



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.



**IMPORTANCIA DE LA TANATOLOGIA COMO
MATERIA DE INCLUSION CURRICULAR EN LA
FORMACION MÉDICA**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN

TANATOLOGÍA

GENERACION 2014-2015

P R E S E N T A:

**ANA DEBORA AZUELA ALDANA
PROFESORA**

MARCELA I. FERIA OCHOA



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia

México, D.F. a 28 de Febrero de 2015.

**DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.
PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

- **Ana Débora Azuela Aldana**

Integrante de la Generación 2014-2015

El nombre de la Tesina es:

**IMPORTANCIA DE LA TANATOLOGIA COMO: MATERIA DE INCLUSION
CURRICULAR EN LA FORMACION MEDICA**

Atentamente

***Profa. Marcela Feria Ochoa
Directora de Tesina***

**IMPORTANCIA DE LA TANATOLOGIA COMO
MATERIA DE INCLUSION CURRICULAR EN LA FORMACION MÉDICA**

ANA DEBORA AZUELA ALDANA

AGRADECIMIENTOS:

“NO HAY DEBER MAS NECESARIO QUE EL DE DAR LAS GRACIAS”

Cicerón

HAY TANTAS COSAS POR AGRADECER QUE LAS HOJAS SERIAN INSUFICIENTES, PERO TRATANDO DE RESUMIR AGRADEZCO A TODOS MIS MAESTROS DE VIDA EMPEZANDO POR:

- ❖ DIOS POR LA VIDA Y EL LIBRE ALBEDRIO
- ❖ MI MAMA POR SU AMOR Y PORQUE EL DUELO DE SU PÉRDIDA ME LLEVO A BUSCAR PAZ EN ESTA DISCIPLINA

- ❖ MI PAPA POR SU AMOR POR LA VIDA
- ❖ MIS HERMANOS POR SUS ENSEÑANZAS CON VALORES ENTRE OTROS:

- ❖ CUCA: SOLIDARIDAD Y CARIDAD
- ❖ CHUY: JUSTICIA Y ALTRUISMO
- ❖ ROCIO: AMOR Y CONFIANZA
- ❖ AGUEDA: NOBLEZA Y ENTREGA
- ❖ ADAN: FRATERNIDAD Y HONRADEZ
- ❖ ZOYLA: FORTALEZA Y PAZ
- ❖ KAREN: RESPONSABILIDAD Y DEBER
- ❖ JOSUE: PACIENCIA Y MODESTIA
- ❖ MARTIN: LEALTAD Y BONDAD
- ❖ MAYA: OPTIMISMO Y GENEROSIDAD

- ❖ MI HIJA POR SU AMOR Y COMPRENSION
- ❖ JESUS POR COINCIDIR EN ESTA VIDA, ERES MI MOTOR PARA SER MEJOR PERSONA
- ❖ MIS QUERIDISIMAS MAESTRAS: MARCELA Y SILVIA POR EXISTIR
- ❖ MIS COMPAÑEROS DE VIAJE EN ESTE DIPLOMADO, QUE TUVIERON LA EMPATIA Y LA CONFIANZA DE COMPARTIR LOS MOMENTOS DOLOROSOS DE SUS VIDAS Y QUE JUNTOS NOS TRANSPORTAMOS A LUGARES, MOMENTOS Y EXPERIENCIAS MARAVILLOSAS.

Y ESPECIALMENTE A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA FORMA VOLUNTARIA E INVOLUNTARIAMENTE COLABORARON EN MI APRENDIZAJE.

Una última observación referida, no al hombre doliente, sino al semejante doliente, al hombre condoliente: Si el sufrir tiene sentido, también lo tiene el compartir el sufrimiento —la compasión—; y como el sufrir, el compadecer es mudo: el lenguaje tiene límites.

Donde las palabras dicen tan poco, huelga toda palabra.

Frankl Viktor E.

