

Tanatología del Siglo XXI *Thanatos*

**Tratamiento de artrosis en pacientes de la tercera edad,
con estado amplificado de conciencia**

Dr. Jorge Alejandro Solano Ponce

**La ortotanasia y la ley de voluntad anticipada:
Un enfoque tanatológico**

Mtra. Eva Díaz Farfán

**La importancia de la reforestación:
Restaurando el equilibrio ambiental**

Mtra. Socorro Ortiz

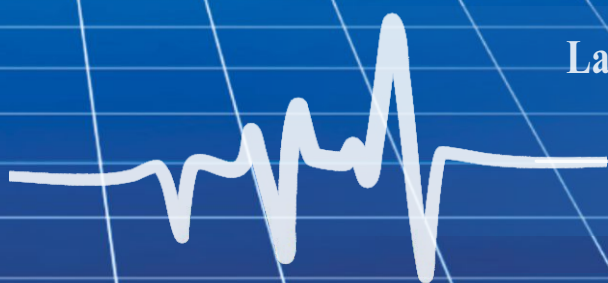




Imagen Grupo de graduación creada por Latino Life para Canva

LICENCIATURAS

Duración: 3 años

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

**COSTOS
BAJOS**

Becas

INICIOS:

- Enero
- Mayo
- Septiembre

Inscripción:
\$ 1,680.-
Mensualidad:
\$1,680.-

Plantel Montevideo
Tel. 55 6393 - 1100

Plantel Tláhuac
Tel. 55 6819 - 2000

Plantel Tlalpan
Tel. 55 6393 - 2000

www.impo.org.mx

Contenido

DIRECTORIO

EDITOR RESPONSABLE

Marco Antonio Polo Scott

DIRECTORA DE PUBLICIDAD

DISEÑO Y EDICIÓN

Ana María Rico Cárdenas

DISEÑO GRÁFICO

Ivonne Cabrera Déciga

Laura Anai Barrón López

CORRECCIÓN DE CONTENIDOS

Leticia Salinas Hernández

Adriana Treviño Martín

OPINIONES Y SUGERENCIAS

marcoapolos@hotmail.com

INFORMES Y SUSCRIPCIONES

relaciones.publicas@impo.org.mx

Tel. 55 6393 - 1100 55 6819 - 2000

55 6393 - 2000

DERECHOS RESERVADOS

Marca Registrada THANATOS

ISSN 2007-3232

VOLUMEN 42

TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 17, No. 42, MAYO - AGOSTO 2024, editada por el Instituto Mexicano de Psicooncología S.C., Av. Montevideo No. 635, 1er. Piso, Col. San Bartolo Atepehuacan, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07730, México, CDMX, teléfono 55 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 Impresos IMAGRAFIC, S.A. de C.V., Poniente 110 Num.753, Magdalena de las Salinas, C.P. 07760 GAM CDMX, éste número se terminó de imprimir el 10 de mayo del 2024 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

Tratamiento de artrosis en pacientes de la tercera edad, con estado amplificado de conciencia

Dr. Jorge Alejandro Solano Ponce

16

La ortotanasia y la ley de voluntad anticipada: Un enfoque tanatológico

Mtra. Eva Díaz Farfán

29

La importancia de la reforestación: Restaurando el equilibrio ambiental

Mtra. Socorro Ortiz



Imagen de gettyimages para Canva Pro

@IMPo_Oficial



@IMPoOficial



impooficial



impooficialmexico



Tratamiento de artrosis en pacientes de la tercera edad, con estado amplificado de conciencia

Dr. Jorge Alejandro Solano Ponce

Resumen:

Mediante este estudio exploro una nueva herramienta, mediante una técnica ancestral, para dar lugar a una disminución significativa del proceso doloroso muscular-limitante, ocasionado por afecciones osteomusculares, secundarios a la osteoartrosis, padecimiento muy frecuente en nuestros pacientes de la tercera edad. En este caso pacientes ambulantes, pertenecientes a la Clínica de Medicina Familiar Balbuena del ISSSTE, en la Ciudad de México, mediante la inducción de un estado amplificado de conciencia, desde la tradición huichol, sin uso de enteógenos, aunado a musicoterapia con instrumento prehispánico, el teponaztli o tambor utilizado en ceremonias de temazcal, y así poder realizar disminución del dolor osteomuscular, incremento de la actividad osteomuscular y menor consumo de medicación (polifarmacia) en este tipo de enfermos.

El principal objetivo es el de disminuir o evitar la muerte social y familiar de los pacientes de la tercera edad secundario a la limitación por dolor en el sistema osteomuscular.

Antecedentes

Entre el 60-80 % de las personas de la tercera edad, en algún momento en esta etapa de vida, presentan dolor musculoesquelético, con disminución de fuerza muscular, limita su función y pueden ser apartados de sus relaciones familiares e interacciones sociales. También es importante mencionar que, la mayoría de los médicos subestima la importancia de la evaluación y el manejo del dolor en los pacientes de edad avanzada y lo consideran parte natural del envejecimiento, “presentan esta sintomatología y limitación funcional porque están viejitos”, sin recordar que el dolor puede influir en el estado de ánimo, con repercusión en el estado espiritual/energético.

El declinar es una experiencia constante. El organismo envejecido repara sus pérdidas cada vez peor y compensa cada vez más lentamente los efectos de los cambios corporales y las afecciones osteomusculares.

Y dice Montaigne: “Debemos vivir muriendo y morir viviendo, es decir, adiestrarnos en una manera de vivir que sea realmente muerte y en una manera de morir que sea realmente vida”.

Estas enfermedades difusas, no localizadas con exactitud, son enfermedades incurables: se les puede retrasar o lentificar, frenar aparentemente su evolución, pero no se puede invertir un proceso que sigue siendo en todos los casos inexorablemente progresivo.

