

# *Thanatos*

**Tanatología del Siglo XXI**



**Parkinson**

**Malformaciones  
Congénitas**

**Cuidados Paliativos en  
Pacientes Oncológicos**

**Hablando de Hipnosis**



# Marco Antonio Polo Scott

Administrador y Psicólogo por la Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad UNIVER.

Cursó las Maestrías en Administración Pública, Psicoterapia Gestalt e Hipnosis Ericksoniana, en la actualidad cursa el Doctorado en Desarrollo Humano.

Realizó estudios de Posgrado en Psicooncología en Buenos Aires, Argentina, Hipnosis Profunda en Barcelona, España, así como los Diplomados en Sexualidad, Adicciones, Parejas, Tanatología y Programación Neurolingüística.

Director del Instituto Mexicano de Psicooncología y del Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, S.C.

Editor de la Revista Thanatos Tanatología del Siglo XXI

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
- Vejez, Enfermedad y Muerte
- Los símbolos en el tiempo
- Psicoterapia Gestalt en el Manejo y Resolución de Duelo
- La Hipnosis en la Psicoterapia de la Expresión Emotiva y la Imaginería
- Intervención Psicosocial en los Cuidados Paliativos

Vicepresidente de la Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica  
Conferencista a Nivel Internacional, investigador y Psicoterapeuta.  
Ganador del premio “EXCELSIS” y medalla Siervo de la Nación en reconocimiento al mérito como Ciudadano Distinguido.



**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

**OPINIONES Y SUGERENCIAS**  
marcoapolos@hotmail.com

**INFORMES, SUSCRIPCIONES Y VENTA**  
**DE ESPACIOS PUBLICITARIOS**  
Atención Lic. Ana Ma. Rico Cárdenas  
5119 4106 / 5752 7860 / 2594 4902  
anamariaricocardenas@yahoo.com.mx

[www.centrodetanatologia.com](http://www.centrodetanatologia.com)  
**DERECHOS RESERVADOS**  
[www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx)  
Marca Registrada THANATOS

Registro 1044256 - 1100244

**Volumen 8**  
REVISTA DE TANATOLOGIA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 2, No.8, noviembre-diciembre 2010 es una publicación bimestral, editada por Marco Antonio Polo Scott. Av. Montevideo No. 635, 1er. Piso, col. San Bartolo Atepehuacan, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07730, México, D.F., Tel. 5119 4106, marcoapolos@hotmail.com, www.centrodetanatologia.com; Editor responsable: Marco Antonio Polo Scott. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2009-120113514900-102, ISSN: en trámite. Licitud de Título y Contenido No.14808, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por REGRADI, S.A. DE C.V., Mendelssohn No. 142, col. Vallejo, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07870, México, D.F., éste número se terminó de imprimir el 23 de diciembre del 2010, con un tiraje de 5,000 ejemplares.  
Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.  
Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del editor.  
El editor considera sus fuentes como confiables, sin embargo

# Contenido



- 5.- Editorial
- 6.- Parkinson
- 10.- Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos
- 14.- 2do. Congreso Internacional de Tanatología del Sigo XXI
- 17.- Hablando de Hipnosis
- 18.- Intervención Quirúrgica de Hernioplastía Umbilical con Hipnosis Terapéutica
- 20.- Malformaciones Congénitas
- 24.- Primera Generación de la Maestría en Psicooncología
- 25.- Envejecimiento
- 32.- Seguimos Creciendo



# Maestrías



Dirigidas: a todas las personas interesadas en el tema con nivel de estudios de Licenciatura; asistiendo a clases un día a la semana.

# Tanatología

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20080221 / 7 / Marzo / 2008)

septiembre 2011

# Psicooncología

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20081350 / 24 / Junio / 2008) (RVOE 20090905 / 7 / Octubre / 2009)

septiembre 2011

Duración: 25 Meses    Inscripción Anual: \$1,950.00    Mensualidad: \$1,950.00

## Plantel Santa Catarina

Calle Felipe Amador  
(Calle 5) No. 17  
Col. Santa Catarina Yecahuitzotl  
Del. Tlhuac  
México, D.F.  
www.impo.org.mx  
Tel.: 5860 3511

## Plantel Tlalpan

Calz. Tlalpan No. 1471  
(Metro Ermita)  
Col. Portales,  
Del. Benito Juárez  
México, D.F.  
Tel.: 2594 4902

## Plantel Montevideo

Av. Montevideo No. 635  
(casi esq. con Av. Cien Metros),  
Col. San Bartolo Atepehuacan  
Del. Gustavo A. Madero  
México, D.F.  
www.centrodetanatologia.com  
Tels.: 5119 4106 / 5752 7860

Inscripciones Abiertas

# L A I R O T I D E

Querido lector:

Este es un año de muchos y variados logros, los cuales no quisiera dejar pasar sin mencionarlos. En primer lugar, el Instituto Mexicano de Psicooncología, incrementó su oferta educativa al iniciar la impartición de las Licenciaturas en Psicología y Gerontología, asimismo, se abrieron los planteles de Santa Catarina en el oriente de la Cd. y Tlalpan en el sur, que se unen al plantel de Montevideo en el norte del D.F.

Se iniciaron los trabajos de Doctorado y Maestría en Tanatología, en la hermosa Cd. de Victoria, Tamaulipas. Así mismo las sedes de Torreón y Tlaxcala con educación continua, impartiendo el Diplomado de Tanatología, en conjunto con el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo.

Por otro lado, se realizó el 2° Congreso Internacional de Tanatología del siglo XXI y los Primeros Encuentros de Psicooncología Humanista e Hipnosis Terapéutica con excelentes resultados.

En lo personal, uno de los méritos más importantes, fue el recibir la medalla de honor por parte de la Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica, por mis aportaciones en el campo de la Hipnosis.

Hablando de la Hipnosis, resalto los resultados obtenidos por la División de Hipnosis Terapéutica, que tengo el gusto de dirigir y que la integran los Drs. Rafael Cedillo Guerra y Rafael Guevara García, así como el Psicólogo Juan Carlos Cedillo Velázquez, y con la cual obtuvimos resultados más que maravillosos como fueron: El Procedimiento Tamaulipas para endoscopias superiores y colonoscopia con uso de hipnosis, El procedimiento de reconstrucción de nariz Cedillo-Cedillo y la Primera Intervención Quirúrgica de Hernioplastia con apoyo total de hipnosis y que nos coloca en la cima de la hipnosis terapéutica en América Latina.

No puedo dejar de mencionar los libros que escribí este año, como fueron: "Intervención Psicosocial en los Cuidados Paliativos", "La Hipnosis en la Psicoterapia de la Expresión Emotiva y la Imaginería" y "Enfermedad, Vejez y Muerte" que se unen a mis obras literarias ya publicadas, ya viene en camino el segundo libro de Cuidados Paliativos y el primero de Psicooncología Humanista.

Claro, esto no sería posible sin el gran equipo con el que cuenta el IMPO, entre los que sobresalen las Maestras Patricia Polo, Ana María Rico y Beatriz Chávez.

Asimismo egresó la "Primera Generación de la Maestría en Psicooncología" con un total de 23 egresados que se convierten en los primeros maestros en esta disciplina.

Son tantos logros que tan solo he comentado algunos de ellos.

