

Maestría en Tanatología (122 créditos)

Facultad de Medicina Humana
Dr. Manuel Velasco Suárez

Hospital General "Dr. Rafael Pascasio
Gamboa"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, noviembre de 1912

Documento elaborado por:

Comisión para la creación del programa

Dr. José Delfino Méndez Hernández

Dr. Orlando Perianza Ruíz

Mtro. Carlos Patricio Salazar Gómez

Dr. Pedro Urbano Gómez Juárez

Mtra Tomasa de los Ángeles Jiménez Pirrón

LE. y Algologa Norma Hernández Magariño

Dra. Marigel Perianza Jiménez

Dr. Marcelino Lecona de Paz

Dr. Carlos Eugenio Ruíz Hernández

Mtra. Sonia Rosa Roblero Ochoa

Asesoría curricular:

Dra. Lilia González Velázquez

Mtra. María Honorata López Morales

Mtra. Lizbeth Alondra Nanguilasmú Sánchez

Mtra Angélica Madris Díaz

DIRECTORIO DE LA UNACH

Mtro. Jaime Valls Esponda

Rector

Mtro. Hugo Armando Aguilar Aguilar

Secretario General

Mtra. Marcela Iturbe Vargas

Secretario Académico

Mtro. Miguel Ángel Cigarroa Torres

Secretario Administrativo

DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE SALUD

Dr. James Gómez Montes

Director del Instituto de Salud del Estado De Chiapas

Dr. Hermilo Domínguez Zárate

Dirección de Salud Pública

C. P. Verónica del Carmen Aceituno Suriano

Dirección de Administración y Finanzas

Dr. Luis Gerardo Ruíz Carrillo

Dirección de Planeación y Desarrollo

Dr. Albert Rafael Hernández Castellanos

Dirección de Protección Contra Riesgo Sanitario

Arq. Bernardo Penagos Santiago

Dirección de Infraestructura En Salud

Dr. José Luis Alejandro Manzanares

Director de Régimen Estatal de Protección Total en Salud

**DIRECTORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ**

Dr. Adrián Pérez Vargas

Director

Dr. Carlos Eugenio Ruíz Hernández

Secretario Académico

C.P. Jorge Serrano Solís

Secretario Administrativo

Mtro. Ahmad Soltani Darani

Jefe de Enseñanza

DIRECTORIO HOSPITAL GENERAL “DR. RAFAEL PASCASIO GAMBOA”

Dr. José Trinidad Aceves López

Hospital General “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”

Prof. Luis Enrique Long Clemente

Administrador Del Hospital

Ing. Mauricio Juárez Montero

Jefe Del Departamento De Recursos Humanos

Dr. José Antonio Villar Pinto

Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. José Delfino Méndez Hernández

Jefe de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

CONTENIDO

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Introducción	
1.2 Antecedentes Históricos	11
1.2.1. Facultad de Medicina Humana	11
1.2.2 Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	14
1.3 Misión y Visión de la Facultad de Medicina Humana	17
1.3.1. Misión	17
1.3.2 Visión	17
II. FUNDAMENTACIÓN	18
2.1 Referentes teóricos del modelo educativo	18
2.2 Necesidades sociales	21
2.3 Diagnóstico	26
2.3.1 La mortalidad en México	26
2.3.2 Satisfacción de egresados	38
2.3.3 Satisfacción de empleadores	39
2.4 Estado del Arte	40
2.5 Justificación	49
2.6 Opciones de formación afines	50
2.7 Lineamientos normativos	50
III. PLAN DE ESTUDIOS	54
3.1 Misión y visión del PE de Tanatología	54
3.1.1 Misión	54
3.1.2 Visión	54
3.2 Propósitos curriculares	54
3.3 Perfil de egreso	55
3.4 Campo laboral	56
3.5 Características del Plan de Estudios	56

3.6	Tutoría	58
3.7	Competencias que desarrolla	59
3.8	Organización y estructura curricular	61
3.8.1	Unidades de competencia	62
3.9	Mapa curricular	69
3.10	Líneas de generación y aplicación del conocimiento (LGAC)	70
3.11	Sistema de evaluación	70
3.11.1	Evaluación curricular interna	70
3.11.2	Evaluación curricular externa	72
3.11.3	Evaluación de los aprendizajes	72
3.12	Perfil de ingreso	72
3.13	Requisitos de ingreso	73
3.14	Requisitos académicos de permanencia	73
3.15	Obtención del grado	74
3.16	Denominación que recibirá el egresado	74
IV.	GESTIÓN DEL CURRÍCULUM	76
4.1	Estrategia operativa de los planes de estudio	76
4.2	Núcleo académico de profesores	79
V.	FUENTES CONSULTADAS	81

I INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La Tanatología es una disciplina cinética que estudia el continuo de vivir a morir, también es una ciencia y una especialidad cuyo objetivo es ayudar al hombre en aquello a lo que tiene como un derecho primario y fundamental: a morir con dignidad, en paz, con plena aceptación.

La Tanatología concibe al hombre como un ser integral, ubicado en un contexto físico, psicológico, social, cultural y espiritual, con sus necesidades y realidades. Abarca al enfermo terminal y al enfermo en fase terminal, luego a la familia, los amigos cercanos, al médico primario, al especialista, a la enfermera/o, trabajador social, en fin a todos aquellos que por algún motivo específico tienen que ver con la muerte de un ser humano.

Es conveniente aclarar que la Tanatología no sólo atiende casos terminales en la concepción tradicional de la palabra, sino que establece su definición sobre lo que atiende como enfermo terminal, o sea, aquel que padece una enfermedad por la cual posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico.

En tales casos la Tanatología es una disciplina que proporciona una serie de herramientas que permiten una atención integral tanto del paciente como el de la familia y el equipo de salud, a estos últimos les brinda elementos de ayuda durante la enfermedad de la persona, en su muerte y después de ella. Procura medios para que la persona mejore su calidad de vida y sus relaciones inter familiares preparándolos para afrontar la muerte. Asimismo, orienta a la familia para que esta realice el duelo en el menor tiempo posible y de la mejor manera.

Ayudar al enfermo y a sus familiares requiere de diferentes modos de acercamiento; dependerán filosófica y psicológicamente del estado que tenga el paciente y de las etapas por las que esté pasando cada uno de los miembros de la familia y exige también vigilar las emociones de quienes los cuidan

La muerte implica sentimientos dolorosos que pueden llevar a ser excesivos. Quien los sufre puede incluso perder el control en su proceso de duelo. Estos trastornos son motivo de atención del Tanatólogo, que debe estar presto para dar lo necesario en estos casos: tiempo, atención, interés para quien atiende y sobre todo escucharlo.

1.2 Antecedentes Históricos

1.2.1 Facultad de Medicina Humana

El 13 de enero de 1525 el Ayuntamiento de la Ciudad de México fijaba salario al Cirujano Barbero Francisco Soto para que enseñara su oficio, iniciándose de manera formal la enseñanza de la Medicina en la Nueva España.

En 1546 Los frailes Tomás de la Casilla y Alonso de Villalba, recorrieron la provincia de los Zoques, haciendo las primeras descripciones de su entorno y de las características de su gente.

En 1553 se fundó el Hospital de San Alejo en la Ciudad de Guatemala, gracias a los buenos oficios de Fray Matías de Paz. Este hospital fue destinado a los naturales enfermos. Poco tiempo después se fundó el Hospital de Santiago, fundado por el Obispo Marroquín, bajo la protección del Patronato Real; siendo su misión la atención de los españoles y mulatos enfermos. Estos Hospitales fueron atendidos por la orden de los Juaninos.

En Ciudad Real durante 1553 se estableció un noviciado en el que se implantó el estudio de Sagradas Escrituras y años más tarde de Teología; no obstante durante ese tiempo Tuxtla Gutiérrez era ignorada como poblado, siendo hasta 1596 cuando el Fraile Ponce, llega hasta Tuxtla, mencionando en sus memorias: “La gente de Tusta, que se nombran Zoques, me dieron muy buen recibimiento y, doy fe que tienen buen orden, concierto y policía entre los indios.”

En el Siglo XVI renace en Tuxtla el culto a la muerte, quizá precipitado por la falta de médicos, las epidemias y la fragilidad de la vida, este se refuerza durante el siglo XVII, conocido como el siglo de la depresión, siendo tan fuerte su influencia que dicho culto perdura hasta nuestros días.

Al parecer, el primer hospital en Chiapas se fundó en Ciudad Real hacia 1609.

En 1626 el viajero Irlandés Tomás Gage, durante su visita al convento de Chiapa de Corzo, incursionó en la zona de los zoques, describiendo en sus notas el paisaje y asombrándose del comercio que practicaba este pueblo, que utilizaba la vía pluvial del Río Grande de Chiapa, en el que se transportaban mercaderías como: la cochinilla y las artesanías. Describe la fisonomía de la gente y elogia su ingenio, sus proporciones generales y su medicina... “cosían las heridas con agujas de hueso, usando para ello cabellos largos, los que limpiaban esmeradamente”.

Los Hospitales fundados en Ciudad Real hacia 1609 y el de San Juan de Dios hacia 1793 en Comitán, carecían de Médicos:

Los médicos tenían que ir a Estudiar a la Universidad de San Carlos durante el Siglo XVIII, XIX, y principios del siglo XX.

Seis años más tarde se le da la categoría de alcaldía mayor, de tal manera que en 1790 estaba constituida por 33 pueblos, y 13 curatos.

El Lic. José Diego Lara, Gobernador de Chiapas, el 23 de Octubre de 1825, expide el decreto en el cual se incorpora la enseñanza de Leyes y Medicina en el Seminario Tridentino en San Cristóbal de las Casas, seminario fundado en 1678 y destinado a la enseñanza de los españoles. Al parecer es anterior a lo que sucede en la provincia de México, en donde se establecen las primeras Escuelas de Medicina en 1830 en Puebla y Michoacán.

Es hasta 1870 en que se tiene noticia que se instala un profesional de la medicina en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Cuyo nombre fue Don Quirino Flores, poco tiempo después se instala en la ciudad el Dr. Jacobo Cuesy, Médico de origen prusiano, Capitán de ambulancias del Ejército Mexicano.

En ese mismo año abre su consultorio en la Ciudad el Dr. Domingo Chanona, caracterizándole un acertado espíritu humanista, reconocido en la Historia como el Humanismo Decimonónico de Chanona.

El 15 de Septiembre de 1899 se establece el primer Hospital Civil.

El 1 de Noviembre de 1944 se funda el Hospital Dr. Domingo Chanona.

En 1966 el Hospital Civil Regional.

El 17 de abril de 1975 se inaugura la Escuela de Medicina Humana de la UNACH bajo el sistema modular norteamericano. En 1991 se integra el primer comité de diseño curricular, aprobándose el plan de estudios en 1993, continuando con el plan modular adaptado en algunas de sus partes de la UAM-Xochimilco, que considera al hombre como un todo en el que confluyen los aspectos biológico, psicológico y social, cultural y trascendente; en el que con la experiencia del trabajo docente pudiera enriquecerse y reformarse, abriendo espacios más amplios a la enseñanza de las ciencias básicas y de las humanidades médicas, áreas con vastas oportunidades de desarrollo, a la vez de aumentar y apuntalar aún más nuestras fortalezas que residen en las áreas clínico patológicas.

El Plan de Estudios 1993 para la formación de profesionales de la Salud continua considerando únicamente al programa de Médico Cirujano, que rompe con el modelo modular norteamericano y el de la UAM-Xochimilco, estableciendo la primera propuesta pertinente al contexto estatal y regional, estructurado en tres fases y bajo la lógica de la historia natural de la vida del hombre:

El año de 1993 la Escuela se convierte en Facultad, al establecerse la Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud, integrándose en este período también el aval universitario a las especialidades de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Anestesiología, teniendo como Hospital Sede el Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” de la SSA.

Para el 2005 los profesores de la FMH se constituyen en un taller de seguimiento curricular cuyo producto final fue la actualización del marco referencial del programa educativo de 1993, para poder así soportar los procesos de evaluación y acreditación de los CIEES y COMAEM. Manteniendo el resto del Plan la misma estructura.

Es pertinente señalar que los talleres de informática e inglés se adaptan a la modernidad, en forma paralela se inician los trabajos de evaluación para la reforma curricular.

En octubre de 2005 los CIEES evalúan el programa en el nivel 1 y posteriormente, en el mismo año, se acredita el programa de Médico Cirujano por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM).

En el año 2008 la Facultad de Medicina Humana adquiere el Nombre de Dr. Manuel Velasco Suárez.

En el 2011 se presenta el segundo proceso de acreditación, con el cual se mantiene ésta hasta el 2016.