La tasa de envejecimiento a nivel mundial ha aumentado considerablemente en los últimos años, por lo que es necesario ampliar el conocimiento en el manejo de algunas patologías, ya que la población envejece de forma imparable y el envejecimiento desde el punto de vista demográfico implica dos facetas: en primer lugar, se expresa como un aumento del peso relativo de las personas mayores de 60 años en la población total y en segundo lugar como un aumento de la longevidad.

El autoinforme de dolor se considera la fuente más fiable para los ancianos con capacidad cognitiva intacta. El tratamiento antiinflamatorio y analgésico sintomático es esencial, y muchas veces es la única terapia farmacológica que se prescribe al paciente.

Ahora bien, Tanatológicamente, en Psicología Transpersonal se menciona un objetivo, que es el de ayudar a las personas a lograr una adaptación a la realidad, unos trabajan con el inconsciente, otras con la conducta, manteniendo una relación sana con el entorno, mejorando su autoestima, en su estabilidad emocional, espiritual y su integración, en este caso a su familia.

Así mismo en este procedimiento es adecuado mencionar tomar en consideración como menciona Scott, el reconocimiento, comprensión y realización de los estados de conciencia no ordinarios (yo les llamaría estados amplificados de conciencia), místicos o transpersonales.

La psicología transpersonal comenzó estudiando las características, efectos y significado de estos estados no ordinarios de conciencia, así como los medios de llegar a estas experiencias cumbre místicas. En este tipo de experiencias llamadas de luz, las que nos van permitiendo dejar a nuestros viejos maestros y encontrarnos con que nuestra realidad puede apreciarse, comprenderse y cambiarse, en este reencuentro comienza a ser nuestra realidad. Porque pareciera que aún hoy, el ser humano mantiene su foco de atención en el afuera. Nuestras acciones responden al mundo aprendido y no a nosotros mismos.

El movimiento transpersonal ha surgido de nuestra sociedad por algo. Ha surgido de la propia conciencia del hombre moderno, conciencia que no puede ser negada ni supeditada al modelo del ser humano como máquina informativa y económica.

Incluso, asoma con mayor decisión y sin ninguna vergüenza por parte de muchos científicos, el nombrar al mundo del espíritu desde una ciencia de la conciencia y del ser vivo.

Desde el punto de vista tanatológico solemos ceder a la tentación de descifrar en el envejecimiento los síntomas de la mortalidad y los pródromos de la muerte misma: para todos los seres vivos, es decir, para todos los mortales; el envejecimiento es efectivamente a lo largo de los años, la forma en que toma en el más acá un devenir inevitablemente limitado por la muerte.

Y lo mismo que el organismo envejecido repara sus pérdidas cada vez con menor asertividad y compensa cada vez más lentamente los efectos de los traumatismos, así la esperanza optimista, luchando palmo a palmo contra los desmentidos repetidos continuamente del fracaso y de la decepción, se vuelve cada día menos convincente, cada año más difícil de sostener; sí, cada día es más difícil decir por qué se vive, y en vistas a qué.

El devenir del ser vivo no es por tanto un cambio indiferente, no es un devenir cualquiera: es un devenir que tiene una intención, y una mala intención, el devenir vivido está orientado desgraciadamente en el sentido del no-ser, tal es la entropía que hace del tiempo vivido una senescencia.

Ninguna esperanza tácita, al menos del orden natural, viene a atenuar la tristeza de envejecer; el declinar es desgraciadamente muy serio y carece de toda poesía: este declinar no es únicamente irreversible, es además definitivo y sobre todo intento único, y carecerá en todos los casos de recompensa. El envejecimiento es una decadencia que llega solo una vez en la vida, y una sola vez por vida, y no conoce, al contrario de la fatiga, ningún restablecimiento, ninguna recuperación de ninguna clase.

La vejez es la enfermedad de la temporalidad, y por consiguiente es a la vez normal y patológica. ¡La vejez es la anomalía normal en el mismo sentido en que la muerte es la enfermedad de los que tienen buena salud!

¿Nos desvela el envejecimiento poco a poco la muerte? “Parece que no tengamos vida más que para morir. Esta clase de vida no es vida, es muerte, pues viviendo y naciendo morimos y nuestro primer paso en la vida es el primero en la muerte. Pues desde el mismo momento en que estamos vivos empezamos a morir.”

El dolor asociado a las afecciones musculoesqueléticas es una causa frecuente de discapacidad en los ancianos, por lo que el diagnóstico diferencial de estas y su adecuado manejo terapéutico son de vital importancia por los cambios que se presentan en este grupo poblacional secundarios al envejecimiento.

Es una población desprotegida, maltratada y con muy poco acceso a los servicios de salud. Muchos de ellos cursan con alteraciones en su esfera mental, otros se encuentran abandonados en los asilos o simplemente viven solos sin el concurso de un cuidador que esté pendiente de ellos. Esa es la realidad de un grupo de personas que cada vez es más grande.

¿PORQUÉ HUCHOL?

Entre los indios de México, los huicholes ocupan un lugar singular. Antiguos habitantes de los valles costeros de Nayarit, después de la Conquista comenzaron a remontarse a las alturas alucinantes de la Sierra Madre Occidental, donde su cultura ciertamente se ha alterado, pero sin perder un ápice de su profunda raigambre y originalidad.

El chamanismo se muestra como un conjunto coherente y avanzado de concepciones sobre el cuerpo humano y su funcionamiento que permiten la aplicación de medidas controladoras para mantenerlo en un determinado tipo de equilibrio cósmico, que incluye y trasciende la adaptación a lo social. Las comprobadas curaciones por personas que pueden ser llamadas chamanes y los movimientos espectaculares que a su alrededor algunas generaron y generan, empiezan a interesar a doctores y terapeutas que no logran sanar a sus pacientes con el enfoque exclusivamente "científico" o biomédico.

Una parte del necesario diálogo entre medicina y chamanismo se ha iniciado a través de algunos interesantes proyectos como las denominadas "clínicas del dolor". En ellas, situadas en el estado de Texas (Estados Unidos) se implementan técnicas extraídas de las experiencias y rituales que en otras partes practican los chamanes.