En este momento te invito a que leas los artículos de este número: "Parkinson", "Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos", "Malformaciones congénitas" y "Envejecimiento" que seguramente serán de tu interés.

Te deseo lo mejor para ti, ahora y en todo momento.

Marco Antonio Polo Scott.  
marcoapolos@hotmail.com



# Parkinson

Por: Marco Antonio Polo Scott

**H**oy en día el aumento de pacientes con enfermedades crónicas se ha venido incrementando sustancialmente, dentro de este tipo se encuentran las enfermedades neuro-degenerativas como es el caso del Parkinson.

El Parkinson es un proceso neurológico degenerativo, es decir, es una enfermedad neurológica progresiva, crónica, incurable y empeora de manera gradual dependiendo de varios factores.

En la enfermedad de Parkinson se ven afectadas principalmente las neuronas del área del cerebro conocidas como sustancia negra, cuando las neuronas de la sustancia negra degeneran, se altera la capacidad del cerebro para generar movimientos corporales, esta alteración produce los signos y síntomas característicos de esta enfermedad: temblor, rigidez, acinesia e hipocinesia (ausencia de movimientos o pérdida de movimientos espontáneos) y bradicinesia (lentitud del movimiento); y problemas con la marcha y la postura.

## Síntomas de la Enfermedad de Parkinson

Los tres síntomas principales de la enfermedad son los siguientes:

- 1.- Temblores (tremor)
- 2.- Rigidez muscular (rigor)
- 3.- Retardación de los movimientos y falta de fuerza muscular (asinecia)

Con mucha frecuencia, los enfermos de Parkinson son tratados durante meses e incluso años como reumáticos. Los enfermos se quejan de dolores articulares en hombros, caderas o en la región lumbar. Las exploraciones radiológicas no siempre muestran los signos de desgaste, estos pacientes son tratados con los diferentes medicamentos antirreumáticos, pero sin éxito. Los dolores aparecen porque la rigidez muscular (rigor) provoca una contractura de la musculatura.



Un segundo síntoma temprano es la retardación de los movimientos, que en numerosas ocasiones el paciente mismo no percibe. Solamente los familiares notan que el enfermo se cansa con más rapidez cuando anda y arrastra los pies al hacerlo. Cuando se explora al enfermo en esta fase no siempre se encuentran síntomas objetivos de la enfermedad.

También, la postura encorvada del cuerpo, en algunas ocasiones, es un síntoma temprano de la enfermedad, algo que en las personas de edad avanzada no constituye nada anormal. El enfermo mismo prácticamente no se ve limitado, solamente los familiares perciben un cambio en la postura e intentan animar constantemente al enfermo a ponerse recto o a levantar la cabeza. También, es posible que se produzca una pérdida de peso.

Un síntoma temprano que el paciente nota antes que los familiares es el trastorno de la motricidad de precisión. El anudarse la corbata, por ejemplo, se convierte repentinamente en un problema. Abrir los botones de la manga resulta difícil y se hace con mayor lentitud. Al comer tienen que hacer un esfuerzo para cortar la carne. También, el retardamiento de la escritura y, sobre todo, la reducción del tamaño de las letras, llama pronto la atención de paciente.

Finalmente, años antes de la aparición de los síntomas claros de la EP, se observan cambios en

el estado de ánimo. Los pacientes se muestran malhumorados sin razón aparente, sin ánimos ni alegría, sin empuje y sin capacidad para tomar decisiones. Se quejan de sufrir de ansiedad e insomnio. Estos estados de malestar endógenos (sin causa externa) aparecen sin motivos objetivables y se fundamentan en los mismos cambios químicos que determinan la aparición de la enfermedad. En los casos de depresión, las carencias químicas pueden subsanarse, mientras que en la EP muestran un avance constante.

## Temblores (tremor)

El primer signo que permite que una persona reconozca la enfermedad de Parkinson es el temblor. Se trata de un movimiento de vaivén rítmico e involuntario. Con frecuencia, los pacientes solamente notan el temblor internamente antes de que se haga visible al exterior. Una forma especial de temblor, característica del Parkinson, es el denominado temblor en descanso, es decir, las manos solamente tiemblan cuando se mantienen quietas. Cuando se mueven las manos o los pies, el temblor desaparece.

Esta forma de temblor es el resultado del ritmo propio de la médula espinal. Normalmente, este ritmo propio está reprimido por medio de ciertos mecanismos del troncoencéfalo. En los casos de lesiones funcionales de estos mecanismos se produce el temblor.

La primera aparición del temblor suele estar acompañada de situaciones de estrés, en numerosas ocasiones después de operaciones con un tiempo prolongado bajo anestesia o situaciones con una fuerte carga emocional (accidentes), pero también después de infecciones generales (gripe).

El temblor suele comenzar por una mano, se extiende después a la otra o hacia un pie. Al enfermo le resulta especialmente desagradable que se intensifique cuando está dominado por estímulos afectivos.

## Rigidez Muscular (rigor)

El rigor se caracteriza por una tensión muscular constante e involuntaria. Este aumento del tono muscular o contractura muscular se produce en los agonistas y antagonistas de forma uniforme y simultánea. Normalmente, cuando se realiza la flexión del brazo en el codo, se tensa el músculo flexor (músculo bíceps = agonista) y se relaja el músculo extensor (músculo tríceps = antagonista) del codo.

Ello hace posible el movimiento de flexión. Cuando existe rigor muscular no es posible relajar el músculo extensor, de forma que el movimiento de flexión solamente puede realizarse con gran esfuerzo tanto de forma pasiva como activa. Cuando el paciente se encuentra totalmente inmóvil tiene la sensación de estar rígido. Al producirse el movimiento pasivo del brazo, se observa una resistencia igual en todas las direcciones. Esta resistencia es la causa de la rigidez y bloquea la movilidad activa de las extremidades.

La contractura constante produce dolor, tal y como ya se ha comentado. El rigor de la musculatura de la nuca suele producir cefaleas que irradian desde la nuca hasta la frente. La contractura de la musculatura de la nuca reduce la circulación sanguínea a través de las arterias que se extienden desde la columna cervical hasta el cerebro. Ello provoca un déficit en la irrigación cerebral y, en consecuencia, cefaleas.

## Retardación de Movimientos (acinesia)

La acinesia es una forma particular de los trastornos de la movilidad. El paciente únicamente puede moverse con lentitud y tiene dificultades



para iniciar los movimientos. Los impulsos necesarios para adoptar la postura sentada desde la acostada, para dar los primeros pasos estando de pie, solamente se consiguen después de muchos intentos. También, el desarrollo de los mismos es más lento y la fuerza que se genera es notablemente inferior.

#### Trastornos Vegetativos

Junto a los trastornos motores como el temblor, el rigor y la acinesia, el enfermo de Parkinson también presenta trastornos vegetativos. El sistema nervioso vegetativo es aquella parte del sistema nervioso central que se regula de forma independiente a nuestra voluntad y sin afectar a nuestra conciencia. Controla la circulación sanguínea, el sistema digestivo, los niveles hormonales, la actividad del hígado, el riñón, etcétera. Cuando la carga de estrés de la vida diaria o los problemas psíquicos sobrecargan la capacidad de compensación del sistema vegetativo los trastornos en sus funciones aparecen en la conciencia y producen molestias. En los casos normales, estas funciones vegetativas son controladas mediante mecanismos de retroalimentación (feedback). Si, por ejemplo, una secreción masiva de noradrenalina aumenta la presión arterial, una función de retroalimentación provocará una liberación de serotonina que reducirá de nuevo la presión sanguínea. Si esta baja en exceso (teniendo como consecuencia, fatiga y vértigo), se liberará noradrenalina mediante la misma regulación de feedback, lo cual regulará la presión arterial.