INDICE

	Pág.
I Introducción.....	7
I.1 Antecedentes históricos.....	7
I.2 Marco teórico.....	9
II Justificación.....	12
III Objetivos.....	13
IV Metodología.....	14
V Análisis.....	17
VI Conclusiones.....	18
VII Anexos.....	20
VIII Bibliografía.....	38

I INTRODUCCION

I.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

En los tiempos remotos de las organizaciones humanas el concepto de muerte era considerado con aspectos lineales, esto es: se nace, se crece, se reproduce y se muere, lo cual implicaba un proceso natural evolutivo. Más tarde, con la aparición de los sacerdotes o chamanes que interpretaban las voces de los héroes o personajes significativos de las tribus que habían desaparecido, se establecen las bases para el concepto cíclico de la vida: se nace, se crece, se reproduce, se muere y se reinicia un siguiente ciclo en ésta o en otra dimensión, la cual, sólo algunos pocos iniciados pueden establecer el contacto de esa trascendencia, permitiendo con ello la formación de cultos nutridos por la mitología de las diferentes culturas las cuales, plantean la vida después de la muerte, que en algunas circunstancias en estado de “trance” pueden ir y venir algunos individuos. De esta manera, la responsabilidad de hablar acerca de la muerte próxima, temprana o pasada recaía en estos sacerdotes, brujos, curanderos o chamanes que a su vez, atendían las dolencias físicas de sus fieles y/o seguidores, estableciéndose la idea de una vida después de la muerte como un común denominador de las nacientes religiones, entre ellas, el cristianismo.

En la baja edad media la muerte es observada como un hecho deseable para obtener valía, como un ser humano perteneciente a un grupo social, dado que morir en aras de un ideal o en defensa de los ideales colectivos, garantizaba cierto grado de inmortalidad o trascendencia, continuando la responsabilidad de hablar de la muerte inminente o probable en los jefes guerreros y por supuesto en los sacerdotes. El médico o curandero solamente jugaba un papel para dolencias transitorias o cíclicas que no ponían en peligro la vida, dado que la actitud misma de estos personajes era que, una vez determinada la imposibilidad de curación o resolución del problema pasaba automáticamente a manos del representante religioso para ayudar a bien morir.

Ya entrada la edad media, los sacrificios y autoflagelaciones si no eran recomendadas por la propia religión si eran ensalzadas como una negación al gozo de vivir con la finalidad de expiación de las faltas y la imperiosa necesidad de abandonar el cuerpo material para ir a un paraíso prometido. Con esto, se tiene el panorama dispuesto para que los tanatólogos naturales sean los religiosos, puesto que ellos conducirían la barca de Caronte para ese cuerpo doliente a punto de abandonar su alma.

Las ideas del Renacimiento retoman los conceptos filosóficos griegos, donde los estoicos plantean que no hay necesidad de temerle a la muerte porque “mientras yo sea, ella no es y cuando ella sea, yo ya no seré”, de ésta manera, reaparece el concepto lineal de la vida y de la muerte generando la incertidumbre de la trascendencia, el cuerpo humano comienza a ser estudiado científicamente con los primeros anatomistas y con esto se van desarrollando los aspectos fisiológicos de los diferentes aparatos y sistemas quedando como, el concepto de muerte, la cesación de sus funciones, y en el sufrimiento de la transición de la vida a la muerte, no hay

injerencia del médico, quedando nuevamente en manos de la religión representada por los sacerdotes.

Con el advenimiento de los descubrimientos científicos en la medicina, se inicia una etapa en la cual la muerte puede ser un hecho postergable con las terapias farmacológicas y/o quirúrgicas que se fueron desarrollando entre el siglo XVI a XIX, dándole al médico el derecho natural de decidir quién podría acceder o no, a recibir dichos tratamientos y con ello, en forma automática, a seleccionar quienes eran candidatos a vivir o a morir. Por consiguiente, él médico juega un papel social y moral con relación al moribundo y su entorno, convirtiéndose en tutor y consejero. Hasta aquí cuida un poco pero no cura, ayuda a morir o bien establece el curso natural de la enfermedad la cual no puede modificar, pero todos estos acontecimientos suceden en la propia casa del enfermo en donde la familia participa activamente, dando con ello mayor posibilidad de solidaridad, naturalidad y aceptación a este proceso.

