



Tanatología del Siglo XXI

Thanatos

**Vejez y
Sexualidad**

**El Viejo ante
La Muerte**

**Procedimiento
Tamaulipas**

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
- La Psicoterapia de la Expresión Emotiva e Imaginería

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

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 6

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 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.

Contenido



5.- Editorial

6.- Vejez y Sexualidad

12.- “PROCEDIMIENTO TAMAULIPAS” de Hipnosis Terapéutica para la Realización de Estudios de Endoscopia Superior y Colonoscopia, sin uso de Medicamentos

16.- Examen de Grado

18.- 2do. Congreso Internacional de TANATOLOGIA del siglo XXI 1er. Encuentro Internacional de Psicooncología Humanista 1er. Encuentro Internacional de Hipnosis Terapéutica

24.- El Viejo ante la Muerte

28.- Grupos de Encuentro con Intervención Tanatológica en los Familiares del Paciente Cardiópata

31.- La Dulce y Loca Idea de Vivir por Amor

32.- El Duelo y el Juego



INSTITUTO MEXICANO DE PSICOONCOLOGIA

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

www.impo.org.mx

L
A
-
R
O
T
-
D
E

Queridos lectores, en estos días estamos de fiesta, nuevamente el Instituto Mexicano de Psicooncología continúa estando a la vanguardia, ahora ofreciendo la Licenciatura en Gerontología junto con la Licenciatura en Psicología, motivo por el cual, durante este mes te presento dos artículos relacionados a aspectos Gerontológicos, el primero El viejo y la Sexualidad, en el cual expongo, desde mi punto de vista los distintos aspectos que enmarcan la visión social y personal del viejo ante este aspecto de interrelación y placer que todos vivimos. Así mismo los mitos y algunas recomendaciones que entorno al sexo se han manifestado.

Por otra parte abordo el tema de El Viejo ante la Muerte ya que ¿Como dejar fuera del contexto de la vejez, la etapa final del proceso de la vida?, es decir la muerte, así como sus distintas implicaciones que a nivel social se presentan. Espero que estos dos artículos sean de su agrado.

Así mismo, la División de Hipnosis Terapéutica del Instituto Mexicano de Psicooncología conformada por el Méd. Rafael Guevara García, el Méd. Rafael Cedillo Guerra, el Psic. Juan Carlos Cedillo Velázquez y un servidor presentamos los primeros resultados de nuestra investigación con la realización de los estudios de Endoscopia Superior y Colonoscopia, a través de tratamiento no medicamentoso, primero en su género por sus características y al cual se le ha llamado "Procedimiento Tamaulipas" de Hipnosis Terapéutica. Seguiremos investigando y dando a conocer las diversas aplicaciones de la Hipnosis Terapéutica en los distintos campos de la salud.

La Mtra. Adriana Martínez continúa desarrollando nuevas ideas en torno al niño, el juego y el duelo, de manera magistral nos presenta en este artículo como se da esta vinculación a través de los ojos del niño.

La Mtra. Sofía Vega nos realiza una síntesis de su investigación relacionada a los grupos de encuentro de familiares del paciente cardíopata, con la que además ha logrado que las autoridades del Sector Salud en Hospitales de tercer nivel volteen a ver la importancia de estos grupos, como red de apoyo para el paciente y sus familiares.

El Mtro. Carlos Ramírez Hernández nos presenta su teoría acerca de como las experiencias amorosas generan grandes transformaciones en los individuos.

Por otro lado te recuerdo que ya estamos en la recta final para la realización del 2do. Congreso Internacional de Tanatología del siglo XXI, en el cual ahora también realizamos el 1er. Encuentro Internacional de Hipnosis Terapéutica y el 1er. Encuentro Internacional de Psicooncología. En el congreso participaran expositores de Cuba, Panamá, España, El Salvador, Argentina, Puerto Rico, Venezuela, Estados Unidos y México todos conferencistas de talla internacional.

Estos y otros artículos de interés los podrás ver en este número que espero sean de tu agrado, en espera de tus comentarios recibe un afectuoso saludo.

Marco Antonio Polo Scott
marcoapolos@hotmail.com

Vejez y Sexualidad



Por: Marco Antonio Polo Scott

La sexualidad es uno de los aspectos más relevantes en la existencia del ser humano y se presenta en todas las etapas de la vida, variando sus expresiones de acuerdo a la edad.

Gran parte de los mitos y prejuicios que giran en torno a la vejez, se derivan de aspectos relacionados con la sexualidad, así como de varias de las enfermedades que afectan tanto a hombres como a mujeres.

La sexualidad engloba aspectos psicosociales, sin embargo, la definiremos como el conjunto de capacidades y habilidades que cada persona posee para relacionarse con los demás, consigo mismo y experimentar el placer.

En nuestro contexto sociocultural se le ha asignado una función esencialmente reproductora. Es cierto que en la tercera edad el climaterio, para las mujeres, determina ciertas modificaciones de la actividad sexual, lo que no implica su terminación; ahora bien, en relación al climaterio, se ha dicho que por lo regular entre los 45 y 50 años se manifiesta la menopausia en la mujer, con una duración de dos años aproximadamente; este proceso consiste en el cese de la producción y liberación de óvulos, retomando el tamaño que tenía en la infancia, por lo que se suspende la menstruación, así mismo se presentan diversos síntomas como la perturbación del ritmo menstrual, bochornos, fatiga, mareos, palpitaciones cardiacas, dolor de cabeza, cuello y glándulas mamarias; así como insomnio y deseo excesivo de dormir. Se presentan cambios en los genitales y resequedad vaginal, lo que dificulta y hace dolorosa la relación sexual.

Se ha comprobado que en personas que sobrepasan los cien años, el amor y el interés en el sexo opuesto ocupa un lugar significativo y lo consideran de gran importancia para conservar el vigor y la vitalidad.

En una sociedad como la nuestra con poca cultura hacia las personas mayores, se tienen muchos mitos en torno a la sexualidad en la vejez; mitos que muchas veces ya han sido internalizados por el adulto mayor.

Uno de los mitos más comunes, ha sido la ausencia de vida sexual en los viejos y la desaparición de la misma, siendo catalogados como pervertidos los que actúen de forma contraria. Sin embargo, se ha visto que la sexualidad puede ser una fuerza importante durante toda la vida.

El papel que desempeña la familia es básico, en numerosas ocasiones, la familia obstaculiza la vida íntima y sexual del viejo. Suele ocurrir que los hijos que han sido educados bajo la represión sexual, tienden a regresar el aprendizaje que

recibieron de sus padres, problema que se agudiza si estos quedan viudos y quieren rehacer su vida sentimental. Por otro lado, las creencias religiosas muchas veces influyen en forma negativa en el momento de la actividad sexual ya que algunas religiones definen la conducta sexual en la vejez como inmoral.

Otros mitos y creencias en torno a la sexualidad en los viejos son:

1. Los viejos no tienen capacidad psicológica que les permita tener conductas sexuales.
2. A los viejos no les interesa el sexo.
3. Los viejos que se interesan por el sexo son pervertidos (el viejo rabo verde).
4. La actividad sexual es perjudicial para la salud, especialmente en la vejez.
5. Las desviaciones sexuales son más frecuentes en la vejez.

Estos mitos y creencias se adquieren durante la juventud y en torno a nuestra cultura, sin embargo, cuando estos jóvenes llegan a dicha edad, los mitos están tan internalizados, que terminan por convertirlos en realidad.

Estos mitos y prejuicios han pasado de generación en generación a través de la familia y otros han sido aprendidos a través de la religión, sin embargo, es necesario desmitificarlos por medio de la información y el conocimiento, ya que no hay ninguna causa para que un viejo, no pueda continuar experimentando deseos sexuales y ejercitando su función genital hasta estadios de edad muy avanzada. Aquellos que han sabido gozar de la sexualidad, convirtiéndola en fuente de placer, goce compartido y de autoafirmación de su identidad más allá de los tabúes, prejuicios e imposiciones socioculturales, son los que se mantienen activos durante más tiempo. Por el contrario, los que han actuado con temor, repugnancia o rechazo y los que la han acatado sólo como imposición son los que invocarán las razones de la edad para retirarse, de la actividad sexual.