#### Trastornos Psíquicos

Los sentimientos tales como el deseo o desinterés, alegría, miedo, bienestar y malestar tienen su representación en el cuerpo calloso del tronco cerebral. Un acontecimiento externo a la persona puede provocar una emoción en esta región.

Pero también, otras cualidades emocionales, como rabia, ira y agresividad, están representados en esta región cerebral. Duermen en exceso o demasiado poco. Tienen sueños muy intensos. Comen mucho y a pesar

de ello están delgados. Viven en un estado de letargo y apatía durante el día, prácticamente no cruzan palabra con sus familiares, o bien muestran una actividad frenética que puede convertirse incluso en agresividad.

La forma más frecuente de los trastornos afectivos de los EP es el estado de ánimo depresivo.

#### Tratamiento

El Parkinson varía de una persona a otra. Es imposible considerar que un solo tratamiento será el adecuado para todos.

La fisioterapia se usa con el Parkinson, aunque es claro que no puede corregir todo el problema. Muchas personas han encontrado extremadamente útil después de una recaída o cuando han quedado inmovilizadas a causa de una operación. En estas situaciones, la fisioterapia ayuda a las personas a seguir con su vida normal y restaurar la confianza que pudieran haber perdido. También, es de mucha ayuda para personas que están teniendo dificultades para caminar.

La terapia del lenguaje puede ser de gran beneficio para algunas personas enfermas de Parkinson, que tengan problemas con el lenguaje o la deglución.

Puede haber una amplia gama de problemas de lenguaje, desde volumen bajo y ronquera, hasta dificultad para comenzar a hablar o hablar demasiado rápido, así que es importante conseguir la ayuda de un terapeuta del lenguaje, con un interés especial en Parkinson.

Un dietista puede participar de varias maneras, aquí existen varias posibilidades. Cuando la persona sufre de diversos movimientos involuntarios severos o presentan los síntomas de “movilidad, e inmovilidad”, un enfoque que se puede adoptar es reducir o reorganizar la ingestión de proteína en su alimentación.

#### Tratamiento Quirúrgico

La operación se conoce como talamotomía estereotáctica. Esto, implica introducir una

aguja muy fina en el cerebro y ocasionar un daño cuidadoso y selectivo a ciertas células del tálamo. El tálamo es la parte del cerebro (localizada cerca de la sustancia negra) que es responsable de transmitir la información de lo que está ocurriendo en el cuerpo, desde los órganos sensoriales hasta las diversas partes del cerebro. El objetivo de la operación es reducir los temblores mediante la “desconexión” de algunos circuitos hiperactivos dentro de esta parte del cerebro.

El masaje de la musculatura contraída resulta también muy beneficioso, sobre todo en las zonas anquilosadas cercanas al tronco, hombros y caderas, así como en la musculatura de la espalda (cuya contractura provoca neuralgias secundarias en algunos segmentos de la misma), puesto que todos esos músculos responden muy positivamente a los rozamientos superficiales produce, igualmente, una sensación agradable a los enfermos que presentan edemas en los pies. La finalidad del masaje es unificar, coordinar e integrar cuerpo y mente, estimulando nervios y músculos.

La terapia ocupacional busca la adaptación e integración social a través de la independencia funcional del paciente en el desarrollo de las actividades cotidianas, tanto relacionadas con la higiene diaria, el vestido, la alimentación, la limpieza y mantenimiento del hogar, las compras o la preparación de la comida, como aquellas otras que se refieren a las actividades laborales y de ocio.

La terapia psicológica ayudará a prevenir o disminuir, según los casos, los trastornos psicológicos más frecuentes en la EP: la ansiedad, la depresión y el aislamiento social. Los problemas emocionales se derivan de la propia disfunción cerebral que ocasiona la enfermedad pero, con frecuencia, resultan también de las dificultades que genera la aceptación de la realidad y el fracaso en la adaptación a la nueva situación; en cualquier caso, empeoran aún más la calidad de vida.

Tai chi es una disciplina china que brinda especial atención al ejercicio, postura, equilibrio, movimientos fluidos y meditación.

Como se ha mencionado previamente, el ejercicio es vital para pacientes con Parkinson, y el tai chi es una forma de ejercicio con la que pueden pasarlo bien. El tai chi también presta atención a la disciplina mental, a menudo deficitaria en los programas de ejercicio tradicional, y desarrolla el equilibrio y la estabilidad, dos áreas que a menudo no responden bien a la medicación antiparkinsoniana actual. Para muchas personas, los movimientos fluidos del tai chi producen tranquilidad y satisfacción al tiempo que proporcionan una sensación de bienestar general. Un pequeño estudio de investigación indicó que el tai chi puede beneficiar a algunos pacientes con Parkinson, pero sigue por dilucidarse desde el punto de vista científico si el tai chi confiere alguna ventaja sobre los programas de ejercicio estándar.

Terapia de Quelación es otra estrategia no tradicional utilizada por pacientes que solicitan medicinas alternativas. La terapia de quelación representa la administración intravenosa de agentes quelantes, que eliminan los metales y otras sustancias del organismo uniéndose a los mismos. Los agentes quelantes se utilizan en la medicina occidental para tratar las intoxicaciones o sobredosis de algunos metales como el plomo. Sin embargo, no se dispone de pruebas de que la exposición a metales se asocie a la enfermedad de Parkinson y, por consiguiente, no existe una base racional para administrar quelantes en esta enfermedad.

La Terapia con Hipnosis es posiblemente la mejor alternativa no medicamentosa para el tratamiento de EP, sin embargo, su eficacia se incrementa sustancialmente con la combinación de otros alternativos.

La enfermedad de Parkinson no afecta exclusivamente al paciente enfermo, sino también a la familia, por lo cual, está considerada dentro los distintos tratamientos psicológicos que se llevan a cabo, permitiendo una mejor calidad de vida para todos.



# Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos

Por: Marco Antonio Polo Scott

**E**l objetivo de la atención oncológica es atender y cuidar al paciente en todo momento, con una visión integral, abarcando desde el momento del diagnóstico, el proceso evolutivo (cuidados clínicos, tratamiento, seguimiento hasta la curación o hasta la etapa terminal) desde el enfoque de un modelo bio-psico-social que administre una atención globalizadora, que comprenda al enfermo en la totalidad de su realidad.

En el 2002, la OMS redefine los cuidados paliativos como aquellos que intentan aumentar la calidad de vida de pacientes y familiares, mediante la prevención, la identificación precoz, el tratamiento del dolor y la atención de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Para una atención armónica de los pacientes oncológicos, los cuidados paliativos deben ser aplicados desde el diagnóstico.

De esta manera, el concepto de cuidados paliativos queda incluido en un concepto más amplio, como es el de cuidados continuos, donde todos estos objetivos se ofrecen al paciente desde el diagnóstico de la enfermedad. Recomendándose la continuidad asistencial en cada fase de la enfermedad, soslayando cambios en el equipo asistencial responsable. La creación de un programa integral que coordine la estructura asistencial, evita redes paralelas, desgastes innecesarios; esto permite una mayor cobertura de apoyo a pacientes y familias que lo requieran.