Por otra parte, médico y chamán establecen complejas relaciones. Pueden complementarse (como sucede en algunas comunidades de las "sociedades etnográficas") pero siempre suelen trabajar con diferentes concepciones de la enfermedad, del mundo y de sus leyes. Podría decirse que uno es el portavoz de la ciencia médica y de su conciencia ética, mientras que el otro es el intermediario entre un espíritu y su conciencia cósmica.

Al hacer hincapié casi exclusivamente en la figura personal del chamán y en su función curativa, el movimiento neochamánico plantea que al ser, en definitiva, el chamanismo un estado alterado de conciencia, un viaje a una realidad aparte, una forma de percepción extrasensorial, creado por la escenificación y el sonido de instrumentos como el tambor, es decir, cierto tipo de experiencia individual, ésta puede ser alcanzada a través de la reproducción y la recreación del ambiente e instrumentos que rodean al chamán.

La práctica de meditación en sus diversas modalidades está fuertemente asociada con el manejo de emociones disfuncionales tales como la ansiedad, depresión, estrés percibido, cólera, estados de fatiga en relación a estados emocionales, problemas de sueño asociados al estrés, entre otros. Se ha encontrado que la práctica regular de la meditación se puede realizar de acuerdo a un objetivo específico, como, por ejemplo, manejo del estrés o mejor control del dolor o sintomatología por enfermedades o por metas más generales como potenciar el desarrollo humano integral. Sus efectos positivos son en el bienestar psicológico y fisiológico general, ayudando a alejar preocupaciones o pensamientos

respecto a un problema o afección, generando mayor conciencia y autocontrol de procesos fisiológicos y emociones disfuncionales.

Considerando todo lo anterior y ante el poco beneficio de los medicamentos de la medicina alópata y considerando estos tipos de padecimientos como metafísicos y progresivos, que limitan la actividad física, producen emociones displacenteras y aislamiento social, en esta última etapa de vida. Procedo a aplicar la técnica huichol de dar lugar a un estado amplificado de conciencia, con musicoterapia sin enteógenos, para disminuir este estado doloroso-inflamatorio, y mejorar las condiciones bio-psico-social-espiritual de estas personas.

Todos los que con suerte llegan a la vejez, desean disfrutarla bien, en el amplio sentido del término para, así, vivir su júbilo final amando todo aquello y aquellos que les rodean. Por lo que es necesario que nos preocupemos cada vez más de disfrutar de la vejez de la mejor forma posible. La actitud de una persona mayor frente a la vida, no se limita a esperar la muerte; ser mayor significa tener ganas de vivir y de disfrutar con plenitud. Y la vejez no es otra cosa que el momento perfecto para aprovechar cada instante, y llevar adelante muchos proyectos postergados en el tiempo. Por ello, el envejecimiento debe mirarse como una oportunidad de vida, de reto, de disfrute de los mayores.

Metodología

Para este trabajo se contó con la participación de cuarenta y seis personas, pertenecientes a la Clínica de Medicina Familiar Balbuena, perteneciente al ISSSTE, a estas personas se dividieron en tres grupos de acuerdo a su edad, fueron 19 personas de 50 a 59 años, 16 personas de 60 a 69 años de edad, y 10 personas con más de 70 años edad.

La persona de menor edad tuvo 55 años y la de mayor edad con 86 años. Todos entre otras enfermedades presentaban osteoartritis. Se realizaron diez sesiones terapéuticas de meditación aunado a musicoterapia (teponaztli), una cada semana, los martes, con inicio a las 11 hs, con duración de 60 a 90 minutos. Las fechas fueron del 29 de junio al 31 de agosto del año 2021.

La prueba inicial se realizó con agua mineral peñaflor transparente de 1000 ml, con tapadera de rosca, obviamente cerrado, para que en el momento de la sesión se intentara abrir por todos los participantes, y al finalizar la sesión diez, nuevamente se les solicitó peñaflor, transparente de 1000 ml, con tapadera de rosca, no abierto, y se les pidió abrirlo nuevamente.

Resultados

Del primer grupo donde eran 19, no pudieron 16. (84.2%)

Del segundo grupo que eran 16, no pudieron 9. (56.25%)

Del tercer grupo que eran 11, no pudieron 9. (81.81%)

Posterior a las sesiones:

Del primer grupo donde eran 19, si pudieron 19 (100%)

Del segundo grupo donde eran 16, si pudieron 15 (93.75%)

Del tercer grupo que eran 11, si pudieron 9 (81.81%)

Comentarios:

Del primer grupo mejoraron 84.4% a 100%

Del segundo grupo mejoraron 56.25% a 93.75%.

Del tercer grupo mejoraron de 81.81% a 81.81%.



MAESTRÍAS

- Tanatología
 - Psicoterapia Transpersonal
 - Educación
- Evaluación Educativa
 - Estudios del Suicidio
 - Psicooncología

**COSTOS
BAJOS**

Becas

INICIOS:

- Enero
- Mayo
- Septiembre

Sin pago de
Inscripción:
Mensualidad:
\$2,350.-

Plantel Montevideo
Tel. 55 6393 - 1100

Plantel Tláhuac
Tel. 55 6819 - 2000

Plantel Tlalpan
Tel. 55 6393 - 2000

www.impo.org.mx

- Por encontrarse en la década anterior a clasificarse en la tercera edad, tal vez por el proceso inflamatorio y doloroso de reciente aparición y tal vez con mayor intensidad, eso ¿Pudo condicionar mayor limitante en la prueba que se indicó?
- Para mejores resultados ¿se requerirá mayor número de sesiones de terapia?
- Se necesita un estudio de seguimiento para valorar la duración del efecto de beneficio osteomuscular articular posterior a esta etapa de sesiones terapéuticas.
- Presentaron disminución de dolor con incremento de fuerza muscular.