A principios del siglo XX la muerte se traslada a los hospitales donde la tecnificación y la necesidad del desarrollo y uso de medicamentos, aparatos y tecnología intentando prolongar la vida del enfermo con lo cual. la habitación del moribundo ya no es en su casa, rodeado de su familia, sino en un hospital rodeado de personas ajenas pero “muy eficientes”, así, la muerte deja de ser pública y los recintos hospitalarios se convierten en un lugar de muerte solitaria y deshumanizada. El hospital no sólo es un lugar de atención de enfermos, sino un sitio de sabiduría médica de observación y de enseñanza y el médico encuentra que el paciente “persona” se convierte en enfermedad y número de cama, delegando el alivio del dolor en general a los fármacos, no al contacto o la entrevista. El moribundo debe conformarse con saber que todos los esfuerzos que se hacen en la institución son con el fin de prolongar su existencia 24 horas más, y así sucesivamente aunque transcurran meses, independientemente de la calidad de vida. En forma tradicional el principio sagrado de la vida inscrito en el juramento hipocrático queda relegado como un mero trámite ceremonial en la titulación del médico y no de acuerdo a los principios que regirán su actuar.

Con el desarrollo de las unidades de cuidados intensivos que podrían considerarse respetuosamente antecámaras de la muerte, el personal que labora en dichas áreas (médicos, enfermeras, laboratoristas, técnicos multidisciplinarios) se ven inmiscuidos en la evolución del enfermo y son asediados por la familia para conocer los resultados de las diferentes intervenciones, las cuales, en muchas ocasiones no son alentadoras, planteando el reto de la adecuada comunicación que pudiese facilitar el duelo entre el paciente y sus familiares.

I.2 MARCO TEORICO

El brujo, curandero o médico han sido, por siglos, los personajes más cercanos a los enfermos y sus familiares, llevando sobre sus hombros la responsabilidad de tratar, al mismo tiempo que informar, sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico de ésta en el paciente; no siendo en todos los casos noticias alentadoras. La doctora Elisabeth Kübler-Ross pionera de la tanatología, escribió: “cuando un paciente está gravemente enfermo, a menudo se le trata como a una persona sin derecho a opinar. En muchas ocasiones es otro quien toma la decisión de si hay que hospitalizarlo o no, cuándo y dónde. ¡Costaría tan poco recordar que la persona enferma también tiene sentimientos, deseos y opiniones, y —lo más importante de todo: tiene derecho a ser oída”. Es por esto, que el poder brindar al paciente y a sus familiares herramientas necesarias para la elaboración y superación del duelo, es algo primordial y no siempre el médico responsable de la atención cuenta con la información y preparación para facilitar que tanto el paciente, como los familiares expresen sus dudas, temores, miedos y ansiedades. ¿Qué factores, (si es que los hay) contribuyen a hacer cada vez mayor la inquietud ante la muerte? ¿Qué pasa en el campo siempre cambiante de la medicina, en el que tenemos que preguntarnos si la medicina va a seguir siendo una profesión humanitaria y respetada o una ciencia nueva, despersonalizada? ¿Qué servirá más prolongar la vida con deterioro incapacitante o disminuir el sufrimiento humano?, ¿Qué pasa cuando los estudiantes de medicina pueden elegir entre docenas de disertaciones y elucubraciones sobre el ácido desoxirribonucleico (ADN) pero tienen menos experiencia de la simple relación médico-paciente que era el abecé de todos los buenos médicos de cabecera. ¿Qué pasa en una sociedad que pone más énfasis en el coeficiente de inteligencia y en la calificación de sus médicos que en las cuestiones de tacto, sensibilidad, capacidad perceptiva y buen gusto a la hora de tratar al que sufre?, en una sociedad profesional donde el joven estudiante de medicina es admirado por su trabajo de investigación y laboratorio durante los primeros años de sus estudios, aunque no sepa encontrar las palabras adecuadas cuando un paciente le hace una simple pregunta. Si pudiéramos combinar la enseñanza de los nuevos descubrimientos científicos y técnicos con una insistencia similar en las relaciones humanas interpersonales, haríamos verdaderos progresos, pero no los haremos si el estudiante adquiere mayor formación científica a costa del cada vez menor contacto interpersonal. En qué va a convertirse una sociedad que hace hincapié en los números y en las masas, más que en el individuo; en la que las facultades de medicina desean ampliar sus clases, y se tiende a reducir al mínimo el contacto profesor alumno, al estar sustituido por una televisión en circuito cerrado, grabaciones y películas, con la finalidad de llegar a un mayor número de estudiantes pero de una forma más despersonalizada.