En la esfera de la oncología clínica cuando ya no hay posibilidades de curación, la paliación tiene como finalidad, aumentar la calidad de vida del paciente, lograr alivio de los síntomas, apoyo a las familias, sin intentar alargar la supervivencia. Deben de cubrirse los requerimientos físicos, psicológicos, sociales y espirituales tanto de la persona enferma como de la familia, llegando incluso, si es requerido, al proceso del duelo.

## Alivio de síntomas

Es de suma importancia realizar una valoración médica precisa, que permita un equilibrio entre no someter al paciente a exámenes infructuosos y costosos, tratamientos agresivos e inoportunos, y por otro lado, no descuidar los exámenes clínicos necesarios que sean capaz de revelar o pronosticar situaciones que pudieran afectar de manera grave la calidad de vida del paciente. Valorar entre cuánto beneficio y cuánto deterioro se obtendrá con determinado tratamiento o con determinada abstención terapéutica. No sobre-tratar ni sub-tratar al paciente. No perder el eje conductor de los cuidados paliativos, cuidar personas y no de curar enfermos. La postura clínica será de indicar un tratamiento rápido y eficaz de los síntomas potencialmente reversibles y que tenga como finalidad la calidad de vida del enfermo. Lo importante es tomar las mejores decisiones en el estado en que se encuentre el enfermo terminal sin apresurar su muerte ni prolongar su agonía.

## Buena comunicación

El paciente como la familia es fundamental que conozcan el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

El concepto de “dolor total” (sufrimiento) comprende mucho más que el elemento físico, comprende una variedad de situaciones y factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, religiosos, económicos, etc. La presencia y conjunción de ellos es lo que hace que sea una experiencia de dolor individual, único e irrepetible. La comunicación es el medio indispensable e ineludible para acercarse al “dolor total” del paciente. Por ello es que debe ser franca, fluida, cordial y respetuosa; ya que por medio de ella podrá crearse no sólo el intercambio de información, sino lo que se llama vínculo interpersonal con el paciente.

## Apoyo Psicosocial

Se refiere a promover la actividad del paciente en aquellas tareas o auto cuidados que aún es capaz de realizar y que ha abandonado, ya sea por propia decisión o por que la familia, por temor, le ha restringido.

Una enfermedad crónica progresiva e incurable, entre otras características, trae aparejado un sufrimiento que es multidimensional ya que abarca todos los aspectos del ser humano. Sólo una de ellas, la enfermedad, es posible de ser manejada por el médico. Las otras dimensiones del sufrimiento, psicosocial y socioeconómico, necesitan un abordaje específico, que no es el biomédico. Por tal motivo se necesita de la interacción de un equipo interdisciplinario, ésta es la posibilidad de ir construyendo, junto a la persona enferma y su familia, los apoyos necesarios para afrontar estos desafíos de la mejor manera posible.



Dolor y Cáncer

El control del “dolor total” debe ser entendido para poder realizar la correcta analgesia del paciente, los diferentes componentes son: el dolor físico, psíquico, social, espiritual, económico y burocrático. El control del dolor físico se basará dentro de lo posible, sobre un diagnóstico preciso de las causas que lo están provocando.

La buena y eficiente práctica clínica en esta circunstancia podría resumirse en: realizar un examen clínico breve y considerado, indicar las medidas analgésicas pertinentes y después, realizar los exámenes paraclínicos que corresponden.

El dolor crónico exige ser calmado de manera permanente. La analgesia deberá ser empleada de forma regular, el principal objetivo será determinar la dosis adecuada del analgésico necesario para cada enfermo y aumentar hasta que no sufra más.

Componente emocional del dolor

- Agentes que aumentan el umbral del dolor: sueño, reposo, terapia ocupacional, reducción de la ansiedad, comprensión.
- Agentes que disminuyen el umbral del dolor: insomnio, miedo, ansiedad, depresión, aislamiento, abandono social.

La atención de pacientes oncológicos debe de ser realizada por un equipo de profesionales competentes en su área pero al mismo tiempo empáticos para poder comprender las diferentes problemáticas que presenta el enfermo y así mismo la familia, por lo cual la necesidad de contar con un equipo inter y multidisciplinario es una obligación que el día de hoy, todos los involucrados debemos de asumir.



# Licenciaturas



Asistiendo  
a clases  
un día a la  
semana

Dirigidas: a todas las personas interesadas, con nivel de estudios Medio Superior.

## Psicología

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

septiembre 2011

## Gerontología

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

septiembre 2011

## Psicopedagogía

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20081591 / 16 / Junio / 2008) (RVOE 20090904 / 7 / Octubre / 2009)

septiembre 2011

Duración: 3 Años

Inscripción: \$1,350.00

Mensualidad: \$1,350.00

**Plantel Santa Catarina**

Calle Felipe Amador  
(Calle 5) No. 17  
Col. Santa Catarina Yecahuitzotl  
Del. Tlahuac

México, D.F.  
www.impo.org.mx  
Tel.: 5860 3511

**Plantel Tlalpan**

Calz. Tlalpan No. 1471  
(Metro Ermita)  
Col. Portales,  
Del. Benito Juárez

México, D.F.  
Tel.: 2594 4902

**Plantel Montevideo**

Av. Montevideo No. 635  
(casi esq. con Av. Cien Metros),  
Col. San Bartolo Atepehuacan  
Del. Gustavo A. Madero

México, D.F.  
www.centrodetanatologia.com  
Tels.: 5119 4106 / 5752 7860

Inscripciones Abiertas



# 2do. Congreso Internacional de TANATOLOGIA del Siglo XXI

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

1er. Encuentro Internacional de  
Psicooncología Humanista



1er. Encuentro Internacional de  
Hipnosis Terapéutica





En el 2º Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI se llevaron a cabo 10 cursos Pre-Congreso, 16 Conferencias Magistrales, 1 Panel de Tanatología, 1 Panel de Psicooncología, 2 Encuentros Internacionales uno de ellos de Hipnosis Terapéutica y el otro de Psicooncología Humanista además de 6 Talleres asistiendo 640 Participantes.



Se agradeció la presencia de Instituciones de Salud, IMSS, ISSSTE, S.S., DIF, IPN, STPS, Universidades participantes, Sindicatos, Dependencias Gubernamentales, Empresas Privadas y la entusiasta participación de Alumnos y Ex Alumnos.

## MEDALLA DE HONOR



La Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica otorgó una medalla por su excelencia, profesionalismo y respeto humano al Mtro. Marco Antonio Polo Scott.

## Hablando de Hipnosis

La División Tamaulipas de Hipnosis Terapéutica, del Instituto Mexicano de Psicooncología, nuevamente se coloca en la cima de la innovación de procedimientos hipnóticos, con el uso de la hipnosis clásica como es el caso del procedimiento hipnótico Cedillo-Cedillo para reconstrucción de nariz sin uso de medicamento alguno.

Dicho procedimiento hipnótico fue creado y comprobado por el Méd. Rafael Cedillo y el Psic. Juan Carlos Cedillo que continuando con los resultados del procedimiento Tamaulipas (otro procedimiento hipnótico) consiguió este importante logro de reconstrucción de nariz.