Por lo tanto, en materia de sexualidad el problema de las personas de edad avanzada se halla más relacionado con lo psíquico que con lo orgánico. Por lo que es posible afirmar, que en los viejos, la sexualidad no sólo es posible sino que es necesaria.

La sexualidad en su expresión y ejercicio debe considerarse un derecho del ser humano, siempre y cuando no afecte a terceros, el fin de la expresión sexual es algo que concierne a los valores que tiene el individuo y estos, dependen de cada persona.

CAMBIOS QUE PUEDEN PRODUCIRSE CON EL ENVEJECIMIENTO FÍSICO Y DE LA SEXUALIDAD

En el caso de los hombres, es posible que:

- Aumente el tiempo requerido para llegar a una plena erección.
- Se necesita más estimulación erótica antes del acto sexual. Es posible que la estimulación manual sea más necesaria para llegar a la erección.
- La erección puede no ser tan enérgica o tan grande como antes.
- Disminuya el tiempo durante la cual la erección puede ser mantenida antes de la eyaculación.
- Disminuya la fuerza de eyaculación y la cantidad de semen expulsada en la misma puede ser menor.
- La pérdida de la erección después del orgasmo puede suceder más rápidamente.
- La duración de la fase refractaria aumenta, esto es, puede pasar más tiempo antes de que le sea posible tener otra erección
- Las sensaciones de que una eyaculación está a punto de producirse pueden ser menores.

En el caso de las mujeres, es posible que:

- Se observen cambios en su vagina, que puede acortarse y estrecharse.
- Las paredes vaginales pueden volverse más delgadas y un poco más rígidas, perdiendo elasticidad.
- Disminuya la lubricación vaginal.

Las consecuencias pueden ser la percepción de sequedad y picor en vagina y labios o dolor durante el coito. En estos casos, el médico puede sugerirle el uso de lubricantes vaginales, que se venden sin necesidad de receta médica. También, el médico puede sugerir suplementos de estrógeno o la inserción de un estrógeno vaginal.



Con todo esto, no hay pruebas de que el proceso de envejecimiento por sí mismo determine una disminución del interés sexual. Parece que lo que se produce con el envejecimiento es un cambio en la forma de experimentar y disfrutar del sexo. A pesar de que fisiológicamente no está justificada la pérdida de interés sexual en la vejez, existen factores asociados al envejecimiento que pueden obstaculizar el adecuado disfrute de la sexualidad en esta etapa de la vida, en ambos sexos se puede encontrar alguno de estos factores:

FACTORES FISIOLÓGICOS. Existen enfermedades o problemas de salud que pueden hacer más difícil la realización y/o el disfrute del acto sexual, entre ellas se encuentran las siguientes:

Artritis.- El dolor de las articulaciones ocasionado por la artritis puede hacer que el contacto sexual resulte incómodo. La cirugía de reemplazo de articulaciones y los medicamentos pueden aliviar este dolor. También, pueden ser de utilidad el ejercicio, el descanso, los baños calientes y los cambios de posición o de horario para la actividad sexual.

Dolor crónico.- Además de la artritis, un dolor que persiste durante más de un mes o que aparece y desaparece frecuentemente puede ser ocasionado por otros problemas óseos o musculares, herpes zoster, mala circulación, o problemas de los vasos sanguíneos. Este malestar puede, a su vez, ocasionar problemas para dormir, depresión, aislamiento y dificultad para moverse.

Diabetes.- Muchos hombres que sufren de diabetes no tienen problemas sexuales, pero esta es una de las pocas enfermedades que puede causar impotencia.

Problemas del corazón.- El estrechamiento y endurecimiento de las arterias, conocido como arteriosclerosis, cambia la estructura los vasos sanguíneos e impide que la sangre fluya libremente. Esto puede implicar problemas de erección en los hombres y puede aumentar la tensión arterial (hipertensión).

Incontinencia.- La pérdida del control de la vejiga o el escape de orina es más común a medida que envejecemos, especialmente en las mujeres.

Accidente cerebrovascular.- Un accidente cerebro-vascular rara vez afecta la capacidad de sostener relaciones sexuales, aunque es posible tener problemas de erección. Alguien con debilidad o parálisis física causada por un accidente cerebro-vascular, puede tratar de usar diferentes posiciones o dispositivos médicos que les permita continuar practicando el sexo.

También, hay que tener en cuenta que muchos medicamentos tienen efectos secundarios que pueden influir sobre la función sexual.

La impotencia puede estar asociada también a determinadas enfermedades, tales como las de tipo vascular, que pueden contribuir a disminuir la capacidad para mantener un volumen adecuado de sangre dentro del pene.

FACTORES PSICOLÓGICOS

- Los hombres pueden temer que la impotencia se convierta en un problema más común a medida que van envejeciendo. La excesiva preocupación por la posibilidad de volverse impotente, puede causar un estrés suficiente para producir problemas de erección.
- A algunas mujeres, los cambios físicos normales, como un cuerpo menos firme, el cabello gris, las arrugas, pueden hacerles sentir que son menos atractivas para el sexo opuesto, y pueden vacilar antes de expresar su interés sexual.
- El mantener estándares y metas de belleza física juvenil puede interferir con la forma de disfrutar del sexo tanto de hombres como de mujeres.
- El atribuir cualquier problema que pueda surgir en las relaciones sexuales, al hecho de que "uno es ya mayor", es una causa interna, que favorece la indefensión o percepción de falta de control sobre las mismas manteniendo el problema real.

Algunas creencias erróneas también pueden contribuir a obstaculizar el disfrute de una adecuada sexualidad en la vejez:

"La vejez se asocia inevitablemente a declive del interés sexual"

"La menopausia disminuye el interés sexual"

"Es indecente, que los viejos tengan intereses sexuales"

"La sexualidad es cosa de jóvenes"

"El sexo es básicamente el coito; otro tipo de relaciones sexuales son extrañas o inadecuadas"

“La actividad sexual en la vejez es mala para la salud, debilita a las personas”



Algunas recomendaciones para que las personas mayores disfruten de su sexualidad son:

- Normalizar el tema de la sexualidad, eliminando obstáculos que impidan o dificulten a las personas mayores hablar sobre el sexo y el intercambio de opiniones sobre el mismo.
- La expresión abierta por parte de las personas mayores de la problemática que presenten en este ámbito de su vida.
- Darles información sobre los factores fisiológicos y psicológicos que pueden influir en el inicio y mantenimiento de disfunciones o dificultades sexuales, así como de las vías existentes para su posible superación.
- Facilitar que las personas mayores se reconcilien con su figura corporal y acepten los cambios que supone el proceso de envejecimiento, cambiando los estándares de belleza de la juventud por nuevos estándares más realistas y alcanzables, basados en los valores de la comunicación, el afecto, la intimidad y la sensualidad.
- Potenciar una visión de la sexualidad más creativa, menos coital y que reconozca el valor de otros tipos de actividades, como fuentes de placer.
- Favorecer la creación de redes sociales adecuadas para las personas mayores, que les permitan satisfacer sus necesidades de afecto e intimidad.
- Intervenir en aquellas áreas o problemas como las ya tratadas u otras como: las relaciones de pareja, el estado de salud o el estrés y la depresión, que afectan de forma significativa las relaciones sexuales.

Sin embargo lo más importante es conocer las necesidades del viejo y atenderlas de acuerdo a su personalidad y sus características, considerando sus circunstancias, su entorno y su cultura.



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

DIPLOMADOS 2010

TANATOLOGIA		HORA
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	DÍA
AUTOESTIMA	12
CERRANDO HERIDAS	19
DUELO	26

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

SEPTIEMBRE	DÍA
REENCONTRANDO A MI NIÑO INTERIOR	6
DUELO	20

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

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

DICIEMBRE	DÍA
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

“PROCEDIMIENTO TAMAULIPAS” de Hipnosis Estudios de Endoscopia Superior y Colonoscopia,

Por: Marco Antonio Polo Scott

Rafael Guevara García

Rafael Cedillo Guerra

Juan Carlos Cedillo Velázquez

La división de hipnosis terapéutica del Instituto Mexicano de Psicooncología, conformada por los médicos Rafael Guevara García, (gastroenterólogo), y Rafael Cedillo Guerra, (otorrinolaringólogo), el psicólogo Juan Carlos Cedillo Velázquez y el maestro Marco Antonio Polo Scott, realizaron con éxito, el primer procedimiento no medicamentoso con hipnosis terapéutica; en los estudios diagnósticos de endoscopia superior y colonoscopia. La investigación se inició el 24 de mayo y concluyó el 14 de junio del año en curso en Ciudad Victoria, Tamaulipas. México.