Este cambio de enfoque del individuo a las masas, ha sido más dramático en otras áreas de la relación humana. Dado que el médico tiende a abordar de manera “objetiva y orgánica” los padecimientos de los aparatos y sistemas implicados en el proceso de la enfermedad, pasa por alto las necesidades psicológicas, emocionales y afectivas del enfermo y su familia y no necesariamente por falta de humanidad sino por falta de preparación, conocimiento y sensibilidad para entender que el ser humano es un ser biológico, psicológico, social y espiritual, por lo que el médico si

podiese tener esta información desde los cimientos de su preparación profesional, mejoraría su sensibilidad y lo más importante, su empatía para el tratamiento holístico de sus pacientes.

Un paciente típico sería como lo menciona Elisabeth Kübler Ross ...llega a la sala de urgencias. Se verá rodeado de diligentes enfermeras, practicantes, internos, residentes, quizás un técnico de laboratorio que le extraerá un poco de sangre, un técnico en electrocardiogramas que le hará un cardiograma. Puede que le lleven a los rayos x y oirá opiniones sobre su estado y discusiones y preguntas a miembros de la familia. Lenta, pero inexorablemente, está empezando a ser tratado como una cosa. Ya no es una persona. A menudo, las decisiones se toman sin tener en cuenta su opinión. Si intenta rebelarse, le administrarán un sedante y, al cabo de horas de esperar y preguntarse si lo resistirá, le llevarán a la sala de operaciones o a la unidad de tratamiento intensivo, y se convertirá en objeto de gran interés y de una gran inversión financiera. Puede pedir a gritos descanso, paz y dignidad, pero sólo recibirá infusiones, transfusiones, un aparato para el corazón o la traqueotomía si es necesario. Puede que quiera que una sola persona se detenga un solo minuto para poder hacerle una sola pregunta... Pero se encontrará con una docena de personas pendientes del reloj, todas activamente preocupadas por su ritmo cardíaco, su pulso, su electrocardiograma o sus funciones pulmonares, sus secreciones o excreciones, pero no por él como ser humano. Tal vez desee luchar contra ello, pero será una lucha inútil, ya que esto se hace para salvarle la vida, y si pueden salvársela, ya pensarán después en la persona. ¡Los que piensen primero en la persona pueden perder un tiempo precioso para salvarle la vida! Por lo menos, ésta parece ser la justificación racional que hay detrás de esta actitud.

Si analizamos protocolariamente las intervenciones que cada individuo tomó en la atención de este paciente, pudieran calificarse de eficientes puntuales y casi perfectas, sin embargo, la transformación en “cosa u objeto” al enfermo lo aísla en sus temores y miedos que finalmente van a ser apagados farmacológicamente. ¿Cuál sería el escenario si cada uno de estos participantes tuviera formación tanatológica? Podríamos imaginar un entorno lleno de calidez donde el enfermo puede identificar a cada uno de sus ángeles salvadores, puesto que seguramente primero se presentarían, le habrían llamado por su nombre, y le preguntarían como se siente no necesariamente en sus síntomas sino emocionalmente, y su lenguaje verbal y corporal le darían la certeza que efectiva y afectivamente se encuentra en buenas manos: sensibles, cálidas, amorosas, comprensivas, y “contenedoras”.

Concluye Elisabeth Kübler-Ross.- “La razón de este comportamiento cada vez más mecánico y despersonalizado, ¿no será un sentimiento de autodefensa? ¿No será esta actitud nuestra la manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un paciente en estado crítico despierta en nosotros? Nuestra concentración en el equipo médico, en la presión sanguínea, ¿no es un intento desesperado de negar la muerte inminente que es tan terrible y molesta para nosotros, que hemos trasladado todo nuestro conocimiento a las máquinas, porque nos son menos próximas que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos

recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último, aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad”

II JUSTIFICACION

La tanatología es una rama de la medicina que se encarga de facilitar al enfermo terminal todos los cuidados paliativos necesarios en cualquier ámbito de acción y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de éste.

