio hecho de ser humano, carga ya con una ideología y distintas creencias que lo hacen afrontar la muerte de una forma particular.

El tanatólogo ha de ser capaz de moverse y comprender las distintas formas de ver el mundo de sus pacientes, pues el sistema ético en el que desempeñen su vida y las reglas morales a las que estén adscritos serán la clave para un diálogo y aceptación de la muerte.

Así, por ejemplo, si nuestro paciente es cristiano, hemos de esforzarnos por comprender la vida y la muerte desde el cristianismo. La carga ideológica del hombre es el meollo de su proceder ante la muerte.

Las reglas y mandamientos morales a los que se entrega el paciente en su religión pueden ser aún más poderosos que cualquier cosa que intente probar el tanatólogo. La concepción sobre el bien, sobre el mal y la ética en general dependerán de esto. Así vemos la forma de vida que lleva el cuaquerismo, por ejemplo, cuando afirman que

“El Amigo tenía una vida interior para atender y obedecer, no principalmente un credo en el cual creer; y fue esta vida la que se desarrolló en los grupos cuáqueros, un cuerpo común de verdades en las cuales ellos buscaron tener firme certeza.”

Estas verdades en las cuales “buscan su certeza” son el fundamento de la vida y de su actuar en los hombres cuaqueristas. Si bien intentan salir del dogma y los “Artículos de Fe”, proponiendo más bien aquellos impulsos que llevaron a la creación de la Sagrada Biblia, terminan, sin embargo, dando un sentido a la existencia, aunque éste sea personal.

También lo notamos en la encíclica del Papa Francisco, quien comunica la preocupación de la Iglesia por problemas ambientales que, en realidad, jamás habían llamado su atención. Pero la exhortación de este pequeño libro al hombre cristiano por cuidar del ambiente está también fundamentado en su propia religión.

Si bien el Laudato si es una encíclica que intenta hacer de los problemas éticos tratados no sólo un asunto cristiano, sino un problema para todo hombre que es racional y es habitante de esta tierra, finalmente el “cuidado de la casa común” descansa en el supuesto de que es la casa que Dios nos ha brindado y quiere que protejamos:

“Porque no se puede proponer una relación con el ambiente aislada de la relación con más personas y con Dios. Sería un individualismo romántico disfrazado de belleza ecológica y un asfixiante encierro en la inmanencia.”

- Psicología
- Informática Administrativa
- Administración y Finanzas
- Psicopedagogía
- Trabajo Social
- Gerontología
- Derecho



**INICIOS: Enero - Febrero 2018**

**www.impo.org.mx**

**Duración: 3 años**      **Inscripción: \$ 1,350.-**  
**Mensualidad: \$ 1,350.-**

## PROMOCIONES

**Noviembre 100%** Descuento en inscripción

**Diciembre 50%** Descuento en inscripción

**Hasta el 15 de Enero 30%** Descuento en inscripción

Es en este sentido en el que el Papa propone un cuidado del medio ambiente intercedido por la religión. Sabemos, sin embargo, que esta encíclica también está dirigida al hombre no cristiano. Resultaría interesante reflexionar sobre el carácter religioso o no religioso del cuidado del medio ambiente y la posibilidad de que todo hombre, independientemente de sus creencias, tenga los mismos fines con respecto al planeta. No obstante, nos podemos quedar con esta cita donde el Papa expresa la importancia de que nuestro comportamiento esté encaminado hacia el servicio de Dios, o bien al servicio de la humanidad; el cuidado del ambiente en un sentido individualista es sólo un romanticismo ecológico.

Hasta ahora hemos visto cómo es que la religión o conjunto de creencias a las que pertenece el individuo condicionan y determinan su concepción ética del mundo y, por lo tanto, su actuar frente a la muerte. Surge el siguiente problema: ¿Acaso el tanatólogo ha de funcionar como una especie de comodín, moviéndose dependiendo de las diferentes creencias que pueda tener el paciente sin tener él mismo una? Nos referimos a lo siguiente: Si el tanatólogo comprende y realiza su terapia parándose en el cristianismo para tratar a un hombre cristiano, del cuaquerismo para tratar a un hombre cuaquerista, o incluso desde una perspectiva científica para tratar a un médico, etc., ¿habría posibilidad de que el tanatólogo mismo tuviera un juicio propio y una forma “universal” desde la cual abordar a sus pacientes y al problema mismo de la muerte?

