



Tanatología del Siglo XXI

# *Thanatos*

ENFERMEDAD  
PACIENTE  
Y FAMILIA

Actitudes ante  
la Muerte en el  
personal de Salud

Mi Existencia  
hacia el Infinito

ORTOTANASIA  
(Propuesta para México)



# Marco Antonio Polo Scott

Director del Instituto Mexicano de Psicooncología y del Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, S.C.  
Editor de la Revista Thanatos

- Mtro. en Psicoterapia Gestalt
- Mtro. en Hipnosis Ericksoniana
- Mtro. en Administración Pública

- Posgrado en Psicooncología

- Lic. en Psicología
- Lic. en Administración Pública

- Especialidad en Sexualidad
- Especialidad en Adicciones

- Diplomado en Programación Neurolingüística
- Diplomado en Sexualidad
- Diplomado en Tanatología

Creador de Diplomados:

- Diplomado de Psicología Humanista
- Diplomado de Expresión Emotiva e Imaginería
- Diplomado en Tanatología con Enfoque Gestalt y Humanista

- Psicoterapeuta

- Investigador

- Conferencista a Nivel Internacional

Autor de los libros

- Tanatología con Enfoque Gestalt y Humanista
- Tanatología y Duelo con Enfoque Gestalt y Humanista
- Tanatología del Siglo XXI
- Los Duelos en la familia
- Psicoterapia Gestalt en el Manejo y Resolución del Duelo
- Vejez, Enfermedad y Muerte

Coordinador General del 1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI

Profesor invitado de la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba

Ganador del Premio “EXCELSIS”



## DIRECTOR GENERAL

MARCO ANTONIO POLO SCOTT

## SUB DIRECTOR DE PUBLICIDAD, DISEÑO Y EDICION

ANA MARÍA RICO CÁRDENAS

## CORRECCIÓN DE CONTENIDOS

IVONNE CABRERA DÉCIGA

MAGDALENA VIDAL ABARCA

## IMAGEN DE PORTADA

ANA MARÍA RICO CÁRDENAS

## DISEÑO

INNOCREA CHRISTOPHER PELZ

## IMPRESION

REGRADI, S.A de C.V.

## OPINIONES Y SUGERENCIAS

marcoapolos@hotmail.com

## INFORMES Y SUSCRIPCIONES

5119 4106 / 5752 7860 / 2594 4902

www.centrodetanatologia.com

www.impo.org.mx

## DERECHOS RESERVADOS

Reserva: 04-2009-120113514900-102

REVISTA Tanatología del Siglo XXI THANATOS

Marca Registrada THANATOS

Registro 1044256 - 1100244

Volumen 5

Certificado de Licitud de Título  
y Contenido No. 14808 SEGOB

Thanatos. Revista bimestral impresa en México, D.F., Año 1,  
Volumen 5, mayo 2010, tiraje 2000 ejemplares. Thanatos  
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.

Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de  
esta revista sin previa autorización del editor.

Todo material empleado para su publicación no será

# Contenido



## 5.- Editorial

## 6.- Enfermedad, Paciente y Familia

## 10.- Mi Existencia hacia el Infinito

## 14.- Propuesta de Ley de Ortotanasia para México

## 18.- 2do. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI y 1er. Encuentro de Psicooncología Humanista

## 20.- Control del Dolor en Pacientes con Cáncer

## 24.- Actitudes ante la Muerte en el Personal de Salud, un punto de vista Tanatológico Humanista

## 33.- Síndrome de Burnout (Fatiga Emocional); un alto riesgo para los Tanatólogos

## 35.- Psicoterapia Especializada

## Maestría en: **TANATOLOGIA**

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20080221 - 7 de marzo de 2008)

### Inicios

#### Plantel Montevideo

Viernes 8 de octubre de 2010  
de 16:00 a 20:00 hrs.

#### Plantel Tláhuac

Viernes 8 de octubre de 2010  
de 16:00 a 20:00 hrs.



## Maestría en: **PSICOONCOLOGIA**

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20081350- 24 de junio de 2008)  
(RVOE 20090905- 7 de octubre de 2009)

**Duración:** 25 meses  
**Inscripción:** \$ 1,950.00  
**Mensualidad:** \$ 1,950.00



### INICIO

#### Plantel Montevideo

Sábado 9 de octubre de 2010  
de 8:00 a 12:00 hrs.

**Dirigidas a:** Médicos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Psicoterapeutas, Pedagogos, Enfermeras y a todas las personas interesadas con estudios a nivel Licenciatura.

Informes

**57 52 78 60 - 51 19 41 69 - 25 94 49 02**

**INSCRIPCIONES ABIERTAS**

**Plantel Montevideo:** Av. Montevideo No. 635, (casi esquina con Av. Cien Metros), Col. San Bartolo Atepehuacan, Del. Gustavo A. Madero, México, D.F.

**Plantel Tláhuac:** Av. Acueducto No. 32, 1er. piso Col. Zacatenco Tlaltenco, Del. Tláhuac, México. D.F.

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

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

**E**stimados lectores, a pesar de todas las circunstancias adversas a las que nos hemos enfrentado, con esta entrega cumplimos un año de poner a tu disposición nuestra Revista “*Thanatos*” Tanatología del Siglo XXI. En este número comparto con ustedes artículos de gran interés para el Tanatólogo que esta inmerso en el campo clínico.

Por mi parte les presento un artículo en donde abordo la interrelación entre el paciente, la familia y el proceso de enfermedad, esperando generar más preguntas para proporcionar respuestas, este es el quehacer del Tanatólogo.

El Mtro. Carlos Escobar, aborda el tema del Existencialismo y su vinculación con la vivencia del ser humano ante los procesos de muerte y duelo.

Por primera vez una Institución de Educación Privada, (el Instituto Mexicano de Psicooncología) lanza una propuesta de Ley de Ortotanasia para México, este es el caso del trabajo que presentamos la Mtra. Rocío Chávez, egresada de la Maestría de Tanatología, y un servidor, ante la Presidenta de la Comisión de Salud y Asistencia Social, la Diputada Marisela Contreras de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, para su discusión, (los mantendremos informados).

Así mismo el Lic. Francisco Javier Mendoza Martín del Campo, nos presenta el tema del Control del Dolor en Pacientes con Cáncer, un trabajo que nos comparte sobre estos dos grandes temas Tanatológicos.

El Méd. Luis Manuel Estrada Guerrero y el Méd. Sabas Valadez, nos presentan el trabajo “Actitudes ante la muerte en el Personal de Salud”, un punto de vista Tanatológico Humanista, trabajo que seguramente despertara gran interés en ustedes.

Finalmente la Lic. Rocío Lara nos muestra el Síndrome de Burnout, desde una visión totalmente Tanatológica.

Espero que todos estos trabajos sean de su interés, por ahora me despido de ustedes, esperando contar con sus comentarios.

**Marco Antonio Polo Scott**





# Enfermedad, paciente y familia

Por: Marco Antonio Polo Scott

La familia enfrenta una severa crisis cuando se presentan sucesos como el diagnóstico de alguna enfermedad grave, cuando uno de sus miembros va a ser intervenido quirúrgicamente o existe la posibilidad de la pérdida de algún miembro de su cuerpo, o puede presentar incapacidad física; estos acontecimientos producen en la familia un desequilibrio, el cual se caracteriza, como todas las crisis, por la incapacidad de la persona para afrontar situaciones específicas con sus propios recursos y cuando estos no son suficientes incrementando la magnitud del problema.

Uno de los puntos más sobresalientes es la forma en que la familia percibe la crisis, pues este factor será decisivo para determinar el curso final de la resolución del problema, aquí es importante resaltar que no todas las enfermedades se perciben de la misma forma por parte de cada uno de los miembros de la familia; no es lo mismo cáncer que VIH, incluso para la pareja no es lo mismo un cáncer de pulmón que algún cáncer ginecológico.

Existen enfermedades que por sus características no comprometen la vida del paciente y aún así pueden producir en una persona y en toda su familia crisis de distintas magnitudes, cuánto más podrá desequilibrarse la familia al conocer que uno de sus miembros padece de una enfermedad crónica o terminal.

La enfermedad es la interrupción de la homeostasis del organismo. Es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del organismo que se manifiesta por síntomas y signos característicos, cuya evolución tiene la posibilidad de ser previsible.

Para la Doctora Teresa Pineda, la enfermedad crónica es aquella que

presenta una patología por tiempo prolongado, más de seis meses de evolución sin tener en cuenta el género y edad del paciente. Es la que deteriora el funcionamiento y en forma directa no ocasiona la muerte del paciente.

Cuando la enfermedad crónica amenaza la vida del paciente éste y su familia pueden afrontar por primera vez la realidad de la muerte, el paciente se da cuenta de que puede morir y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ante esta realidad se presenta la crisis, la cual cada uno vivirá de manera distinta.

La enfermedad crónica, vista a través del tiempo permite considerarla como un proceso, durante su curso se pueden llegar a plantear puntos críticos y momentos que requieren posibles cambios en la organización de la familia. La necesidad de reajuste es debido a que cada nueva etapa presenta demandas distintas en la familia y en cada uno de sus miembros.