En el 2007 se inicia la elaboración del plan institucional de desarrollo con la participación de docentes de medio tiempo y tiempo completo, como resultado de este trabajo se actualiza la misión, la visión y el marco de referencia del programa educativo. Entre otras características de la entidad se detectó que:

- Se tiene una tasa de natalidad elevada, aumenta la expectativa de vida de la población y que a pesar de los esfuerzos por aumentar la cobertura de servicios de salud en Chiapas, existe rezago en la atención de la salud en la población abierta.
- Vivimos un periodo de transición epidemiológica en donde coexisten las enfermedades de la pobreza con las de la opulencia.
- La pulverización de la población dificulta la dotación de servicios, incluidos los de salud. Así como el adecuado registro de la morbi-mortalidad.

Estas condiciones, aunada a la desproporcionada demanda de ingreso de aspirantes, frente a una oferta limitada y única obligan al crecimiento y diversificación de la oferta educativa de la FMH.

1.2.2 Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

El nacimiento del tratamiento del dolor como una especialidad, apareció por primera vez en el Hospicio San Lucas en Londres, Inglaterra en 1940, la Dra. Cecily Saunders busca la manera de aliviar el dolor de los enfermos y sus familias. (Calvo: 1998).

La OMS publica en 1986 en Ginebra el documento denominado "Alivio del dolor en el cáncer" (Cancer Pain Relief), el cual es nuevamente publicado en 1998 en la revista Anesthesia & Analgesia, actualmente conocido como Escalera Analgésica de la OMS. La segunda edición del documento se lleva a cabo en el año 1999. Desde su creación y divulgación en el año 1986 se han producido modificaciones, algunas recogidas en la segunda edición de 1996. Su estructura básica no se ha modificado pero algunos de los medicamentos inicialmente propuestos han desaparecido o relegados a un segundo plano.

En el año 2006 se celebró el 20 aniversario de la publicación y puesta en marcha de la Escalera Analgésica de la OMS. Se ha evaluado, debatido su origen, su vigencia, sus éxitos y limitaciones, reconociéndose que su difusión ha mejorado de forma sustancial el tratamiento del dolor.

El día 5 de enero de 2009 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación la reforma al Artículo 184 de la Ley General de Salud y se adiciona el artículo 166 Bis que contiene la normatividad en Materia de Cuidados Paliativos.

El Hospital General Regional "Dr. Rafael pascasio Gamboa" inició sus funciones en el año de 1943, como Instituto de Beneficencia Pública con el nombre de "Hospital Domingo Chanona", contando con las cuatro áreas básicas (Ginecobstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría), fue la primera unidad hospitalaria y se funda en el lugar que ahora ocupa el edificio de la escuela de medicina.

El 25 de noviembre de 1965 cambia su ubicación, a la novena sur y segunda oriente, siendo el director el Dr. Romeo Rincón Castillejos. El aumento de la población trajo como efecto la aglomeración de pacientes y la deficiencia en la atención médica. Como consecuencia, en 1982 se inauguró el hospital materno-infantil con la finalidad de brindar a la población una mejor atención.

En 1988 debido al incremento de servicio se ponen en operación las áreas de quirófano, cirugía y traumatología con 30 camas y consulta externa en el antiguo hospital.

Hasta 1990 en Chiapas no se daba especial atención al dolor y cuidados paliativos, es a partir de la aparición del concepto Algología¹, que se origina el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

En marzo de 1990, el Dr. Delfino Méndez Hernández especialista en Algología egresado del Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, inició la labor de dar a conocer mediante platicas, sesiones, conferencias, lo que es la Clínica del Dolor y los Cuidados Paliativos, en diversos centros hospitalarios de todo el estado, sobre todo difundiendo el programa “Alivio del Dolor por Cáncer” de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), como responsable de este programa en Chiapas.

En el Hospital General Tuxtla se tiene conciencia de la creación de una Clínica del Dolor para la atención de diversos síndromes dolorosos en los pacientes con Cáncer y dolor, iniciándose la atención de los pacientes en la oficina de anestesia que en ese entonces se encontraba en el 4o. piso del hospital, fungiendo como médico consultor, el jefe de anestesiología. Es decir, se inicia el manejo de los pacientes con dolor sin contar con un espacio físico determinado.

Esta “área” funcionó en condiciones precarias durante 2 años, y el número de pacientes aumentaba, no fue sino hasta septiembre de 1992 que en una reunión de la CIDAPE con la presencia del Dr. Jesús Kumate Rodríguez Secretario de Salud a nivel nacional, se le expone el primer trabajo sobre la “Incidencia del cáncer y dolor en el Hospital. Gral. Dr. Rafael Pascasio Gamboa”, lugar mismo donde se hizo entrega de la primera dotación de Morfina y otros analgésicos opioides, para llevar a cabo el programa de “Alivio del dolor por Cáncer en Chiapas”, el cual que hasta la fecha se lleva a cabo en la población oncológica de nuestro estado.

En 1993 se nombra como jefe de la Clínica del Dolor al Dr. Delfino Méndez Hernández y en 1994 se designa un espacio formal de 4 x 5 metros en el área nueva de consultorios de especialidades localizado en la 9ª. Sur entrada principal del hospital, año mismo en que se suma la enfermera Norma Hernández Magariño como especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, también egresada del Instituto Nacional de Cancerología de México.

Todo este movimiento de la medicina, despierta interés en un grupo de anestesiólogos como: los Drs. Ranulfo Chávez, Orlando Perianza, Teresa Vázquez, Silvia Fernández y otros profesionales de la salud, a interesarse en el manejo interdisciplinario y humano de pacientes terminales por cáncer, asistiendo a Congresos de Dolor, Paliativa y Tanatología.

¹ La **algología** es un término no registrado por el **Diccionario de la lengua española** pero encuentra su etimología en el **griego** ἄλγος, **algos**, **dolor**. En muchos países de habla hispana se usa para denominar la rama de la medicina que estudia el dolor y su tratamiento científico.

Teniendo como base este grupo se crea el “Colegio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos de Chiapas A.C. en diciembre del año 2006, siendo presidente actual el Dr. Delfino Méndez quien ha afiliado dicho colegio al “Colegio Médico del Estado de Chiapas” actualmente con el carácter de Federación de asociaciones y colegios médicos del estado de Chiapas, A.C.

Buscando siempre crecer en esta área de la medicina y con la firme intención de encontrar un espacio más amplio y adecuado para el mejor abordaje interdisciplinario de los pacientes y sus familias.

En enero del 2007 con el apoyo del Dr. Javier Castellanos Coutiño, Secretario de Salud en Chiapas y del Dr. Ranulfo Chávez Lemus, Director del Hospital General, autorizan la creación de un área específica para la “Clínica del Dolor y Medicina Paliativa” con un área de jardín con 6 pequeños módulos de atención, que lo hacen único en su modalidad de atención en el sureste mexicano, el área nueva de la Clínica del Dolor y Paliativa está localizada en la 9ª. Sur y calle central de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, conformando parte de la infraestructura del Hospital General “Dr. Rafael Pascasio Gamboa.

El área nueva de dolor y paliativa del Hospital General “Dr. Rafael Pascasio Gamboa “ cuenta con la mayoría de analgésicos opioides para el control del dolor por cáncer y el dolor no oncológico, además se ha ampliado el personal médico y de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales, cumpliendo con el manejo interdisciplinario, no solamente del paciente sino también de sus familias, proporcionándole al paciente un final digno, tranquilo y sin dolor, actuando con profesionalidad, sobre todo con un sentido humano.

Entre las actividades principales del equipo de la Clínica del Dolor se encuentran aliviar el dolor de la población oncológica y no oncológica que atendemos en el Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa, y a población abierta que requiere la atención pertenezcan o no a otras Instituciones de salud, con un programa de cuidados paliativos en el domicilio de los pacientes cuando se encuentran en fase muy terminal de su enfermedad, los cuidados paliativos se definen; como el estudio y manejo de pacientes terminales, con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con pronóstico de vida limitado y cuyo objetivo es conseguir la mejor calidad de vida posible, y se orienta por los siguientes principios:

- El no abandono
- El manejo del tratamiento del dolor físico y de otros tipos de “dolor”.

Es decir los cuidados paliativos aseguran una mejor calidad de vida y muerte digna a los pacientes terminales aliviando el dolor físico, psicológico, social y espiritual y afrontando los problemas asociados a la enfermedad, mediante los

cuidados profesional y humano, brindando confort al paciente a la familia y al equipo de salud.

1.3 Misión y visión de la Facultad de Medicina Humana

1.3.1 Misión

La Misión de la Facultad es: formar profesionales de la salud competentes, con un compromiso social y conciencia crítica respecto a su entorno. Con calidad profesional, capacitados para el trabajo en equipos multidisciplinarios; un profesional de la Salud competente, con valores humanísticos y sociales para servir a la comunidad con reconocimiento y comprensión a la identidad cultural de los pueblos. y un profundo respeto al entorno ecológico, Interesados en desarrollar la investigación y actualización del conocimiento, con la finalidad de atender las demandas de salud actuales y futuras de nuestro complejo social, y así, tener la formación académica necesaria para el ejercicio libre de la profesión o en su caso, para acceder a la educación médica de posgrado, tanto en las áreas clínicas, como en investigación, docencia y salud pública.

1.3.2 Visión

La Facultad de Medicina Humana Dr. Manuel Velasco Suárez continua siendo en el 2018 una institución líder en la formación de profesionales de la salud con calidad y pertinencia social, que integran los avances científicos, tecnológicos, pedagógicos y didácticos a sus procesos formativos; que realizan programas de extensión educativa, investigación y servicio social en la comunidad y que gozan del reconocimiento local, regional, nacional e internacional.

II FUNDAMENTACIÓN

2.1 Referentes Teóricos del Modelo Educativo

El Modelo Educativo de la UNACH se sustenta en lo siguiente:

Sustento Filosófico

Se fundamenta en la teoría humanista pues mantiene una visión holística del desarrollo humano, que considera a cada persona como un ser íntegro y único de valor independiente; asimismo, afirma que los seres humanos son agentes libres con capacidades superiores para utilizar los símbolos y pensar en términos abstractos, por lo que las personas son capaces de hacer elecciones inteligentes, responsabilizarse de sus acciones y desarrollar su potencial de autorrealización (Rice, 2000).

Fomenta el pensamiento libre y el respeto hacia el otro, a la vez que considera que la ciencia debe aplicarse bajo principios éticos universales. El programa educativo se constituye en un espacio de escucha de todas las voces para que juntos sean capaces de enriquecer el quehacer docente, de investigación, de gestión, de vinculación y de extensión.

Acorde a estos planteamientos la Universidad Autónoma de Chiapas plantea en su modelo educativo la necesidad de formar a sus estudiantes de manera integral, de tal forma que sean profesionistas competentes y con un amplio sentido de compromiso social. Para ello, entiende la trayectoria educativa como un medio para formar ciudadanos creativos, constructivos y democráticos que favorezcan el desarrollo de escuelas, de la comunidad y de la sociedad (Harkavy, 2006). La formación que ofrece la Universidad se sitúa en el paradigma educativo centrado en el aprendizaje y la construcción de competencias profesionales integrales, lo que significa el compromiso individual de la construcción de su propio conocimiento y el aprendizaje en y a lo largo de la vida.

Sustento Antropológico

Toda propuesta educativa tiene la intencionalidad de formar un ideal de ser humano, entendiéndolo como un sujeto histórico que se construye y reconstruye en la interacción social privilegiando el lenguaje como un instrumento cultural que posibilita dar sentido y significado a la realidad que una vez socializada puede ser interiorizada y formar parte de la estructura cognitiva del ser humano. En este sentido la educación como construcción social cuya pretensión es la transmisión dinámica de la cultura de una generación a otra, integra grupos que crean cultura.

El proceso de enseñanza aprendizaje, como proceso psicológico, pretende potenciar los conocimientos y habilidades de las personas por lo que las

propuestas curriculares deben privilegiar un enfoque sociocultural, enfatizar las experiencias compartidas que permitan la construcción de la intersubjetividad, la memoria histórica y cultural de cada sujeto y de la sociedad de la que forma parte.

En consecuencia, el aprendizaje debe ser situado y contextualizado dentro de comunidades de práctica a fin de privilegiar el aprendizaje guiado y cooperativo, la enseñanza mutua, la evaluación dinámica y en contexto (Díaz-Barriga y Hernández, 2003). Coincidente con ello, la UNACH, a través de este plan de estudios asume la responsabilidad de “formar profesionales capaces, críticos propositivos y creativos, con espíritu ético, humanista, con conciencia histórica y social” (UNACH, 2007a:13), que despliegue en sus estudiantes la capacidad de reconocer la complejidad de la realidad a través de la construcción y reconstrucción de sus saberes, compartiendo y construyendo los valores sociales, desde una perspectiva de interculturalidad que lo haga un ciudadano del mundo con plena identidad local, que privilegie el respeto, la comprensión y el aprecio de la diversidad cultural, la responsabilidad social y el desarrollo sustentable como requisitos indispensables para contribuir a propiciar una cultura de paz.