Bibliografía

- Aubier, R. (1944). Opusculo de piété. Paris: Migne.
- autores., C. d. (2012). Los secretos de la longevidad. Instituto de investigación sobre la longevidad., 7-12.
- Caballero, N. (1975). El camino de la libertad. Valencia: Comercial Editora de Publicaciones.
- Denis, E. J. (2014). La Musicoterapia Y Las Emociones En El Adulto Mayor. Revista diáLogos, . 75-82.
- E, V. (2010). Envejecimiento en América. Organización Panamericana de la Salud.
- Escalera, M. J. (2017). Estados ampliados de conciencia. Espacio Humano, 24-27.
- Ferrer, C. (2010). Estados de conciencia. España.
- Goldring, M. (2007). Osteoarthritis. J Cell Physiol, 626-634.
- Herrán, A. d. (s.f.). Los estados de conciencia: Análisis de un constructo clave. Madris.
- Jankélévitch, V. (2002). La muerte. Valencia: Pre-textos.
- Lozada, C. (2010). Osteoarthritis. Medicina Reumatológica, 12-23.
- Maestre, J. A. (2001). El dolor en el adulto mayor. Colombia Médica, 184-188.
- Martínez, G. M. (2009). Musica tradicional. Antropología, 4-6.
- Méndez López, M. (2007). ESTADOS ALTERADOS v/s NO-ORDINARIOS DE CONCIENCIA:. Cuadernos de Neuropsicología, 182-295.
- Myers. (2006). Psicología. Madrid: Medica Panamericana.
- Ouspensky, P. D. (1979). La conciencia. Una búsqueda de la verdad. Madrid: Luis Cárcamo, Editor.
- P, B. (2008). Assessment of Pain in the Elderly Adult. Clin Geriatr Med, :213-236.
- Plata Osma, L. J. (2016). Dolor osteomuscular y apoyo social. Pensamiento Psicológico,, 125-135.
- R., V. D. (2014). ESTADOS AMPLIADOS DE CONCIENCIA. PNEUMA INSTITUTO ESPAÑA.
- Riedel, M. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.
- Rizo, M. A. (2017). ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA. España: Universitas.
- Snarsky, B. (2007). Dolor en espalda en ancianos. Clínicas Geriátricas, 271-289.
- Travieso, J. F. (2015). Enfermedades musculo esqueléticas en los ancianos. Ciencias Biológicas, 215-220.
- Travieso, J. F. (2015). Enfermedades musculo esqueléticas en los ancianos. Ciencias Biológicas, 203-221.
- Wendkos, P. y. (1995). Psicología. México: McGraw Hill.

La ortotanasia y la ley de voluntad anticipada: Un enfoque tanatológico

Mtra. Eva Díaz Farfán

Introducción

La intersección entre medicina, ética y el proceso de morir ha sido objeto de intensa reflexión y debate a lo largo de la historia. En el contexto actual, los conceptos de ortotanasia y la ley de voluntad anticipada emergen como temas cruciales en la atención al final de la vida. La ortotanasia, como enfoque para permitir que la muerte ocurra de manera natural sin intervenciones médicas extraordinarias, y la ley de voluntad anticipada, que otorga a las personas la capacidad de definir sus deseos sobre el tratamiento médico en situaciones donde no pueden comunicarse, son temas fundamentales para entender y mejorar la calidad de la atención en el final de la vida. Este artículo explora estos conceptos desde una perspectiva tanatológica, considerando no sólo los aspectos médicos y legales, sino también las dimensiones emocionales, culturales y éticas involucradas.

La Ortotanasia: Definición, objetivos y fundamentos éticos

La ortotanasia se refiere a la práctica de permitir que la muerte siga su curso natural sin la intervención de procedimientos médicos que prolonguen artificialmente la vida. Derivado del griego "orto" (correcto o justo) y "thanatos" (muerte), este enfoque busca respetar la dignidad del paciente y minimizar el sufrimiento en situaciones terminales o irreversibles.

1. Fundamentos éticos y filosóficos

- Respeto por la autonomía del paciente: Uno de los principios fundamentales de la ortotanasia es el respeto por la autonomía del paciente. Este principio sostiene que los individuos tienen el derecho a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y su proceso de morir. En el contexto de la ortotanasia, esto significa que el paciente tiene derecho a decidir si desea recibir tratamientos médicos que puedan prolongar su vida, incluso si estos tratamientos no ofrecen una mejora significativa en su calidad de vida (Chávez & Polo, 2010).

- Principio de no maleficencia: Este principio ético aboga por evitar causar daño innecesario. En el contexto de la ortotanasia, la no maleficencia implica que los profesionales de la salud deben evitar intervenciones médicas que solo prolongan el sufrimiento del paciente sin ofrecer beneficios reales. La aplicación de este principio requiere un juicio cuidadoso sobre los beneficios y riesgos de los tratamientos médicos y la consideración de la calidad de vida del paciente (Polo, 2006).
- Principio de beneficencia: Además de respetar la autonomía y evitar el daño, la ortotanasia también está guiada por el principio de beneficencia, que exige actuar en beneficio del paciente. En este contexto, la beneficencia se traduce en proporcionar cuidados que alivien el sufrimiento y mejoren la calidad de vida del paciente, incluso si esto implica la retirada de tratamientos que no son beneficiosos (Chávez & Polo, 2010).

2. Aplicación práctica y desafíos

- Evaluación de tratamientos médicos: La aplicación de la ortotanasia requiere una evaluación cuidadosa de los tratamientos médicos disponibles. Los equipos de atención médica deben determinar cuándo un tratamiento se considera extraordinario o desproporcionado. Esta evaluación debe basarse en criterios objetivos y subjetivos, incluyendo el pronóstico del paciente, la eficacia del tratamiento y el impacto en la calidad de vida (Polo, 2006).
- Comunicación con el paciente y la familia: La comunicación abierta y continua es esencial en la aplicación de la ortotanasia. Los profesionales de la salud deben discutir las opciones de tratamiento con el paciente y su familia, asegurando que se comprendan los beneficios y riesgos de cada opción. Esta comunicación también debe abordar las expectativas y deseos del paciente, y facilitar la toma de decisiones informadas (Chávez & Polo, 2010).