Para Rollan (1987) las fases en la historia natural de la enfermedad crónica son las siguientes:  
Fase de crisis inicial: comprende cualquier periodo sintomático anterior al diagnóstico, así como el periodo inicial de ajuste y adaptación luego de que se confirma

la enfermedad e inicia el tratamiento. En esta etapa la familia y el enfermo se enfrentan con las siguientes necesidades: a) aprender a manejar el posible dolor, incapacidad o cualquier otro síntoma relacionado con la enfermedad; b) aprender a manejarse dentro del ambiente médico-hospitalario y enfrentarse a los procedimientos necesarios para tratarla, como lo son la radioterapia y la quimioterapia; c) crear un significado para la enfermedad que incremente el sentido de competencia así como su mejor comprensión, al mismo tiempo que permita el duelo por la identidad perdida, pues esta remodifica a partir del diagnóstico. Con esto se persigue recordar un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro de la familia. Así, lo incierto de la situación, propicia el establecimiento de un grado de flexibilidad dentro del sistema, mediante la cual logren crear una reorganización con metas dirigidas hacia el futuro.

Fase crónica: independientemente de su duración, tanto el paciente como su familia deben aprender a vivir día a día con la enfermedad. La habilidad de la familia para llevar a cabo una vida normal ante lo normal, hace que esta se sienta como si viviera “en el limbo”. De manera paradójica la esperanza de la familia es que podrá reasumir una vida “normal” solamente después de la muerte del

paciente, o bien, de su eventual curación; eso tal vez llegue a provocarles culpa y vergüenza, otro obstáculo que la familia debe superar en esta fase es la tendencia a fomentar una mutua dependencia y sobreprotección (las cuales surgen como consecuencia de la enfermedad); esto lo lograrán haciendo un esfuerzo constante por incrementar la autonomía de todos sus miembros.

Fase terminal: la familia entra en un proceso que le hace sentir dos tipos diferentes de emociones al anticipar la muerte de un ser amado. La primera consiste en la tristeza de la separación o distanciamiento, no necesariamente físico, pero sí intrapsíquico, alejándose y despidiéndose emocionalmente del enfermo, manifestando su amor a través de una preocupación social, es decir, de manera instrumental, ocupándose sobre todo del bienestar físico del enfermo más que del involucramiento afectivo. La segunda es la tristeza porque la familia que hasta entonces conformaba, ya no existirá más. Crisis porque la persona que esta muriendo, que puede ser querida o no, aceptada o no, desaparecerá de modo permanente y no podrán volver a tener contacto real con ella.

La enfermedad terminal es aquella que en forma progresiva y de forma inevitable causaría la muerte del paciente si continúa su curso.

Ante el diagnóstico de una enfermedad terminal, el paciente y su familia responden de una manera muy semejante a la descrita por Kubler-Ross (1969) en su trabajo Sobre la muerte y los moribundos. De acuerdo con esta autora, cuando una familia se entera de que uno de sus miembros sufre de una enfermedad terminal responde a la crisis a través de las siguientes etapas: 1) Negación y aislamiento, 2) Ira, 3) Pacto, 4) Depresión, 5) Aceptación.

La enfermedad terminal, por su duración la podemos clasificar en tres fases:





- Inicio. En la cual la detección oportuna de la enfermedad, y a través de un tratamiento integral, podría existir la recuperación total. De acuerdo a la enfermedad y de su sintomatología no es factible determinar su duración.

- Progresiva o media. En ella se desarrolla la enfermedad como tal. En ocasiones puede llegar a durar años o en muchos casos no presentar síntomas o no son atendidos por los pacientes hasta que es demasiado tarde.

- Fase terminal. Etapa menor a seis meses en donde se presentan signos y síntomas inminentes de la muerte del paciente. El trabajo Tanatológico es fundamental en esta etapa para el cierre del duelo, de despedida y mejoramiento de la calidad de vida.

Además el paciente y su familia, vista la enfermedad como un proceso atraviesan por diferentes etapas en las que desarrollaran distintos mecanismos para afrontar la problemática que están viviendo, estas etapas son: prediagnostico, diagnóstico, tratamiento, control, recidiva, progresiva, medicamentosa, paliativa y fase terminal.

En la etapa del prediagnostico el paciente se realiza las distintas pruebas medicas que los especialistas solicitan, los resultados deben comunicarse lo antes posible al paciente, con la intención de eliminar la incertidumbre y la preocupación que se produce ante el diagnóstico. En esta etapa surgen conductas como la hipervigilancia, la preocupación excesiva o la hipocondría, en ocasiones, se presentan trastornos alimenticios y del sueño.

En la etapa del diagnóstico el paciente puede experimentar un desequilibrio emocional, es una crisis circunstancial y es probable que se requiera la intervención de un especialista para atender los distintos

mecanismos como la negación a la enfermedad y tratamiento, y trastornos de depresión, ansiedad, estrés, desadaptativo, alimenticios y del sueño.

En el tratamiento pueden surgir diversos miedos: a la cirugía, a la anestesia, a la pérdida de alguna parte del cuerpo, al dolor y a la disminución del funcionamiento autónomo. La pérdida de un órgano dañado (próstata, útero, mama, una extremidad, etc.), unida a la pérdida temporal o definitiva de la capacidad de trabajo y actividad social, pueden producir una baja a la autoestima del paciente, que en ocasiones se manifiesta en duelos prolongados y cuadros depresivos.

En la etapa de control, puede presentarse una recuperación parcial de la salud, sin embargo, el paciente tiene miedo a las recaídas, esto puede producir un estado de expectativa ansiosa, incluso de obsesiva observación corporal, es probable que se presenten reacciones hipocondríacas. Las consultas de revisión del paciente, programadas pueden significar un comportamiento de intensa ansiedad anticipatoria; en este momento, algunas veces, aparecen conductas desadaptativas que se manifiestan con ansiedad y depresión importante. La etapa de recidiva produce un choque emocional

y una gran decepción. El proceso desadaptativo continua su desarrollo, es factible que encontremos conductas de incredulidad, desensibilización, enojo, culpa, cambios bruscos en el estado de ánimo para pasar a la ansiedad/depresión que se presenta de nuevo con mayor fuerza.

En la etapa progresiva, el paciente con la progresión de la enfermedad suele iniciar una búsqueda de información y acudir a solicitar segundas opiniones con otros especialistas, buscar nuevos tratamientos fuera de la medicina convencional. Pueden darse situaciones como que el paciente abandone todo tipo de tratamiento y busque la curación de su enfermedad por el camino de la espiritualidad y la religión. En esta etapa con frecuencia se presentan cuadros depresivos que es importante que sean tratados.

La etapa medicamentosa; que contradictorio es que varios de los medicamentos utilizados para buscar en primera instancia la curación y posteriormente el alivio, presenten reacciones secundarias que afecten significativamente al paciente, la presencia del delirium en más del 75% de los pacientes en la etapa terminal esta vinculada al pobre control que sobre los medicamentos tienen los médicos encargados de procurar la atención del

paciente, el delirium es posiblemente uno de los trastornos más difíciles de diagnosticar, no porque no sean evidentes sus signos o síntomas, sino que por lo regular el médico pocas veces presta atención a la posibilidad de que se presente.

La etapa paliativa, en todo momento de la atención es necesario mantener una alta calidad de vida del paciente, sin embargo, una vez que los tratamientos ya no funcionan la parte principal de la atención se centra sobre como mejorar la calidad de vida del paciente, sabemos que el miedo al dolor es uno de los factores principales que atentan contra este punto, en muchos casos, el temor de morir con dolor puede producir cuadros de depresivo/ansiosos que requieren la participación inmediata del psiquiatra. El control del dolor es fundamental en esta etapa, no es valido el día de hoy que un paciente experimente momentos de angustia y sufrimiento físico como consecuencia de una mala atención por parte de la clínica del dolor o prejuicios con respecto a consecuencias adictivas como resultado del consumo de opiáceos. De igual forma los aspectos psicológicos tienen un papel importante en lo que respecta a la calidad de vida, sin dejar de lado la espiritualidad que el paciente profese.

La etapa de fase terminal esta determinada por la posibilidad de la conciencia de lo irreversible de la situación, sin embargo, es frecuente que el paciente luche hasta el final por mantenerse con vida, es indudable que el instinto de supervivencia estará presente hasta el último momento.

Las personas en cualquier momento podemos enfermarnos, pertenecemos a una familia y es importante pensar a cerca de la interrelación entre la persona, la enfermedad y su desarrollo familiar, la presencia de una enfermedad dentro del sistema familiar modifica sustancialmente las interacciones de toda la familia, incluso podemos mencionar que estamos hablando de una familia antes del diagnóstico y de una familia distinta después del diagnóstico y de todo el proceso.

Para Dym (1987) el inicio de una enfermedad tiene un impacto sobre el individuo, afecta su funcionamiento fisiológico, su humor, su autoimagen, sus recursos emocionales y su capacidad mental. Por otro lado tanto el diagnóstico de la enfermedad como los cambios sufridos por quien la padece, impactan sobre la familia en aspectos tales como su distribución de recursos, roles, patrones de interacción e imagen colectiva.

La forma interna o externa en que la familia vivirá la enfermedad tendrá que ver con la forma en que perciben el padecimiento, así como su conducta frente a él y su capacidad para apoyar y proporcionar cuidados al enfermo.

Las creencias de la familia juegan un papel importante con respecto a la enfermedad, sobre todo si consideran que el origen de la misma fue influenciado por la misma familia o como consecuencia de lo que la familia puede considerar como “errores o pecados” y traen consigo vergüenza, culpa, rechazo y necesidad de perdonar y de ser perdonados.



# Mi existencia hacia el infinito

Por: Carlos Armando Escobar Gutiérrez

**E**l existencialismo es una corriente filosófica que pone el énfasis en la existencia del individuo, siendo esa existencia el modo de ser de la persona, es decir, su carácter. El carácter de la persona se va formando a partir de las experiencias que va viviendo esta, desde que nace hasta que muere.