Ante esta definición, la persona obligada para obtener el conocimiento de esta materia es el médico, ya que es quien se encuentra más estrechamente ligado hacia el enfermo y la familia de este, y es quien tiene la responsabilidad de informar y dar a conocer el estado de salud y pronóstico al enfermo mismo y/o a los familiares de este.

Una de las sensaciones que acompañan una pérdida inminente o inmediata a la familia, es la frialdad que habitualmente muestra el médico al dar la noticia fatal, la cual representa, la incapacidad o incompetencia del profesional para dar malas noticias, que lleva implícito la preparación previa que tiene un tanatólogo. En muchas ocasiones, en la forma como se aborda el tema desalentador y trágico conlleva a la petición de una segunda opinión, y en el peor de los casos, a dudar de la eficiencia del trabajo de los implicados en la atención del enfermo.

Como una parte fundamental de la Tanatología es ir más allá de lo puramente anatómico o patológico en el proceso de la enfermedad, la contención de las emociones, pensamientos y sentimientos debe generarse desde el primer contacto del médico con su paciente y su entorno familiar.

III OBJETIVO

Destacar la importancia que la Tanatología tiene como disciplina en la formación médica y por su trascendencia en el ejercicio de la medicina así como por la humanización de la misma, mi propuesta es que debiera incluirse dentro de las materias curriculares en la formación de los futuros profesionales de la salud.

Los objetivos de la tanatología se enfocan en la calidad de vida del enfermo terminal, evitando la prolongación innecesaria de la vida, con el denominado “ensañamiento terapéutico”, propiciando una muerte digna destacando las siguientes acciones:

- a) Atención al sufrimiento psicológico
- b) Atención a las relaciones significativas del enfermo
- c) Atención al dolor físico
- d) Atención al sufrimiento espiritual
- e) Atención a las últimas voluntades
- f) Atención a los aspectos legales

Desde la perspectiva psicológica, es establecer en el enfermo terminal, un lazo entre la familia y el personal médico que lo atiende el cual está formado por la confianza, seguridad y bienestar, lo que propiciará al enfermo los cuidados necesarios que le aseguren una muerte digna y en paz.

IV METODOLOGIA

Consideramos que de manera práctica para cubrir los objetivos del módulo de Tanatología dentro de la formación médica se requeriría un mínimo de 40 hs distribuidas en un semestre, presentando los temas en exposiciones, investigación bibliográfica, análisis de casos y discusiones interactivas.

Facilitándole al estudiante adentrarse en forma gradual a la comprensión del entorno psicológico, emocional y afectivo que rodea las relaciones significativas del enfermo, la medicina del dolor, el sufrimiento espiritual, la voluntad anticipada, las últimas voluntades, la donación y los aspectos legales que todo esto conlleva.

ESTRUCTURA DEL CURSO

UNIDAD I INTRODUCCION A LA TANATOLOGIA

I.1 Definición de Tanatología

I.2 Elementos para el acompañamiento tanatológico

UNIDAD II ANTROPOLOGIA DE LA MUERTE

II.1 Persona humana y sentido de la vida

II.2 Aspectos filosóficos, culturales, sociales, espirituales y psicológicos de la muerte).

UNIDAD III EL DUELO Y EL PROCESO DE MORIR

III.1 Depresión, angustia y culpa

III.2 Tipos de duelo

III.3 El proceso de morir y el manejo de las pérdidas

III.4 Sensibilización ante la muerte

UNIDAD IV LA FAMILIA

IV.1 Ciclo vital

IV.2 Pérdidas en el ciclo vital como enfrentarlas

IV.3 Muerte en el adulto mayor

IV.4 Muerte en el adulto joven

IV.5 Muerte en el adolescente e infancia

IV.6 Muerte perinatal

IV.7 La familia y las enfermedades crónico-degenerativas

IV.8 Apoyo al paciente terminal y su familia

UNIDAD V CUIDADOS PALIATIVOS

V.1 Importancia de los cuidados paliativos

V.2 Cuidados paliativos enfoque gerontológico

UNIDAD VI MUERTES SOCIALES

VI.1 Prostitución, homosexualidad, toxicomanías, VIH/SIDA

VI.2 Suicidio y secuestro

UNIDAD VII ASPECTOS LEGALES Y DONACION

VII.1 Muerte violenta

VII.2 Voluntad anticipada y testamento

VII.3 Donación de órganos (aspectos éticos y legales)