- Aspectos legales y normativos: La práctica de la ortotanasia puede estar sujeta a regulaciones legales y normativas que varían entre jurisdicciones. Es importante que los profesionales de la salud estén al tanto de las leyes locales y de las políticas institucionales relacionadas con la ortotanasia para asegurar que las decisiones tomadas sean compatibles con las normativas vigentes (Polo, 2006).

La ley de voluntad anticipada: Marco legal y procedimental

La ley de voluntad anticipada permite a las personas expresar por adelantado sus deseos sobre el manejo de su atención médica en situaciones en las que no pueden comunicar sus preferencias. Este marco legal está diseñado para garantizar que las decisiones sobre el tratamiento se alineen con los deseos del paciente y para prevenir la administración de tratamientos que el paciente haya decidido rechazar.

1. Aspectos legales y procedimentales

- Formalización de directivas anticipadas: La legislación sobre la voluntad anticipada varía entre países y jurisdicciones. En algunos lugares, es necesario formalizar las directivas anticipadas mediante documentos legales específicos, mientras que en otros, una conversación con el equipo médico puede ser suficiente. Estos documentos suelen incluir instrucciones sobre los tratamientos médicos que el paciente desea o no desea recibir, así como designar a un representante para tomar decisiones en su nombre en caso de incapacidad (Chávez & Polo, 2010).
- Validez y actualización de directivas: Para que las directivas anticipadas sean válidas, deben cumplir con los requisitos legales establecidos por la legislación local. Además, es importante que las directivas sean revisadas y actualizadas periódicamente para reflejar cualquier cambio en la salud del paciente o en sus preferencias. La actualización de las directivas debe realizarse en consulta con el equipo médico y con el representante designado (Polo, 2006).

- Consideraciones en la implementación: En la práctica, la implementación de las directivas anticipadas puede enfrentar desafíos, especialmente en situaciones en las que las directivas no están disponibles o son ambiguas. Los profesionales de la salud deben estar preparados para tomar decisiones en base a la mejor interpretación posible de las directivas del paciente, en conjunto con el equipo médico y la familia (Chávez & Polo, 2010).

2. El Proceso de Elaboración de Directivas Anticipadas

- Reflexión y Planificación: Elaborar directivas anticipadas es un proceso que requiere reflexión profunda y planificación cuidadosa. Los pacientes deben considerar sus preferencias sobre los tratamientos médicos, el cuidado paliativo y otros aspectos del manejo del final de la vida. Este proceso implica discutir las opciones de tratamiento con el equipo médico y considerar las implicaciones de cada opción para su calidad de vida (Polo, 2006).
- Involucrar a Familia y Representantes: La elaboración de directivas anticipadas también debe involucrar a la familia y a los representantes designados. Es importante que estos individuos comprendan las preferencias del paciente y estén preparados para tomar decisiones en su nombre si es necesario. La comunicación clara con la familia y los representantes es esencial para asegurar que las decisiones tomadas reflejen fielmente los deseos del paciente (Chávez & Polo, 2010).

Perspectiva tanatológica: Apoyo emocional y espiritual

La tanatología es el estudio del proceso de morir, el duelo y la pérdida, proporcionando una comprensión integral de la experiencia del final de la vida. En el contexto de la ortotanasia y la ley de voluntad anticipada, la tanatología ofrece una perspectiva valiosa sobre cómo apoyar emocional y espiritualmente a los pacientes y sus familias durante esta etapa crítica.

1. Apoyo Emocional y Espiritual

- Acompañamiento en el proceso de morir: Los tanatólogos desempeñan un papel esencial en brindar apoyo emocional y espiritual a los pacientes que enfrentan el final de la vida. Este apoyo incluye la ayuda en el manejo de los miedos y ansiedades relacionadas con la muerte, el fortalecimiento de la resiliencia emocional y la facilitación del proceso de aceptación (Polo, 2006).
- Apoyo a la familia y el duelo: El duelo y la pérdida son aspectos críticos del proceso de morir, tanto para el paciente como para sus seres queridos. Los tanatólogos proporcionan apoyo a la familia durante el duelo, ayudando a los miembros a procesar su dolor y a encontrar formas significativas de recordar y honrar al ser querido fallecido (Chávez & Polo, 2010).
- Facilitación de la comunicación: La tanatología también se centra en facilitar la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo médico. Los tanatólogos ayudan a mediar en las discusiones difíciles sobre el final de la vida, asegurando que se respeten los deseos del paciente y que se aborden las preocupaciones emocionales y espirituales de todos los involucrados (Polo, 2006).

2. Manejo de conflictos y resolución de desacuerdos

- Mediación en conflictos: Los conflictos pueden surgir entre el paciente, su familia y el equipo médico sobre las decisiones de tratamiento y los deseos del paciente. Los tanatólogos pueden desempeñar un papel en la mediación de estos conflictos, facilitando un diálogo abierto y constructivo para llegar a un consenso que respete las necesidades y deseos del paciente (Chávez & Polo, 2010).
- Apoyo a profesionales de la salud: Los profesionales de la salud que trabajan en cuidados paliativos y en el final de la vida pueden enfrentar desgaste emocional y desafíos éticos significativos. Los tanatólogos ofrecen apoyo y recursos para ayudar a

Convocan al:

Curso Teórico Práctico para Auxiliar en Enfermería

Avalado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social Folio: 153-11157 CTT030519PZ7

Contamos con dos modalidades de estudio:

- De lunes a jueves
- Un día a la semana

Inscripción:

\$ 1,200.-

Mensualidades:

\$ 1,200.-

Duración:

1 año y 3 meses



Imágenes de CoffeeAndMilk de Getty Images Signature y Billion Photos para Canva Pro.

estos profesionales a manejar el estrés y la carga emocional asociada con su trabajo, promoviendo el autocuidado y la resiliencia (Polo, 2006).