Sustento Epistemológico

El proceso de enseñanza- aprendizaje se aborda desde una perspectiva constructivista que “retoma las premisas epistemológicas del paradigma interpretativo y las aplica al aprendizaje, considerado una capacidad cognitiva del aprendiz, quien organiza y da sentido a la experiencia individual” (Soler, 2006:29), la cual se caracteriza en el papel activo que juega el alumno, el cual ya no es considerado como un ser reactivo; mientras que el docente se convierte en facilitador del proceso de aprendizaje. (Coll, Mauri, Moras, Onrubia, Solé & Zabala, 2007).

Se concibe que el conocimiento se construye a través de la interacción con el contexto social, histórico y político en el que se desenvuelve el profesional en formación. El conocimiento no es un proceso lineal, ni una simple copia de la realidad, requiere un esfuerzo continuo de construcción y deconstrucción propio de la dialéctica enseñar- aprender y de la vinculación teoría- práctica.

El paradigma educativo centrado en la generación de competencias, concibe a la enseñanza y el aprendizaje como un proceso en el cual se construyen y reconstruyen saberes que permitan aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir con los otros (Delors, 1996).

Lo que implica que el conocimiento debe ser un elemento que coadyuve a la transformación del entorno para mejorar las condiciones de vida, por ello es necesario responder a las necesidades sociales, en una sociedad denominada del conocimiento y la supercomplejidad, donde el primero ya no puede ser dogmático

y concebirse como algo acabado, puesto que las certezas son condicionadas por las particularidades de la realidad y absolutamente finitas. Por lo que la construcción del conocimiento debe propiciarse a partir de la relación entre experiencia y teoría.

En el campo de la tecnología aplicada a la educación, la relación teoría-práctica debe ser permanente y permitir la conceptualización científica y su aplicación en tareas concretas y situadas, desde una perspectiva holística que considere el contexto y la cultura, por lo que las actividades de aprendizaje deberán ser diseñadas para facilitar aproximaciones sucesivas y ordenadas que propicien la construcción y apropiación de los conocimientos propios de este campo disciplinario.

Sustento Psicopedagógico

La Universidad ha adoptado un modelo educativo centrado en la construcción de competencias, en este paradigma educativo se hace énfasis en el aprendizaje como un proceso en el cual el alumno es el protagonista y es él quien con la guía del docente construye su propio aprendizaje. Desde este paradigma educativo se incorpora a la formación profesional un conjunto de estrategias que permita la construcción de un aprendizaje significativo, autónomo y situado.

Entenderemos el aprendizaje significativo como la capacidad de construir significados, es decir (Carrasco, 1997: 62)

- Establecer relaciones sustantivas, no arbitrarias, entre lo que aprendemos y lo que ya conocemos (Ausubel, citado por Carrasco, 1997).
- Integrar el nuevo contenido de aprendizaje en los esquemas de conocimiento de la realidad que ya poseemos (Piaget, citado por Carrasco, 1997).

El aprendizaje autónomo o autodirigido hace referencia a la “facultad de tomar decisiones que permitan regular el propio aprendizaje para aproximarlos a una determinada meta, en el seno de unas condiciones específicas que forman el contexto de aprendizaje” (ANUIES, 1999). Además, es indispensable situar el aprendizaje, ya que no toda su aplicación se reduce al contexto escolar, por lo anterior es indispensable que la educación formal responda a las problemáticas de la sociedad porque es precisamente en ella que el profesional interviene ofreciendo alternativas de solución de manera colaborativa.

Para hacer posible que el alumno se convierta en el protagonista de su proceso de formación, es indispensable cambiar la perspectiva de la educación, pasando de concebir el aprendizaje como la acumulación de conocimientos a ponderar la construcción de los conocimientos en ambientes complejos, realistas y

pertinentes, así como a través del desarrollo de tareas auténticas. Es por ello, que el modelo educativo de la Universidad pondera la educación basada en competencias que permitan al estudiante aprender a aprender, ya que en la sociedad del siglo XXI, los conocimientos y saberes cambian de manera vertiginosa, lo cual provoca confusión haciéndose indispensable “facilitar el desarrollo de las competencias profesionales de las personas, pero ejerciendo esencialmente una función orientadora que permita el reconocimiento y la potenciación de las habilidades de cada uno según sus capacidades y sus intereses” (Zabala & Arnau, 2007).

2.2 Necesidades sociales

La Tanatología es la disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte, con un método científico que la ha convertido en un arte y en una especialidad. Su objetivo principal está centrado en proporcionar calidad de vida al enfermo terminal buscando que sus últimos días transcurran de la mejor forma posible, fomentando el equilibrio de y entre los familiares. Además se ocupa de todos los duelos derivados de pérdidas significativas que no tienen que ver con la muerte ni con los enfermos moribundos.

La Tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones. Gira alrededor del enfermo terminal y se basa en las descripciones y observaciones que sobre él se realizan para ofrecer un diagnóstico y mediante éste, determinar las acciones a seguir (Kubler, 1972).

En 1901, Elie Metchnikoff quien recibiera el premio Nóbel de medicina en 1908, acuñó el término Tanatología, denominándola como la ciencia encargada de la muerte. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de ella y de todo lo relativo a los cadáveres, desde el punto de vista médico legal.

En 1930, como resultado de los grandes avances de la medicina, empezó un período en el que se confina a la muerte en los hospitales, ya para la década de los cincuentas esto se va generalizando cada vez más y así, el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esa época "escondiera" la muerte en un afán de hacerla menos visible, para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar.

En la década de los sesenta, la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuida en un 25% y durante esa época, se hace creer a todos que la muerte es algo sin importancia ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico, convirtiéndola en un hecho ordinario a la vez que tecnicándola y programándola, se le relegó y se le consideró insignificante.

El concepto y definición de la muerte según Potter (1971) y Gutiérrez (2006) ha variado a través del tiempo de acuerdo con la cultura, la religión y el pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no, de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin.

Por la violencia tan frecuente en la vida cotidiana actual, al igual que durante las guerras, llega a verse a la muerte como algo natural, como también llega a suceder con los profesionistas del área de la salud, quienes con un pensamiento biologicista, consideran a la muerte como un evento natural, normal y cotidiano, dándole una interpretación solamente científica y técnica (Rebolledo, 1996; Tarasco, 1998).

Dans (1979) refiere, que la muerte como disolución de la unidad organizacional y funcional que compone a un individuo en realidad es un proceso, por lo que no se sabe cuando comienza hasta que el proceso ha terminado.

La muerte es parte de la vida misma (Di Caprio, 1999), es el resultado del envejecimiento y deterioro progresivo tanto orgánico como funcional. En otras ocasiones es el resultado del daño producido por diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural llega a su fase terminal a corto, mediano o largo plazo. En algunas ocasiones, éste plazo se ha modificado por los recursos que proporciona el avance científico y tecnológico, los que muchas veces lo único que hacen es modificar la forma y el tiempo de morir.

La manera como se ve e interpreta a la muerte, ya sea como un acontecimiento general o ajeno, cambia cuando afecta a una persona en particular, cuando el enfermo o sus familiares se enteran de la posibilidad de la cercanía o la inminencia de la muerte, por lo que es importante conocer sus reacciones y actitudes en estas circunstancias (Veatch, 1976).

En el año de 1991 la Dra. Elizabeth Kübler Ross describe los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte y define a la Tanatología como una instancia de atención a los moribundos, por lo que se le considera la fundadora de esta ciencia. Es ella a través de su labor, quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad y para tal fin, crea clínicas cuyo lema es "ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas".

En la actualidad, el término Tanatología no se circunscribe al hecho fatídico, sino a la serie de circunstancias que rodean la muerte de un ser humano, por lo que se considera como una disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y está enfocada a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su

familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, esperanza y buenos cuidados, que ayuden al enfermo a morir con dignidad.

Campos de aplicación

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, señalando que se deben evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida como su acortamiento deliberado. Es decir, deben de propiciar una "Muerte Adecuada" misma que se puede definir como aquella en la que hay:

- Ausencia de sufrimiento.
- Persistencia de las relaciones significativas del enfermo.
- Intervalo permisible y aceptable para el dolor.
- Alivio de los conflictos.
- Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo.
- Creencia del enfermo en la oportunidad.
- Consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes y los instintivos del enfermo.
- Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre.
- Todo lo anterior, será dentro del marco del ideal y del ego del paciente.

De esta manera se entiende que el deber de la tanatología como rama de la medicina consiste, en facilitar toda la gama de cuidados paliativos terminales y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el duelo producido por la muerte.

Según lo anterior, la Tanatología es una disciplina amplia y muy difícil de abordar por las múltiples facetas y diversos campos de análisis que se interrelacionan. Por ejemplo: El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales, los aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte, reafirmada ésta, en los debates sobre el derecho a una muerte digna, misma que no buscan otra cosa más que repensar y resimbolizar lo que se ha querido llamar la muerte adecuada.

Examinar la muerte, como examinar la vida, requiere la escucha y la lectura de una pluralidad de discursos. Cada uno de ellos tiene un contexto de validez y un ámbito de aplicación. Sin embargo, es posible que no estemos en condiciones de comprender muchos de esos discursos, pero esto no quiere decir que por el sólo hecho de no comprender no existan o no sean realidades.

El lenguaje del moribundo es caótico y obliga a quienes se especializan en esa disciplina a colocar el caos dentro del orden. Pero colocar el caos dentro del orden no significa ordenar el caos sino respetarlo y acomodarlo, lo que nos remite a uno de los puntos fundamentales que tiene que ver con el misterio de la vida y de la muerte y es la humildad frente a lo desconocido.

El objetivo de la Tanatología es ayudar al hombre en aquello a lo que tiene como derecho primario y fundamental: Morir con dignidad, plena aceptación de la muerte y total paz.

Centeno en el año de 1999 definió al paciente terminal por tener:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.

Con respecto al paciente terminal, la Dra. Kubler Ross en 1994 describió las diferentes fases por las que pasa este paciente creando el denominado Modelo Escalonado de Kubler Ross, el cual consiste en lo siguiente:

Fase de negación. La negación de una verdad desconcertante tiene una importante función protectora, es una defensa provisional que más tarde es sustituida por una aceptación parcial. Esta etapa, es especialmente fuerte cuando la gravedad del padecimiento se realiza de manera directa y con escasa sensibilidad o simpatía. La primera reacción del paciente puede ser un estado de conmoción temporal del que se recuperará gradualmente. Cuando la sensación empieza a desaparecer y consigue recuperarse, su respuesta habitual es: *no, no puedo ser yo*. Es casi imposible reconocer que tenemos que afrontar la muerte.

Fase de ira. El paciente llega al conocimiento de que es a él a quien le toca morir y a nadie más. Se llena de sentimientos de irritación, envidia, amargura y siempre se pregunta *¿Por qué yo?* En estas circunstancias, el médico debe hacerle entender, que efectivamente es cruel el tener que morir mientras otros continúan viviendo y que por lo tanto, su reacción es profundamente comprensible. En contraste con la fase de negación, esta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal, se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

Fase de pacto. Esta tercera fase es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, en ella el enfermo ya no desea vivir largos años, sino que espera vivir

para cumplir ciertos objetivos temporales (volver a ver un hijo, participar de una fiesta). Para ello, muchas veces está dispuesto a una serie de contraprestaciones: observación del tratamiento médico, rezos o asistencia a oficios religiosos, etc. Es importante que el tanatólogo identifique esta fase, para librar al enfermo de sus temores irracionales de castigo si no cumple con lo prometido.

Fase de depresión. El paciente reconoce que ya no puede seguir negando su enfermedad ni puede dilatar la llegada de la muerte. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia, serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Es una especie de luto anticipado, del que brota una buena disposición para asumir la propia muerte y morir sereno. Los profesionales pueden ayudarlo, brindando un marco adecuado para que el enfermo resuelva problemas personales pendientes, como son: reconciliaciones, previsiones financieras para su cónyuge, división de bienes o cuidado de sus hijos, etc.

Fase de aceptación. No debe confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Casi siempre está desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del “descanso final antes del largo viaje”. Muchas personas se retraen lentamente del mundo que los rodea y aumenta su necesidad de descanso. A menudo muestran una singular expresión de serenidad y paz llena de dignidad humana.

Si un paciente tuvo tiempo suficiente y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la aceptación de su muerte ya no le deprimirá ni tampoco lo enojará. No es que se abandone a ella resignadamente sino que existe como una vaciedad de sentimientos donde se alcanza la tranquilidad, es el descanso final antes del largo viaje. En este punto se dan grandes momentos de silencio, pero es aquí donde algunas comunicaciones están más llenas de sentido, la comunicación pasa de verbal a no verbal.