UNIDAD VIII CUIDADOR PRIMARIO

VIII.1 Función del cuidador primario

VIII.2 Como cuidar al cuidador primario

UNIDAD IX BIOETICA

IX.1 Eutanasia, ortonasia, distanasia

IX.2 Ensañamiento terapéutico

IX.3 Conspiración del silencio

IX.4 El médico como tanatólogo natural

IX.5 Cómo dar malas noticias

IX.6 Morir con dignidad

UNIDAD X TALLER DEL PERDON

X.1 La trascendencia del perdón

UNIDAD XI ESPIRITUALIDAD

XI.1 La espiritualidad y la vida

XI. 2 Más allá de la muerte

UNIDAD XII TRABAJOS DE INVESTIGACION Y TALLERES

XII.1 Estructuras intergrupales de talleres

V ANALISIS

La estructura del curso estará diseñada de tal forma que las competencias se desarrollen integralmente y en forma creciente gradual, para permitir introducir al alumno en los conceptos claves de la tanatología y le facilite el ejercicio inductivo, deductivo que le proporcione un entrenamiento mental el cual lo lleve a estructurar la información como conocimiento y por consiguiente al ejercicio y entrenamiento de los conceptos, exponiendo al alumno a casos de complejidad cada vez mayor, para que al término de su asignatura pueda enfrentar ámbitos diferenciados, mediante el análisis grupal y/o individual de casos clínicos, escritos, vivencias o a través de entrevistas con pacientes reales y discutidos en forma integral y tutorada.

VI CONCLUSIONES

Asistir o atender a un enfermo no basta con elaborar un diagnóstico y ofrecer un tratamiento médico. Es necesario evaluar su vinculación a su medio habitual de convivencia y a cualquier circunstancia que pueda influir en su dependencia y realización de las normas asistenciales.

El enfermo terminal en la mayoría de los casos se plantea dudas y se angustia por lo que implicará su enfermedad y el proceso de morir, en su entorno se preocupa por la dependencia que quizás cada vez aumentará, teme que las decisiones sobre él las tomen los demás; se inquieta por el futuro de su familia, de aquí la importancia de que el médico cuente con una preparación adicional para el manejo de situaciones difíciles, con la finalidad de ofrecer al paciente y a la familia las herramientas necesarias que se requieren para atenuar el estrés psicológico que puede llegar a alterar la dinámica dentro de la cual se desarrollan nuevos patrones de afrontamiento y coexistencia.

La curricula universitaria en los últimos años ha implementado la bioética, pero esta queda relegada como materia optativa y sólo en algunas instituciones educativas está como asignatura obligatoria, de tal forma, que, la inclusión de un módulo de tanatología en la carrera del médico debe ser obligatorio y para retornar el criterio humano a la medicina. Los alumnos en formación aprenderán este arte de “curar” el alma, no sólo el cuerpo y que no requiere de alta tecnología pero si de actitudes, sensibilidad, respeto, tolerancia, honestidad y beneficencia entre otros.

La función del médico no debe ser sólo el diagnóstico de una enfermedad así como explicar la situación estadística de la misma y el porqué de la muerte, sino que debe tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano como “ persona doliente” y sus circunstancias, permitiendo una retroalimentación de comprender y comprenderse llevándolo a compadecer a sus pacientes y apoyar las decisiones tomadas en torno al enfermo y con el enfermo, conllevando su dignidad tanto para el restablecimiento de su salud como para la preparación para su muerte.

El médico ante la muerte necesitará aprender a ser compasivo, sincero, paciente y cálido procurando que el enfermo no sólo cuente con un apoyo emocional, espiritual, sino con confort físico y contenedor para facilitar el acompañamiento del enfermo, su familia o sus seres queridos y con ello, evitar los sentimientos negativos (culpabilidad, impotencia, desapego, etc) y si los hubiera, trabajarlos.

La familia observará y cuidará que se estén haciendo todos los esfuerzos por reestablecer la salud o para brindar el confort que permita mantener la dignidad

humana. De esta manera, ayuda a que el médico se vea menos sujeto a juicios e inconformidades que legalmente puedan ensombrecer su quehacer.