Desafíos éticos y culturales en la atención al final de la vida

La implementación de la ortotanasia y la ley de voluntad anticipada no está exenta de desafíos éticos y culturales. Estos desafíos pueden influir en la forma en que se toman las decisiones y en la manera en que se proporciona la atención al final de la vida.

1. Desafíos éticos

- Respeto por la autonomía vs. beneficencia: Uno de los principales dilemas éticos es equilibrar el respeto por la autonomía del paciente con el principio de beneficencia. Mientras que la autonomía exige que se respeten las decisiones del paciente, la beneficencia puede requerir que los profesionales de la salud actúen en el mejor interés del paciente, incluso si esto significa ir en contra de las decisiones del paciente en ciertas circunstancias (Chávez & Polo, 2010).
- Conflictos de intereses: Los profesionales de la salud pueden enfrentar conflictos de interés entre sus propias creencias y valores y las decisiones que deben tomar en nombre del paciente. Estos conflictos pueden ser difíciles de resolver y requieren una reflexión ética cuidadosa y un enfoque centrado en el paciente (Polo, 2006).

2. Desafíos culturales

- Diversidad cultural en el proceso de morir: Las creencias y prácticas culturales influyen significativamente en las preferencias y expectativas sobre el final de la vida. Es esencial que los profesionales de la salud comprendan y respeten las perspectivas culturales de los pacientes y sus familias para brindar una atención que sea culturalmente competente y sensible (Chávez & Polo, 2010).

- **Rituales funerarios y prácticas de duelo:** Las prácticas de duelo y los rituales funerarios varían entre culturas y religiones. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de estas diferencias y trabajar con las familias para garantizar que los rituales y prácticas culturales sean respetados durante y después del proceso de morir (Polo, 2006).

Decisiones médicas al final de la vida: Un enfoque integral

Las decisiones médicas al final de la vida abarcan una variedad de opciones y consideraciones, desde la retirada de tratamientos de soporte vital hasta el manejo del dolor y los síntomas. Estas decisiones deben tomarse con una comprensión completa de las preferencias del paciente, el pronóstico médico y las implicaciones éticas y legales.

1. Retirada de tratamientos de soporte vital

- **Consideraciones clínicas:** La decisión de retirar tratamientos de soporte vital implica una evaluación detallada de la condición médica del paciente y la efectividad de los tratamientos. Los profesionales de la salud deben considerar el pronóstico de recuperación, la calidad de vida y las expectativas del paciente al tomar esta decisión (Chávez & Polo, 2010).
- **Aspectos éticos:** La retirada de tratamientos de soporte vital plantea cuestiones éticas sobre el respeto por la vida y la dignidad del paciente. Los profesionales deben equilibrar estos factores con la necesidad de evitar el sufrimiento innecesario y respetar los deseos del paciente (Polo, 2006).

2. Limitación de tratamientos curativos

- **Estrategias y enfoques:** Limitar o suspender tratamientos curativos puede ser apropiado en contextos de enfermedades terminales donde los tratamientos no ofrecen beneficios significativos. Este enfoque implica una discusión con el paciente y la familia

- **Impacto en el paciente y la familia:** La limitación de tratamientos puede tener un impacto emocional significativo en el paciente y su familia. Los profesionales de la salud deben proporcionar apoyo y orientación para ayudar a los pacientes y sus seres queridos a enfrentar estos cambios (Polo, 2006).

3. Sedación paliativa y manejo del dolor

- **Objetivos de la sedación paliativa:** La sedación paliativa se utiliza para aliviar el sufrimiento intenso y los síntomas refractarios en pacientes al final de la vida. Este enfoque debe ser administrado con cuidado para asegurar que se respete la autonomía del paciente y se evite la sedación excesiva (Chávez & Polo, 2010).
- **Manejo integral del dolor:** El manejo del dolor y otros síntomas es fundamental para asegurar una calidad de vida adecuada. Los profesionales de la salud deben utilizar una variedad de estrategias para abordar el dolor y los síntomas, adaptando el enfoque a las necesidades individuales del paciente (Polo, 2006).

Desafíos en la implementación de decisiones médicas al final de la vida

La implementación de decisiones médicas al final de la vida puede enfrentar diversos desafíos que afectan la calidad de la atención y el respeto por los deseos del paciente.

1. Comunicación inadecuada

- **Importancia de la comunicación:** La comunicación efectiva entre el paciente, la familia y el equipo médico es esencial para la toma de decisiones informadas. La falta de comunicación clara puede llevar a malentendidos y conflictos, afectando la calidad de la atención (Chávez & Polo, 2010).
- **Estrategias para mejorar la comunicación:** Fomentar una comunicación abierta y empática es clave para abordar estos desafíos. Los profesionales de la salud deben

utilizar estrategias de comunicación que promuevan la comprensión y el consenso en la toma de decisiones (Polo, 2006).

2. Conflictos éticos y morales

- Resolución de conflictos: Los conflictos éticos pueden surgir cuando las preferencias del paciente difieren de las recomendaciones médicas o las creencias personales de los profesionales de la salud. Resolver estos conflictos requiere una reflexión ética cuidadosa y una consideración de los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia (Chávez & Polo, 2010).
- Apoyo y educación: Proporcionar apoyo y educación continua a los profesionales de la salud puede ayudar a manejar los conflictos éticos y morales, promoviendo una toma de decisiones informada y respetuosa (Polo, 2006).

3. Acceso a cuidados paliativos

- Desigualdades en el acceso: El acceso a cuidados paliativos de calidad puede variar según factores socioeconómicos y geográficos. Abordar estas desigualdades es fundamental para garantizar que todos los pacientes reciban una atención adecuada y equitativa (Chávez & Polo, 2010).
- Estrategias para mejorar el acceso: Implementar estrategias para mejorar el acceso a cuidados paliativos, como la capacitación de profesionales y la expansión de servicios, es esencial para abordar las disparidades y garantizar una atención equitativa (Polo, 2006).