La esperanza es lo único que generalmente persiste a lo largo de todas las fases anteriores, especialmente después de la etapa de negación. La mayoría de los pacientes dejan abierta una posibilidad de curación, de descubrimiento de un fármaco, o de un éxito de última hora en un proyecto de investigación. Es esta chispa de esperanza la que los sostiene durante días, semanas o meses de sufrimiento.

Hay que tener presente que no se puede ayudar al paciente terminal de un modo verdaderamente importante, si no se tiene en cuenta a su familia. Ésta juega un papel importante durante la enfermedad y sus reacciones contribuirán en la forma que el paciente afronte su proceso.

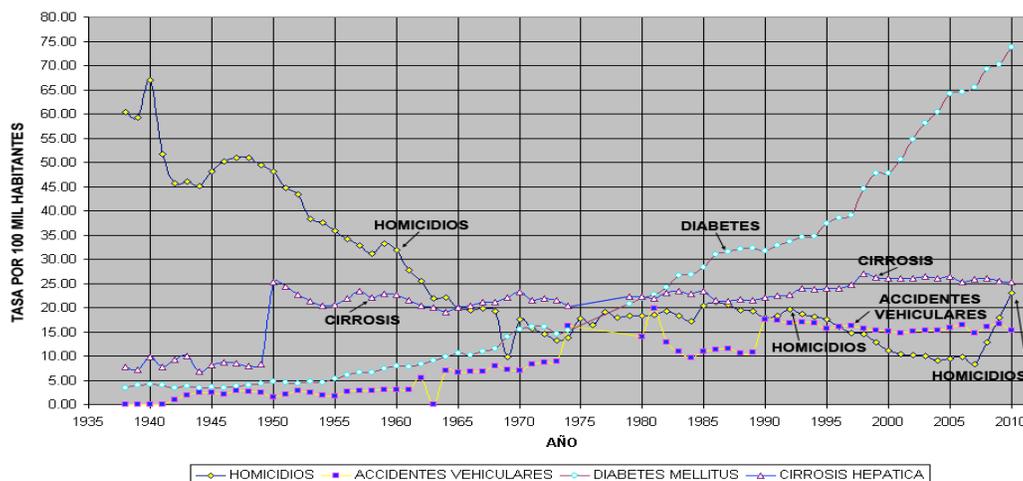
2.3 Diagnóstico

2.3.1 La mortalidad en México

La tabla que determina la Tasa de Homicidios por 100 mil habitantes en México, no deja de ser importante compararla con otras de las principales causas de muerte en el país. En ella se ve como la tasa de homicidios tiene una tendencia a la baja si se mide desde 1931 en que los niveles de violencia eran del triple de los actuales. También se observa que los "altísimos" niveles de violencia actuales son similares a los de 1985 y 1986 con tasas del orden de 20. Explicamos que la concentración de la violencia, en varios puntos específicos del país, es la razón fundamental del malestar presente en la sociedad, sin embargo esa violencia no se debe considerar que existe en al resto del país.

Ante tal situación, se percibe que hay otras causas de muerte que son de mucho mayor importancia y trascendencia, y que en la realidad muy pocos quieren voltear a verlas. Curiosamente varias de ellas tienen que ver con los malos hábitos y las adicciones, como se demostrará enseguida.

ALGUNAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MEXICO, 1938-2010, TASAS POR 100 MIL HABITANTES



Actualización de Marzo de 2012

Recopilación: Ing. Manuel Aguirre Botello, con datos de INEGI, OMS y SINAIS

En la gráfica, por el contrario de la tendencia a la baja de la curva de Homicidios, la que corresponde a las defunciones causadas por la Diabetes Mellitus es en verdad aterradora. Su tendencia a crecer, posiblemente en forma exponencial, provoca miles de muertes por año. Tan solo baste saber que en 2010, último año reportado por INEGI y SINAIS se dieron 82,964 decesos, más de 3 veces los provocadas por Homicidios y ocupa el primer lugar como causa de muerte en México.

Una de las razones que propician el desarrollo de esta grave enfermedad es el exceso de peso y es bien conocido que nuestro país ocupa el nada honroso segundo lugar mundial de personas con problemas de obesidad.

La Diabetes Mellitus de acuerdo con la OMS, Organización Mundial de la Salud, es causa de más de 220 millones de personas enfermas y se estimó que en 2008 fallecieron 1.26 millones de personas como consecuencias directas del exceso de azúcar en la sangre.

Para su prevención, según OMS, se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes se debe alcanzar y mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente al menos con 30 minutos de actividad regular por día, consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas, finalmente evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Con estas medidas se podrían evitar más de 80,000 defunciones de personas por año por causa de la diabetes

¿No sería posible que la sociedad civil, ahora tan activa; los medios de comunicación, los gobiernos estatales, las escuelas y universidades, pero sobre todo los legisladores, le dediquen más tiempo a impulsar soluciones que ayuden resolver, o al menos contener, este grave problema? O bien ¿brindar el apoyo a las personas en fase terminal?

Es importante anotar que por esta causa de muerte, México ocupa la posición número 9 entre 192 países, en base a decesos por cada 100 mil habitantes y de acuerdo con la más reciente (2008) publicación de la OMS.

No cabe duda que nuestro país tiene un grave problema por resolver: La Diabetes Mellitus y todas las distorsiones en hábitos y costumbres que concurren para ello. Casi 14 por cada 100 muertes en México son por causa de la Diabetes.

El cuarto lugar como causa de muerte en México lo ocupa la Cirrosis Hepática y fue motivo de 28,369 decesos durante 2010. La Cirrosis Hepática es una enfermedad altamente relacionada con el consumo de alcohol. El abundante consumo de alcohol durante varios años puede causar una lesión crónica en el hígado. La cantidad de alcohol necesaria para provocar daño hepático varía mucho de una persona a otra. En el caso de las mujeres, consumir de dos a tres tragos (incluidos la cerveza y el vino) por día y en el caso de los hombres, de tres a cuatro tragos por día, puede provocar daño hepático y cirrosis.

En el pasado, la cirrosis relacionada con el alcohol causaba más muertes que la cirrosis provocada por cualquier otra causa, en la actualidad, las muertes que son consecuencia de la cirrosis relacionada con la obesidad están aumentando.

Nuestro país ocupa el lugar 19 a nivel mundial como causa de muerte por Cirrosis Hepática. Como puede apreciarse en la gráfica, la Cirrosis del Hígado produce casi las mismas muertes que la violencia.

Las adicciones al alcohol y otras drogas son la principal causa de la mayoría de los accidentes de vehículos automotores, ocupa la posición 81, entre 192 países, en muertes atribuidas al alcoholismo. Estas cifras corresponden con información publicada por World Life Expectancy.

En el año 2010, la novena causa de muerte en México se debió al crecido número de Accidentes de Vehículos Automotores, y sumaron un total de 17,098 decesos. Ese tipo de accidentes debe observarse desde dos vertientes: la pérdida en vidas y la enorme pérdida para los familiares.

Un breve análisis nos indica que las mayores razones o causas de accidente son: Exceso de Velocidad, Alcohol y Drogas, Distracción y Cansancio. Aunque en ciertos casos coinciden varios de estos factores de riesgo.

México ocupa hoy el lugar 94 por el número de muertes causadas por accidentes vehiculares entre 192 países, de acuerdo con las cifras recientemente publicadas por la OMS y que se han tabulado en base a la tasa por 100M habitantes.

La siguiente tabla preparada con los datos publicados por la Secretaría de Salud y el SINAIS, que muestra las 20 principales causas de muerte tabuladas para el período de 2000-2009 y que han sido actualizadas para los años de 2009 y 2010, consultando la base de datos interactiva del INEGI. Allí se puede corroborar que por causa de la Diabetes mueren 3 veces más personas que por cada deceso, a causa de Homicidio. Las fallecimientos anuales a causa de la Diabetes ya representan el 14.01% de la mortalidad total.

Cáncer. Se estima que para el año 2015 habrá 15 millones de casos nuevos de cáncer por año, de los cuales aproximadamente 9 millones de muertes serán por esta causa, 6 millones se producirán países de bajos ingresos. Es pertinente aclarar que la mayoría de ellos habrán de necesitar los servicios de clínicas de cuidados paliativos y Tantología. Misma situación que ocurre con los aproximadamente 10 millones casos de sida en adultos, de los cuales 90%se producen en países de bajo ingreso.

En la primera parte del siglo XXI, el cáncer de pulmón y el sida serán las dos causas más comunes de mortalidad. Anualmente se diagnostican un millón de

casos nuevos de cáncer en E.U. Actualmente cerca de 8 millones de habitantes en E.U.A. tienen cáncer o historia de cáncer.

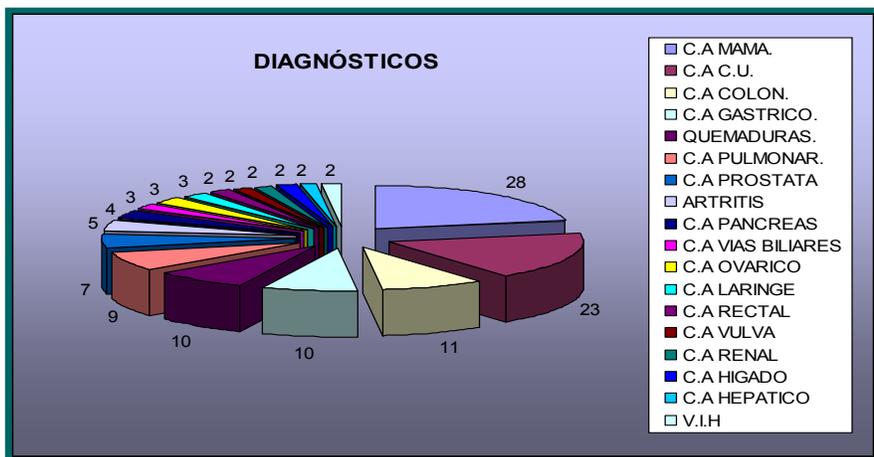
La principal causa de consulta en las clínicas del dolor es el manejo de los diversos síndromes dolorosos, en la mayoría de los casos esto se debe al tratamiento inadecuado del dolor y otros síntomas asociados a la enfermedad principal, lo cual se constituye como un verdadero problema de salud pública, tan serio como descuidado, negándoles una vida o final digno a los pacientes.

El 90% de los pacientes con dolor físico, pueden ser controlados con un uso racional e interdisciplinario de fármacos opiáceos, no opiáceos y adyuvantes. Aunado al manejo humanístico comprendiendo los aspectos emocionales, culturales, religiosos, legales y sociales.

Realidades del Cáncer en México

El cáncer es la 2a. causa de muerte con una incidencia en aumento, a pesar de los esfuerzos emprendidos por el sector salud, aún falta educación en salud e higiene lo que podría evitar que los tumores se diagnostiquen en etapas muy avanzadas.

En sociedades de primer mundo (buena economía, buena educación, buen ingreso per cápita), el 80% de las neoplasias se presentan en estadios tempranos I y II. En contraste en México, un país de graves asimetrías socioeconómicas y educativas, el 80% de las neoplasias se presentan en estadios avanzados III y IV. Lamentablemente la mayoría de los pacientes diagnosticados en estas condiciones, morirán en los próximos 2 a 3 años.



En un estudio retrospectivo realizado en la Clínica del dolor en el 2010, el cual tuvo como objetivo conocer los principales diagnósticos de la población que asiste a la consulta, en éste se observó que la mayoría de los pacientes son de ingresos

bajos, y con tumores en estadios avanzados (III y IV). El diagnóstico prevalente fue el cáncer de mama, seguido del cáncer cérvico-úterino, posteriormente neoplasias en colon, estómago, pulmón, próstata, además, de las quemaduras.

Del 100% de los pacientes atendidos 57% correspondió a la población de Tuxtla Gutiérrez, y de otros municipios localizados en la Región Centro. Es pertinente resaltar que esta es la única clínica que atiende a pacientes terminales por lo que se considera importante la formación de recursos humanos en cuidados paliativos y Tanatología.

LUGAR DE PROCEDENCIA	
TUXTLA GTZ.	97
S. C. DE LAS CASAS	11
OCOZOCUAHUTLA	5
SUCHIAPA	5
BERRIOSABAL	3
CHIAPA DE CORZO	3
CHENALO	3
VILLA LAS ROSAS	3
CINTALAPA	3
OXCHUC	2
TAPACHULA	1
OTROS	32

En materia de registros de defunciones, México es un país que cuenta con experiencia centenaria. De hecho, en el año 2000 se inicia el tercer siglo de estadísticas de mortalidad. Como se presenta a continuación, en el año 2000 se registraron en México 437 667 defunciones de las cuales 2 181 corresponden a mexicanos que residían en el extranjero. Para fines del análisis estas muertes se excluyen del total.