Parece ser que el tanatólogo debe poseer algún marco común en el cual pueda sostenerse para ayudar a su paciente, independientemente de las creencias a las que éste pertenezca. La posibilidad de este “marco común” implicaría también la existencia de un código de ética que circunscriba la labor de los tanatólogos.

### 4. Una ética del sentido común

Sabemos que la existencia de una “ética del sentido común” es dudosa y ha sido tratada por diversos filósofos y pensadores. Los orígenes de la ética y la posibilidad de un modo del actuar humano que corresponda a cada uno de los hombres en cada una de las épocas, es decir, una ética esencialista, es un problema difícil de resolver.

No obstante, creemos que el tanatólogo necesita de una base ética desde la cual pueda ayudar a la resolución de los problemas de sus pacientes. Sin esta base, en realidad, no tendría ningún punto de referencia para ayudar al paciente fuera de sus creencias o ideologías; no podría siquiera presentarse un diálogo racional entre el tanatólogo y el paciente, algo totalmente necesario para nuestra labor.

La existencia de una ética común a todo humano es una tesis apoyada por la reflexión inherente a nuestra razón. En efecto, todos nos preguntamos acerca de la muerte; nos asombramos de su existencia. El hecho de que tengamos ciertas creencias que determinen cómo reaccionamos ante ella no condiciona el asombro que parece ser mucho más puro.

Avaladas por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdos: RVOE 20100719 de fecha 20 de Mayo de 2010, RVOE 20110681 de fecha 18 de Julio de 2011, RVOE 20100718 de fecha 20 de Mayo de 2010, RVOE 20110682 de fecha 18 de Julio de 2011, RVOE 20090504 de fecha 7 de Octubre de 2009, RVOE 20081591 de fecha 16 de Junio de 2008, RVOE 20150201 de fecha 27 de Abril de 2015, RVOE 20110520 de fecha 22 de Junio de 2011, RVOE 20130335 de fecha de 29 de Agosto de 2013, RVOE 20121222 de fecha 23 de Julio de 2012, RVOE 20160270 de fecha 30 de Junio de 2016, RVOE 20121190 de fecha 20 de Julio de 2012, RVOE 20121191 de fecha 20 de Julio de 2012, RVOE 20170251 de fecha 9 de Mayo de 2017, RVOE 20170250 de fecha 9 de Mayo de 2017, Otorgados por la DGEU (Dirección General Educación Superior Universitaria).

**Plantel Montevideo**  
Av. Montevideo No. 625  
Col. San Bartolo Atepehuacan  
Del. Gustavo A. Madero  
C.P. 07730, Ciudad de México.

**Tel. 6393 - 1100**

**Plantel Tláhuac**  
Av. Tláhuac No. 5991  
Col. Bo. Santa Ana Poniente  
Santiago Zapotiltán  
Del. Tláhuac, C.P. 13220  
Ciudad de México.

**Tel. 6819 - 2000**

**Plantel Tlalpan**  
Calz. de Tlalpan No. 1471  
Col. Portales, Del. Benito Juárez  
C.P. 03300, Ciudad de México.

**Tel. 6393 - 2000**



A su vez, el acercamiento a la muerte, ya sea a causa de la vejez o de la enfermedad, nos enfrenta y nos pone en el camino de la reflexión. Así lo vemos en la boca de Céfalos, el anciano de la República: “cuanto más se marchitan los placeres del cuerpo, tanto más aumentan los deseos y los placeres de la conversación”

La aparición del tema de la muerte en los diálogos platónicos no suele adscribirse a una religión o ideología específica; más bien propone abordarla como cualquier humano, de una forma racional —entendiendo por racional algo común a todos, a diferencia de las diversas religiones en las cuales no parece tener sentido discutir unas con otras—. En la Apología de Sócrates vemos el carácter más humano ante la muerte: la incertidumbre: “yo a morir y vosotros a vivir. Quién de nosotros se dirige a una situación mejor es algo oculto para todos, excepto para el dios.”

La filosofía, en general, suele atender al problema de la muerte desde una perspectiva menos prejuiciada que otros ámbitos. Y, aunque esto no es siempre cierto si indagamos profundamente, debemos de notar que quizá el campo donde la tanatología podría apoyarse con más facilidad para su planteamiento ético es posiblemente en la filosofía.