Así mismo, cabe mencionar que la División Tamaulipas de Hipnosis Terapéutica, estará presentando el resultado de sus investigaciones en el Congreso Panamericano y Caribeño de Hipnosis Terapéutica que se llevará a cabo en la Ciudad de Santiago de Cuba, en marzo del 2011, en donde se ha generado una gran expectativa por conocer los pormenores de estos procedimientos.

Siguiendo con los avances conseguidos por este grupo de investigadores, mencionaremos que acaban de publicar el tercer factor principal en el uso de la hipnosis para tratamientos quirúrgicos, recordando que los dos primeros corresponden a la Fascinación y Sugestión, y descubriendo que el tercer factor está derivado de la necesidad del paciente por conseguir su salud, lo cual lo obliga a seguir las indicaciones del hipnólogo al pie de la letra.

Las conclusiones son que los tres factores principales en el uso de hipnosis terapéutica son:

1. Fascinación
2. Sugestión
3. Necesidad



# Intervención Quirúrgica de Hernioplastia Umbilical con Hipnosis Terapéutica



Méd. Rafael Cedillo Guerra, Mtro. Marco Antonio Polo Scott, Med. Rafael Guevara García, Méd. Cirujano Luis Roberto Ramírez Macillas, Psic. Juan Carlos Cedillo Velázquez, Méd. Anestesiólogo Julio Ling Villela.



División Tamaulipas de Hipnosis Terapéutica del Instituto Mexicano de Psicooncología

El Instituto Mexicano de Psicooncología y su división Tamaulipas de Hipnosis Terapéutica, integrada por los Doctores Rafael Cedillo Guerra y Rafael Guevara García, el Psicólogo Juan Carlos Cedillo Velázquez y el Maestro Marco Antonio Polo Scott, llevaron a cabo con éxito la primera cirugía de Hernioplastia Umbilical, utilizando como método de anestesia la Hipnosis terapéutica, así mismo comentaron que no se ocupó medicamento alguno para controlar el dolor en el paciente durante toda la operación.

Este acontecimiento se realizó el 18 de Diciembre del 2010 en la Clínica Hospital del ISSSTE en Ciudad Victoria, Tamaulipas, que como en otras ocasiones da muestra del interés por que se realicen investigaciones que tienden a mejorar la calidad de atención a sus derechohabientes, cabe hacer mención que el hospital está dirigido por los Doctores Armando Modesto Gómez Danes (Director) y Manuel Torres Hernández, (Sub director).

La intervención quirúrgica la realizó el Doctor Luis Roberto Ramírez Macillas, Médico cirujano especialista en hernias quien es uno de los máximos exponentes a nivel nacional y con reconocimiento a nivel internacional en este campo quien realizó esta intervención en un tiempo aproximado de 25 minutos, es importante resaltar que la operación fue todo un éxito.

A modo de apoyo estuvo presente monitoreando signos vitales el Doctor Julio Ling Villela (anestesiólogo de gran reconocimiento) el cual constato que durante la operación no se utilizó medicamento alguno para anestesiarse o sedar al paciente.

El resultado de esta intervención coloca al Instituto Mexicano de Psicooncología en el primer lugar de las instituciones de educación superior en México y América Latina por sus constantes logros en las diversas áreas del conocimiento.





# Malformaciones Congénitas

Por: Marco Antonio Polo Scott

**P**ara los Servicios de Salud Gobierno de Federal en México, las infecciones son las principales causas de enfermedades que se presentan en los niños, las cuales se transmiten por algún microbio y se contagian de un menor enfermo a uno sano, entre las principales infecciones que padecen los infantes son las diarreas y las infecciones respiratorias. Los niños menores de 5 años, son los que más frecuentemente y de manera más intensa pueden padecer estas enfermedades.

Las Infecciones respiratorias, pueden afectar desde la nariz hasta los pulmones, algunas de estas infecciones son breves e intensas, como ocurre con la gripa, bronquitis o neumonía, éstas se adquieren por entrar en contacto con gotitas de saliva que expulsa un enfermo cuando habla, tose o estornuda y se pueden prevenir evitando cambios bruscos de temperatura, inhalación de humo e ingiriendo abundantes líquidos.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150,000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre estas enfermedades, las respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

Dentro de la atención de cuidados paliativos en la infancia se encuentran estas y otras enfermedades como es el caso de las malformaciones congénitas, las cuales abordaremos con mayor profundidad en las siguientes líneas.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, una malformación es una anomalía en el desarrollo, especialmente cuando constituye un defecto estructural. Congénita (del latín *congenitus*) significa que se engendra juntamente con algo. Las malformaciones congénitas son entonces defectos físicos presentes al nacimiento, sin tomar en consideración si éste es causado por un factor genético o por otros acontecimientos prenatales. Ocurren durante el desarrollo embrionario y su efecto es permanente. También se les conoce como defectos de nacimiento.

Las anomalías congénitas (defectos de nacimiento), son anormalidades físicas presentes en el momento del nacimiento.

Aquí encontramos que para Merck Sharp (2005) aproximadamente el 3 ó 4 por ciento de los recién nacidos tiene algún defecto congénito grave. Algunos de ellos no se descubren hasta que el niño crece. En el 7.5 por ciento aproximadamente de los niños menores de 5 años se diagnostica un defecto de este tipo, si bien muchos de ellos son insignificantes. No debe sorprender que se produzcan tantos defectos congénitos, considerando la complejidad del desarrollo de millones de células especializadas que constituyen un ser humano a partir de un solo óvulo fecundado.

Afortunadamente en la actualidad muchas anomalías importantes pueden ser diagnosticadas antes del nacimiento. Las anomalías congénitas pueden ser leves o graves y muchas pueden ser tratadas o reparadas. Algunas mientras el feto se encuentra en el útero; la mayoría se trata después del parto o más adelante. Algunas anomalías no necesitan tratamiento alguno. Otras no pueden serlo y, en consecuencia, el niño queda gravemente incapacitado de forma permanente.

## Causas y riesgos

Sin embargo a pesar de que se desconoce la causa de las anomalías congénitas, se sabe que ciertos factores aumentan el riesgo de desarrollarlas. En Merck Sharp (2005) nos dicen que entre ellos se encuentran las deficiencias nutricionales, la radiación, ciertos fármacos, el alcohol, ciertos tipos de infección y otras enfermedades de la madre, traumatismos y los trastornos hereditarios. Adicionan que algunos riesgos pueden evitarse, mientras que otros no. Aun así, una embarazada puede seguir estrictamente todos los consejos (seguir una dieta apropiada, descansar lo suficiente y evitar tomar medicamentos) y, sin embargo, dar a luz un bebé con un defecto congénito. Por el contrario, otra mujer puede hacer muchas cosas perjudiciales para el feto y en cambio tener un hijo sin ningún defecto congénito.

## Anomalías faciales

También encontraron que los defectos más frecuentes de la cara son, el labio hendido o leporino y el paladar partido. El labio hendido es la unión incompleta del labio superior, habitualmente justo por debajo de la nariz, es desfigurante e impide que el bebé cierre los labios cuando succiona el pezón. El paladar partido es un paso anormal a través del techo de la boca (paladar duro) hacia la vía respiratoria de la nariz, interfiere con la alimentación y el habla. Ambas fisuras (labial y palatina) suelen coincidir y afectan aproximadamente a 1 de cada 600 o 700 recién nacidos.