De las 435 486 defunciones registradas en las 32 entidades federativas, 44% correspondieron a mujeres y 56% a hombres. A pesar de la importante disminución de las muertes en los niños, todavía una de cada 10 defunciones se presenta antes de los primeros cinco años de vida en ambos sexos, aunque más de la mitad suceden después de los 68 años en las mujeres y después de los 60 en los hombres.

En el ámbito nacional se registran alrededor de 8 mil defunciones que ocurrieron en años anteriores, observándose que en algunas entidades el registro extemporáneo asciende hasta 11%.² Tradicionalmente se ha considerado que el certificado de defunción debe ser llenado por el médico y en México 97% de ellos cumplen con este requisito.

Lo más recomendable es que sea el médico que trató al paciente el que extienda el certificado de defunción, sin embargo, eso no sucede con la frecuencia esperada en nuestro país. Si se descuentan las defunciones que por ley deben ser certificadas por los médicos legistas (defunciones por causas externas que son aproximadamente 52 mil) sólo 34% de las defunciones son certificadas por el médico tratante y el resto las certifica otro médico que no conocía a la persona que falleció.

La sección médica del certificado de defunción y la correcta definición de la causa de muerte son fundamentales. Conviene insistir en la importancia que tiene el médico al momento de escribir en el certificado de defunción la secuencia de los padecimientos que antecedieron a la muerte, con el fin de que el codificador pueda aplicar las reglas de codificación y el principio general que aparecen en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Uno de los problemas típicos en la certificación de la muerte consiste en referir el mecanismo de la muerte y no la causa o enfermedad que la desencadenó. Los mejores ejemplos en este sentido son las muertes por insuficiencia cardiaca (CIE 10 I50) que puede tener un origen isquémico, reumático o asociarse a una cardiopatía hipertensiva; o la insuficiencia hepática (CIE 10 K72) que, en su caso, puede estar relacionada con una cirrosis hepática, hepatitis crónica o incluso hepatoma.

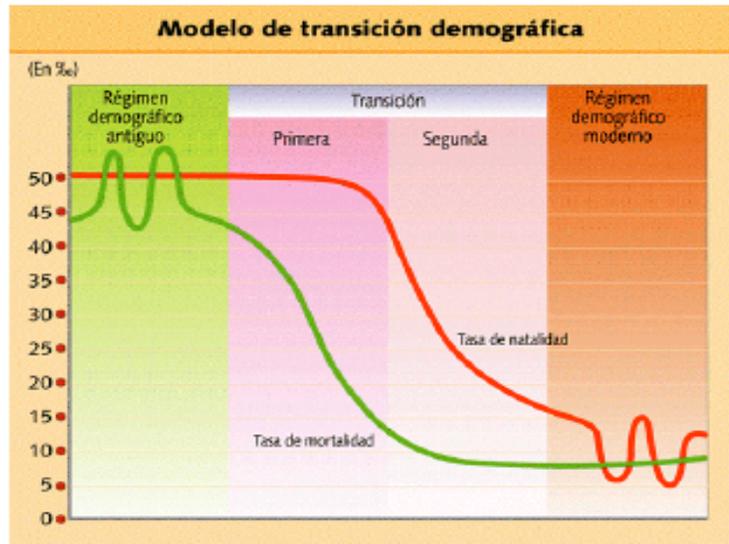
Aún existe un largo camino por recorrer para mejorar el registro de las defunciones y la calidad del mismo; sin embargo, es conveniente dejar constancia de que las estadísticas de mortalidad en México se construyen con la participación de miles de personas, quienes desde sus diferentes áreas de trabajo e instituciones mantienen su preocupación y su interés por que cada día las cifras publicadas sean de mejor calidad y utilidad.

Transición demográfica

“El modelo de transición demográfica comenzó como una clasificación de poblaciones diferenciadas por distintas combinaciones en los niveles de natalidad y mortalidad,”² en donde las sociedades pasan de un régimen demográfico de altos niveles de natalidad y mortalidad que determina población estable, hasta niveles bajos de natalidad–mortalidad que determina de nuevo población estable. De uno a otro régimen, las sociedades transitan por una situación en la que la mortalidad baja al controlar sus causas, pero la natalidad continúa siendo alta determinando crecimiento poblacional, y otra en la que además de baja mortalidad se inicia descenso progresivo de la natalidad con tendencia a la estabilización de la población (Gráfico 1).

² Vera Bolaños, M. La teoría de la transición epidemiológica.” En *Cuadernos de Investigación Mexiquense*. Vol 37.

Gráfico 1



Fases del modelo de transición demográfica. Disponible en: <http://mx.kalipedia.com/graficos/fases-modelo-transición-demográfica.html>

La transición demográfica determina además, cambios progresivos en la distribución de la población con predominio de las mujeres y los adultos mayores.

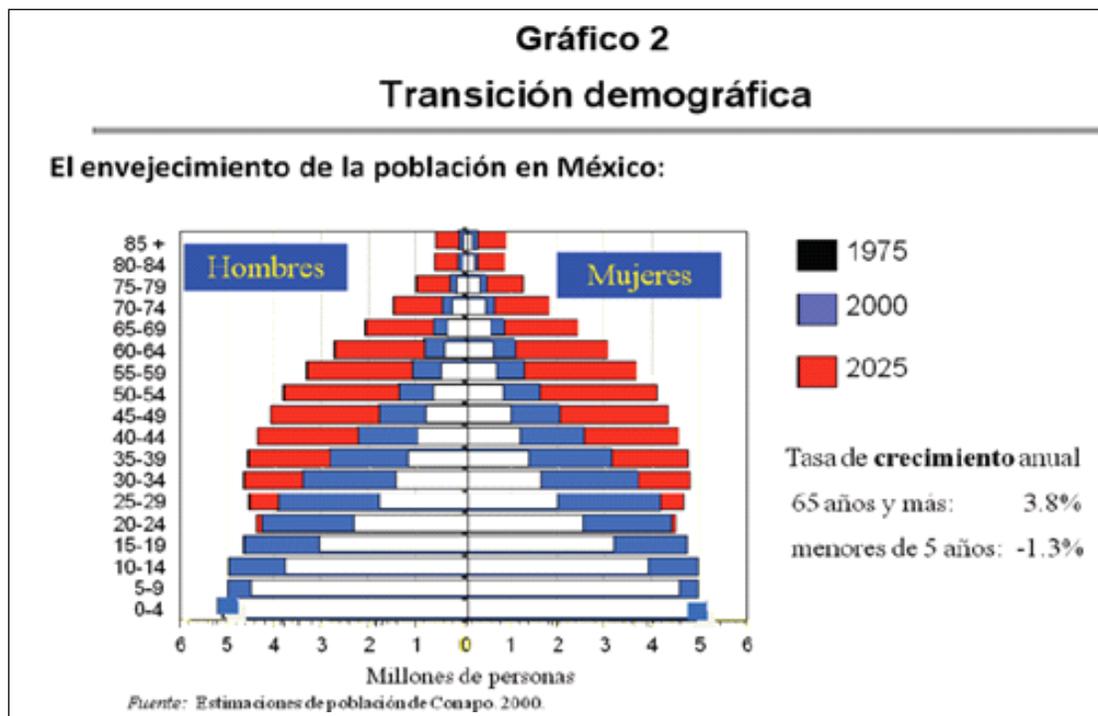
“Si bien el concepto de transición demográfica tuvo su origen en el intento de explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII, su uso se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aun en diferentes situaciones históricas, como por el hecho de que constituye una propuesta –siempre vigente– de explicación de la dinámica demográfica a la luz de sus interrelaciones con los factores sociales, económicos y culturales” (Zavala de Cosío, 1992).³

En México, la mejora de las condiciones de vida y Servicios de Salud ha modificado los estilos de vida e impactado en la distribución demográfica, incrementando paulatinamente la población de adultos mayores (Gráfico 2).

La esperanza de vida en el país se ha incrementado a 74.7 años para los nacidos en el 2006 y en Chiapas, el valor es de 74.1 años para el mismo grupo, con una

³ Citado en: BID/CEPAL/CELADE, (Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), **Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina, Santiago**. Disponible en: http://www.eclac.org/Celade/SitDem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html

ventaja aproximada de tres años a favor de las mujeres, este incremento se asocia a la mejoría relativa en los servicios de salud y alimentación⁴.



El mismo gráfico muestra claramente el comportamiento prospectivo de la transición demográfica hacia el 2025. Las barras blancas corresponden a la distribución de la población de 1950, en donde el grupo de 0 a 25 años es el 50% del total y en contraste, las rojas indican la proyección al 2025, en donde el 50% de la población corresponde al grupo de 30 años y más.

Chiapas tiene una de las tasas de crecimiento poblacional más altas en el país: 1.5% anual, que configura una pirámide poblacional expansiva.⁵

La tasa global de fecundidad estatal se redujo de 2.85 a 2.33 hijos por mujer en el período 2000-2005, mientras que a nivel nacional pasó de 2.41 a 2.11 hijos por mujer entre los 15 y 49 años de edad. Los programas de regulación de la fecundidad han tenido mayor impacto en población mestiza y urbana que entre otras culturas minoritarias.

En Chiapas, la relación hombre mujer es de 100 al momento de nacimiento, ésta se mantiene invariable hasta los 19 años. A partir de los 20 años, muestra disminución de la población de hombres correspondiendo a 90, fenómeno

⁴ SSA 2007. Programa Nacional de Salud 2007-2012 SSA. México.

⁵ INEGI 2005. *Conteo 2005*. Disponible en www.inegi.gob.mx/est

probablemente vinculado a la migración, entre otros determinantes. En el país el mismo indicador es de 95.6, según datos del Censo 2005.⁶

La dinámica poblacional de México y Chiapas tiene implicaciones diferentes por la etapa de transición demográfica en que se encuentran, invariablemente representan modificaciones en la estructura y composición. En México, el envejecimiento de la población tiene un ritmo distinto, la mediana de edad en el ámbito nacional es 23 años, mientras que en Chiapas es de 20.

Se destaca el caso de los municipios con predominio de población étnica tsotsil (Chanal, Chenalhó, Chalchihuitán, Aldama, San Juan Cancuc y Santiago el Pinar, entre otros) la edad mediana se ubica en 15 años. La composición y estructura demográfica se relacionan estrechamente con los diferentes perfiles epidemiológicos, lo que crea y complejiza las necesidades de servicios de salud, de educación, generación de empleo, condiciones de vivienda digna.⁷

Transición epidemiológica

Así como el concepto de transición demográfica sufrió modificaciones por los propios cambios sociales, lo mismo ocurre con el concepto de transición epidemiológica, lo que en todo caso nos interesa destacar, es la multiplicidad de factores que influyen en los patrones de morbi-mortalidad, particularmente en su modificación con el tiempo.

Es importante destacar que estas modificaciones en la transición epidemiológica están íntimamente relacionadas por los determinantes sociales y culturales que caracterizan las distintas regiones que existen dentro de un mismo país o estado. El gráfico siguiente muestra la transición epidemiológica en México (Gráfico 3).

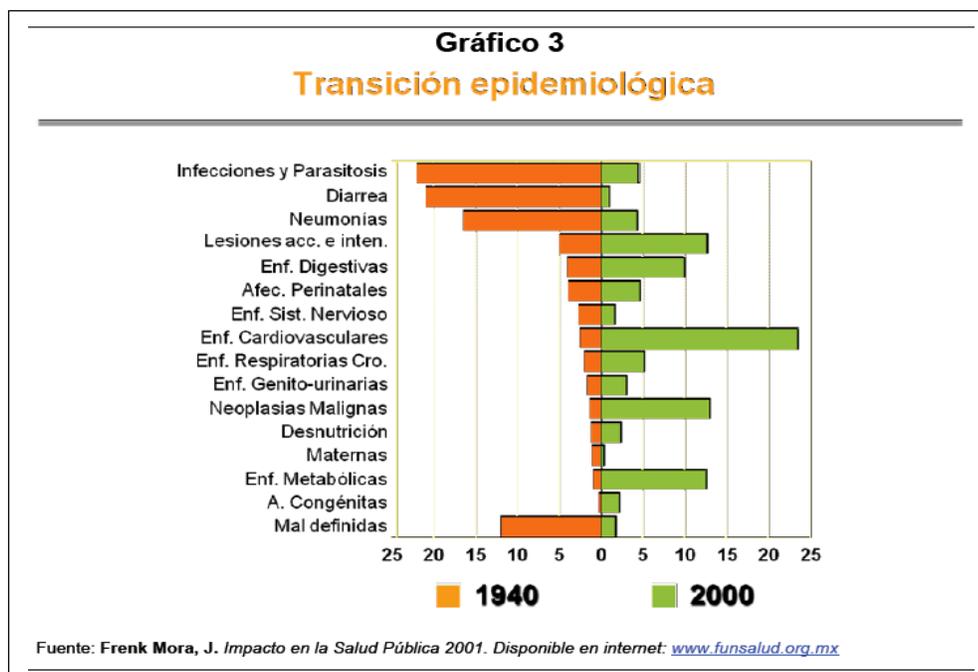
Como se podrá observar, en 1940, la distribución proporcional de los principales padecimientos favorecía a los de naturaleza infecto-contagiosa y controlable. En cambio, para el año 2000 dominaron los padecimientos cardiovasculares, enfermedades metabólicas, neoplasias malignas y accidentes.