No necesitamos los tanatólogos, sin embargo, ser expertos en filosofía para poder proceder éticamente con nuestros pacientes. La tanatología puede y debe abordar la muerte desde distintos campos para tener una visión más amplia al ayudar al paciente. La filosofía puede sernos valiosa al indicarnos con mayor claridad qué es exactamente lo que hacemos y lo que queremos hacer.

Así, por ejemplo, cuando Séneca escribía sus Consolaciones, no hacía tratados filosóficos. Aquellos a quienes les componía una consolación para ayudarlos a minimizar su sufrimiento ante la muerte de un ser querido y cercano, no eran doctos en la filosofía ni esperaban un tratado filosófico como consolación. Sus escritos, pues, provienen de un hondo sentimiento y comprensión de la muerte; cosa que se muestra por el carácter de sus reflexiones aptas para cualquier humano de cualquier época:

“no te voy a inducir a normas tan estrictas que te aconseje sobrellevar lo humano de manera sobrehumana y quiera secar los ojos de una madre el día mismo del funeral [...] la cuestión que vamos a dirimir es si el dolor debe ser profundo o interminable”

Es cierto, sin embargo, que Séneca pertenecía a la tradición estoica y que la mayor parte de su ética depende de los fundamentos filosóficos que inculca el estoicismo. De la misma manera sucede con otros pensadores, quienes están adscritos a una corriente específica. Con los ejemplos citados, no obstante, creemos demostrar que no necesitamos ser estoicos y comulgar con otras ideologías para entender y reflexionar sobre la muerte desde una base enteramente racional y común a todo hombre.

Así pues, proponemos que el tanatólogo considere y comprenda todos los aspectos hasta ahora explicados. Debe ser capaz de reflexionar sobre los puntos básicos que implica pensar y enfrentarse ante la muerte. La propuesta, sabemos, no tiene nada de nueva o extraordinaria, sin embargo, es quizá el ámbito ético aquel en el que más nos deberíamos de preparar.

Sólo de esta manera es posible la resolución de problemas específicos, tales como los dilemas bioéticos. La eutanasia, distanasia, encarnizamiento terapéutico, suicidio asistido, etc. son problemas específicos que sólo pueden ser resueltos con precisión y claridad cuando tenemos en mente todos los aspectos éticos en los que descansan nuestras concepciones de la muerte.

Por último, la existencia de un código ético para los tanatólogos tendría que estar sustentada en el planteamiento hecho. Pues, en realidad, sabemos que no diferiría mucho de los códigos éticos para médicos o psicólogos. La realización de este código no tendría ninguna relevancia si no hemos entendido el porqué del mismo código.

Hemos resaltado la necesidad de comprender los aspectos éticos que tenemos ante la muerte para poder realizar la tanatología. Ésta, como hemos notado, tiene un carácter totalmente ético en su proceder, pues el asunto de la muerte es en sí mismo un asunto ético.

Creemos que los dos escalones que hemos propuesto para abordar el tema —el de la comprensión de la ideología del paciente y el de una ética común que fundamente nuestro oficio—son esenciales para explicarnos cómo es que realmente podemos apaciguar el sufrimiento del paciente a causa de la muerte o la pérdida. En el mismo sentido, reiteramos la necesidad de una perspectiva no-materialista para la terapia y afrontación ante la muerte; punto que creemos de gran relevancia dada la cientificidad en la que vivimos, la cual, sin que siquiera lo notemos, --y sobre todo si la tomamos con seriedad—nos lleva a implicaciones en las que la muerte se vuelve un tema irresoluble y de poca importancia; por lo tanto, si admitimos el cientificismo de la vida, hacemos de la tanatología un oficio imposible, o al menos sin un sentido estricto.

De la misma manera nos parece que estudios que caracterizan a la tanatología, tales como las fases del duelo de Elizabeth Ross, aunque sí definen buena parte de la tanatología, no deben de considerárseles menos prescindibles que los aspectos éticos.

Las fases del duelo nos ayudan a comprender aspectos psicológicos-científicos de los duelos humanos –de una forma casi biológica--, pero no tienen ningún sentido si no contamos con la reflexión ética que los sustenta. El sentimiento humano ante la muerte es un asunto que no se resuelve con la enumeración de las etapas en las que se desarrolla, aunque no negamos que sean de gran utilidad para la terapia.