## Anomalías de la columna vertebral

En cuanto a estas anomalías Merck Sharp (2005) define las siguientes: “El tortícolis congénito es una enfermedad por la cual el cuello del recién nacido y la cabeza se inclinan hacia un lado de forma poco natural. La causa suele ser una lesión de los músculos del cuello durante el nacimiento; otras causas incluyen la unión de las vértebras cervicales (síndrome de Klippel-Feil) o la unión de la primera vértebra del cuello con el cráneo (fusión atlanto-occipital).”





La escoliosis congénita es una curvatura anormal de la columna del recién nacido. Es raro que se presente al nacer; por lo general, se produce en niños mayores. El tratamiento con abrazaderas suele iniciarse lo antes posible para evitar que la escoliosis se convierta en una deformación cuando el niño crezca. Si la curvatura anormal se agudiza, puede ser preciso recurrir a la cirugía.

**Anomalías de la cadera, las piernas y los pies**

A este respecto aclaran que la luxación congénita de la cadera es una afección en la cual la cavidad de la cadera del recién nacido y el fémur (cabeza femoral), que se articula con ella, están separados. Se desconoce la causa de este defecto. La luxación de la cadera es más frecuente en las niñas, en los bebés que han nacido de nalgas y en aquellos con familiares cercanos que tienen este mismo problema. Para confirmar el diagnóstico se realiza una ecografía. La colocación de pañales dobles o triples resulta, a menudo, suficiente para corregir esta alteración. Si no es así, puede ser necesario poner férulas al bebé o llevar a cabo una cirugía ortopédica.

**Anomalías de los músculos**

Por último, declaran: “El pectoral mayor (músculo del pecho) puede estar formado sólo parcialmente, o no haberse desarrollado en absoluto. Este defecto puede ser un fenómeno aislado o bien acompañarse de anomalías en la mano.”

Existe otro defecto muscular, llamado síndrome del abdomen en forma de ciruela pasa, que afecta a los músculos abdominales. En esta anomalía, una o más capas de los músculos del abdomen pueden estar ausentes, lo que provoca que éste protruya (abombe) hacia fuera. Esta enfermedad se asocia a graves anomalías renales y urinarias. El pronóstico es favorable en los niños cuyos riñones funcionan normalmente.

**Malformaciones del cerebro y de la médula espinal**

Rondón Guerra (s/f) explica que el cerebro y la médula espinal pueden desarrollar imperfecciones mientras se están formando o después de estar completamente formados. Con una ecografía y pruebas del líquido amniótico pueden ser detectados muchos defectos cerebrales y de la médula espinal antes del nacimiento.

Argumenta que la médula espinal se desarrolla a partir del tubo neural y la columna vertebral, a partir de los segmentos mesodérmicos que reposan adyacentes al tubo. Cada vértebra es el resultado de la fusión de tres protuberancias. Una de ellas representa el cuerpo de la vértebra y las otras dos las mitades laterales del arco neural y de la columna vertebral. La imperfecta separación del tubo neural de la masa ectodérmica principal y la imperfecta fusión de las dos secciones laterales de los arcos neurales dan lugar a anomalías de la médula y de la columna.

Por consiguiente la espina bífida es un defecto de la columna vertebral. El contenido de la columna aparece visible y puede herniarse a través del defecto. Cuando las estructuras herniadas sólo son meninges, recibe el nombre de meningocele.

**Malformaciones del cerebro**

Define Rondón Guerra: “La extremidad cefálica del tubo neural es objeto de una considerable elaboración para formar el cerebro. Errores del desarrollo análogos a los descritos en relación con la médula pueden afectar el cerebro.”

Anencefalia. El fallo del cierre de la extremidad cefálica del cordón origina, lo que se conoce con el nombre de anencefalia, en el que el desarrollo de la bóveda craneal y de los hemisferios cerebrales es mínimo.

Microcefalia. Caracterizada por una pronunciada pequeñez del cerebro y por una fontanela anterior cerrada o casi cerrada en el momento del nacimiento; es consecuencia del fallo del crecimiento de los hemisferios cerebrales durante la vida intrauterina.

Hidrocefalia. Es otra condición que a veces, aunque no siempre, es resultado de errores del desarrollo. Normalmente, el líquido cefalorraquídeo es secretado por los plexos coroideos a los ventrículos cerebrales. El líquido circula en el sistema ventricular y en el espacio subaracnoideo de la médula espinal, pero su flujo principal es dirigido sobre la superficie del cerebro, donde es absorbido.

La atención en la intervención de los cuidados paliativos debe de considerar tres grandes aéreas de atención, por un lado la del paciente, para estar preparados para satisfacer sus distintas necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales, considerando su edad, medio ambiente social y ecológico así como otros factores.

A la familia en primera instancia hay que proporcionarle el apoyo que necesita en función del hijo que deseaba y el que se presenta en la realidad, psicoeducarlo para una realidad que puede ser compatible con su cotidianidad y que no desintegre a la familia.

Y finalmente preparar al equipo de salud para realizar una atención de calidad sin que proyecte sus carencias y limitaciones en la familia, es decir, ser parte de las soluciones y no de los problemas.

Las malformaciones congénitas son un tema que con toda seguridad abarcaremos con mayor profundidad en otros artículos, sobre todo en lo relacionado a las distintas técnicas de intervención psicoeducacionales para pacientes y familia.





El pasado 4 de Abril el Instituto Mexicano de Psicooncología celebró la graduación de su Séptima Generación de la Maestría en Tanatología.

Integrantes de esta Primera Generación:

- Alfaro Monroy Beatriz Eugenia
  - Arzubide Corona Gilberto
  - Belaunzaran Marquina Angelica
  - Burela Anaya Ernesto
  - Díaz Jiménez Francisco Javier
  - Fernández Hernández María A. del Rocío
  - Gómez Cardenas Olga Beatriz
  - Gómez Ramírez María Cristina
  - Hernández Ángeles Raymundo
  - Juárez Curiel Guillermo
- Lara Navarro Rocío
  - Martínez Martínez Blanca Sara
  - Medina López Victor
  - Mendoza Martín del Campo Francisco Javier
  - Ramírez Villanueva José Eduardo
  - Rico Cárdenas Ana María
  - Sosa Mendiburu Lorena Ma.
  - Suárez Higuera Luz María
  - Vargas Sáncchz Ramón

# ENVEJECIMIENTO

Por: Marco Antonio Polo Scott

El envejecimiento es un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan a través del tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y posiblemente, a la muerte, estos cambios se dan, principalmente en los siguientes niveles: físico, psíquico, social y espiritual, y se caracterizan por una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante distintas situaciones.

A su vez, también podemos definir el envejecimiento como un proceso continuo, heterogéneo, universal, e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.

## CAMBIOS FÍSICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

Estos cambios, pueden tener importantes efectos negativos sobre la calidad de vida de las personas mayores, así como sobre su autoestima. El resultado negativo de estos cambios se debe a la comparación entre la apariencia actual y la que tenían cuando eran más jóvenes, pudiendo provocar estados de ánimo negativos.