Durante la investigación participaron un total de once pacientes, de los cuales cinco fueron del género femenino y seis masculino. Con respecto a

los estudios, cinco pacientes para endoscopia superior y en lo que se refiere a la colonoscopia participaron seis pacientes. El rango de las edades para ambos estudios fué de 29 a 103 años. En todo momento los pacientes fueron monitoreados con oxímetro para medir la saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca.

El “Procedimiento Tamaulipas” está constituido por un conjunto de técnicas de hipnosis Natural y Clásica que proporcionan al paciente poco malestar durante el estudio y una recuperación rápida, permitiéndole salir del área de endoscopia por su propio pie y reincorporarse a su vida cotidiana inmediatamente sin restricción alguna.

El “Procedimiento Tamaulipas” se induce con fijación de mirada por punto fijo con catalepsia de parpados, como sugestión se utiliza un conteo descendente 20-1, fijación de la atención en miembros superiores por tensión, para continuar con profundización por medio de sensaciones de bienestar total y regresando al paciente con activación 1-7 de paz y tranquilidad.

Terapéutica para la Realización de sin uso de Medicamentos

Es importante resaltar que en otros países se han llevado a cabo procedimientos exitosos para estos estudios, sin embargo, en estos casos se realizaron pruebas de susceptibilidad hipnóticas previas como preparación. En este procedimiento, el primer contacto que se tuvo con el paciente fué en el momento que inicio el estudio.

En ésta investigación los estudios fueron realizados por un médico endoscopista, llevándose acabo con las técnicas convencionales en endoscopia superior e inferior diagnósticas, sustituyendo la medicación o disminuyéndola con el “Procedimiento Tamaulipas”. Los lineamientos de información y preparación fueron los convencionales acorde a estos estudios.

La endoscopia superior se realizó con equipo Olympus y GastroscoPIO GIF-180.

El objetivo de este estudio es la exploración de la mucosa de esófago, estómago y duodeno en la

búsqueda de patología a dichos niveles de tipo diagnóstico con toma de biopsias en caso necesario (endoscopia diagnóstica).

Los diagnósticos más frecuentemente observados son la gastritis crónica, hernia hiatal, esofagitis, várices esofágicas, esófago de Barrett, gastritis aguda, úlcera gástrica ó duodenal y neoplasia.

El tiempo requerido para este procedimiento es de 8 a 15 minutos acorde a los hallazgos encontrados.

Para la realización de la endoscopia existen habitualmente tres modalidades de sedación y anestesia:

1.-El uso de xilocaína spray solamente como anestésico local en orofaringe en dosis de 10 mg.

2.-Uso de anestésico local orofaríngeo con xilocaína spray y uso de sedante del tipo diacepam y midazolam entre otros, siendo este último a dosis



promedio de 3 a 6 mg. intravenoso con estrecha monitorización de la función cardiopulmonar.

3.-Uso de propofol para sedación profunda. En este último caso se requiere de la asistencia de un anestesiólogo para el monitoreo de la función cardiopulmonar.

En las instituciones públicas de salud se emplea habitualmente xilocaína spray y en el mejor de los casos, xilocaína spray y un sedante. Respecto a las instituciones privadas el uso de propofol, comúnmente es el método de sedación de elección.

La realización de la colonoscopia se llevó acabo en este reporte con equipo Olympus y colonoscopio CF Q180/L.

El objetivo de este estudio es la exploración de la mucosa de colon, recto y ano, siendo necesario llegar ó insertar el instrumento al ciego y preferentemente en válvula ileocecal e ileón terminal. Se realiza toma de biopsias en caso necesario. Con previa limpieza del intestino.

Los diagnósticos más frecuentes en este tipo de estudio son: espasticidad, diverticulosis, enfermedad hemorroidal, pólipos y cáncer de colon.

Para la realización de la colonoscopia existen, habitualmente, dos modalidades de sedación:

1.- Uso de diazepam ó midazolam, este último es dosis de 3 a 6 mg. intravenoso con antiespasmódico, habitualmente, butilhioscina a dosis de 20 a 40 mg.

2.- Uso de propofol para sedación profunda con antiespasmódico. En este último caso se requiere de la asistencia de un anestesiólogo para la aplicación del medicamento y el monitoreo de la función cardiopulmonar.

En las instituciones públicas de salud se emplea solamente antiespasmódico ó la combinación de un sedante, habitualmente, diazepam ó midazolam a dosis respuesta. En las instituciones privadas el uso de propofol es generalmente el método de sedación de elección agregando un antiespasmódico.



Se considera en general que tanto la endoscopia superior como la colonoscopia (endoscopia baja ó endoscopia de tubo digestivo bajo) la morbilidad y mortalidad son muy bajas sin embargo estos riesgos se elevan ó se hacen más importantes en pacientes adultos mayores y con enfermedades crónico degenerativas concomitantes.

Las conclusiones de esta investigación son:

1.- Con el “Procedimiento Tamaulipas” se realizaron los estudios de endoscopia superior (80%) y colonoscopia (83%) diagnósticas, sin uso de anestésico local ó medicamento alguno.

2.- En el 20% de las endoscopias superiores y el 17% de las colonoscopias la dosis de medicamentos empleados se redujo significativamente con alta calidad en su realización.

3.- Los tiempos de realización de los estudios no fueron alterados por el “Procedimiento Tamaulipas”.

4.- En ninguno de los casos se presentaron reacciones secundarias adversas.

5.- No hubo alteración en la frecuencia cardiaca ni saturación de oxígeno en ninguno de los pacientes.

6.- Aún en los casos en que se empleo sedación la recuperación de los pacientes fue más rápida.

7.- En todos los casos los pacientes refirieron sentirse satisfechos y no recordar molestia alguna durante el estudio.

8.- Para algunos casos de pacientes con cardiopatías, hipertensión, diabetes y otras enfermedades es posible la reducción de medicamentos, con lo cual se minimizan posibles complicaciones.

9.- Aunque no es motivo de la presente investigación, los costos de este procedimiento pueden ser menores a los habituales para estos estudios.

Recomendamos reproducir el “Procedimiento Tamaulipas” en mayor número de pacientes en diversos centros hospitalarios, así mismo en otro tipo de estudios con similares condiciones. Siendo este una alternativa para llevar a cabo este clase de estudios.

Maestría en Educación Integral del Ser Humano ante la Muerte

Cinco de los alumnos egresados del Instituto Mexicano de Psicooncología, plantel Tláhuac obtuvieron el Grado de Maestros en Educación Integral del Ser Humano Ante la Muerte, al presentar su Examen de grado el pasado 13 de marzo, ante el Jurado presidido por el Mtro. Marco Antonio Polo Scott, en calidad de secretario el Mtro. Andrés Gómez Espinosa y como vocal la Mtra. Hortensia Geraldine Niño Cabrera.

Rocío Chávez Contreras



Licenciada en Derecho aprobada con Mención Honorífica.
El trabajo de investigación: Propuesta de legislación para la aplicación de la Ortotanasia en México.

Carlos Armando Escobar Gutiérrez



Licenciado en Psicología aprobado con Mención Honorífica.
El trabajo de investigación: Filosofía Existencialista. De la Teoría a la Práctica a Través de Ejercicios Vivenciales



María Susana Polo Scott



Licenciada en Psicología aprobada.
El trabajo de investigación: Proceso Psicoterapéutico de Expresión Emotiva E Imaginería con paciente por duelo de jubilación.

Sofía Vega Hernández



Licenciada en Enfermería aprobada con Mención Honorífica.
El trabajo de investigación: Grupo de encuentro para familiares en el manejo de contención emocional en el postoperatorio inmediato del paciente cardíopata.

Selene Fortanel Polo



Ingeniero Industrial aprobada con Mención Honorífica.
El trabajo de investigación: Evaluación de desempeño con enfoque de Competencia Laboral: Intervención Tanatológica en el proceso de duelo.

El Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, S.C. y el Instituto Mexicano de Psicooncología



Convocan a su:



2do. Congreso Internacional de TANATOLOGIA del siglo XXI

1er. Encuentro Internacional de Psicooncología Humanista

1er. Encuentro Internacional de Hipnosis Terapéutica



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



Cursos Pre-Congreso - Conferencias Magistrales - Talleres - Paneles

Sede del Congreso: Centro Cultural Jaime Torres Bodet del Instituto Politécnico Nacional, México, D.F.

HOTEL QUALITY INN LINDAVISTA
Tarifas Especiales a Congresistas
Habitación Sencilla o Doble
\$675.00 + Impuestos
Incluye Desayuno tipo Buffet y Estacionamiento
Tel.: (55) 57-47-45-20

www.centrodetanatologia.com

Informes México, D.F.
57 52 78 60
51 19 41 06
25 94 49 02

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

www.impo.org.mx



CURSOS PRE - CONGRESO - 2010

Tanatología

Días: 27 y 28 de Septiembre
Horario: A elegir de 8:00 a 13:00 hrs. ó de 15:00 a 20:00 hrs.

Manejo del Duelo a través de la Hipnosis Terapéutica

Días: 27 y 28 de Septiembre
Horario: A elegir de 8:00 a 13:00 hrs. ó de 15:00 a 20:00 hrs.

Terapia de juego para niños para el manejo del duelo

Días: 27 y 28 de Septiembre
Horario: A elegir de 8:00 a 13:00 hrs. ó de 15:00 a 20:00 hrs.

Hipnosis para niños

Días: 29 y 30 de Septiembre
Horario: A elegir de 8:00 a 13:00 hrs. ó de 15:00 a 20:00 hrs.

Inversión por un Curso Pre-Congreso \$600.00

2 Cursos Pre-Congreso

Antes 30 de julio	\$ 800.00
Antes 31 de agosto	\$ 900.00
Septiembre	\$1,000.00

Curso Internacional de Hipnosis Terapéutica

Impartido por: Exponentes de Cuba, Panamá, Puerto Rico, El Salvador, México

Días: 29, 30 de Septiembre y 4 de Octubre
Horario: A elegir de 8:00 a 14:00 hrs. ó de 15:00 a 21:00 hrs.

Curso Internacional de Hipnosis Terapéutica

Antes 30 de julio	\$ 900.00
Antes 31 de agosto	\$1,000.00
Septiembre	\$1,200.00



“Unidos en torno a la TANATOLOGIA, distintas visiones, un mismo objetivo”

P R O G R A M A
V I E R N E S

C O N G R E S O 2 0 1 0
1 D E O C T U B R E

HORARIO	ACTIVIDAD	PONENTE	PAIS	TEMA
7:00 - 8:00	REGISTRO			
8:00 – 8:50	Conferencia Magistral	Mtro. Carlos Armando Escobar Gutiérrez	México	VIH-SIDA Entre la Calidad de vida y la desesperanza
8:50 - 9:40	Conferencia Magistral	Méd. Pediatra. Luis Manuel Estrada Guerrero	México	Actitud ante la muerte en el personal de salud, un punto de vista Tanatológico humanista
9.40 – 10:00	BIENVENIDA E INAUGURACION			
10:00 – 10:50	Conferencia Magistral	Mtro. Marco Antonio Polo Scott	México	Unidos en torno a la Tanatología, distintas visiones un mismo objetivo
10:50 – 11:10	COFFEE BREAK			
11:10 - 12:00	Conferencia Magistral	Dra. Olivia A. Sandoval Shaik	España Panamá	La sexualidad en pacientes oncológicos
12:00 - 12:50	Conferencia Magistral	Dr. Jesús M. Saavedra Caballero	Puerto Rico	Psicopatología en niños en proceso de duelo
12:50 - 15:00	COMIDA			

1er. Encuentro Internacional de Hipnosis Terapéutica

HORARIO	ACTIVIDAD	PONENTE, PAÍS Y TEMA	PONENTE, PAÍS Y TEMA
15:00 - 16:25	Ponencia	Dr. Jesús M. Saavedra Caballero Puerto Rico Hipnosis Natural	Dr. Alberto Cobian Mena Cuba Hipnosis Clásica
16:30 - 17:15	Ponencia	Dra. Adriana Shaik de Sandoval Panamá Presentación de libro	Dra. Olivia A. Sandoval Shaik España - Panamá Hipnosis en el campo de la Psicología
17:15 - 17:40	RECESO		
17:45 - 18:25	Ponencia	Mtro. Marco Antonio Polo Scott México	Mtra. Rocío Cruz México Hipnosis Ericksoniana
18:30 – 19:20	Ponencia	Hipnosis Terapéutica	Med. Rafael Guevara García Med. Rafael Cedillo Guerra Psic. Juan Carlos Cedillo Velázquez México Procedimiento Tamaulipas

1er. Encuentro Internacional de Psicooncología Humanista

HORARIO	ACTIVIDAD	PONENTE, PAÍS Y TEMA	PONENTE, PAÍS Y TEMA
15:00 - 16:25	Ponencia	Mtro. Marco Antonio Polo Scott México Psicooncología Humanista	Dr. Alejandro Hurtante El Salvador Atención psiquiátrica al paciente oncológico
16:30 - 17:15	Ponencia	Méd. Psiquiatra Fanny Elizabeth Rodríguez Elias El Salvador Psiquiatría y cáncer	Méd. Oncólogo Noel J. Castañeda Soto México Cáncer y Bioética
17:15 - 17:40	RECESO		
17:45 - 18:25	Ponencia	Dra. Olivia A. Sandoval Shaik España - Panamá Cáncer y mujer	Méd. Pediatra. Luis Manuel Estrada Guerrero México Cáncer en la infancia
18:30 - 19:20	Ponencia	Dra. María Jovita Alfaro Rosales México Cáncer y educación	Dr. Alberto Cobian Mena Cuba El cáncer en Cuba

“Unidos en torno a la TANATOLOGIA, distintas visiones, un mismo objetivo”





“Unidos en torno a la TANATOLOGIA, distintas visiones, un mismo objetivo”

SABADO 2 DE OCTUBRE

HORARIO	ACTIVIDAD	PONENTE	PAIS	TEMA
8:00–8:50	Conferencia Magistral	Méd. Gastroenterologo Rafael Guevara	México	La Tanatología y el médico
8:50–9:40	Conferencia Magistral	Méd. Otorrinolaringologo Rafael Cedillo	México	Los trastornos conductuales del síndrome del niño insoportable y el duelo
9:40 – 11:00	PANEL DE PSICOONCOLOGÍA Dra. Olivia A. Sandoval Shaik (España - Panamá) Dr. Alejandro Hurtante (El Salvador) Méd. Psiquiatra Fanny Elizabeth Rodríguez Elias (El Salvador) Méd. Oncólogo Noel J. Castañeda Soto (México) Mtro. Marco Antonio Polo Scott (México)			
11:00– 11:30	COFFEE BREAK			
11:30–12:20	Conferencia Magistral	Mtra. Selene Fortanel Polo	México	Evaluación de desempeño con enfoque de competencia laboral: intervención tanatológica en el proceso de duelo
12:20– 13:10	Conferencia Magistral		México	Tanatología
13:10– 14.00	Conferencia Magistral	Dra. Lore Miren Aresti De la Torre	Venezuela	Duelo
14:00– 15:30	PANEL DE TANATOLOGÍA Dra. María Jovita Alfaro Rosales (México) Dr. Alberto Cobian Mena (Cuba) Mtro. Marco Antonio Polo Scott (México) Dra. Lore Miren Aresti De la Torre (Venezuela)			
15:30–17:15	COMIDA			

TALLERES

HORARIO	ACTIVIDAD	TEMA	
17:15 – 19:45	Taller	1	La muerte del hijo
		2	Manejo del dolor a través de la Hipnosis clásica
		3	Viviendo mi muerte
		4	Cerrando heridas
		5	Creciendo con mis pérdidas
		6	Plenitud de vida

TODOS LOS TALLERES SERÁN A LA MISMA HORA (DEBERA ELEGIR UNO, AL MOMENTO DE INSCRIBIRSE)