Diversidad cultural en cuidados paliativos y fin de vida

La diversidad cultural juega un papel importante en las decisiones y prácticas relacionadas con el cuidado al final de la vida. Comprender y respetar las diferencias culturales es fundamental para brindar una atención que sea sensible a las necesidades y valores de los pacientes y sus familias.

1. Perspectivas culturales sobre la muerte y el morir

- Creencias y actitudes: Las creencias culturales y religiosas influyen en las actitudes hacia la muerte y el morir. Estas perspectivas afectan las expectativas y preferencias sobre el cuidado al final de la vida, incluyendo los tratamientos médicos y las prácticas de duelo (Chávez & Polo, 2010).
- Adaptación de las prácticas de cuidado: Los profesionales de la salud deben estar preparados para adaptar sus prácticas de cuidado para respetar las creencias culturales de los pacientes y sus familias. Esto puede incluir ajustes en los tratamientos, la comunicación y los rituales funerarios (Polo, 2006).

2. Prácticas de duelo y rituales funerarios

- Rituales y tradiciones: Los rituales funerarios y las prácticas de duelo están profundamente arraigados en las tradiciones culturales y religiosas. Respetar y apoyar estas prácticas es esencial para brindar una atención que sea significativa y respetuosa (Chávez & Polo, 2010).
- Comunicación culturalmente sensible: Adaptar la comunicación a las preferencias culturales individuales es vital para proporcionar un apoyo efectivo y respetuoso durante el proceso de duelo (Polo, 2006).

Estrategias para abordar las necesidades culturales de los pacientes

1. Educación cultural

- Capacitación de profesionales: Capacitar a los profesionales de la salud en competencia cultural puede mejorar la comprensión y sensibilidad hacia las necesidades culturales de los pacientes. La educación continua es clave para brindar una atención que sea culturalmente competente (Chávez & Polo, 2010).

2. Comunicación culturalmente competente

- Fomentar el diálogo abierto: Fomentar una comunicación abierta y respetuosa es esencial para abordar las necesidades culturales y emocionales de los pacientes. Los profesionales de la salud deben utilizar habilidades de comunicación que promuevan el entendimiento y el respeto (Polo, 2006).

3. Participación de líderes comunitarios

- Involucrar a la Comunidad: Involucrar a líderes comunitarios y representantes culturales puede ayudar a abordar las necesidades culturales de los pacientes y a garantizar que la atención sea adecuada y respetuosa (Chávez & Polo, 2010).

4. Adaptación de políticas y procedimientos

- Revisión de políticas: Revisar y adaptar las políticas y procedimientos para reflejar la diversidad cultural es fundamental para garantizar que todos los pacientes reciban una atención adecuada y equitativa (Polo, 2006).

Conclusión

El debate sobre ortotanasia y la ley de voluntad anticipada refleja una compleja interacción de principios éticos, legales, emocionales y culturales. La práctica de la ortotanasia y la implementación de la ley de voluntad anticipada están orientadas a respetar la autonomía del paciente y a proporcionar una atención que sea acorde con sus deseos y valores. Sin embargo, estos enfoques deben ser manejados con sensibilidad y cuidado para abordar los desafíos éticos, culturales y emocionales que pueden surgir.

El apoyo tanatológico y el respeto por la diversidad cultural son esenciales para brindar una atención integral y respetuosa al final de la vida. Al enfrentar estos desafíos y adaptar nuestras prácticas para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes, podemos avanzar hacia una atención al final de la vida que sea más compasiva, equitativa y respetuosa.

La importancia de la reforestación: Restaurando el equilibrio ambiental

Mtra. Socorro Ortiz



La Tierra es nuestro hogar común, un planeta vivo que nos sustenta y nos proporciona todos los recursos necesarios para nuestra supervivencia física y bienestar. Sin embargo, la relación con la Tierra va más allá de la mera utilidad; implica una conexión emocional y espiritual profunda. Muchas culturas indígenas han entendido esta relación como sagrada, reconociendo a la Tierra como una madre que nos nutre y protege. Esta conexión transpersonal con la Tierra se manifiesta en el respeto por la naturaleza, la sensación de pertenencia a un ecosistema interdependiente y la responsabilidad de cuidar y preservar el medio ambiente para las generaciones futuras. La ecoespiritualidad emerge como un enfoque que honra esta relación, buscando restaurar y mantener el equilibrio entre la humanidad y la naturaleza.

La reforestación emerge como una respuesta crucial frente a los desafíos ambientales contemporáneos, desempeñando un papel fundamental en la mitigación del cambio climático y la restauración de ecosistemas dañados. Este proceso no solo implica plantar árboles, sino también fomentar una conciencia colectiva sobre su impacto en el medio ambiente. Combatir el calentamiento global, considerada como una amenaza que provoca desequilibrios climáticos severos, tales como el aumento de las temperaturas, cambios en los patrones de precipitación y eventos climáticos extremos. La deforestación ha exacerbado este problema al reducir la capacidad de los bosques para absorber dióxido de carbono (CO₂) de la atmósfera. La reforestación, por otro lado, actúa como un mecanismo de captura de carbono, ayudando a contrarrestar las emisiones y mitigar el efecto invernadero. Al plantar árboles, se restaura la capacidad de los ecosistemas para almacenar carbono, contribuyendo así a reducir la concentración de CO₂ en la atmósfera. Esto no solo ayuda a estabilizar el clima global, sino que también beneficia la calidad del aire local y promueve un entorno más saludable para las comunidades cercanas a las áreas reforestadas.