Cambios físicos observables: apariencia física y movilidad

### Cambios en la piel

- Aparición de arrugas (este es uno de los cambios más evidentes).
- Piel más áspera, menos resistente y más delgada.
- Pérdida de firmeza y elasticidad de la piel.
- Aparición de manchas irregulares de color oscuro.
- Apariencia pálida de la piel.

### Cambios en la cara

- Aumento del tamaño de las orejas y la nariz.
- La zona de la barbilla se resalta.
- Los párpados se hacen más gruesos.
- Los ojos se muestran más hundidos.
- Aumenta la probabilidad de que se produzcan pérdidas dentarias.

### Cambios en el pelo

- Cambio del color del pelo (varía de persona a persona).
- Es menos denso, poco uniforme, más seco, más quebradizo y más duro.
- Se produce caída del cabello (mayor en hombres).
- Pérdida generalizada de vello corporal.

Además en los hombres se produce:

- Crecimiento de pelos gruesos en las cejas y en el interior de las orejas.



Además en las mujeres se produce:

- Aparición de pelos gruesos alrededor de la barbilla y encima del labio superior.

**Cambios en la estructura corporal**

- Disminución de la estatura, especialmente en mujeres.
- Disminución del peso.
- Podrían tener las extremidades muy delgadas aunque tuvieran áreas adiposas en la barbilla, la cintura y la cadera.

**Cambios en la movilidad**

- Mayor dificultad para desplazarse.
- Dificultad para realizar acciones, como coger objetos, levantarse de la silla, caminar de un sitio a otro.

**Cambios estructurales en el corazón, concretamente en:**

- Ventrículo izquierdo, haciéndose progresivamente más grueso y menos elástico.
- Vasos sanguíneos, reduciendo la capacidad de bombeo por latido del corazón.
- Pérdida progresiva de fuerza de contracción.
- Válvulas del corazón:  
Más gruesas y rígidas.  
Pierden elasticidad.  
Requieren más tiempo para cerrarse (esclerosis valvular).
- Vasos sanguíneos, especialmente en las arterias:  
Aumentan de grosor.  
Pierden elasticidad.  
Mayor resistencia al paso de la sangre, aumentando generalmente la presión sanguínea.  
Redistribución de la elastina en las paredes arteriales y unión de la elastina con el calcio.  
Incremento del contenido del colágeno.  
Acumulación de lípidos en las arterias.
- El colágeno que envuelve las fibras musculares se endurece y se vuelve insoluble.
- La grasa se deposita gradualmente sobre la superficie cardíaca.

**Cambios que se producen en el sistema respiratorio relacionados con la edad**

- Menor rendimiento del sistema respiratorio.
- La disminución de la efectividad se produce generalmente antes de que comiencen las pérdidas en el sistema cardiovascular.
- Disminución de la capacidad vital (capacidad máxima de entrada de aire o la cantidad de aire que entra y sale de los pulmones en niveles de esfuerzo máximo).
- Reducción de la eficiencia respiratoria. Pudiendo deberse a cambios esqueléticos, la calcificación de los cartílagos de las costillas, la descalcificación ósea (osteoporosis) y las deformaciones de la columna vertebral.
- Debilitamiento y atrofiamiento de los músculos responsables de la respiración Los bronquios se vuelven más rígidos.
- Disminución del volumen residual pulmonar (cantidad de aire que puede ser expirado durante un corto periodo de tiempo) y del consumo basal de oxígeno.
- La caja torácica se vuelve cada vez más rígida y las fibras musculares se hacen más pequeñas y disminuyen en número.

**Consecuencias de los cambios en la capacidad de reserva**

- Cambios en la estructura de los pulmones, disminuyendo la cantidad de aire que entra y sale de ellos, especialmente bajo condiciones de esfuerzo. Esto afecta a la capacidad de reserva, apareciendo la sensación de cansancio con mayor facilidad.
- Disnea y fatiga asociadas al esfuerzo, sensaciones que pueden aproximarse a la intensidad de un ataque de pánico.
- Estos cambios pueden conducir a que una persona mayor evite la realización de actividades agotadoras, como consecuencia del deterioro de su eficiencia cardiovascular y respiratoria.

**Conductas y actividades recomendadas para la capacidad de reserva.**

- Ejercicio físico, aunque sus efectos en el funcionamiento del sistema respiratorio no son tan espectaculares como los efectos que produce sobre el sistema cardiovascular.
- No fumar.





### Modificaciones Psicológicas En El Viejo

- La pérdida de memoria, provocada o no por enfermedades que alteren la función intelectual del viejo, tiene un efecto negativo psíquico, provoca preocupación y quejas en el individuo viejo.
- Es frecuente, la disminución de la autoestima del viejo, relacionada con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socio-económicas, pérdida de seres queridos, etc. El viejo puede sentirse sólo, sin actividad laboral, poco integrado en la vida social y familiar e incluso inútil.
- Todo lo anterior, influye en su estado general de manera negativa. Aparece desinterés por las cosas, pesimismo, falta de integración y desadaptación.
- El viejo puede desarrollar distintos mecanismos de respuesta ante la situación de vejez, éstos serán diferentes según su personalidad, vivencias acumuladas y recursos personales. Algunos ejemplos de estos mecanismos son:
- De separación o alejamiento del mundo que le rodea. Puede volverse introvertido, poco comunicativo, egocéntrico, huye del mundo y se refugia en su soledad.
- De integración, aceptando el envejecimiento con cierta resignación.
- De actividad, reaccionando ante el sentimiento de inutilidad con la búsqueda de alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayudan a sentirse útil y potenciarán su autoestima.

### Modificaciones Sociales en el Envejecimiento.

La crisis de la jubilación está relacionada con el papel que culturalmente ha desempeñado el hombre en la familia y en la sociedad. Con la jubilación se pierde la responsabilidad familiar, disminuye el poder adquisitivo y aparece un sentimiento de pérdida del prestigio social.

La jubilación supone el aislamiento social ya que el trabajador pierde a su grupo de relación laboral cotidiano, a parte de sus amistades y éste hecho supone una reestructuración de su vida. Si bien la vivencia de ésta situación será diferente en cada persona, para muchos supone el comienzo de su final, provocando la aparición de crisis o conflictos personales.

El viejo necesita afecto y sentimientos de pertenecer a la familia. La fatiga que supone su cuidado y vigilancia puede agotar los recursos físicos y emocionales de los cuidadores o

familiares y es posible que el viejo muestre pruebas de la tensión latente a través de quejas múltiples, angustias, fatiga, etc.

También, pueden aparecer signos y síntomas de deterioro de la relación con la persona que lo cuida: aislamiento, miedo depresión, confusión, hostilidad declarada, etc.

Entre los problemas de salud se encuentran la pérdida normal de audición, visión y memoria, enfermedad de Alzheimer y la mayor incidencia de enfermedades crónicas. Estas pérdidas son graduales y avanzan a diferentes velocidades según el individuo. En la mayoría de las sociedades industrializadas el alto coste del tratamiento de enfermedades crónicas ha sido asumido, al menos en parte, por políticas de seguridad social.