HOTEL SEDE DEL CONGRESO

HOTEL QUALITY INN LINDAVISTA
Tarifas Especiales a Congresistas
Habitacion Sencilla o Doble
\$675.00 + Impuestos
Incluye Desayuno tipo Buffet y Estacionamiento
Tel.: (55) 57-47-45-20

DOMINGO 3 DE OCTUBRE

HORARIO	ACTIVIDAD	PONENTE	PAIS	TEMA
8:00 – 8:50	Conferencia Magistral	Dr. Miguel Angel Félix Cruz	México	El viejo ante la muerte
8:50 – 9:40	Conferencia Magistral	Dr. Alberto Cobian Mena	Cuba	Manejo del dolor a través de la Hipnosis
9:40 – 10:30	Conferencia Magistral	Dr. Alejandro Hurtante	El Salvador	Cáncer y ansiedad
10:30 – 11:00	RECESO			
11:00 – 11:50	Conferencia Magistral	Mtra. Adriana Martínez Ramos	México	Posturas ante la Muerte: Una Perspectiva Poética
11:50 – 12:40	Conferencia Magistral	Mtra. Rocío Chávez Contreras	México	Propuesta de la Ley de Ortotanasia para México
12:40 – 13:30	Conferencia Magistral	Mtro. Marco Antonio Polo Scott	México	Los retos actuales de la Tanatología
13:30 – 14:00	CLAUSURA			

CONGRESO

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

Paquete A

Congreso + 2 Cursos Pre-Congreso + Curso Internacional de Hipnosis	
Antes 30 de julio	\$2,500.00
Antes 31 de agosto	\$2,900.00
Septiembre	\$3,500.00

FORMAS DE PAGO

EFFECTIVO Instituto Mexicano de Psicooncología Av. Montevideo No. 635 Col. San Bartolo Atepehuacan Deleg. Gustavo A. Madero México, D.F.
DEPOSITO BANCARIO BANAMEX Instituto Mexicano de Psicooncología Cta. 7740742 Sucursal 278 TRANSFERENCIA ELECTRONICA 002180027877407423 (Enviar comprobante vía fax (0155) 5119-4169 con todos sus datos)

Paquete B

Congreso + Curso Internacional de Hipnosis	
Antes 30 de julio	\$1,700.00
Antes 31 de agosto	\$2,000.00
Septiembre	\$2,500.00

Paquete C

Congreso + 2 Cursos Pre-Congreso	
Antes 30 de julio	\$1,600.00
Antes 31 de agosto	\$1,900.00
Septiembre	\$2,300.00

Informes México, D.F. 57 52 78 60 - 51 19 41 06 - 25 94 49 02

www.centrodetanatologia.com

www.impo.org.mx



“Unidos en torno a la TANATOLOGIA, distintas visiones, un mismo objetivo”

EL VIEJO ANTE LA MUERTE

Por: Marco Antonio Polo Scott

A pesar de las publicaciones que hay con respecto a los viejos, en realidad son pocas las que hacen referencia de la muerte, o como el anciano enfrenta a la misma; ya sea porque piensa en la propia, o la muerte de sus conocidos les recuerda que el tiempo se está acabando.

El anciano vive y revive imaginariamente con sus recuerdos, en ocasiones para consolarse de lo que es ahora, y darle sentido a su vida presente.

También puede ocurrir que la miseria termine por eliminar el pasado, ante la muerte de los amigos, vecinos y familiares el viejo reacciona en algunos casos con tristeza, enojo (sobre todo si la muerte fue lenta y dolorosa) y miedo ante la posibilidad de que su muerte sea igual, la muerte del otro se convierte en el punto de partida de fantasías referentes a sus posibles muertes.

La vejez la podríamos considerar como todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

En algunos casos la vejez conlleva a tres fenómenos: 1.- A sentirse solo o desolado 2.- Sufrimiento 3.- La cercana posibilidad de la muerte.

“Pero no todo es malo”, pensemos en lo ganado: Experiencia, Presencia, Libertad, Intelectualidad, Sensatez.

Como consecuencia del desgaste físico, que a través de los años experimenta una persona, las enfermedades empiezan a manifestarse con mayor fuerza en el viejo incluso se considera que existen enfermedades propias de la vejez: artritis, reumatismo, osteoporosis, diabetes, neuro degenerativas, etc.

Antonio Oriol y Patricia Espinosa (2000) dividen a la vida en tres etapas:

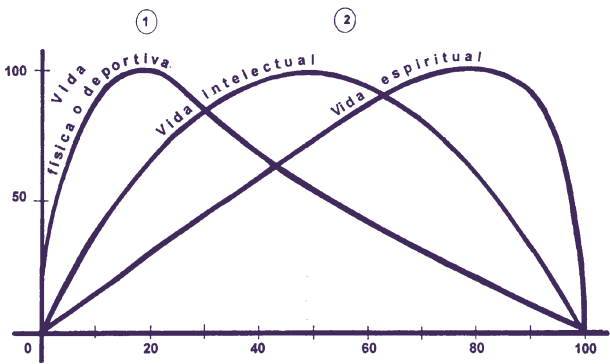
- Primera etapa o de la vida deportiva
- Segunda etapa o de la vida intelectual
- Tercera etapa o de la vida espiritual

La primera etapa es la que tiene su punto máximo alrededor de los 25 años, se refiere a la condición física.

La segunda etapa se refiere a la actividad mental, y el desarrollo de esta área depende de la actividad mental que se tenga, se puede decir que quien llega a los 60 años sin incidentes se halla en la juventud intelectual.

La tercera etapa de la vida es a favor de la espiritualidad, su máxima expresión se da en la vida íntima.

El tiempo de estas edades depende de cada quien



La vejez no depende de la suma de una cantidad de años, sino de la genética, la personalidad, la historia de vida, el estilo de vida actual y el medio ambiente.

De cada uno de nosotros depende crear una cultura para mejorar la calidad de vida del envejecimiento, ya que nosotros también estamos envejeciendo.

EL DUELO EN EL VIEJO

El sistema familiar se ve afectado por el aumento de población vieja, porque a mayor edad, mayor posibilidad de haber sufrido pérdidas significativas y como consecuencia, duelos, los cuales se manifiestan de distintas formas y síntomas, algunas de las características del duelo de los ancianos son las siguientes:

-Interdependencia: los viudos (as) ancianos (as) por lo regular han estado casados durante mucho tiempo, creando profundos lazos de apego y roles familiares bien determinados, el matrimonio genera interdependencia, sin embargo, a su vez crea dependencia. Si las personas en duelo eran dependientes de sus parejas en ciertos roles o actividades, lo más probable es que se de un ajuste difícil, después de la pérdida.

-Múltiples pérdidas: con la edad y con el tiempo el número de muertes de amigos, conocidos y miembros de la familia se incrementa. Esta situación cada vez mayor de pérdidas puede hacer que la persona no tenga tiempo para elaborar sus duelos que a su vez se pueden añadir a otras pérdidas, como la jubilación, discapacidades físicas, funcionamiento cerebral, etc.

-Posibilidad de la propia muerte: vivir la pérdida de personas de su generación, pareja o hermanos, puede incrementar la posibilidad de la propia muerte, la cual puede producir depresión o ansiedad.

-Aislamiento: algunos viejos viven sus duelos solos. Vivir solo puede crear sentimientos de aislamiento que se incrementan por el ambiente físico que es el mismo que compartían cuando su cónyuge estaba vivo.

-Adaptación de roles: para los viejos la muerte de la pareja y el efecto que tiene sobre su vida diaria, en algunos casos es más caótico para los hombres que para las mujeres.

Los grupos de apoyo, pueden ser una gran red de respaldo social, ya que ofrecen el contacto humano para aquellos que están experimentando altos niveles de soledad.

El propiciar distintas habilidades en los viejos, con las cuales ellos estén de acuerdo, son con la intención de que no sean demasiado dependientes de sus familiares, ya que estas nuevas alternativas de desarrollo los harán sentirse útiles e independientes.

El apoyo al viejo, por parte de la familia es fundamental, para propiciar una buena calidad de vida, por lo cual es importante que esta, también posea una buena condición y juntos convivan generando salud en su entorno y bienestar para todos.