El impacto ambiental positivo además de su función en la mitigación del cambio climático, la reforestación tiene múltiples beneficios ambientales. Los bosques actúan como hábitats naturales para numerosas especies de plantas y animales, promoviendo la biodiversidad y preservando la interconexión de los ecosistemas. La restauración de bosques degradados no solo protege la vida silvestre, sino que también promueve la conservación del suelo y del agua. Los árboles y los bosques desempeñan un papel crucial en la regulación del ciclo del agua, ayudando a prevenir la erosión del suelo y manteniendo la calidad de los recursos hídricos. Además, proporcionan servicios ecosistémicos vitales como la polinización, la regulación del clima local y la creación de microclimas beneficiosos para la agricultura y otras actividades humanas.

La reforestación radica en la concientización y participación activa de la comunidad. Es fundamental educar a las personas sobre los beneficios ambientales de los árboles y los bosques, así como sobre los impactos negativos de la deforestación y la degradación ambiental. Así mismo se promueven cambios de comportamiento y decisiones informadas, como apoyar programas de reforestación, participar en actividades de plantación de árboles y adoptar prácticas sostenibles en el uso de recursos naturales. Además, la educación ambiental fomenta un sentido de responsabilidad compartida hacia la protección de nuestro planeta para las generaciones futuras.

La reforestación no solo ofrece una solución efectiva para contrarrestar el cambio climático y restaurar los ecosistemas degradados, sino que también promueve una relación más armoniosa entre el ser humano y la naturaleza. Al hacer conscientes a las personas sobre la importancia de los árboles y el impacto positivo que tienen en nuestro entorno, podemos inspirar acciones colectivas que conduzcan a un futuro más sostenible y equilibrado para todos. La reforestación es más que plantar árboles; es una oportunidad para restaurar el equilibrio natural y construir un legado de conservación ambiental que perdure en el tiempo.



La relación transpersonal entre la Tierra, el ser humano y el universo nos invita a reconsiderar nuestra identidad y propósito en un contexto más amplio y significativo. Nos recuerda que somos parte de un tejido cósmico interconectado, donde nuestras acciones individuales tienen repercusiones en el todo. Al cultivar una conciencia transpersonal, podemos nutrir un sentido más profundo de responsabilidad y cuidado hacia la Tierra y todas las formas de vida que la habitan. En última instancia, esta comprensión nos desafía a vivir de manera más consciente y armoniosa con la naturaleza, cultivando una relación sostenible y enriquecedora que trasciende las divisiones artificiales y abraza la unidad esencial de la existencia.

Entendiendo esta necesidad el Instituto Mexicano de Psicooncología Plantel Tlaxcala crea el programa Eco-Impo como parte de los programas de acción social y altruista que tiene el instituto y se hace participe reforestando arboles maderables, frutales y agaves en el banco de Germoplasma ubicado en la comunidad de Sta. María Tepetzala, Municipio de Atlangatepec Tlaxcala, los pasados 28 y 29 de junio días en los cuales toda la comunidad estudiantil, docente y administrativa participaron de forma activa en dichas labores recalcando como parte de los múltiples programas de labor social que mantiene el instituto y los cuales se han venido gestando desde hace ya varios años atrás.

Pero que es un banco de germoplasma. Un banco de germoplasma es un área o espacio en donde se conserva la mayor diversidad genética de las especies agrícolas, pecuarias, forestales y microbianos (hongos, bacterias, virus).

En México, contamos con una estrategia de conservación y utilización de los recursos genéticos que pretende asegurar las especies de importancia económica, social y ambiental para nuestro país, con el objetivo de contribuir a su uso sustentable y equitativo en beneficio de las generaciones presentes y futuras, mediante el conocimiento científico y de tecnología de vanguardia.

Dicha labor se realiza mediante el Centro Nacional de Recursos Genéticos, cuya labor es la de conservar y preservar la diversidad genética de las especies de gran importancia agroalimentaria,

pecuaria y acuática, y forestal para nuestro país, a través de los Bancos de Germoplasma. Además de difundir la importancia estratégica de la conservación genética entre la comunidad científica y la población en general.

Los Bancos son grandes depósitos donde se guarda el material genético de diversas especies, mediante Colecciones de Semillas, ADN y Genómicas, Pecuarias y de Tejido vegetal que tienen como objetivo establecer mecanismos que aseguren la conservación y disponibilidad de la semilla para el futuro. El Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias (INIFAP), a través del Centro Nacional de Recursos Genéticos, cuenta con 68 Bancos de Germoplasma distribuidos a los largo de sus 38 Campos Experimentales.

Cabe hacer mención de forma importante que por medio del programa Eco-Impo se están realizando las gestiones necesarias en el municipio de Atlangatepec, para poder adoptar un cerro y trabajar arduamente en la reforestación y conservación de espacios verdes en el estado de Tlaxcala y es así como el Instituto Mexicano de Psicooncología Plantel Tlaxcala colabora y deja huella importante sobre la concientización de rescatar las áreas verdes para poder estar en comunión con la madre tierra y lo más importante generando conciencia entre la comunidad estudiantil, docentes y administrativos sobre el cuidado de la naturaleza y creemos algo aún más importante generar conciencia en la población y que cada vez sean muchos más los sectores de la sociedad que se sumen a estos importantes proyectos que tiene el Instituto Mexicano de Psicooncología Plantel Tlaxcala de labor social y humanitaria.

Doctorado en Tanatología

Avalado por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20180488 de fecha 12/Abril/2018



Con 2 modalidades a elegir:

 **En zoom**

Con profesores en tiempo real
impartiendo tus asignaturas

PRESENCIAL

Curso Propedéutico

(REQUISITO INDISPENSABLE)

Inicio: semestral

Costo del curso: \$ 4,480.-

Tels. 55 6393 - 1100

55 6393 - 2000

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

Inicio de Doctorado

Inicio: semestral

Duración: 2 años

Inscripción: \$ 4,480.-
Mensualidad: \$ 4,480.-

Asistiendo a clases
¡Sólo día a la semana!

www.impo.org.mx