Tan sólo en este argumento nos parece ver el meollo de lo que hemos intentado explicar: la necesidad de una reflexión y sustento ético para la tanatología que permita la resolución e investigación de dilemas específicos.

El eventual código ético que pudiéramos realizar para resolver este tipo de problemas no puede ser siquiera pensado sin antes reflexionar sobre el hombre mismo. Y, en este mismo sentido, los médicos y profesionales de la salud, todos aquellos que en su oficio lidien con la muerte, deben tener una preparación ética y humana.

Bibliografía

Darwin, C. (2000) El origen del hombre. México: Fontamara

----- (2011) El origen de las especies. México: Porrúa.

El testimonio de la experiencia

Gutiérrez-Sampero, C. (2011) Gaceta Médica de México. México: Academia nacional de medicina en México. [La bioética ante la muerte, volumen 137, número 3]

Hume, D. (2011) Tratado de la naturaleza humana. Madrid: Gredos. [De la moral]

Lipovetsky, G. (2012) La era del vacío. México: Anagrama.

Papa Francisco (2015) Laudato si. México: Buena prensa.

Platón (2008) Diálogos II (editado por Emilio Lledó). Madrid: Gredos. [Apología]

----- (2009) República. Madrid: Akal

Séneca (2013) Séneca (editado por Juan Manuel Días Torres). Madrid: Gredos. [Consolaciones]

Vasconcelos, J. (2002) Ética. México: Trillas [Antecedentes]

Villoro, L. (2006) Vislumbre de lo otro. México: Verdehalago. [El concepto de Dios y la pregunta por el sentido]

·Wittgenstein, L. (2013) Wittgenstein II (compilación). Madrid: Gredos. [Conferencia sobre ética]

**IMP. BACHILLERATO TECNOLÓGICO**

**del Instituto Mexicano de Psicooncología**  
**Plantel Tláhuac**



**INICIO**  
**Febrero 2018**

**Especialidades en:**

- Programación
- Contabilidad
- Trabajo Social
- Administración de Recursos Humanos

**Martes 6 de febrero**

**De lunes a viernes**  
**de 7:00 a 13:00 hrs.**

Validez Oficial de la  
Secretaría de Educación Pública

Inscripción: \$ 1,350.-  
Colegiatura: \$ 1,350.-

**Plantel Tláhuac:**

Av. Tláhuac No. 5991  
Col. Bo. Santa Ana Poniente  
Santiago Zapotitlán Del. Tláhuac  
C.P. 13220, Ciudad de México.

Incorporado a la Secretaría de Educación Pública, acuerdos: \*Contabilidad número 20171006 con fecha 22/Junio/2017, \*Trabajo Social número 20171007 con fecha 22/Junio/2017, \*Programación número 20171008 con fecha 22/Junio/2017, \*Administración de Recursos Humanos número 20171009 con fecha 22/Junio/2017, otorgados por la Subsecretaría de Media Superior y la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial.

**PROMOCIONES**

NOVIEMBRE	<b>100%</b>	Descuento en inscripción
DICIEMBRE	<b>50%</b>	Descuento en inscripción
Hasta el 15 de ENERO	<b>30%</b>	Descuento en inscripción

**Informes: 6819 - 2000**

**www.impobachillerato.org.mx**





### **Plantel Montevideo**

Av. Montevideo No. 625, 635 y 517, Col. San Bartolo Atepehuacan  
Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07730, Ciudad de México.

**Tel. 6393 - 1100**

### **Plantel Tláhuac**

Av. Tláhuac No. 5991, Col. Bo. Santa Ana Poniente, Santiago Zapotitlán  
Del. Tláhuac, C.P. 13220, Ciudad de México.

**Tel. 6819 - 2000**

### **Plantel Tlalpan**

Calz. de Tlalpan No. 1471, Col. Portales, Del. Benito Juárez  
C.P. 03300, Ciudad de México.

**Tel. 6393 - 2000**

[www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx)

[www.estudiosdeposgrado.org.mx](http://www.estudiosdeposgrado.org.mx)

[www.centrodetanatologia.com](http://www.centrodetanatologia.com)