¡HOSPÉDATE CON NOSOTROS!



**Festeja con
nosotros tus
Eventos**

**a 5 minutos
de la Basílica
de Guadalupe**

¡PAQUETE FIN DE SEMANA!

\$ 765

Hab Sgl/Dbt
más impuestos

DESAYUNO BUFFET INCLUIDO
COCTEL DE BIENVENIDA
CENA ESPECIAL (2 PERSONAS)
2 niños menores de 12 años incluidos
50% de descuento en alimentos para niños
2 noches mínimo Vigencia al 31 de agosto '10

RESERVACIONES: 5747-4520
reservaciones@qualityinnlindavista.com
www.qualityinnlindavista.com
Av. Miguel Bernard N° 670
Col. La Escalera México, D.F.



LINDAVISTA



BY CHOICE HOTELS

CON ESTE ANUNCIO OBTÉN UN 10% EN DESAYUNO O COMIDA
Y UN 15% EN CENA.

No aplica en paquete

Grupos de encuentro con Intervención Tanatológica en los Familiares del Paciente Cardiópata

Por: Sofia Vega Hernández

El origen de la familia suele ser muy interesante ya que surge a raíz del instinto de supervivencia que ha tenido el ser humano desde su existencia ante la necesidad de cubrir sus necesidades fisiológicas (como la alimentación y el sexo) y las de protección ante el temor de peligros externos y por tanto a la muerte, ésta tendencia afiliativa y gregaria que manó y que perfecciono el ser humano a través del tiempo considero que es la piedra angular de lo que hoy en día realiza la familia en pro de la vida y el cuidado de su propio sistema.

Cuando una familia se ve afectada por una enfermedad crónica degenerativa como son las cardiopatías (congénitas y adquiridas) de uno de sus integrantes, automáticamente se presentan una serie de acontecimientos no solo a nivel psicológico, sino también biológico, social, cultural y espiritual siendo la causa de la crisis circunstancial derivada de la amenaza de muerte que acecha en todo momento por lo que es de vital importancia que la intervención tanatológica sea para el paciente y familiares que lo acompañan en este proceso de salud- enfermedad.

La presente investigación fue realizada en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Se llevaron a cabo 9 grupos de encuentro con 52 participantes en total dichas sesiones fueron respaldadas con técnicas de psicoterapia gestalt, logoterapia y expresión emotiva e imaginaria. El método utilizado fue el del maestro Polo Scott para terapia de grupo. Se obtuvo el consentimiento informado, asimismo se videograbaron y audiograbaron las sesiones para el análisis de datos. Los criterios utilizados se encuentran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Criterios utilizados

CRITERIOS	CARACTERISTICAS
Inclusión	Familiares de pacientes de la Terapia Intensiva Postquirúrgica, que desearon participar en el grupo de encuentro.
Exclusión	Personas con dificultad en la comunicación o alteración en el movimiento
Eliminación	Personas que llegaron tarde a la sesión.



Los datos obtenidos en las sesiones de los grupos de encuentro fueron los siguientes:

Los familiares que asistieron con mayor frecuencia fueron los padres de familia, dato que sugiere que en el ciclo vital de la familia, existe mayor responsabilidad e interés de estos, en buscar el bienestar, seguridad y protección cuando tienen hijos pequeños; ya que existe mayor sentido de pertenencia de los padres hacia los hijos, generado por el amor incondicional. También predomino la presencia del género femenino, por lo que infiero, que la mujer participa con mayor frecuencia en el cuidado del paciente, siendo ésta el cuidador primario, lo que me hace suponer que es la que permanecer mayor tiempo fuera del hogar y alejada de la familia, del mismo modo si existen hijos pequeños tienen que ser cuidados por otros miembros de la familia. En cuanto al género masculino supongo que son ellos quienes se dedican al apoyo económico, y que no pueden estar presentes todo el tiempo en el proceso de hospitalización del paciente.

En los participantes descubro que existen familiares que también tienen enfermedades crónico degenerativas (como la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus) y que dejan de tomar su tratamiento médico en el tiempo relacionado a la hospitalización del paciente sin ser necesariamente los cuidadores primarios, asimismo que si presentan alguna enfermedad en este periodo no acuden al facultativo para iniciar el tratamiento médico.

Asimismo con los testimonios obtenidos logro identificar cuatro etapas en los familiares durante el proceso de salud enfermedad del paciente cardíopata:

I. Cuando el familiar es enterado de la cardiopatía del paciente. Desde el primer instante la familia vive momentos críticos en diferente intensidad de acuerdo a las circunstancias del paciente; a la cardiopatía se le

relaciona con la muerte y existen pensamientos catastróficos a futuro y a corto plazo en el momento del diagnóstico médico.

Las emociones más frecuentes son el miedo y la tristeza emanados ante la amenaza de la integridad y/o vida de su ser querido aún cuando la cardiopatía no es compleja y tenga buen pronóstico; evaden la palabra muerte y se activa un proceso de duelo el cual es impulsado ante el peligro, ya que al existir amor y afecto se hace presente el sentido de pertenencia, generando así la pulsión del duelo.

En el caso de las cardiopatías congénitas, detecto que las mujeres experimentaron culpa ya que asumieron la responsabilidad de la enfermedad de su hijo, con el simple hecho de que el bebé se formo en su vientre, al buscar las razones de dicha enfermedad, lo primero que se cuestionan son sus hábitos y estilo de vida. Por otro lado el hombre es quien reacciona con rabia al no explicarse porque su hijo nació enfermo y el no poder hacer nada por él.

También los familiares experimentan impotencia, generada al no saber qué hacer en esos casos. Manifiestan solidaridad hacia el paciente, e incluso hubo quien mostró empatía deseando estar en los “zapatos” del paciente; lo que me hace suponer que en esos momentos se generan apegos biopositivos, al considerarse entre ellos como un complemento importante en la fortaleza y protección de su ser querido, estimulando a éste a responder a los acontecimientos relacionados a la enfermedad y tratamiento médico (hospitalización, cirugía, procedimientos dolorosos).

En esta etapa no es tan frecuente que los familiares acudan a un ser supremo y quien lo llega a hacer es por miedo a lo desconocido, de hecho me percató de que

ellos no tienen claro que es lo que piden, si protección para el paciente o para ellos mismos.

II. Cuando se ofrece el tratamiento quirúrgico al paciente. La respuesta inmediata es la solidaridad, caracterizándose en esta ocasión, que es dirigida no solo al paciente, sino que también a otros miembros de la familia, el miedo a la muerte aumenta y surge la necesidad de escuchar consejos de otros miembros de la familia para asegurarse de tomar la decisión adecuada. El miedo surge ante la gravedad o estabilidad física de su familiar, la corta edad de este, o el alto riesgo quirúrgico confirmado por el médico.

Me percató que también que con frecuencia los familiares tienen presente que aun con el alto riesgo quirúrgico, es una oportunidad de vida para el paciente ya que de lo contrario, la muerte es segura para éste si no se efectúa el tratamiento propuesto por el médico tratante.

III. Cuando la cirugía cardíaca se realiza en el paciente (el momento de espera). Considero que es la etapa más crítica ya que los familiares expresan que son momentos muy angustiantes y llenos de incertidumbre para ellos. Existe toda una serie de pensamientos, emociones e ideas tanto agradables como desagradables, por ejemplo: la percepción de la desintegración del yo (“yo me sentí que me desmoronaba en ese momento”) y la presencia de sentimientos ambivalentes (como el mencionar estar muy triste por no estar junto a su ser querido y estar al mismo tiempo alegre de que se esta haciendo algo por este).

También es característico la idealización de los familiares hacia el médico cirujano, manifestada en la distorsión de su imagen ya que buscan atributos y virtudes en éste, elevándolo a un grado de “Dios o enviado de Dios”.

IV. Cuando el paciente es trasladado a la terapia intensiva postquirúrgica (momentos decisivos). Con mayor frecuencia los familiares se sienten tranquilos al ver que su ser querido logró conservar la vida, hay quienes están conscientes de que el peligro aún continúa lo que les genera angustia, estrés, preocupación y miedo.