El segundo problema de las personas mayores, es el nivel de ingresos y el bienestar económico. Dado que la mayoría de las personas mayores ya no trabajan, necesitan disponer de algún tipo de ayuda económica. Las sociedades industrializadas conceden, por lo general, sistemas de pensiones y servicios de seguros médicos. A pesar de ello, muchas personas mayores (en su mayor parte mujeres y miembros de grupos étnicos y de otras minorías con una seguridad económica casi siempre precaria) viven prácticamente en el nivel de pobreza...

En la tercera edad, las relaciones sociales pueden estar dificultadas por factores como limitaciones de salud, fallecimientos de miembros de la familia y amigos, pérdida de compañeros de trabajo y falta de un medio de transporte adecuado al alcance de su bolsillo. En cambio, muchas personas mayores invierten todo el tiempo y la energía posible en estar con amigos y familiares y muchos encuentran nueva compañía en centros especiales y clubes de ocio para la tercera edad.

En muchos sentidos las personas mayores se encuentran en desventaja tanto por el culto a la juventud existente en nuestro tiempo como por la tendencia de la sociedad occidental a rechazar la muerte. Aunque, a las personas mayores se les suelen aplicar los estereotipos de débiles y dependientes de las generaciones más jóvenes para tomar sus decisiones, a menudo tienen un gran nivel de moralidad, satisfacción de la vida y autoestima.







BY CHOICE HOTELS  
LINDAVISTA

desde  
**\$765\***



Con Salones para Eventos y  
Banquetes, y todo lo que  
necesitas en tu viaje  
de negocios y placer.

“Disfruta nuestro Bar, y bufets en el restaurante Cardiels”

\*más impuestos

RESERVACIONES: 5747-4520

Av. Miguel Bernard N° 670  
Col. La Escalera México, D.F.

[www.qualityinnlindavista.com](http://www.qualityinnlindavista.com)  
[reservaciones@qualityinnlindavista.com](mailto:reservaciones@qualityinnlindavista.com)

## SEGUIMOS CRECIENDO

El Instituto Mexicano de Psicooncología y el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, S.C., siguen cosechando triunfos, así lo muestra la apertura de nuevos grupos de Doctorado, Maestría y Diplomado en diferentes ciudades del interior de la República.



Doctorado en Tanatología, Cd. Victoria, Tamaulipas.



Maestría en Tanatología, Cd. Victoria, Tamaulipas.



SEGUIMOS CRECIENDO

Así mismo el Mtro. Marco Antonio Polo Scott ha seguido participando en diversos eventos en conjunto con Instituciones altamente reconocidas.



Diplomado en Tanatología, Tlaxcala.



Diplomado en Tanatología, Torreón, Coahuila



Asamblea de Representantes de la Cámara Baja. Tema: Maternidad Subrogada.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del D.F. Congreso “Familia y Discapacidad”.



Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”.





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

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

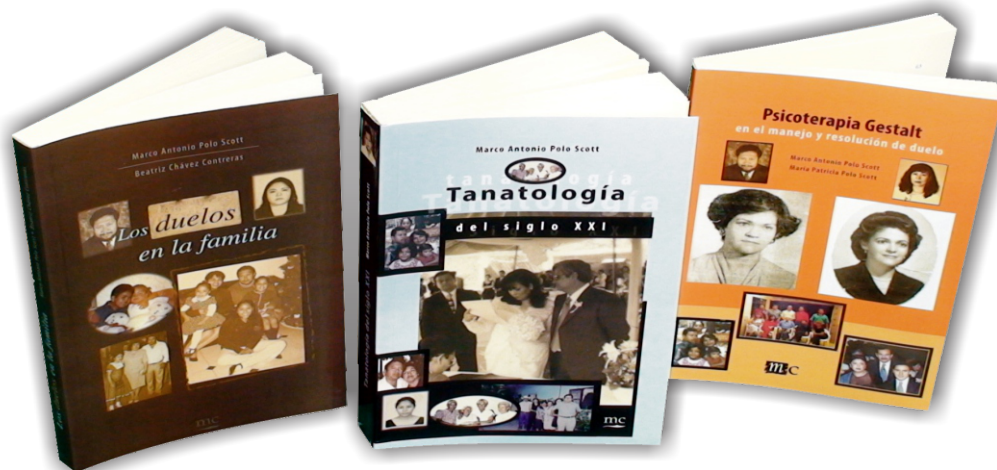
Uno de los tipos de Psicoterapia que se brinda esta basado en la Psicoterapia Gestalt la cual no separa las necesidades Físicas de las necesidades Psíquicas, sino que las integra en necesidades orgánicas, buscando que el paciente se responsabilice de su bienestar.

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 Hipnosis en la Psicoterapia de la Expresión Emotiva y la Imaginería” e “Intervención Psicosocial en los Cuidados Paliativos”.

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.

## DIPLOMADOS 2011

### TANATOLOGIA



Inicios:  
Plantel Montevideo  
27 de septiembre y 4 de noviembre  
Plantel Tlalpan  
24 de junio y 5 de octubre  
Duración: 8 Meses

### TERAPIA DE JUEGO



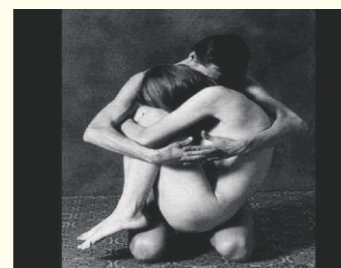
Inicios:  
Plantel Montevideo  
22 de noviembre  
Plantel Tlalpan  
10 de noviembre  
Duración: 6 Meses

### TERAPIA DE PAREJA



Inicios:  
Plantel Montevideo  
11 de agosto  
8 de septiembre  
Duración: 6 Meses

### TERAPIA SEXUAL



Inicios:  
Plantel Montevideo  
17 de agosto  
Duración: 6 Meses

### PSICOTERAPIA GESTALT

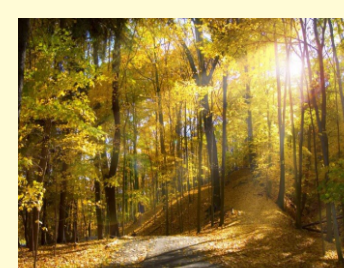


Inicios:  
Plantel Montevideo  
22 de julio y 12 de agosto  
Duración: 6 Meses

#### Inversión por Diplomado

Inscripción: \$ 750.00  
Mensualidad: \$ 750.00

### HIPNOSIS PSICOTERAPEUTICA



Inicios:  
Plantel Montevideo 1 de junio  
Plantel Tlalpan 11 de octubre  
Duración: 12 Meses

#### Inversión

Inscripción: \$ 990.00  
Mensualidad: \$ 990.00

#### Plantel Santa Catarina

Calle Felipe Amador  
(Calle 5) No. 17  
Col. Santa Catarina Yecahuitzotl  
Del. Tlahuac  
México, D.F.  
[www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx)  
Tel.: 5860 3511

#### Plantel Tlalpan

Calz. Tlalpan No. 1471  
(Metro Ermita)  
Col. Portales,  
Del. Benito Juárez  
México, D.F.  
Tel.: 2594 4902

#### Plantel Montevideo

Av. Montevideo No. 635  
(casi esq. con Av. Cien Metros),  
Col. San Bartolo Atepehuacan  
Del. Gustavo A. Madero  
México, D.F.  
[www.centrodetanatologia.com](http://www.centrodetanatologia.com)  
Tels.: 5119 4106 / 5752 7860

**Inscripciones Abiertas**