El existencialismo se encarga de los problemas serios de la vida, que se vuelven más serios, cuando nos damos cuenta de que son los problemas nuestros. Dice Carl Jung que estos problemas jamás se solucionan del todo. Si alguna vez pareciera que han sido solucionados, sería señal de que algo se ha perdido, de que algo se ha muerto. Entonces el significado y destino de un problema no parece que estribe en su solución final, sino en que nosotros trabajamos en él incesantemente. Es la constancia en la búsqueda. Es el granito de arena que se aporta a la construcción de un mundo mejor. Sólo esto nos preserva de caer en la estupidez y en la petrificación. El ser humano es, por naturaleza, buscador de soluciones.

Cada uno de nosotros se convierte, cada día, en un problema para sí mismo. ¿Cuál es el problema? Se pudiera responder que el problema es la búsqueda de responder a la pregunta de ¿qué soy? Tanto las ciencias como la moral tratan de responder a esta pregunta. El ser humano se da cuenta de que se encuentra en el mundo y quiere saber qué es lo que lo rodea, las personas y las cosas, es decir, su entorno; y quiere saber, finalmente, quién es. Sin embargo, más acá de la ciencia, la moral y la religión, cada uno de nosotros buscamos la respuesta o las respuestas a esta pregunta. Pero, no es del todo cierto que siempre buscamos responder a esta pregunta, muchas veces nos asustamos de las posibles respuestas y preferimos, mejor, ignorarlas.

Como seres humanos somos libres para elegir las respuestas que demos a nuestras preguntas existenciales: ¿cómo sé que sé? ¿qué puedo esperar? ¿qué debo hacer? Y todas estas en una sola que es ¿qué soy? Sin embargo, esta libertad que constituye la base del existencialismo. La libertad de construir nuestro carácter y la responsabilidad de las elecciones que hacemos. En el momento en

que nos damos cuenta de nuestras elecciones libres es que nos hacemos responsables de nuestra libertad. En este momento en que somos conscientes de nuestra libertad entramos o podemos entrar en el nivel más profundo (y de mayor angustia) de responsabilidad humana y de vivir una existencia auténtica. Esta existencia auténtica se da cuando afrontamos libremente nuestro ser humano, nuestras limitaciones y nuestra responsabilidad de nuestras acciones.

El hecho de que el ser humano sea libre para elegir, no quiere decir que la elección sea fácil de hacer y, mucho menos, de llevar a cabo. Tomemos el ejemplo personal de las muchas decisiones que constantemente estamos haciendo. Y es importante darnos cuenta de que estas muchas decisiones que diariamente estamos haciendo tienen un propósito que muchas veces está velado a nuestra conciencia: queremos ser como dioses.

En esta libertad de elegir, que casi siempre oculta el propósito final de querer ser como Dios, nos llenamos de angustia, pues no tenemos la certeza cuál, entre las muchas posibilidades de nuestras elecciones, será la que resulte. Pues aun cuando sepamos que podemos elegir libremente, esto no quiere decir que vamos a alcanzar necesariamente los fines que elegimos. Podemos elegir una meta y, con todo, no poder alcanzarla. Otras veces, podemos alcanzar algunas metas y, con todo, no sentirnos satisfechos; pues nos damos cuenta de que hay algo más y algo más, después de haber alcanzado una meta. Sin embargo, el hecho de que no alcancemos lo que nos hemos propuesto, no altera el hecho de que existamos como personas que intentamos alcanzar alguna meta o que renunciamos a alcanzarlas. En el intento puede ser que no obtengamos lo que elegimos y si lo volvemos a intentar, puede ser que no lo alcancemos nuevamente, de tal manera que podemos morir en el intento. Sin embargo, esto es lo que nos debe satisfacer como humanos; pues ser humano es buscar lo infinito, lo eterno, lo que está más allá de mis posibilidades y morir en el intento sin alcanzarlo. Es difícil de explicar esta obsesión del ser humano de trascender, de ir más allá en busca de la inmortalidad; sin embargo, es lo que le da sentido a nuestra existencia.

De lo anterior diría Sartre que estamos condenados a existir, mientras estamos vivos, en la libertad; como si no pudiéramos parar de elegir, ya sea que alcancemos el triunfo o de que fracasemos en nuestros proyectos, esto no nos quita esta carga de la existencia



humana: la libertad de tener que elegir. Y, si seguimos a Sartre, nos encontramos con la certeza de que al final todos fracasamos en la elección de nuestros proyectos.

¿Por qué? Porque los seres humanos queremos ser como Dios. Detengámonos un instante ante esta aseveración y pongamos atención a lo que podemos observar de continuo en la vida cotidiana: en la casa, en la calle, en el trabajo, en la escuela. Puede ser que sea fácil o muy difícil observar que detrás de lo que hacemos las personas, está el deseo de ser como Dios.

Digamos que querer ser como Dios es querer trascender nuestra finitud humana. En la mitología de todos los pueblos encontramos, caracterizados en sus dioses, los deseos inalcanzables del ser humano: queremos ser todo poderosos, inmortales, todo sabientes, estar en todos lugares al mismo tiempo, poder hacer lo que queramos, ser hermosos, ser bondadosos, tener la verdad, etc. Con todos estos deseos del ser humano, podemos comprender por qué los proyectos humanos, al final, son un fracaso; pues queremos ir más allá de nuestra finitud, de nuestras limitaciones. Miramos, muchas veces, con nostalgia, con amargura, con resignación que más allá de nuestros horizontes está lo inalcanzable: nuestros deseos.

Es por lo anterior que buscamos una trascendencia, un ir más allá de nuestros horizontes finitos que se caracterizan por la existencia material. Sin embargo, ante el libre albedrío del ser humano hay una multitud de reacciones que pudiéramos englobar dentro de lo que es una existencia auténtica y hay otras reacciones que pudiéramos englobar dentro de lo que es la existencia inauténtica. Dentro de la existencia auténtica está la decisión de ser responsables de nuestra existencia, en aceptar la finitud de nuestro cuerpo, aceptar la posibilidad de la imposibilidad. Y dentro de la existencia inauténtica está la decisión de ignorar nuestra responsabilidad, de ignorar la finitud de nuestro cuerpo y de caer en la esquizofrenia. Tenemos la libertad de elegir.

Algunos críticos de los existencialistas dicen que en la forma en que definen los existencialistas la libertad, hacen caso omiso de la necesidad natural o de las causas. Es decir de que en la

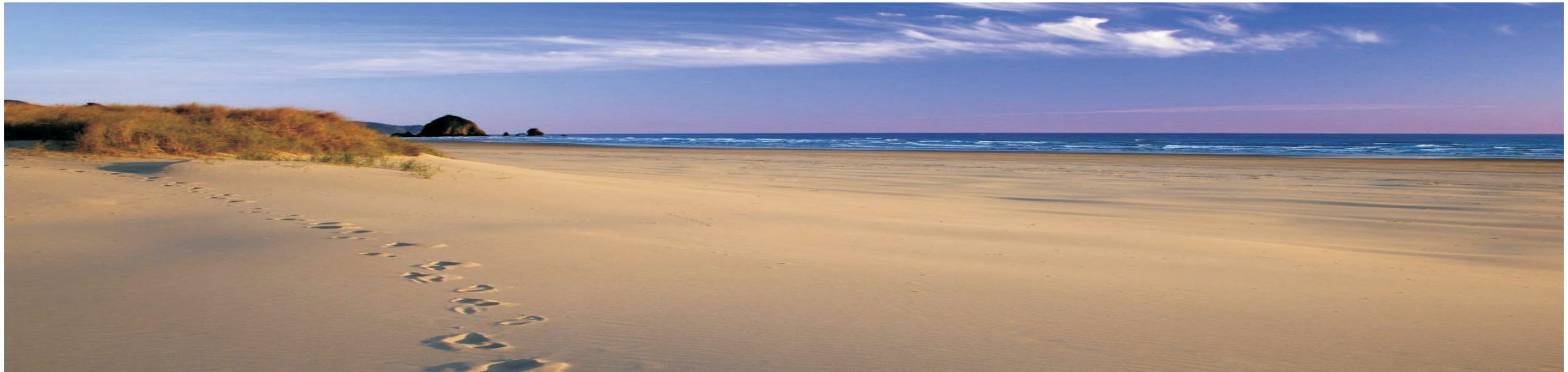
satisfacción de algunas necesidades no hay elección y de que se puede hacer caso omiso del entorno que nos rodea y que puede ser causa de nuestra existencia, pero no es así. Sartre nos dice que la particular situación en que nos encontramos cada uno de nosotros, es una situación que en gran medida depende de nuestra propia elección, y que su valor y su estructura racional dependen de la interpretación que le demos, sin embargo, no niega que toda situación esté constituida, en parte, por la presencia no invitada y las limitaciones que caracterizan la existencia material.

Queremos concluir esta reflexión sobre el existencialismo y la libertad humana diciendo que tomando en cuenta las circunstancias en las que nos encontramos cada día, y, usando la metáfora de ser un chef y, por lo tanto, las circunstancias que nos rodean serán los ingredientes que tenemos para hacer una sopa. Podemos decidir hacer una deliciosa sopa con los ingredientes con que contamos aquí y ahora y no nos vamos a amargar la existencia por querer hacer una sopa con los ingredientes que no están a nuestro alcance en este momento y en este lugar; pues lo que sucederá es que tan sólo haremos una sopa de lengua quejumbrosa, ya que nos la pasaremos quejándonos de lo que no tenemos y diciendo a cada rato: si tuviera esto si tuviera aquello haría una sopa deliciosa.