Como se aprecia el ejercicio de la tanatología es multidisciplinario. Tal vez el médico sea el facilitador natural para que otros profesionales como el psicólogo, trabajador social, enfermera, abogado, ministro religioso entre otros, puedan abordar en forma integral al enfermo y su familia.

Con esto no se busca excluir a los tanatólogos de formación, sino por el contrario que los médicos y el personal de salud entiendan la gran importancia que pueda tener en el apoyo de los profesionales dedicados exclusivamente a la atención de la personas en duelo.

Por otra parte, observamos como la cultura de la donación de órganos va tomando conciencia y cada vez con un mayor crecimiento, si se incorpora la tanatología como asignatura en la carrera de medicina, el profesional tendrá un elemento clave, sensible y dispuesto para facilitar esta práctica altruista.

Humanizar la atención no quiere decir que sólo seamos buenos en la práctica de nuestra profesión, sino también, ser capaces de dar respuestas más adecuadas a todas las necesidades de los pacientes, cubriendo el concepto bio-psico-social y espiritual que toda profesión humanística debe tener en su esencia natural.

VII ANEXOS: A continuación me permito presentar un modelo de programa para la materia de Tanatología en la formación médica.

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Arranz Pilar, Barbero Javier, Barreto Pilar, Bayés Ramón. Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y Protocolos. Ariel Ciencias Médicas. Editorial Planeta, España 2009.
2. Díaz Arellano R. Relación médico-Paciente Terminal (Rehumanización de la medicina) Tesina Agosto 2013
3. Frankl Viktor E. El hombre doliente. Editorial Herder.1994
4. Frankl Viktor E. El hombre en busca de sentido. Editorial Herder 1990.
5. Frankl Viktor E. Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene sentido la vida? Fondo de Cultura Económica. 1998.
6. Frankl Viktor E. Psicoanálisis y existencialismo de la psicoterapia a la logoterapia. Fondo de Cultura Económica. 1997.
7. Freud Sigmund Duelo y melancolía. 1917.
8. Hamill Meléndez Edna M.,Tanatología y Bioética: ante el sufrimiento humano, Ed.Peinter, Pag.52, 2009
9. Hernández Cabrera, Gisela. Et al. "Actitud ante la muerte en los médicos de Familia". Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002,Vol. 18, Núm.1.
- 10.Kübler-Ross Elisabeth La muerte: un nuevo amanecer.Ed. Luciérnaga, España, 2014.
- 11.Kübler-Ross Elisabeth La muerte y los moribundos. Ed. Debolsillo, México,2010.
- 12.Kübler-Ross Elisabeth. La Rueda de la vida. Ed. Vergara, 2009.
- 13.Kubler-Ross, Elisabeth. Sobre el duelo y el dolor. Ed. Luciernaga. 2006.
- 14.Lorenzo Flores Olga. Tesina El médico y la muerte. 2010
- 15.Pérez Tamayo, Ruy. "El médico y la muerte". Dolor, clínica y terapia. 2004, Vol. III.Núm. 4.
- 16.Pimentel Ramirez María Luisa. Tanatología. Programa Institucional de Innovación Curricular. UAEM. 2004.
- 17.Rodríguez Ortiz Imelda Ana. Padre en duelo. Recuerdo y Asombro. Universidad Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Academia de Extensión Universitaria y Difusión de la Cultura. Enero 2010
- 18.Rodríguez Ortiz Imelda Ana. Padres en duelo. Metáforas del Dolor Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Academia de Extensión Universitaria y difusión de la Cultura. Enero 2011.
- 19.Rodríguez Ortiz. Imelda A., Cisneros Pelcastre Mariana G., Vasquez Rodríguez Ana Lilia. La muerte es parte de la vida. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Academia de Extensión Universitaria y Difusión de la Cultura. Enero 2011.
- 20.Rympoche Sogyal. El libro tibetano de la vida y de la muerte. Ediciones Urano. España 1994.

21. Urraca Martínez, S. "La comunicación no verbal en la relación médico-enfermo". Jano. 1991, Vol. 953.

VIII ANEXOS