Lo anterior explica los esfuerzos realizados por el Sector Salud en el control y prevención de los padecimientos infecto-contagiosos, no obstante, para el caso de Chiapas asumimos que, por su propia marginación y múltiples culturas, configura un escenario en el que coexiste el perfil epidemiológico de 1940 con el actual.

⁶ Idem

⁷ Idem

Los determinantes distales⁸ de salud explican el perfil de enfermedad y muerte en una población, sin embargo, debe considerarse que la frecuencia y distribución de las causas registradas corresponden a información estadística oficial y pueden no corresponder a la totalidad de la ocurrencia de estos eventos, particularmente en Chiapas, debido en parte a las características socio demográficas y culturales que dificultan el acceso y utilización de los servicios médicos disponibles.



La morbilidad en Chiapas presenta una composición diferenciada según grupos poblacionales y su ubicación urbana o rural, en la población rural continúan prevaleciendo las de origen infecto-contagiosas, destacando las respiratorias agudas, intestinales y urinarias, parasitosis intestinales y extra intestinales; agravados por la participación de procesos nutricionales que acentúan la severidad de las patologías en la población más vulnerable.⁹ En esta población, la biodiversidad y distintos climas en la entidad generan además, condiciones favorables para la propagación de las enfermedades endémicas transmitidas por vector (paludismo, dengue, enfermedad de Chagas, leishmaniasis, oncocercosis, entre otras).

Por otro lado, en la población adulta urbana, las enfermedades más frecuentes son de origen no infeccioso y por lo general multifactoriales –asociadas a los

⁸ Los determinantes de salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la condición de salud de las personas, interactuando a diferente nivel de organización, definen o determinan el estado de salud de una población. Se organizan en dos categorías principales: proximales o microdeterminantes y distales o macrodeterminantes; éstos últimos aglutinan las variables de grupo y sociedad, atributos poblacionales (OPS, 2002).

⁹ Idem

estilos de vida– dentro de las que predominan enfermedad hipertensiva, diabetes tipo 2, cirrosis hepática, cardiopatías isquémicas, accidentes y neoplasias; registradas como causas de egreso hospitalario. Deben mencionarse las lesiones intencionalmente infringidas y los accidentes, como causas de atención médica.¹⁰

Las principales causas de muerte definen clásicamente la transición epidemiológica, en edad productiva se observa una mayor frecuencia de enfermedades crónico– degenerativas (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, diabetes tipo 2 y sus complicaciones, tumores malignos); asociadas a causas de origen infeccioso (complicaciones de patologías respiratorias y gastrointestinales) y a factores hereditarios en los grupos más jóvenes.

La tasa de mortalidad infantil, en el año 2005, a nivel nacional fue de 20.6 defunciones por cada mil nacidos vivos, en Chiapas fue de 25.9; En el 2007, en el Estado, descendió a 21.7 por mil nacidos vivos. Este indicador se encuentra por arriba de los 15.7 estimado para México en 2007.^{11, 12}

Esta situación se agrava al observar la mortalidad infantil indígena, que es 58% mayor a la media nacional, lo cual significa que entre los 63 grupos étnicos minoritarios mexicanos la posibilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida es poco más del doble que en cualquier grupo mestizo.¹³

La mortalidad materna –aquellas muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio– alcanza un valor de 38.1 defunciones por cada diez mil nacidos vivos en el país, mientras que a nivel estatal el indicador es de 61, concentrado en los municipios con predominio de población indígena. Este fenómeno se asocia con la amplia diversidad cultural y a las características particulares de los servicios de Salud en Chiapas.¹⁴

Vulnerabilidad a desastres naturales

Un desastre es “...el resultado de una ruptura ecológica importante de la relación entre los humanos y su medio ambiente, un evento serio y súbito (o lento, como una sequía) de tal magnitud que la comunidad golpeada necesita esfuerzos

¹⁰ Idem

¹¹ SINAIS 2005. *Principales causas de mortalidad infantil*.

Disponible en: www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html

¹² Los indicadores fueron construidos a partir de las bases de datos de INEGI y SINAIS en el período 2000 – 2006

¹³ SSA 2007. Programa Nacional de Salud 2007-2012. SSA. México

¹⁴ Freyermuth G. 2000. **Morir en Chenalhó**. *Genero, etnia y generación: Factores constitutivos de la mortalidad materna*. UNAM. Tesis Doctoral de Antropología. UNAM

extraordinarios para hacerle frente, a menudo con ayuda externa o apoyo internacional”.¹⁵

La clasificación de desastres incluye aquellos de origen natural y los que son propiciados por la intervención humana. De acuerdo con la OMS, se concentra mayor vulnerabilidad a los desastres naturales cuando coexisten circunstancias de pobreza aunada a inequidad y exclusión, un rápido crecimiento demográfico y la degradación ambiental, aspectos que coinciden en los países en vías de desarrollo.¹⁶

Justamente en la entidad se conjugan estas circunstancias y las consecuencias son evidentes e impactan más allá de la fase de desastre, mencionando como ejemplo la contingencia posterior a los efectos de Stan, a finales de 2005, que hacen emerger la ausencia de planeación urbana, la omisión de regulaciones sanitarias, posiblemente derivadas de la pobreza así como la débil capacidad técnica para hacer frente a las condiciones sanitarias posteriores ante desastres.

Pobreza

De acuerdo con el Banco de México¹⁷, la distribución del ingreso en el país es una de las más desiguales en el ámbito mundial, ocupa el lugar trece entre 111 países evaluados.

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares realizada en el 2004, aproximadamente 48.6% de los mexicanos enfrenta pobreza de patrimonio, la cual se refiere a los hogares cuyo ingreso es insuficiente para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público, educación y otros bienes.

En el interior de este grupo se encuentra 18.7% de la población de México con pobreza alimentaria (hogares cuyo ingreso es insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación) y el resto enfrenta pobreza de capacidades (hogares cuyo ingreso es insuficiente para cubrir sus necesidades de alimentación, educación y salud).

Llama la atención el contraste de los niveles de desnutrición entre Chiapas y otros estados del sureste (Guerrero, Yucatán, Puebla y Oaxaca) presentan una prevalencia de desnutrición moderada y severa superior a 20% en contraste con algunos estados del norte (Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Durango, Coahuila, Baja California y Sonora) donde es inferior a 8%.

¹⁵ Noji, Erick. 2000. *Aspectos generales*. En: Impacto de los desastres en la Salud Pública. Colombia. OPS. 2000. pp. 9-24

¹⁶ Idem

¹⁷ Salgado, N. y Wong, R. 2007. Género y pobreza : determinantes de la salud en la vejez. En: Revista de Salud Pública. 49 Supl (4): 515-521. México.

En los países en vías de desarrollo, la desnutrición infantil se encuentra entre las primeras 5 causas de mortalidad y se inserta en un contexto de variables sociales, económicas y culturales que además de ser muy desfavorables son, por sí mismas, factores de riesgo que afectan al desarrollo infantil.

En América Latina y el Caribe la inseguridad alimentaria y el hambre son fenómenos que están estrechamente vinculados a la pobreza extrema, pero no se confunden con ella. La alimentación inadecuada, ya sea desde el punto de vista nutricional o por no lograr adaptarse a los hábitos que prevalecen en la sociedad, afecta no sólo a quienes viven en condiciones de extrema pobreza, sino también a estratos más amplios y a grupos que residen en determinadas zonas o regiones con una inseguridad alimentaria permanente.¹⁸

Por otro lado y en forma paradójica, la influencia de las Tecnologías de la Información y Comunicación, particularmente la televisión han inducido cambios en los patrones culturales, especialmente los alimentarios con abandono de las dietas tradicionales a expensas de alimentos “chatarra” determinando en años recientes la aparición de obesidad desde edades tempranas con el cortejo de patologías asociadas, constituyéndose en un problema más de salud pública.

A manera de síntesis, puede afirmarse que la pobreza constituye el sustrato para que se generen o acentúen dificultades para el desarrollo de potencialidades y capacidades humanas en grandes sectores de la población. La escasa escolaridad de la mayoría de la población los limita a desempeñar actividades productivas no calificadas, por las cuales se percibe un ingreso mínimo insuficiente para satisfacer las necesidades básicas, a partir de lo cual se toman decisiones relevantes para la vida personal y colectiva.

2.3.2 Satisfacción de egresados

La siguiente información ha sido obtenida del libro “*Los egresados del Plan de Estudios 1993 de la Facultad de la Medicina Humana de la UNACH*”, el cual corresponde a un estudio de egresados realizado con la metodología de la ANUIES. Si bien, este estudio no corresponde a tanatología, del mismo se infiere la necesidad de nuevos perfiles profesionales relacionados con el área de la Salud. Con relación a la satisfacción de empleadores, algunas de las características del egresado de Medicina pueden aplicarse al egresado de este programa.

¹⁸ Ávila, A. Shamah, T. Galindo, C. Rodríguez, G. Barragán, L.; 1998. La desnutrición infantil en medio rural mexicano. En: Revista de Salud Pública de México 40 (2): 150-160.

Los egresados se dicen satisfechos con la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en la licenciatura y con la posibilidad de realizar ideas propias. Algunos de éstos se manifiestan como insatisfechos en el ambiente de trabajo.

Perciben que su posición jerárquica y el salario recibido no son acordes a su formación académica, observándose la misma tendencia en cuanto a género.

Opinan que el PE debe fortalecerse con las opiniones de los empleadores, así como, la formación humanística, e incluir elementos de gestión y liderazgo en salud.

2.3.3 Satisfacción de empleadores

Se decidió usar como herramienta principal de evaluación a este rubro la metodología de ANUIES. A continuación se presenta el análisis a los 25 ítems utilizados en el Estudio de empleadores: Médicos egresados de la UNACH.

El método de análisis fue la sumatoria de los promedios de las respuestas *muy satisfecho* y *totalmente satisfecho*; se destacan también las respuestas que obtuvieron los porcentajes de insatisfacción más altos.

Se adelanta de manera general que las empresas entrevistadas están satisfechas con el desempeño de los egresados. Sólo tres de los doce indicadores de la variable se encontraron por debajo del 50%. El que ocupó el último lugar es el manejo de una segunda lengua, una explicación a esto es que en el plan de estudios vigente esta materia se lleva únicamente durante los dos primeros módulos.

Área Curricular. Con relación a los conocimientos especializados, este es un aspecto que rebaza el ámbito del currículum, en virtud de que este corresponde al nivel licenciatura. Esta misma situación invita a reflexionar sobre la diversificación de PE's a nivel licenciatura y posgrado relacionados con la salud para incluirlos en la oferta educativa de la FMH.

No obstante que el currículum vigente contempla dentro de dos módulos dos talleres de informática, en los cuales se capacita a los alumnos en el manejo de la paquetería básica, parecería ser que es insuficiente, y que este será un aspecto a sopesar a futuro, tanto para el programa de Médico Cirujano y de las nuevas ofertas tanto de licenciatura como en el posgrado.

Se considera que la formación para una segunda lengua y el manejo de las tecnologías de la información y comunicación constituyen elementos importantes a considerar en la actualización curricular y la nueva oferta educativa.

En términos de conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que pretenden desarrollar en los egresados a partir del currículum, la cualificación obtenida por parte de los empleadores resultó alta.

Responsabilidad Social. Tanto el manejo de riesgos, así como, el manejo de problemas de relevancia social, fueron bien calificados por los empleadores, este es un resultado esperado, en virtud al trabajo de vinculación que se debe desarrollar en cada modulo; a la participación de los estudiantes, asesorados por docentes, en contingencias de salud y ambientales y a los programas de prevención, promoción y educación para la salud que se desarrollan a lo largo de la carrera.

En términos generales se concluye que a partir de la opinión de los empleadores el perfil del egresado de este currículum cumple con las expectativas del mercado laboral. No obstante, también se identifican algunos aspectos de insatisfacción que deben mejorarse, o bien, la diversificación de la oferta educativa a fin de tener pertinencia con los Objetivos del Milenio y las transiciones epidemiológica y poblacional.