# Propuesta de Ley de Ortotanasiapara México



Por: Rocío Chávez Contreras  
Marco Antonio Polo Scott

Por primera vez una Institución de Educación Privada, (el Instituto Mexicano de Psicooncología) lanza una propuesta de Ley de Ortotanasia para México, este es el caso del trabajo que presentamos la Mtra. Rocío Chávez egresada de la Maestría de Tanatología, y un servidor, ante la Presidenta de la Comisión de Salud y Asistencia Social, la Diputada Marisela Contreras de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, para su discusión, (los mantendremos informados).

La siguiente propuesta es la que surge de la necesidad de establecer un marco normativo acorde a la Filosofía de vida del Instituto Mexicano de Psicooncología y el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo.

¿Qué vale más, el derecho a "vivir" recluido en una unidad de cuidados intensivos, conectado a máquinas bajo condiciones de sufrimiento, dolores inenarrables y lenta agonía o el derecho a morir con la misma dignidad con la que se ha vivido?

Las cuestiones relacionadas con el proceso de la muerte han adquirido gran importancia en nuestra

sociedad. Por un lado, los avances de la medicina y otras ciencias afines permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites insospechados hasta hace pocos años. Ello, sumado al envejecimiento de la población y al consiguiente incremento de personas con enfermedades crónicas, hace que un número creciente de individuos con enfermedades degenerativas o irreversibles lleguen a una situación terminal, caracterizada por la incurabilidad de la enfermedad causal, un pronóstico de vida limitado y un intenso sufrimiento personal y familiar, con frecuencia en un contexto de atención a la salud altamente tecnificada.

En una sociedad democrática, el respeto a la libertad y autonomía de la voluntad de la persona han de mantenerse en todo momento, durante la salud, la enfermedad y alcanzar plenamente al proceso de la muerte. La frecuencia cada vez mayor de situaciones complejas relacionadas con la capacidad de decisión sobre la propia vida y sobre la aplicación o no de determinados tratamientos, que han motivado un amplio debate social, reflejan la conveniencia de abordar de forma específica la regulación de los derechos en el proceso de muerte, con el fin de preservar la dignidad de la persona en ese trance, respetar su autonomía y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.

Así pues, si partimos de la idea de que la vida es el bien jurídico tutelado de mayor jerarquía y que la muerte forma parte de un proceso natural de la propia vida, es decir, el destino obligado para cualquier ser que se ha visto embarcado en esta aventura de la vida, por el simple hecho de haber iniciado su existencia, es que sin duda alguna se considera que en el derecho a vivir con dignidad se incluye el derecho a morir con dignidad.

Es por lo anterior, que se propone legislar sobre la aplicación de la Ortotanasia en México, con la finalidad de proteger el derecho de toda persona enferma en estado terminal a decidir sobre la aplicación, interrupción o no aplicación de tratamientos curativos que prolonguen su vida, cuando ya no existe posibilidad de cura, así como el derecho de vivir y morir con dignidad.

Definiéndose la figura de la Ortotanasia, como la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal, no se limita única y exclusivamente a evitar el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para el mantenimiento de la vida, sino que además trata de aliviar el dolor y reducir el sufrimiento, brindando los cuidados paliativos y tanatológicos adecuados. Protegiendo el derecho de

los pacientes enfermos en estado terminal a morir dignamente y con calidad.

La medicina paliativa o cuidados paliativos, son la rama de la medicina que se encarga de mitigar, suavizar o atenuar el dolor y aliviar la agudeza de ciertos procesos. No prolongan la vida, pero tampoco aceleran la muerte.

No pasa desapercibido que en el mes de enero de 2009, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación unas reformas y adiciones a la Ley General de Salud, entre las que se incluye la adición del Título Octavo bis intitulado "De los Cuidados Paliativos", mismo que resulta compatible con nuestro propósito e incluso del que se rescataron algunas ideas en la propuesta que se realiza; lo lamentable de esta reforma es que ha pasado el plazo concedido a la Secretaría de Salud para dar a conocer el reglamento que haría posible su aplicación.

Por las razones expuestas, se propone una iniciativa integral en la materia, destinada a la protección de los derechos de las personas enfermas en estado terminal, en la que se establezca como un derecho innato la posibilidad de solicitar la aplicación de la Ortotanasia y establecer como una obligación del Estado, proporcionar un tratamiento integral que incluya tanto a la persona enferma en estado terminal, como a su familia.



En esta iniciativa las Instituciones de Salud adquieren una especial relevancia, pues deberán de facilitar el acompañamiento familiar y garantizar la adecuada atención asistencial, incluyendo la atención de cuidados paliativos, de calidad y de tratamientos tanatológicos adecuados.

Las finalidades de la Ley propuesta básicamente consisten en salvaguardar la dignidad de las personas enfermas en estado terminal, salvaguardar su derecho a ser informados oportuna, veraz, eficiente y comprensiblemente sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad que padezca, garantizar su derecho a elegir respecto a la suspensión de su tratamiento curativo y garantizar una muerte natural y calidad de vida en sus últimos momentos.

Partiendo de la idea, de que lo que se propone es garantizar el ejercicio del derecho a la elección de la aplicación de la Ortotanasia, como un derecho inherente a toda persona que se encuentre en estado terminal, es que se plantea que la solicitud de dicho derecho no requiera de un formato especial, ello para dar mayor accesibilidad; los únicos requisitos que se consideraron necesarios para dar certeza jurídica, consisten en que sea por escrito, que contenga nombre, edad y nacionalidad del paciente y en su caso, del representante, que se establezca sin lugar a dudas que el paciente en estado terminal expresa su decisión de interrumpir o no recibir cualquier tratamiento curativo, debe ser firmada por la persona enferma en estado terminal o por su representante, ante el médico tratante y dos testigos y acompañarse de las copias de las identificaciones de los testigos.

La solicitud debe ser entregada inmediatamente al Director de la Institución de Salud que preste el servicio al paciente y debe adjuntarse copia del

expediente clínico y el diagnóstico médico en el que conste el estado terminal del paciente, el que deberá ser firmado por el médico tratante y otro médico de la especialidad. Una vez recibida la solicitud, el Director tiene un término máximo de 48 horas, para tomar una decisión, misma que deberá informar al médico tratante y al paciente o en su defecto a la persona que lo represente.

Este dictamen deberá integrarse al expediente clínico del paciente y proponemos que solo podrá recurrirse ante la Comisión Nacional de Bioética, con las formalidades que ésta misma establezca.

Así mismo, se establecen algunas limitantes para las personas que pueden ser testigos, ello con la finalidad de salvaguardar el ejercicio del derecho, así pues, por citar un ejemplo, los herederos o quienes son beneficiarios en un seguro de vida del enfermo, tienen prohibición para ser testigos.

Adicionalmente a la Ley propuesta en el apartado que antecede, se propone adicionar una fracción al artículo 8 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que actualmente contempla tres fracciones en las que se establecen como actividades de atención médica las preventivas, curativas y de rehabilitación.

Se propone adicionar una cuarta fracción en la que se incluyan las actividades de atención médica paliativas.

No se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje.

No se trata de huir de la vida, sino de saber dejarla.  
Séneca

# Licenciatura PSICOPEDAGOGIA

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20081591 - 16 de junio 2008 / RVOE 20090904 - 7 de octubre 2009)

**Dirigida a:** Todos los interesados con nivel de estudios Medio Superior

## Inicios 2010

### Plantel Montevideo (Asistiendo a clases un día a la semana)

- Martes 5 de octubre de 8:00 a 13:40 ó 15:00 a 20:30 hrs.
- Viernes 8 de octubre de 15:00 a 20:30 hrs.
- Sábado 9 de octubre de 8:00 a 13:40 hrs.

### Plantel Tláhuac

- Lunes 4 de octubre de 8:00 a 13:00 hrs. (escolarizada de lunes a viernes)
- Jueves 7 de octubre de 15:00 a 20:30 hrs.
- Sábado 9 de octubre de 8:00 a 13:40 hrs.

**Duración:** 3 años, asistiendo a clases un día a la semana

**Inscripción:** \$ 1,350.00

**Mensualidad:** \$ 1,350.00

## INSCRIPCIONES ABIERTAS (CUATRIMESTRAL)

57 52 78 60 - 51 19 41 06 - 25 94 49 02

**Plantel Montevideo:** Av. Montevideo No. 635, (casi esquina con Av. Cien Metros), Col. San Bartolo Atepehuacan, Del. Gustavo A. Madero, México D.F.

**Plantel Tláhuac:** Av. Acueducto No. 32, 1er. Piso Col. Zacatenco Tlaltenco, Del. Tláhuac, México D.F.

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

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





El Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, S.C. y  
el Instituto Mexicano de Psicooncología  
Convocan a su:



## 2do. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI y 1er. Encuentro de Psicooncología Humanista

Unidos en torno a la Tanatología distintas visiones, un mismo objetivo  
1, 2 y 3 de Octubre de 2010

**Sede**  
**Centro Cultural**  
**Jaime Torres Bodet**  
del Instituto Politécnico  
Nacional Zacatenco  
**Informes e Inscripciones**  
**57 52 78 60 - 51 19 41 06 - 25 94 49 02**

- Cursos Pre-Congreso
- Conferencias Magistrales
- Talleres
- Casos Clínicos
- Paneles

Congreso	
Antes 30 de junio	\$ 800.00
Antes 30 de julio	\$ 1,000.00
Antes 31 de agosto	\$ 1,200.00
De septiembre a octubre	\$ 1,500.00

## Curso Internacional de Hipnosis Terapéutica

Impartido por: Exponentes de Cuba, Panamá, Puerto Rico, El Salvador, México  
Días: 29, 30 de septiembre, 4, 5 y 6 octubre de 2010  
Horarios a elegir: 8:30 a 12:30 hrs. ó 16:00 a 20:00 hrs.