En esta etapa es muy notable que los familiares dejan de idealizar al médico cirujano y que su atención regresa al ser supremo; además identifiqué el comienzo de una especial vigilancia de los familiares hacia el equipo electromédico utilizado para el monitoreo hemodinámico y tratamiento médico del paciente, ya que dan por hecho que la disminución en la infusión de los medicamentos intravenosos o el retiro de dicho equipo, es signo de mejoría en el paciente.

Hasta aquí concluyo las etapas que identifico en los familiares durante el proceso de salud enfermedad del paciente cardíopata.

Por otro lado, los grupos de encuentro también permitieron a los participantes reflexionar sobre su experiencia en el aquí y el ahora, surgiendo de estos momentos un aprendizaje de vida, el cual tiene ciertas características y son descritas en el cuadro No. 2.

Cuadro No.2 Características del aprendizaje en los participantes de los grupos de encuentro.

Aprendizaje en los participantes	Características
Surgen de momentos críticos	Son producto de la reflexión humana.
Es personalizado.	Aunque se trate de un mismo aprendizaje en varias personas, cada uno de ellos tiene un sentido propio y justamente esa característica lo hace valioso.
Está cimentado en el sentido de vida y en valores	Existen muestras de un amor total e incondicional que un ser humano le puede expresar a otro, en el momento de darle un valor a la sola existencia de éste y considerarlo como un miembro indispensable de la familia, existe libertad y responsabilidad de cuidarlo, acompañarlo, protegerlo y compartir tiempo con éste.
Es un proceso que se inicia y que continúa a través del tiempo.	El aprendizaje queda firmemente impulsado.

Conclusiones. Con relación a los grupos de encuentro constato de que son de gran utilidad para la contención emocional de los familiares que se encuentran viviendo la experiencia de tener a un ser querido en la terapia intensiva postquirúrgica, la estructura secuencial y las técnicas de psicoterapia ofrecen la oportunidad de que los familiares expresen su experiencia vivida, de escuchar a otras personas con situaciones similares a la de ellos, de ser informados sobre el proceso salud-enfermedad en ellos mismos y reflexionar sobre el aprendizaje personal que le deja esta experiencia (la de tener un integrante de la familia enfermo), aprendizaje que sin duda alguna podrá ser de gran utilidad en otro tipo de situaciones adversas.



Asimismo los grupos de encuentro ofrecen la oportunidad a las instituciones de salud u hospitales de alta especialidad de brindar un trato más humanizado e integral, en donde se tome en cuenta al paciente y a su familia durante el proceso de hospitalización. De la misma forma, cuando el paciente fallece y solicitan la intervención del servicio de tanatología, para los familiares, el tanatólogo ya no es una persona extraña y ajena a su pérdida, por lo que existe mayor confianza para poder expresar sus emociones y continuar el proceso psicoterapéutico que se inicio en los grupos de encuentro de acuerdo a las necesidades actuales de los familiares.

La dulce y loca idea de vivir por amor

Por: Carlos Ramírez Hernández

Cuando hacemos el amor con una mujer nos vengamos de todas las cosas malas que nos derrotaron en la vida
CRH

Es en la experiencia de la entrega total que todas las caídas sufridas en la vida toman sentido, nada nos detuvo para poder disfrutar el goce del cuerpo, vencimos cualquier dificultad, festejamos la vida con el placer de estar juntos.

La experiencia amorosa es telúrica, genera fuertes movimientos internos, transforma las rígidas estructuras externas, muestra cosas que hasta ese momento eran inimaginables, pues se ignoraba que se podría amar tanto.

Cuando se crea una relación amorosa habitan temores, se tienen ganas de sentir y amar y de que esto sea recíproco. Es el deseo lo que nos habita, sentimos cómo el amor se posa en las manos, entonces queremos contárselo a otras personas, esas son historias que se contarán por siempre, otras historias se olvidarán prontamente y otras más nos llegarán a afectar sin que ni siquiera nos enteremos.



Si la vida no se transforma no es amor, es en esta experiencia que lo cotidiano se altera con besos y caricias, si no fuera así se convertiría solamente en una breve historia en el tiempo.

Ante el amor se comparte el temblor del cuerpo, la sudoración; los brazos de ambos cobijan sin confesar que están asustados por atreverse: ante la presencia del amor no siempre se entiende lo que se ve. Para las personas que solo se imaginan una relación de pareja sin atreverse a vivirla, el tiempo y el amor pasarán frente a su vida mientras están mirando hacia otro lado.

A veces cuando finaliza una relación se descubre que se amaba tanto eso que tanto disgustaba, con el tiempo se vuelve más claro que había dos partes que habitaban la relación, la luz que hacía idolatrar a la persona amada y la oscuridad aniquilante de no aceptar a la otra persona como realmente era.

Ser pareja confronta con la propia cordura o locura, mostramos disponibilidad o no tenemos tiempo para el vínculo, ¿serás acaso del grupo de personas que no tienen tiempo para vivir?, ¿para amar? o ¿serás de los que saben que la vida terminará en algún momento?

Ella: ¿Tienes tiempo? Él: Siempre

Entonces toma sentido decirnos novios, pareja, sentir que pertenecemos a algo más allá de nuestro Yo: el nosotros. En los vínculos que creamos con otras personas viene la transformación, la ruptura, la fragmentación, cuando estos finalizan nos confrontamos con nosotros mismos.

Hay gente que es muy bella, aunque no sepan qué hacer con su belleza, es el amor el que mostrará el múltiple camino, hacia fuera y hacia adentro, hacia arriba y hacia abajo.

Para experimentar **la dulce y loca idea de vivir por amor**, todas las mañanas se requerirá la convicción de que se puede ayudar a transformar la vida de otra persona y permitir que suceda lo mismo con la propia.

El Duelo y el Juego

Por: Adriana Martínez Ramos

Cuando un ser humano se enfrenta con su propio dolor ante la pérdida de un ser querido, el desequilibrio es generalizado en todas sus dimensiones de desarrollo. La utilización del juego como una herramienta para la resolución del duelo brinda diferentes alternativas tanto de acompañamiento como terapéuticas, ya que el acto de jugar favorece el autoconocimiento y la autocomprensión del individuo. Retomando la concepción existente acerca del tema, el duelo aparece ante alguna pérdida significativa, y es necesario considerar que, a diferencia de los adultos, los pequeños y jóvenes lo viven de manera un poco diferente, pues su dolor se manifiesta de manera más o menos intermitente y les permite un reajuste tanto emocional como social, motor e intelectual acorde con su desarrollo.

El juego terapéutico ha sido desde su descubrimiento, recomendado para todos, tanto para niños como para adultos, ya que permite a quien lo practica ayudarse a sí mismo. Además ofrece la posibilidad de ser llevado a cabo tanto de forma individual, como colectiva. De hecho existen varios tipos de Terapia de Juego y aun cuando puede ser aplicable con todo ser humano, su uso para el trabajo con niños resulta muy enriquecedor e incluso quizás más conocido. Dado lo anterior, nos centraremos en los aspectos del tema, relacionado con los niños y los adolescentes.

Ahora bien, para comprender más acerca del juego como herramienta en la resolución del duelo en los niños, resulta importante conocer un poco acerca de la evolución del juego en la historia del ser humano, ya que es un tema importante en el recorrido de la Psicología Evolutiva. En ocasiones, los juegos se perciben como actividades sin relevancia alguna, que sirven para cubrir los tiempos en los que los niños no tienen tareas que hacer, o en los que sus padres no pueden encargarse de ellos por el exceso de trabajo; En definitiva, como una actividad informal de carácter lúdico, propia de niños. Sin embargo, el juego es mucho más que eso.

El juego, como define Gustav Bally, resulta el fundamento del logro de la libertad y de la autoconciencia, características que se alcanzan, sostienen y consolidan gracias al espacio de juego, tanto en la organización espacial real existente con el entorno, como en los espacios simbólicos que provee al ser humano. Esta comprensión acerca del juego tiene su origen en la observación y consideraciones de las conductas lúdicas en los animales que poco a poco fueron siendo delimitadas e identificadas en los humanos.

El juego es un aspecto fundamental en el desarrollo de los niños. Desde pequeños, los niños van intercalando la imaginación y la realidad para ir descubriendo paulatinamente el mundo que les rodea. Además de ello, jugar contribuye al buen desarrollo psicomotriz del niño, lo cual le será de gran utilidad en sus posteriores etapas de aprendizaje, una vez que se integran también los beneficios que la actividad lúdica brinda a los procesos cognoscitivos, emocionales y sociales.