2.4 Estado del Arte

Muerte ¿cuántos sentimientos encierra esta palabra? Con seguridad se imagina terror, miedo, incertidumbre, esperanza, ya que no es un tema fácil de conversar. Se ha hablado y escrito sobre la muerte, grandes pensadores y científicos han manifestado sus sentimientos a lo largo del tiempo sobre el fin de la vida.

Platón

Platón dice: es natural que un filósofo este alegre ante la presencia de la muerte, los que realmente se explican al conocimiento de la filosofía están directamente y por su propia voluntad, preparándose a si mismos para morir y para la muerte. Si esto es verdad y si verdaderamente se preparan para morir, sería absurdo que se turbaran cuando llegara el momento para el cual se han preparado por largo tiempo. Los verdaderos filósofos hacen del morir su profesión.

Preparase, en este contexto es aceptar la absoluta distinción entre el alma y el cuerpo, los dos están compuestos de diferentes sustancias que no podrán mezclarse. El cuerpo no puede afectar el alma, ésta puede mover al cuerpo, pero

nunca el cuerpo al alma, cuando la gente confunde al alma con su cuerpo, entonces se vuelve dependiente del cuerpo.

Un filósofo debe buscar la verdad. Encontrarla es descubrir en el interior de uno mismo la eternidad del alma. En realidad, la vida filosófica no es otra cosa que un continuo y prolongado ejercicio que permita separar el alma del cuerpo. El filósofo sabe que solo muere el cuerpo puesto que pertenece al mundo físico, pero el alma debidamente purificada permanecerá para siempre. Si la muerte viene en forma de cambio, esto significa lo real, la verdad, que son inmutables, sean distintos a todo lo temporal.

Para Platón morir es abandonar el cuerpo. Vivir es alcanzar el verdadero conocimiento.¹⁹

Platón define al hombre como pensamiento y lo identifica con alma, concebida como un ser autónomo, una sustancia completa, cuya relación con el cuerpo es algo exterior, como consecuencia, se concibe a la muerte como la separación de dos sustancias distintas.

En esta visión con la muerte el hombre no pierde nada, ni experimenta ninguna ruptura, sino que recupera a su ser puro, se libera de la contaminación del cuerpo, del espacio y del tiempo.

Aristóteles

La visión de Aristóteles y a lo que tendieron los pensadores cristianos de la época patriótica corrigiendo de algún modo el platonismo, es definir al hombre como la unidad sustancial de alma y cuerpo. El alma y el cuerpo son inseparables.

*“El ser viviente, llamado hombre, es un espíritu sentiente o una corporeidad anímica. Tratase de una unidad sustancial y no de una mera yuxtaposición. Esto no quiere decir que el alma y cuerpo son meras abstracciones, sino elementos que se complementan y que se fusionan en ese lecho angosto que es el hombre”.*²⁰

La muerte en nuestros antepasados

Para los antiguos mexicanos muchos años antes de la conquista, existían mitos que se convirtieron en ritos en torno a la muerte. El miedo a perecer no solo era común si las personas que fallecían se transformaban automáticamente en dioses y el tener representaba vivir eternamente, aunque no por este hecho todos pensaban en dejar de existir.

¹⁹ Reyes Zubirán, Alfonso L. “Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia” Tesis. UAEM. 2009

²⁰ Ferreter Mora, José. “Espiritualismo” en Diccionario de Filosofía. Harla. 2000

En las diferentes culturas que existieron en el territorio nacional el concepto de muerte tuvo un sentido muy ligado con los dioses y con otra vida.

Mayas

La muerte es algo con lo que convivimos todo el tiempo, en todo momento; está con nosotros ahora y lo estará mañana y pasado mañana, como lo estuvo ayer pues es parte de la misma vida. Por ello, no podemos negar que se encuentra entre nosotros y nos acompaña el día de hoy. Esta es la razón por la que en los idiomas mayas, como en el Kaqchikel, la palabra **KAMIK** a la vez que significa **MUERTE** también significa **AHORA** u **HOY**, pues la muerte puede ser para muchos, ahora u hoy.

La muerte en la cultura maya no es algo que causa miedo, pues no significa el fin de la existencia, sino más bien, un cambio de estado donde lo material se vuelve energía para ubicarse en el mismo espacio pero en otra dimensión, una dimensión energética a donde sólo podemos trasladarnos cuando se experimenta la muerte.

El momento de la concepción del ser no es el inicio de la vida, más bien, es una nueva forma de dar continuidad a la vida, alguien que viene para servir, luego morir, pero seguir viviendo y así sucesivamente. Este es el fenómeno cíclico de la vida, energía-embrión-energía, se viene a esta vida para desarrollar la misión que cada uno trae para su comunidad según su chumilal, espíritu protector que a la vez que le protege también le conduce, misión de acuerdo al día de nacimiento según el Calendario Sagrado Maya.

Esta es la razón por la que cuando alguno de la familia muere se le debe colocar en su caja dinero, ropa, zapatos, así como sus utensilios personales, un vaso, un plato o su bebida favorita pues le serán de mucha utilidad, considerando que la muerte es sólo un cambio de estado físico a un estado espiritual donde también se necesita del apoyo de los que aún estamos aquí.

El Popol Vuh, libro sagrado de los mayas, relata que Junajpú e Ixbalque decidieron como morir, sus huesos fueron molidos y luego tirados al río, enseguida aparecen en el río como dos grandes hombres-peces y más tarde aparecen como dos ancianos harapientos ante los señores de Xibalba'. Esto nos indica, que morimos tantas veces como nacemos en diferentes lugares de la tierra, y mientras mejor seamos en la vida presente, mejoraremos nuestra vida futura para el servicio de la comunidad, en otras palabras, la vida después de la muerte se condiciona por la forma de vivir actualmente y mejora a medida en que aprendemos a vivir de una mejor manera con nuestros semejantes y el universo que nos rodea, del cumplimiento de los valores que la sociedad ha aceptado y se obedecen como forma de vida.

Ahora bien, esta otra forma de vida energética no se encuentra alejada de la vida presente, nuestros hermanos necesitan siempre del apoyo de nosotros y una forma de brindar este apoyo es a través de la práctica de rituales Mayas en los hogares y cementerios, aquí se pide por todas aquellas almas para que no caigan ni tropiecen, como también, para que encuentre todo el apoyo que necesiten.

Otra forma de apoyarles es el no andar corriendo por los cementerios pues son lugares sagrados, en el caso de esta cultura las abuelas y abuelos, madres y padres aconsejan, en especial el día de los muertos, no andar corriendo pues las almas de los que ya se fueron andan todo el tiempo con sus familiares, por la casa, en los campos, en las calles, paseando y visitando a aquellos parientes que aún viven materialmente y si alguien anda corriendo podría empujar a una de estas almas por lo que podría ser reprendido por los mismos a través de un accidente, una enfermedad o alguna otra desgracia.

En la cultura maya muchos señores escogían las plataformas de sus templos como sus lugares de “descanso eterno”. Estas plataformas se construían para circundar la tumba del gobernante cuando moría, era honrado y se le enterraba sentado sobre un ataúd de madera y lo acompañaban al otro mundo, además de ricas ofrendas de cerámica y otros bienes, entre uno y tres individuos sacrificados para la ocasión, escogidos casi siempre entre adolescentes y niños.

El difunto principal era rodeado por ricos vasos funerarios, con víveres y bebidas junto con metales y otros utensilios para la preparación de sus alimentos. Además del jade, se adornaba con perlas, trozos de mica y ricos tejidos, pares de garras de jaguar, incensarios de barro, algunos con la efigie del “dios de la muerte”.

En las comunidades mayas para el día 2 de noviembre, cuando se celebra el día de todos los difuntos, se realizan actividades muy alegres para la convivencia con los familiares y amigos que se encuentran con nosotros en otro estado de la vida, estado espiritual. En la mayoría de las familias se ofrece un ritual Maya utilizando velas, incienso, flores, bebidas, comidas; chocolate, pan, elotes y muchas otras cosas. Todo esto se ofrece a los difuntos como un recordatorio de lo que cada uno de ellos hizo en vida, así mismo como una forma de agradecer la generación que han dejado, donde también se les pide ayuda espiritual. Este ritual se realiza en la casa de la persona y es dirigido por los guías espirituales.

En la cultura maya hablar de los muertos es algo natural, no temible, y se hace con mucha reverencia, ellos están presentes siempre en ocasiones de fiesta y de dolor, por ello, cuando hay fiesta, a los muertos se les sirve su licor y alguna comida en algún altar que se tenga, cuando hay dolor se les pide perdón y su ayuda para aliviar las penas.

Los sueños y su interpretación son de todas las culturas, no específicamente para

una sola, los abuelos Mayas lograron desarrollar a plenitud la habilidad de comunicarse con los antepasados a través de los sueños. Esta forma de comunicación se da cotidianamente. A través de los sueños los muertos anuncian las alegrías, las penas, los problemas; ellos anticipan las cosas, los anuncios positivos o negativos que ellos presentan depende de la buena relación y del servicio que se les ha dado.²¹

En el contexto de la cultura maya, todo es sagrado, un árbol, el agua, la tierra, los animales, las personas, los alimentos son sagrados, al igual que los cementerios; un cementerio es pues es un lugar sagrado donde van a dar todas las generaciones que han pasado por esta vida y han educado y servido a los Creadores y Formadores como a las personas que pasamos por este mundo. Es un lugar donde prevalece el silencio, la ornamentación y al mismo tiempo la energía de todos los difuntos, energía que se puede sentirse al momento de ingresar a un cementerio y que en algunos casos benefician a la persona y en otros no. Esto depende de la vida armoniosa de la persona.

En algunas comunidades Mayas, para el mes de noviembre, se elaboran papalotes pequeños de nylon o papel de china de diferentes colores, éstos regularmente se elaboran por los niños y jóvenes y son ellos quienes los elevan por el aire. Para los mayas el papalote cuando vuela simboliza la elevación del cuerpo en estado material a lo espiritual, también es un elemento que permite la comunicación con los muertos y los niños por su inocencia son más escuchados. Hoy día la elaboración y el juego de papalotes se ha vuelto un arte, una expresión de poesía que desarrollan niños, niñas y adultos, sin embargo, lo más importante es que no ha perdido su objetividad, el respeto y la comunicación con las abuelas y los abuelos.

La religión y la mitología maya hicieron referencia al mundo de los poderes a los que se rendía culto. Se centraba a un gran número de dioses de las fuerzas de la naturaleza y a los cuerpos celestes. Algunas de sus deidades supremas eran Kukulcán, dios de los vientos, la guerra, la muerte repentina y los sacrificios humanos, versión maya del dios azteca Quetzalcoatl; Chac, dios de la lluvia; Itzamná, dios de los cielos y el saber; Ixchel, esposa de Itzamná, diosa de la Luna y protectora de las parturientas; Hunab Ku deidad única; Ixtab, diosa del suicidio y Ah Puch, dios de la muerte.²²

²¹ Tuy, M del C. La muerte y vida en la cosmovisión maya. Décimo Tercer Coloquio Internacional de los Pueblos Mayas. Colombia. 2002

²¹ González Blackaller, C. y Guevara Ramírez, L. "Síntesis de Historia de México" Editorial Herrero. México. 1998

Aztecas

La muerte era abrazada con respeto y sin temor, estaba presente en su cosmogonía, en su filosofía, en sus mitos y en sus festividades, todo giraba alrededor de la dualidad vida-muerte, todo tenía su contraparte como un principio fundamental de los aztecas.

Al parecer, esta dualidad partió del hecho de los períodos de lluvias y sequías. En el primero todo florecía, mientras que en lo segundo todo se secaba. Sin embargo, los ciclos naturales les enseñaron que en los períodos de secas, nuevamente regresaba un período de florecimiento y este movimiento continuo explicaba a su vez la existencia de las noches y los días y de la vida y la muerte.

Y los aztecas entendieron que para que existiera la dualidad que indiscutiblemente generaba vida, ellos tenían la responsabilidad de mantener un equilibrio entre los hombres con el universo y por ello, se explicaba que realizaran sacrificios humanos, ya que de la muerte, surge la vida.

Los hombres y las mujeres tenían destinados un lugar específico al momento de su fallecimiento. Por ejemplo, se tenía la creencia que los guerreros muertos en combate o en sacrificio eran elegidos para acompañar al sol desde su nacimiento por el oriente hasta el medio día, las mujeres muertas en parto, quienes eran consideradas como guerreras por la lucha que tuvieron que sostener al dar a luz, eran elegidas para acompañar al Sol desde el medio día hasta el atardecer. Pero solo los hombres, al cabo de cuatro años de acompañar al astro rey en sus viajes diarios, se convertían en aves de rico plumaje para regresar así a la vida terrena.