Curso Internacional de Hipnosis Terapéutica	
Antes 30 de junio	\$ 700.00
Antes 30 de julio	\$ 900.00
Antes 31 de agosto	\$ 1,000.00
De septiembre a octubre	\$ 1,200.00

## CURSOS PRE-CONGRESO

### Tanatología

Días: 27 y 28 de septiembre de 2010  
Horarios a elegir: 8:00 a 13:00 hrs. ó 15:00 a 20:00 hrs.

Inversión por Curso Pre-Congreso \$600.00

### Manejo del Duelo a través de la Hipnosis Terapéutica

Días: 27 y 28 de septiembre de 2010  
Horarios a elegir: 8:00 a 13:00 hrs. ó 15:00 a 20:00 hrs.

### Terapia de juego para niños, para el manejo del Duelo

Días: 27 y 28 de septiembre de 2010  
Horarios a elegir: 8:00 a 13:00 hrs. ó 15:00 a 20:00 hrs.

### 2 Cursos Pre-Congreso

Antes 30 de junio	\$ 600.00
Antes 30 de julio	\$ 800.00
Antes 31 de agosto	\$ 900.00
De septiembre a octubre	\$ 1,000.00

### Paquete A

Congreso + 2 Cursos Pre-Congreso + Curso Internacional de Hipnosis	
Antes 30 de junio	\$ 1,900.00
Antes 30 de julio	\$ 2,500.00
Antes 31 de agosto	\$ 2,900.00
De septiembre a octubre	\$ 3,500.00

### Paquete B

Congreso + Curso Internacional de Hipnosis	
Antes 30 de junio	\$ 1,300.00
Antes 30 de julio	\$ 1,700.00
Antes 31 de agosto	\$ 2,000.00
De septiembre a octubre	\$ 2,500.00

### Paquete C

Congreso + 2 Cursos Pre-Congreso	
Antes 30 de junio	\$ 1,200.00
Antes 30 de julio	\$ 1,600.00
Antes 31 de agosto	\$ 1,900.00
De septiembre a octubre	\$ 2,300.00





# Control del dolor en pacientes con cáncer

Por: Francisco Javier Mendoza Martín del Campo

El dolor es una experiencia humana sensorial y emocional desagradable que es experimentada por todos nosotros en alguna ocasión más o menos intensa, ya que se trata de una respuesta multifuncional y multidinámica del cuerpo humano, en la que intervienen aparatos y sistemas que generan una respuesta neuropsicoinmunoendocrina como mecanismo de defensa, que es una señal de alarma que sirve para proteger el organismo y puede convertirse, al no tratarse, en algunas ocasiones en una fuente inútil de sufrimiento.

Sabemos que el dolor es necesario para sobrevivir ya que las personas que nacen sin sensaciones de dolor se dañan a menudo la piel, a causa de golpes, rasguños o quemaduras, o se lesionan los músculos y articulaciones, por lo tanto, el dolor siempre nos protege del entorno.

Alrededor de un tercio de los pacientes que están recibiendo tratamiento contra cáncer padecen dolor y más de dos tercios de los pacientes con cáncer avanzado ya sea que se ha propagado o ha vuelto a aparecer lo padecen, por eso es de vital importancia controlarlo y manejar los síntomas, al tener dolor, hay una activación del sistema sensorial que tiene como consecuencia la producción de respuestas emocionales determinadas en la amígdala e hipotálamo, como la tristeza, depresión, temor, angustia, miedo etc.

Dentro de los objetivos del tratamiento integral de estos pacientes esta el control del dolor, ya que al no controlarlo su calidad de vida se verá afectada por varios aspectos: El dolor no tratado causa sufrimiento innecesario, dado que el dolor disminuye la actividad, el apetito y el sueño, todo esto puede debilitar aún más el estado general del paciente ya que no podrán realizar sus actividades usuales con normalidad y el

impacto psicológico puede ser devastador. Algunos pacientes llegan a pensar que sus familiares no siempre entienden como se sienten y estos frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece nuevamente el dolor, asumiendo que este anuncia el progreso de la enfermedad tan temida, destructora y fatal. El dolor se puede clasificar como agudo y crónico:

El dolor agudo es fuerte y dura relativamente poco tiempo. Usualmente, es una señal de que algún tejido del organismo está sufriendo una lesión y desaparece cuando la lesión sana, como ejemplo las postraumáticas, las infecciosas, las secundarias a las quemaduras y las post-operatorias.

El dolor crónico ó persistente puede variar de leve a fuerte y está presente, en algún grado, por períodos prolongados y es efecto de un proceso patológico de larga evolución con un inicio gradual, progresivo y en muchos casos grave.

También encontramos el dolor asociado a los tratamientos como la cirugía, radioterapia y quimioterapia o a los pacientes que se les ha extirpado un miembro que podría seguir sintiendo dolor que se denomina dolor fantasma.

Son tres tipos principales de dolor: visceral, somático y neuropático.

El dolor visceral tiene que ver con los órganos como el daño causado a los tejidos de un órgano, como el hígado, generalmente no se puede ubicar con exactitud y puede describirse como dolor que pulsa, fijo y continuo o agudo.

El dolor somático tiene que ver con el hueso y generalmente se presenta en un área específica. Se describe como agudo, fijo y continuo, que arde o pulsa o hace presión.

El dolor neuropático aparece debido a una lesión en las estructuras del sistema nervioso periférico o central o por la compresión de éstos como la médula espinal o a una combinación de lesiones tanto en un nervio periférico como en el sistema nervioso central. Se describe como agudo, fulgurante, que hormiguea o arde.

Es importante saber de que tipo de dolor nos refiere el paciente ya que los diferentes tipos se tratan en forma distinta.

Las herramientas para evaluar el dolor ayudan a los pacientes a describirlo y es la que se utiliza comúnmente para describir la intensidad, o que tanto dolor está sintiendo, son diversas escalas, entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

Escala de clasificación numérica. A la persona se le pide que seleccione un número entre 0 (nada de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable) para identificar qué tanto dolor está sintiendo.

Escala análoga visual. Es una línea recta cuyo extremo izquierdo representa nada de dolor y el extremo derecho representa el peor dolor.

Escala de categorías. En donde hay cuatro categorías, nulo, leve, moderado y fuerte.

Escala de rostros de dolor. En donde se usan seis rostros con expresiones diferentes cada uno ya sea una cara feliz porque no siente dolor o una triste porque siente mucho dolor.

El dolor ocasionado por el cáncer puede tratarse de varias formas, incluido el tratamiento del cáncer



subyacente con quimioterapia, radioterapia, cirugía u otra terapia.  
Los medicamentos constituyen la forma principal en que se trata el dolor producido por el cáncer.

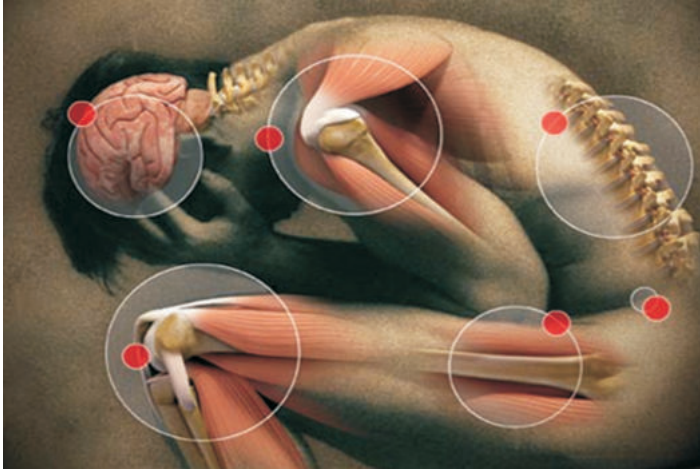
Los fármacos utilizados, solos o en combinación, son los analgésicos no opioides, que incluyen los anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) y el paracetamol, los opioides y los analgésicos coadyuvantes.

La Organización Mundial de la Salud diseñó un método simple y efectivo con el fin de asegurar una terapia razonable para el manejo del dolor crónico.

**DOLOR LEVE**  
Analgésico no opioide  
+/- Coadyuvante

**DOLOR MODERADO**  
Opioide Débil  
+/- Analgésico no opioide  
+/- Coadyuvante

**DOLOR INSOPORTABLE**  
Opioide Potente  
+/- Analgésico no opioide  
+/- Coadyuvante



Otras terapias no médicas, como las que ofrece un Psicooncólogo, pueden ser eficaces para aliviar el dolor y sobre todo para que el paciente tenga mayor capacidad para funcionar y desempeñar sus actividades.

Estas terapias incluyen las visualizaciones mentales, la terapia de frío y calor, los masajes, la relajación, la distracción, la hipnosis, la fisioterapia y el aprendizaje de habilidades para sobrellevar el dolor.

Es importante el apoyo y asesoramiento emocional que pueden ayudar a aliviar la angustia o depresión ya que ésta última afecta directamente al aparato inmunológico, y puede hacer que la percepción que tiene el paciente sobre su dolor parezca peor.

Sentir dolor también puede hacer que las personas se sientan desesperanzadas, impotentes y temerosas. Estos sentimientos, aunque normales, pueden aliviarse con asesoramiento, medicamentos ó ambos. Es importante que el paciente pueda hablar sobre sus sentimientos con otra persona.

Controlar el dolor es aliviar el sufrimiento y cuando el dolor es importante, incluso cuando el proceso de la enfermedad subyacente es estable y cuya esperanza de vida es prolongada, el dolor no controlado impide trabajar productivamente, disfrutar de la recreación o desempeñarse familiar y socialmente y puede inducir a los pacientes a rechazar los programas de tratamiento activo y cuando el dolor es más severo o los pacientes están deprimidos estarán renuentes a tratarse.