A través del juego, el niño practica y piensa sobre distintas alternativas de solución a aquello que en su imaginación desarrolla, lo que influye en su desarrollo cognitivo; al idear soluciones originales, fomenta su creatividad; al relacionarse con otras personas (niños y adultos), ayuda a su desarrollo socioemocional; al adoptar puntos de vista externos a sí mismo, ayuda a la construcción del pensamiento infantil, entre otras cosas.

En el caso de los bebés, por ejemplo, la estimulación adecuada de sus sentidos a través del juego es de suma importancia para su desarrollo en lo físico y en lo psicológico. Es por ello que los juegos sensoriales se hacen imprescindibles, pues en ellos encuentran los espacios para conocer su propio mundo.

Más tarde, el niño continua "aprehendiendo" la realidad progresivamente a través del juego. Es por ello que en el ámbito familiar resulta importante y necesario brindar al juego la importancia que merece, el tiempo, e incluso los juegos adecuados, que estimulen los sentidos, que reten al pensamiento, para que el niño trate y logre resolver diversos problemas de una manera segura, interesante y en muchas de las ocasiones divertida también.

Entonces pues, el juego infantil es una actividad esencial para el niño, le proporciona placer y relajación al mismo tiempo que le permite expresar los propios sentimientos por medio de la actividad lúdica y sin la presión de clarificar sus pensamientos de manera consciente y forzada. La actividad lúdica es por sí misma un medio ideal para el aprendizaje pues le permite al niño (y al adulto también) ir descubriendo el ambiente que le rodea y conocerse a sí mismo, permitiendo adentrarse en el terreno de su entorno socio-cultural de manera paulatina, situación que favorece su integración afectiva al mundo social.

Dada naturaleza lúdica del juego, como expresión de libertad, manifestación y expresión de emociones, medio favorecedor del aprendizaje y comprensión; ha sido convertido actualmente en una terapia, y se constituye en sí mismo una magnífica oportunidad para afrontar los problemas, expresar las preocupaciones y afrontar la realidad.

Y esto no solo se da durante el proceso terapéutico del niño en sesiones, sino también en las actividades cotidianas, ya sea en la casa o en la escuela

Entonces, tal y como algunos otros ya lo han mencionado, si se asume que el juego constituye una especie de "estado mental libre" (realizado por voluntad), gratuito (por el que no se espera nada a cambio) y por supuesto placentero. Ayuda en el crecimiento físico, cognoscitivo, emocional y social

Cuando se trata de la Terapia de Juego y retomando algunas consideraciones desde el enfoque Gestalt, se pretende brindar al niño la oportunidad de reconocer sus propios recursos, descubrir por sí mismo los conflictos a los que se enfrenta, buscar, encontrar y poner en práctica sus propias alternativas de solución, todo ello en un entorno terapéutico que le represente y brinde seguridad, aceptación y confianza, involucrando en el proceso a aquellos familiares que, para el niño, representes figuras significativas.

Aun cuando la Terapia de Juego, favorece la resolución de múltiples situaciones de carácter emocional y apoya

diferentes áreas, bien puede ser utilizada y con excelentes resultados en los casos de duelo en niños y adolescentes; en torno al proceso de resolución de un duelo, resulta importante tomar en consideración siempre la edad del niño, el vínculo emocional existente con el objeto o persona perdida, las repercusiones socioafectivas que se manifiestan tanto a nivel individual (el niño) como familiar (demás parientes cercanos) y el grado de comprensión que el niño ha integrado cognitivamente con respecto a la pérdida o la muerte.

Dado lo anterior, la Terapia de Juego cuando los niños o adolescentes atraviesan un proceso de duelo, les permite vivir sus emociones intensamente sin vivir la amenaza de



la situación real, pues en el consultorio de juego, saben siempre que se encuentran protegidos, en un lugar seguro en donde el terapeuta les acompaña; son capaces pues de manifestar todo aquello alrededor del duelo que les sea significativo por medio de diferentes juegos, y es el terapeuta quien, a través de esos juegos que los niños eligen, utiliza diferentes técnicas terapéuticas que favorezcan la resolución de su duelo.

Así pues, aprenden a aceptar lo que sienten y piensan, a expresarlo de distintas maneras y pueden comprender que a pesar del dolor y la tristeza, son capaces de vivir la alegría y la aceptación, pues tienen toda la capacidad de comprender la dualidad del proceso vida-muerte, pues ésta última es solo una pequeña parte de la primera.

La duración del proceso de duelo en los niños puede ser de larga duración cronológica, pues puede durar toda la infancia y resolverse en la adolescencia; en los adolescentes, su duración dependerá de la paulatina transición de sus estructuras mentales-emocionales que van desde su comprensión de la muerte y las reacciones socioafectivas, hasta el desarrollo de las etapas del duelo, pues poco a poco dicho proceso se asemeja más al de un adulto.

A pesar de que el proceso de duelo suele ser de larga duración cronológica para los niños, también es más funcional, pues a diferencia del adulto, no siempre están “pensando o viviendo” dicho duelo, son capaces de continuar con todas sus actividades de manera menos limitante y más agradable, lo cual no quiere decir que no sufran, sino, solo que su proceso es distinto. Muchos



profesionales aseguran que los niños tienen más fortaleza para el cierre de ciclos y las despedidas, situación sumamente necesaria para la resolución del duelo. Además es cierto que los pequeños al estar en desarrollo tienen mayores y mejores oportunidades de aprender, integrar y cerrar ciclos en sus vidas. Y si se utiliza el juego como elemento terapéutico se les brindan innumerables oportunidades para fortalecer su ser y resolver sus duelos.

En muchas ocasiones surge la pregunta “¿Cómo saber si un niño/adolescente ha resuelto su duelo?”. En este punto, es importante considerar que para el niño, el duelo suele ser de larga duración y que existen periodos intermitentes de la manifestación del mismo, razón por la cual, es difícil poder responder esa pregunta con certeza; en cuanto a los adolescentes, aun cuando sus procesos son en cierta medida más similares a los de un adulto, sus reacciones resultan exacerbadas y la volubilidad propia de dicha etapa dificulta también el responder a esa pregunta; siempre será necesario considerar cada caso en específico; incluso, tomemos en cuenta la consideración con respecto al duelo en adultos que menciona que no sabremos si un duelo ha sido ya resuelto o no, sino hasta que se presente una reactivación del mismo, idea que también es aplicable para los más pequeños.

Es por ello que en el manejo del duelo con niños y adolescentes por medio de la Terapia de Juego se atienden sus necesidades presentes, sus conflictos, su dolor, sus desilusiones, sus alegrías, sus esperanzas, sus fantasías, etc, favoreciendo el ambiente adecuado para que el niño desarrolle sus propios recursos contando con el apoyo profesional y familiar.



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.



TITULOS INDISPENSABLES ACERCA DE TANATOLOGIA, GESTALT Y DUELO



**Nuevos Textos: Vejez, Enfermedad y Muerte
La Psicoterapia de la Expresión Emotiva e Imaginería**

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

www.impo.org.mx

Licenciaturas 2010

Dirigidas a: Todos los interesados con nivel de estudios Medio Superior



GERONTOLOGIA

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20100718 / 20 / mayo /2010)

Inicios Plantel Montevideo

- Lunes 4 de octubre de 8:00 a 13:00 hrs. (escolarizada)
- Sábado 9 de octubre de 12:00 a 17:30 hrs.

PSICOLOGIA

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20100719 / 20 / mayo / 2010)

Inicios Plantel Montevideo

- Lunes 4 de octubre de 8:00 a 13:00 hrs. (escolarizada)
- Jueves 7 de octubre de 15:00 a 20:30 hrs.
- Sábado 9 de octubre de 12:00 a 17:30 hrs.



PSICOPEDAGOGIA

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

Inicios Plantel Montevideo

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

Inicios Plantel Tlahuac

- Lunes 4 de octubre de 8:00 a 13:00 hrs. (escolarizada)
- Jueves 7 de octubre 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 (modalidad intensiva)

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.impo.org.mx