Es por lo tanto interés de la Psicooncología el investigar y aplicar los diversos modos de afrontamiento de la enfermedad oncológica y los

factores que influyen sobre ella y las estrategias psicoterapéuticas útiles para mejorar la calidad de vida del paciente para que retome sus actividades rutinarias, sus patrones de sueño, apetito, actividad sexual y estado de ánimo.

Surge entonces la

necesidad de proporcionar abordajes y estrategias psicoterapéuticas que sean útiles y sensibles para los pacientes emocionalmente afectados por el cáncer y el dolor, además de que sufren el tratamiento activo.

Al paciente hay que estimularlo y acompañarlo en todo momento para que haga uso más profundo, intenso y activo de sus propios recursos y potenciales que su organismo posee haciéndolo participe en la solución de problemas que son modificables por medios psicológicos, como la náusea y vómitos anticipatorios, dolor, ansiedad, depresión e insomnio teniendo como resultado que la labor del equipo transdisciplinario se facilitará y se consolidará la relación del paciente con los diferentes profesionales intervinientes, al motivarlo tendrá una mejor actitud y respuesta frente a las prácticas, estudios y tratamientos, al permitirle vivenciar y verificar que puede ser un participante activo dentro de su proceso procurándose así una mejor calidad de vida.



# El Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, S.C.

## DIPLOMADOS 2010

TANATOLOGIA	HORA
MIÉRCOLES 16 DE JUNIO	16:00 a 20:00 hrs.
VIERNES 18 DE JUNIO	8:30 a 12:30 hrs.
SÁBADO 19 DE JUNIO	12:00 a 16:00 hrs.
MARTES 5 DE OCTUBRE	16:00 a 20:00 hrs.
VIERNES 29 DE OCTUBRE	16:00 a 20:00 hrs.
SÁBADO 30 DE OCTUBRE	8:00 a 12:00 hrs.

PSICOTERAPIA GESTALT	HORA
VIERNES 6 DE AGOSTO	16:00 a 20:00 hrs.

HIPNOSIS ERICKSONIANA	HORA
SÁBADO 7 DE AGOSTO	12:00 a 16:00 hrs.

TERAPIA DE JUEGO	HORA
MARTES 19 DE OCTUBRE	16:00 a 20:00 hrs.

TERAPIA DE PAREJA	HORA
JUEVES 2 DE SEPTIEMBRE	8:30 a 12:30 hrs.

TERAPIA SEXUAL	HORA
MIÉRCOLES 4 DE AGOSTO	16:00 a 20:00 hrs.

PSICOAROMATERAPIA	HORA
VIERNES 29 DE OCTUBRE	16:00 a 20:00 hrs.

HIPNOSIS PSICOTERAPEUTICA	HORA
MARTES 26 DE OCTUBRE	16:00 a 20:00 hrs.
MIÉRCOLES 27 DE OCTUBRE	8:30 a 12:30 hrs.

INVERSIÓN POR DIPLOMADO  
Inscripción \$750.00  
Mensualidad \$750.00

## TALLERES 2do. SEMESTRE 2010

LUNES DE 16:00 A 20:00 HRS

JULIO	DIA
AUTOESTIMA	12
CERRANDO HERIDAS	19
DUELO	26

AGOSTO	DIA
VIVIENDO MI PROPIA MUERTE (17:00 a 20:00 hrs.)	9
APRENDIENDO A PERDONAR	16
CODEPENDENCIA	23
DUELO	30

SEPTIEMBRE	DIA
REENCONTRANDO A MI NIÑO INTERIOR	6
DUELO	20

OCTUBRE	DIA
COMO SER UN PADRE MODELO	11
CERRANDO HERIDAS	18
DUELO	25

NOVIEMBRE	DIA
VIVIENDO MI PROPIA MUERTE (17:00 a 20:00 hrs.)	8
AUTOESTIMA	15
DUELO	29

DICIEMBRE	DIA
CERRANDO CICLOS	6
APRENDIENDO A PERDONAR	13
DUELO	20

INVERSIÓN POR TALLER  
\$250.00

Informes

57 52 78 60 - 51 19 41 06 - 25 94 49 02 - 51 19 59 50

Plantel Montevideo: Av. Montevideo No. 635, (casi esquina con Av. Cien Metros), Col San Bartolo Atepehuacan, Del. Gustavo A. Madero, México D.F.  
Plantel Wilfrido: Av. Wilfrido Massieu No. 340 - 2° piso Col. Lindavista Del. Gustavo A. Madero, México, D.F.

www.centrodetanatologia.com

www.impo.org.mx



## ACTITUDES ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE SALUD, UN PUNTO DE VISTA TANATOLOGICO HUMANISTA.

Por: Luis Manuel Estrada Guerrero  
Sabas Valadez

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

Teófilo Gautier lo dice claramente al apuntar: “Nacer es comenzar a morir”, y es en este sentido que podemos afirmar que la muerte tiene una polaridad definida, que es el deseo de eternidad que obsesiona a todos los seres humanos por igual, no importando su creencia espiritual. El temor a la muerte y el deseo de eternidad no tiene límites y se confunde la motivación de uno y de otro en el quehacer cotidiano del hombre.

A lo largo del tiempo el ser humano ha intentado siempre dar respuesta a las dudas que le han acarreado su existencia, y, en especial, la de su misión en la vida que disfruta, y de su muerte. Lo ha intentado de todas las formas a su alcance, físicas y mentales. Y cuando no ha podido explicarlas, ha creado las religiones, las supersticiones y toda una serie de ritos donde fundamentar esa ansia de conocimiento superior.

Es en este marco como vemos que a una profesión, la Medicina, se le da la tarea de salvaguardar la salud del ser humano en las tres esferas que lo componen: la Biológica, la Psicológica y la Social, y yo añadiría una cuarta que es inseparable de las demás, la Espiritual, y es la que da al hombre la idea de trascendencia.

Es al profesional de la Medicina, el Médico, quien desde siempre ha desempeñado este papel: salvaguarda de la salud, “curador” de toda enfermedad o padecimiento, luchador incansable

contra la muerte, cuando menos esa es la idea que la sociedad tiene de este profesional, y que el médico asume como parte de su quehacer cotidiano.

Hay que subrayar el hecho de que este particular enfoque ha cambiado desde el siglo pasado, ya que es al equipo de salud (médico, enfermera, trabajador social, y desde hace pocos años a algunos otros profesionales como es el Tanatólogo) a quien se le confiere esta función, más aún en el siglo XXI donde la medicina humanística está cambiando el panorama sobre la muerte y el duelo.

Pero, que sucede cuando todas las herramientas con las que cuenta este equipo fallan, y el paciente muere?

¿Estamos ante una falla del profesional?

Definitivamente no, ya que la muerte es “un proceso que ocurre en seres vivos, se inicia cuando los cambios en un organismo son irreversibles, se caracteriza por la pérdida de la complejidad de su organización y por la disminución en el contenido de energía, y termina cuando la diferencia de este contenido energético con el medio ambiente es cero”. (Pérez Tamayo, Letras Libres, 2008)

En concreto, la Muerte en el ser humano es el cese total de las funciones respiratoria y cardiaca, que se acompaña por otros signos que hacen evidente este momento.

Sin embargo este concepto daba lugar esporádicamente a algunas sorpresas como los casos (entre los cuáles existe más folclore que realidad) de personas que habían sido enterradas

vivas por haber sufrido ataques de catalepsia (enfermedad en la cual la respiración y la circulación disminuyen hasta el punto en que puede resultar difícil detectarlas).

En este escenario, la única certeza sobre la existencia indiscutible de la muerte era la putrefacción del cuerpo. El inconveniente de este concepto radica en que la muerte no constituye un hecho único e instantáneo, sino un proceso que supone una sucesión de acontecimientos. En ese proceso los tejidos y órganos se van deteriorando gradualmente a diferentes velocidades y perdiendo funcionalidad (de hecho aun después de muerta una persona, algunos tejidos tales como el de las uñas y los vellos, continúan creciendo) hasta que comienza el proceso de putrefacción.

Veamos lo que el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (10a ed., 1968) señala; quizá por tratarse de un término tan usado en medicina tenga un sentido especial, que se revela sólo a los iniciados en el arte de Hipócrates.

En este diccionario las palabras muerte y vida significan: Muerte: extinción, término de la vida. Vida: estado de actividad de los seres organizados.

De todos los fenómenos que pueden ocurrir a los seres vivos, la muerte es el más universal y el más inevitable. A estas dos propiedades se une otra, que no depende tanto de sus características propias como de nuestra estructura emocional y nuestra incapacidad de vivir en la incertidumbre: la muerte se considera como la puerta del “más allá”, el umbral de lo desconocido. Estas tres características han sido las principales responsables de que la muerte haya ocupado la atención de muchísimos pensadores, pero simultáneamente se ha seleccionado en forma casi automática a los pensadores menos capacitados para hacer avanzar el conocimiento.



El resultado es una enorme literatura romántica, autoritaria, dogmática, imaginaria, en ocasiones hasta elocuente, pero casi nunca relacionada con la realidad. Ni siquiera entre los escritos estrictamente científicos se ha considerado a la muerte como un fenómeno natural; en ningún texto de Fisiología he encontrado una sección dedicada a la muerte, y esto es alarmante, en vista de que los seres biológicos sólo pueden existir en dos estados, que los dividen en forma quizá tan inconfundible como inequívoca: vivos y muertos.

Conviene complementar aquí nuestra caracterización de la muerte en función de sus propiedades más sobresalientes: universal, inevitable y desconocida.

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 consideran desagradables porque ellos mismos se sienten angustiados al pensar en un tema que no han sido capaces de afrontar y resolver.

Muchas personas piensan que es mejor que los niños no piensen en la muerte y que sus padres les deberían proteger de situaciones relacionadas con ella. Esto lleva a la negación del conocimiento de la muerte, que puede ser casi inmediata o desarrollarse gradualmente.

En nuestra sociedad, la muerte se considera un tabú y hablar de ella se considera morboso. Hay una gran falta de comunicación "normal" a los niños con respecto a este tema y lo único que se consigue es producir desconfianza y distancia entre el niño y los adultos, que lleva a aumentar el temor y el rechazo a la muerte a la vez que al aislamiento con el dolor y la ansiedad que el tema de la muerte implica.

El usar el miedo y negación de la muerte, no sólo a nivel individual sino también colectivo, puede llevarnos a usar defensas frente a ella que sólo pueden ser destructivas; por nuestro deseo de omnipotencia y de inmortalidad podemos llegar a destruir a aquellos que supuestamente amenazan nuestra seguridad (violencia, agresiones, guerras).

Vivimos en una sociedad empeñada en ignorar o eludir la muerte, pero en la que la inquietud ante la muerte va en aumento, y no nos damos cuenta que la desaparición de los individuos es una parte esencial del proceso evolutivo, el final de todos los experimentos de la naturaleza, que busca incansable nuevas formas de adaptación entre sus dos reactivos fundamentales: la vida y el medio ambiente.

José Saramago premio Nobel 1998, escribe: "Más que hablar de la muerte, que en realidad nadie conoce y de la que nadie ha tenido una vivencia, debemos hablar del morir", lo que comprende no solamente los fenómenos biológicos, sino también los pensamientos, ideas, sentimientos, reflexiones, reacciones y actitudes, de todos los actores en esta fase final de la vida, en la que tan importantes son los acontecimientos humanos que le dan sentido al morir.

Dentro de la medicina, el concepto que se maneja es la muerte clínica, y la definición más avanzada diagnostica la muerte de una persona cuando se demuestra la existencia de un daño encefálico irreversible, o muerte cerebral, la cual es diferente a los estados vegetativos persistentes en los que el daño está localizado a nivel de los hemisferios cerebrales.

Otra definición científica de la muerte la asume como el cese completo, definitivo e irreversible de las funciones vitales.

Thomas en "Antropología de la Muerte", enumera los tipos de muerte:

- Muerte biológica (cesación de la actividad celular).
- Muerte física (aparición de los "signos de la muerte" en el examen físico).
- Muerte psíquica (para aquellos que estando vivos, son incapaces de comunicarse por estar aislados en su mundo interior).
- Muerte social (dentro del hospital se da en el momento en que el paciente es tratado ya como un cadáver, si bien "clínica y biológica" esta aun vivo).
- Muerte espiritual (separación irreversible del cuerpo y el alma).
- Muerte de la conciencia (pérdida de las funciones mentales).
- Muerte en la vejez.
- Muerte ante una vida plena y vigorosa.
- Muerte por suicidio (el suicida desea morir para sí mismo).

Existen además: la muerte natural, la muerte accidental, la muerte interna, la muerte externa.

En este marco, nos podemos preguntar: ¿Cuáles son las actitudes que el personal de salud tiene sobre la muerte?

Realmente son aspectos que no conocemos con certeza, pues los conocimientos que del hecho de la muerte tiene cada individuo depende de lo aprendido en su núcleo familiar y en su comunidad, y en la educación médica no se le enseña al estudiante ni al profesional como enfrentar este hecho real e ineludible, por lo que no sabemos con que herramientas de aprendizaje previo cuenta para enfrentar un hecho doloroso que afecta no solo a los familiares del individuo en trance de muerte o fase terminal, sino como bien es señalado por la Tanatología Humanística, a su familia y al equipo



de salud, que al igual que todos, sufren una pérdida y un proceso de duelo que afecta en mayor o menor grado a cada uno de los involucrados en el proceso.

¿Ahora bien, qué es la Actitud?

La actitud es uno de los conceptos más relevantes en Psicología Social (Berkowitz, 1972; Mc Guire, 1985). No es un concepto aislado, sino que se haya en estrecha relación con otros conceptos Psicológicos como: motivación, percepción, personalidad y conducta.

Allport (1935), lo define de la siguiente forma: "Estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada".

Una actitud tiene los siguientes componentes:  
Cognitivo: ideas y creencias sobre el objeto de la actitud.  
Afectivo: emociones que produce el objeto de la actitud.  
Conductual: acción respecto al objeto de la actitud.

Aunque se afirma que la medida de las actitudes carece de valor predictivo sobre la conducta, porque las actitudes sólo son uno de los factores que determinan la conducta.

Los tres componentes pueden o no estar relacionados, pues a veces hay contradicciones entre ellos; por ejemplo, las actitudes ante la muerte con frecuencia son contradictorias, pues la muerte en sí encierra una contradicción.

Estos tres componentes, permiten a su vez diferenciarlas de las creencias (que serían el aspecto cognitivo de la actitud) y de las opiniones (que serían la manifestación verbal de las actitudes).

Las funciones de las actitudes son tanto a nivel individual como social: Comprensión: de la realidad y/o de los otros, confiriendo una sensación de orden y predictibilidad en la vida. Satisfacción de necesidades personales: pueden ser útiles para alcanzar metas personales. Defensa del yo: de amenazas o conflictos percibidos. Expresión de valores: que permiten el establecimiento o solidificación de la identidad personal.

En este sentido, podemos especular que las actitudes que el personal de salud pueden tener ante la muerte están directamente relacionadas con las experiencias que en lo individual ha tenido y acompañadas por los aprendizajes que su medio social le han transmitido, viviendo en la actualidad en una sociedad TANATOFÓBICA, en la que, paradójicamente, hasta los Profesionales Sanitarios, presos de su propio entorno cultural, tienen también miedo a la muerte a veces más que los propios enfermos.

La ansiedad y el miedo son las respuestas más formalmente asociadas a la muerte en nuestra cultura, tras los cambios antes descritos. Ahora bien estas van a aparecer con mayor o menor peso en virtud de que se trate la muerte propia o la de otros, que sea este familiar, amigo o allegado; pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella.

En la descripción de la ansiedad y el miedo ante la muerte se han encontrado cuatro componentes principales:

- a) Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.
- b) Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.
- c) El tener la noción del imparable paso del tiempo.
- d) El dolor y el estrés, real y/o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o terminal y en los miedos personales asociados.

Por otro lado, como no podía ser de otra forma, la ansiedad ante la muerte está también muy íntimamente relacionada con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios (eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades), de hecho gran parte de los componentes arriba descritos no son más que reacciones al cambio y a la separación.

#### ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LA MUERTE:

Es importante en este trabajo, señalar enfáticamente las actitudes que ya han sido estudiadas en otras publicaciones acerca de las actitudes del Personal de Salud (P de S) ante la muerte, caminando unidos a este tema aspectos tan cruciales como los de la eutanasia y la atención y el cuidado a la persona.

Los principales problemas detectados son:

- a) NO QUERER NOMBRAR A LA MISMA MUERTE.  
Y por asociación, tampoco a las patologías o males que creemos que la atraen.  
Así se establece todo un ritual de la hipocresía y de la ocultación que culmina en enmascarar la verdad al paciente sobre su estado terminal, con una falsa piedad que se racionaliza para "evitarle angustias al enfermo", cuando, a la postre, lo que sí se evita es la angustia al P de S que así se libera de ejercer



una comunicación para la que no está preparado y de ser el "mensajero de la muerte"... y es que como dice Kasper "parece que los médicos tienen más miedo a la muerte que los enfermos". Lógicamente algunos pacientes y, sobre todo, los familiares son cómplices complacientes en este ritual de la mentira.

b) NO MIRAR CARA A CARA AL ENFERMO y evitar su contacto. Como segunda consecuencia no solo no se quiere pensar en la muerte o no nombrarla, sino que muchos miembros del personal de salud no miran cara a cara, y sobre todo a los ojos, a los pacientes moribundos por temor.

Lo grave es que el enfermo lo nota y se ve a sí mismo como desahuciado, como un apestado (separado, a veces, del resto de una sala por una cortina).

Hay que resaltar la INCONGRUENCIA que supone el que a nivel de Comunicación Verbal se le diga que no tiene nada y a través de la Comunicación No Verbal se le diga lo contrario.

c) AUMENTO DE LA ATENCIÓN TECNOLÓGICA Y DEL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO.

El último giro en la espiral es que el P de S con el sentimiento de culpa que le genera su conducta y sus actitudes quiere expiarse pagando con tecnología lo que retira de afectividad y humanismo... así se convierte el morir hospitalario en algo solitario y vergonzante con el armado de toda una tramoya de aparataje como estéril sucedáneo del calor y del afecto humano; es decir SE HAN EMPEORADO LAS CONDICIONES DE MUERTE, alargándose la agonía, gracias al encarnizamiento terapéutico, convirtiéndose el morir hospitalario- como nos recordaba KÜBLER-ROSS- en algo "solitario, mecánico y deshumanizado".

Aunque, en realidad, el P de S no es culpable de manifestar estas actitudes y comportamientos habida cuenta que están mediatizados por las carencias de formación profesional en técnicas de comunicación y en técnicas de afrontamiento ante la situación que plantea el enfermo agonizante.

Así, una FORMACIÓN ADECUADA debería fomentar unas actitudes más adecuadas hacia el enfermo terminal, que deberían ser:

1) Tomar consciencia de sus necesidades fisiológicas, sobre todo en lo referente al alivio del dolor físico y psíquico.

2) Desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha para poder identificar adecuadamente sus necesidades específicas.

3) Atender adecuadamente las necesidades informativas de los familiares y allegados.

4) Atender y ser sensible a las necesidades espirituales y religiosas del paciente.

5) Facilitar y disponer las mejores condiciones posibles del entorno, que hagan más cómodo y acogedor el habitáculo del enfermo, tanto para él como para sus familiares. (A este respecto son elocuentes los distintos documentos sobre "Derechos de los moribundos", "Declaraciones de Cuidados Paliativos", "Testamentos para la etapa final", etc.).

Por último, para alcanzar estas metas, debemos señalar que es de gran importancia que en los programas de educación del personal de la salud, se analicen los temas más importantes sobre Tanatología, lo que traerá como consecuencia una sensibilización hacia estos aspectos que son frecuentes en su práctica profesional y de trascendencia en el desarrollo humano.

## SEGUIMOS CRECIENDO

Grupos de Profesionistas que participan en la Maestría de Tanatología



En el mes de Abril se llevó a cabo el 4to. Congreso de Tanatología y Prevención del Suicidio en el Estado de Durango. Donde el Mtro. Marco Antonio Polo Scott brilló por su excelente participación al dictar dos Conferencias Magistrales tituladas: Necesidades del paciente en proceso de Muerte y Eutanasia; "Cuando la vida no es vida".







Nuestros productos y Servicios  
Renta, Venta, y Mantenimiento de:

★ Cilindros de Oxígeno

★ Aspiradores de flemas

★ Nebulizadores

★ Inspirometros

★ CPAP

★ Oxímetros

★ Mascarillas



Reparación y Mantenimiento de  
Equipo Médico como:

★ Concentradores de

Oxígeno

★ Aspiradores de flemas

★ Nebulizadores

★ Inspirometros

★ CPAP

★ Oxímetros

SERVICIO LAS 24 HORAS LOS 365 DIAS

★ Apoyo, Asesoría telefónica

★ Recargas las 24 Horas

Virginia Nava Muñoz

GERENTE DE VENTAS

BERMUDAS No. 367 COL. COSMOPOLITA  
C.P. 02670 DELEG. AZCAPOTZALCO  
MEXICO, D.F. TEL. (55) 5556-7828  
CEL. 04455 2900-4214 Vicky\_leblonde@hotmail.com  
<http://oxifast.sitiosprodigy.com.mx>

## Síndrome de Burnout (Fatiga Emocional): Un alto riesgo para los Tanatólogos



Por: Rocío Lara Navarro

**E**l Síndrome de Burnout (traducción literal: "Estar quemado") fue descrito en 1974 por Freudenberger, Psicólogo Clínico Familiar para referirse a "la sensación de estarse quemando, fallar, desgastado o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza y recursos".

En 1985 Maslach y Jackson caracterizaron clínicamente este síndrome como un agotamiento crónico, con fatiga emocional y sentimiento de despersonalización y baja realización personal y profesional, que afecta principalmente a quienes trabajan y/o conviven con personas bajo estrés, a quienes deben ayudar, orientar, apoyar y contener, de manera que este esfuerzo constante y sostenido genera un consumo importante de energía

emocional que termina por afectar el equilibrio de los profesionistas, afectando su calidad de vida y pudiendo incluso comprometer su éxito profesional.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo consideran este síndrome como uno de los problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida y uno de los problemas de salud más graves del nuevo milenio, que se observa principalmente entre los profesionales de ayuda: Odontólogos, Psicólogos, Médicos, Terapeutas, Enfermeros, Paramédicos, Trabajadores Sociales, etcétera.

Los síntomas más habituales de este síndrome incluyen:  
Psicosomáticos: fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras y desordenes gástricos y tensión muscular.

De conducta: ausentismo laboral, adicciones (tabaco, alcohol, drogas)

Emocionales: irritabilidad, dificultad en la concentración, distanciamiento afectivo, etc.

Laborales: menor capacidad en el trabajo, acciones hostiles y conflictos.

Debido a lo reciente de la profesión se han realizado pocos estudios sobre la incidencia de este síndrome entre los Tanatólogos; no obstante se tiene la firme sospecha que en el mediano plazo se presentará en elevadas proporciones entre ellos, toda vez que su actividad se caracteriza precisamente por el manejo emocional de pacientes, familiares y cuerpo médico bajo la más profunda y desgastante de las situaciones existenciales: La Muerte –real, simbólica o figurada; personal o familiar; inminente, pasada o no superada.

Este constante contacto con las personas en estado emocional crítico y la responsabilidad del Tanatólogo para su apoyo, hacen que sea un profesionista especialmente susceptible de padecer este síndrome, sobre todo cuando además de la actividad profesional, se tienen condiciones personales de riesgo, tales como inicio, término o rutina en sus relaciones personales y familiares, pérdidas de seres queridos, afecciones en su salud o de sus familiares, multiplicidad de actividades y responsabilidades familiares y profesionales, etcétera.



Para afrontar este riesgo, se sugiere el uso y enriquecimiento constante de sus recursos personales, psíquicos y espirituales para estar en un equilibrio emocional que le permita seguir desempeñándose en su actividad de manera responsable y profesional, entre los que destacan:

- Terapia individual
- Meditación
- Distanciamiento emocional adecuado con los pacientes
- Técnicas de respiración y relajación
- Autohipnosis

- Esparcimiento personal
- Reconocimiento de los éxitos y gratificaciones de nuestro trabajo
- Ejercicio
- Educación continua

Tal como se ha puesto de manifiesto en esta revisión, podemos considerar que el Síndrome de Burnout, puede afectar significativamente a los Tanatólogos; por las características inherentes al trabajo y por la especial relación que se establece entre él, el personal médico, el paciente y su familia.

El Síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que pueden generar emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares, amigos, etc.) con quienes tratan diariamente; por su puesto haciendo uso de los recursos terapéuticos para tratarlo.

## Carta al Mar

*Tú que eres tan grande tan inmenso que a muchos alegras la vida y despiertas el entusiasmo en los corazones.*

*Tú que con tus olas hermosas y altas haces sentir el temor y la grandeza de tu fuerza.*

*Cuando chocan tus olas en las rocas se oye tan fuerte, tu golpeteo como diciendo no puedes conmigo, al ver el color verdoso de tus aguas en el mes de Julio, sale un suspiro profundo de mi corazón, que esta lleno de dolor y de desesperación, angustia e impotencia y te grito con voz fuerte ¡¡ PORQUE, PORQUE!! ¿ Porqué te lo comiste porqué lo ahogaste en toda esa presión de tus aguas? ¿ Porqué lo dejaste sin vida, si era solo un niño?*

*Era la primera vez que te iba a conocer y tú no lo dejaste disfrutar de tus grandezas y de las bellezas que a miles haces ser felices.*

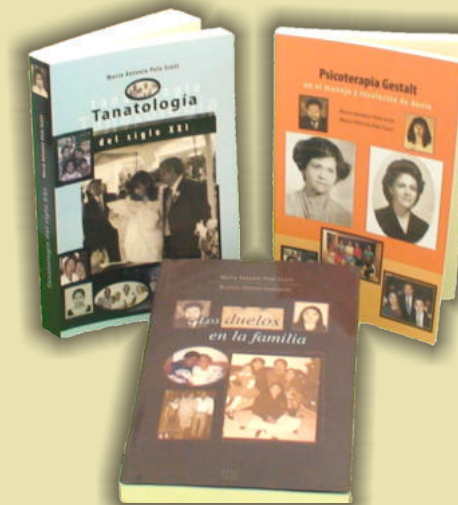
*Al ver la nula posibilidad de adentrarme en tus profundidades, sentir, la impotencia que hay en mi ser, de no poder, ayudar a mi hijo Fernando, a salir de allí.*

*También veo la impotencia de mis hijos al no poder hacer nada y me da dolor y desesperación para consolarlos y ser consolada, te respeto y te perdono por este transe.*

*Maria Luisa Mondragón Morales.*



## TITULOS INDISPENSABLES ACERCA DE TANATOLOGIA, GESTALT Y DUELO



Informes 57 52 78 60 - 51 19 41 06 - 25 94 49 02

**Plantel Montevideo:** Av. Montevideo No. 635, (casi esquina con Av. Cien Metros), Col San Bartolo Atepehuacan, Del. Gustavo A. Madero, México D.F.

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

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



## El Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, S.C.

Te ofrece: **Psicoterapia individual, familiar, de pareja, para niños, adolescentes y adultos.**

Uno de los tipos de Psicoterapia que se brinda esta basado en la Psicoterapia Gestalt la cual no separa las necesidades Físicas de las necesidades Psíquicas, sino que las integra en necesidades orgánicas, buscando que el paciente se responsabilice de su bienestar.

También se otorga Psicoterapia Ericksoniana la cual se utiliza para ayudar al paciente a reencontrar y/o descubrir sus recursos y por lo tanto promover su crecimiento ya que se centra en la solución y no en el problema, con lo cual consigue minimizar el dolor. Dentro de este proceso se trabaja con la mente inconsciente, el paciente se da cuenta de los cambios una vez que estos se realizan, esto facilita su proceso para que se realice de manera eficiente y con el menor dolor posible conforme al ritmo, estilo y necesidades del paciente.

Así mismo se proporciona la Psicoterapia de Expresión Emotiva e Imaginería, tomando en cuenta que el ser humano es un organismo que esta constituido por partes: Física, Psíquica, Social y Espiritual; trabajando con la imaginería, símbolos, respiración, energía, etc. para que el paciente vuelva al equilibrio en estas cuatro áreas.