Al Tlalocan iban los muertos que partieron de esta vida por diversas enfermedades, como la gota, la sarna, la lepra, por ahogamiento o por un rayo. Se tenía la creencia que este era el lugar de las delicias de veraneo, de verdor absoluto, en donde no hacía falta nada. En el residía el Dios del Agua y sus ayudantes los tlaloques.

Al tercer lugar a donde se dirigían los muertos era el Mictlán, al que iban todas las personas que morían de muerte natural o de enfermedades no relacionadas con el agua. Se creía que para llegar a este sitio, se tenía que atravesar una larga vía llena de peligros entre los que estaban: el lugar de la culebra que guarda el camino y el lugar de viento frío de navajas. Mictlán o Mitlán, lugar de los muertos en la mitología azteca es el inframundo en un sentido general, pero también la estancia o lugar más profundo, regido por Mictlantecuhtli.

La vida de los aztecas giraba totalmente alrededor de la religión y no había un solo acto de la vida pública y privada que no estuviera teñido por el sentimiento religioso. En esta región hay dioses celestes, dioses del agua y de la vegetación,

dioses de la tierra, dioses de la muerte, etc. Entre los primeros está Quetzalcoatl que representaba al planeta Venus; a Tezcatlipoca que era el cielo nocturno, Tonatiuh representación del Sol y a Huehuetotl dios del fuego y el centro de los cuatro puntos cardinales.

Entre los segundos están Tlaloc dios de la lluvia, Chalchitlicue dios del mar y de los lagos, Chicomecoatl diosa de la fertilidad de las tierras, Centéotl dios del maíz y en el tercer grupo figuran entre otros Coatlicue diosa de los pecados de los hombres y Mictlantecuhtli el señor de la muerte.

Época actual

Con la llegada de los españoles a nuestro país, en el siglo XVI, se hace manifiesto el terror a la muerte dentro de un proceso de transculturación impuesto por los conquistadores. El sentimiento de culpa se pone de manifiesto entre los antiguos mexicanos en pro de los procesos religiosos a los que serían sometidos.

Los antiguos pobladores no conocían el término “infierno”, pero los misioneros españoles astutamente y con base en las costumbres politeístas de los mexicanos transculturaron las creencias religiosas hasta imponer el catolicismo a los pobladores de esta nación.

Las fiestas de día de muertos se realizan el 31 de octubre, el 1 y 2 de noviembre, estos fueron señalados por la iglesia católica para celebrar la memoria de todos los santos y de los fieles difuntos, en la actualidad se puede encontrar una esencia más pura de estas fiestas en las comunidades indígenas y rurales, se tiene la creencia de que las almas de los difuntos regresan esas noches para disfrutar de los platillos y flores que sus parientes les ofrendan.

Se dice que las almas llegan de forma ordenada, a los que murieron un mes antes de la celebración no se les pone ofrenda, pues carecen de tiempo para pedir permiso y acudir a la celebración, los que mueren en esos días sirven como ayudantes para las otras almas, el día 28 de octubre es para los muertos asesinados con violencia o para los que murieron en accidente (este día casi nadie lo celebra), el 30 es para los niños que murieron antes de recibir el bautizo, estos son llamados limbitos, el 31 de octubre se ponen las ofrendas para los chiquitos en estas se colocan juguetes, dulces, etc. Al mediodía del primero de noviembre, suenan las campanas de las iglesias, para anunciar la llegada de los grandes.

Las ofrendas.

En una mesa o en el suelo se colocan los platillos preferidos del difunto, así como algunos objetos personales, se ponen flores amarillas (cempasuchil), velas, panes

y copal.

Los pétalos de las flores son para guiar a las almas hacia su ofrenda, las velas son para iluminar su camino de ida y regreso al más allá. El 2 de noviembre se acude al panteón para arreglar y decorar las tumbas, después de rezar las familias regresan a sus casas a realizar la levantada de la ofrenda, se dice, que para ese tiempo los alimentos y las flores ya perdieron su sabor y aroma.

Las maneras de celebrar el día de muertos en México varía, depende la zona o la etnia que lo celebre, otomíes, zapotecos, tlaxcaltecos, etc. Todos tienen una forma distinta de festejarlo y de poner las ofrendas. La parte urbana del día de muertos son las llamadas calaveras, que son versos populares, festivos y satíricos, narran en forma de epitafio las acciones de alguna persona viva, sin respetar estatus social, económico o político.

La mayoría de la gente piensa que la tradición anglosajona del halloween es el equivalente a nuestro día de muertos, cuando lo cierto es que esta fiesta nada tiene que ver con el día de muertos, esta no es para recordar a los difuntos ni ofrendarles nada, lo único que tienen en común es la proximidad de las fechas, halloween el 31 de octubre y el día de muertos el 1 y 2 de noviembre, la fiesta anglosajona es con mucho más antigua que la católica, se cree que esta se inició más o menos por el siglo XVII – XVIII. a. C.

Las prácticas conectadas con el halloween se originaron con los antiguos Druidas, creían que esa noche Saman el dios de la muerte, provocaba a las huestes de los espíritus malignos, los Druidas encendían hogueras con el aparente propósito de alejar a los malos espíritus, entre los antiguos celtas, halloween era la última noche del año, y se consideraba como un momento propicio para examinar los presagios del futuro, los Celtas también creían que los espíritus de la muerte revisitaban sus moradas terrenales esa noche. Los romanos tras conquistar Gran Bretaña, añadieron el halloween a sus elementos de la fiesta de la cosecha el 1 de noviembre, en honor a Pomona, diosa de los frutos y los árboles.

La tradición Celta de encender hogueras en la noche del halloween, sobrevivió hasta épocas modernas en Escocia y Gales, y el concepto de fantasmas y brujas siguió siendo común en todas las celebraciones del Halloween. Sobreviven vestigios de la fiesta romana de la cosecha en la costumbre, habitual en Estados Unidos e Inglaterra, de hacer juegos utilizando fruta, como sacar manzanas de un cubo con agua, de origen similar es la utilización de calabazas huecas esculpidas, para representar rostros grotescos y que se iluminen con una vela en el interior. En la actualidad, la fiesta de Halloween, se ha ido extendiendo a otros países ajenos a las costumbres anglosajonas.

Concepto de la muerte desde el punto de vista religioso (Judío, Católico)

Los estudiosos no lo ven como castigo, sino como parte del orden natural de las cosas, sostienen que el ángel de la muerte ha traído al mundo en el primer día de la creación, porque la vida y la muerte son parte de una secuencia.

Los judíos ven la muerte con tristeza más no con aflicción, sienten como una enorme pérdida la muerte de los seres amados y se preocupan de que sus pecados puedan hacerlos merecedores de un castigo futuro. Sin embargo hallan consuelo en el hecho de que la muerte no significa el fin de una persona. Sienten alivio al pensar que aquellos que han sufrido a causa de una enfermedad hallarán la paz.

En resumen se tiene una visión optimista de la muerte y se cree que en el mundo espiritual por venir aguarda a los rectos cuando mueren. Así como hay una manera judía de vivir, también hay una manera judía de morir. Hay dos consideraciones básicas en las leyes del luto y del duelo, una se relaciona con la regla de honrar el cuerpo de fallecido, tratándolo con respeto y cuidado. La otra consideración tiene que ver con el respeto al vivo, preocupándose por su bienestar.

La ley judía ordena no ignorar los sentimientos de los dolientes y también ordena procurar aligerar sus ansiedades a fin de cumplir con estos mandatos, existen una serie de costumbres que se llevan a cabo para aminorar la carga de las personas más cercanas al fallecido.

Otro aspecto importante es el concepto de la resignación, se enfatiza el hecho de que a pesar de lo devastadora que es la pérdida, es nuestro deber seguir adelante.

Católico

Los católicos creen que pueden ayudar a través de sus rezos y sus buenas acciones a quienes han muerto, sin haber sido purificados de sus pecados. Esta creencia está muy relacionada con las doctrinas del purgatorio y de la indulgencia.

Para los católicos la muerte significa pasar a mejor vida, hay algunas personas que veneran la "Santa Muerte" ya que dicen es una enviada de Dios, para llevarnos a su lado, en sí la muerte para esta religión es algo normal que pasa todos los días, lo único que hay que hacer es rezar para que sus almas descansen en paz y realizarles sus novenarios con una misa para acompañar a sus difuntos a su última morada.

Desde que el hombre tiene conciencia de la muerte, le ha llamado poderosamente la atención adivinar, saber, conocer y descubrir que existe después de la muerte, sí realmente tenemos un alma o espíritu que vive en otro mundo totalmente ajeno

a las penas y probablemente de los seres humanos, si se va al cielo o al infierno, si se reencarna en otra vida, en fin las creencias varían según la cultura, religión y nivel social que tenga cada una de las personas.

El hombre ha creado en torno a la muerte un mundo paralelo, un lugar donde realmente se vive en armonía, en paz, en compañía de las personas que amamos, un lugar donde nuestro concepto de paraíso se queda corto.

Para la religión católica solamente existen tres posibilidades de vida después la muerte. La primera, si se ha sido malvado, asesino, ladrón, etc., el infierno es la única posibilidad para sufrir tormentos eternos, a fin de de hacer padecer los peores castigos a esas almas pecadoras.

La segunda, es el purgatorio en el que si puede haber perdón divino y, la tercera, es el paraíso o el cielo para los que han sido buenos en todos los órdenes del sentimiento humano, aquí las almas se integran a la luz de Dios y serán felices eternamente.

2.5 Justificación

La experiencia de la Facultad de Medicina Humana permite asegurar que es necesaria la diversificación de la oferta educativa, con ello, se estará en condiciones de cumplir con el Programa Académico 2010 – 2014 de la Universidad y con el Proyecto de Desarrollo Institucional 2007 – 2018 de la Facultad.

Las transiciones epidemiológica y poblacional repercuten en una mayor esperanza de vida y en el otorgamiento de los servicios de salud, un área que habrán de atender éstos en el corto plazo es la asesoría en Tanatología.

La muerte de un ser querido significa uno de los más grandes sufrimientos de la vida. Cuando esto sucede, provoca reacciones muy complejas en lo físico, psicológico, socioeconómico y cultural. Es una reacción natural, personal y única, ante una pérdida. Se denomina: DUELO.

No todos los duelos son iguales. En un duelo pasa lo mismo que con la muerte: por ser ésta un proceso individual y cien por ciento personal, toda muerte es diferente. Igual pasa con el duelo, los sobrevivientes sufrirán el proceso, cada uno de manera distinta, dependiendo, entre otros factores, de la estructura del carácter, del tipo de relación guardada con el que murió y de la cercanía que se tuvo con quien falleció y el resto de la familia. Pero también de la muerte y sus circunstancias.

En el Estado de Chiapas con una población de alrededor de cuatro y medio millones de habitantes, la coexistencia de trastornos del rezago con las crónicas degenerativas, el aumento en las expectativas de vida, obligan a la formación de recursos de calificados para la aprehensión, análisis y generación de conocimiento de los procesos relacionados con la compleja problemática relacionada a la muerte. Finalmente, es pertinente mencionar la escasa oferta de programas en los ámbitos nacional e internacional.

En suma, la creación de la Licenciatura en Tanatología satisface plenamente las necesidades sociales mencionadas en el diagnóstico, con pertinencia, calidad y armonía con el modelo educativo de la Universidad.

2.6 Opciones de formación afines

OFERTA NACIONAL DE PROGRAMAS EDUCATIVOS DE TANATOLOGÍA

Estado	Universidad	Maestría
Tamaulipas	Universidad Autónoma de Tamaulipas	Tanatología

2.7 Lineamientos Normativos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículo Tercero, fracción VII), las universidades y las demás instituciones de educación superior a las que la ley les otorgue autonomía, tendrán la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas; dándoles personalidad jurídica y personalidad para determinar sus programas y planes de estudio. Este ordenamiento jurídico da pauta a la existencia de la Universidad Autónoma de Chiapas, con todos los preceptos marcados en la Ley General de Educación y de la Ley Orgánica de la Universidad.

Ley Orgánica de la UNACH

La Universidad Autónoma de Chiapas nace por decreto de la Legislatura del Estado de Chiapas el 23 de octubre de 1974, en el que se señala que la UNACH es autónoma en todo lo que respecta a su régimen interior, su Ley Orgánica constituye la ley fundamental y establece en sus articulados lo siguiente:

“Artículo 1.- La Universidad Autónoma de Chiapas, es un organismo autónomo descentralizado, de interés público al servicio de los intereses de la nación y del estado.

La sede de la Universidad es la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Capital del Estado, y tendrá dentro de la entidad las subsedes que se requieran para el cumplimiento de sus fines.

Artículo 2.- La Universidad Autónoma de Chiapas tiene por objetivos:

- I. Impartir enseñanza superior para formar profesionistas, investigadores, profesores, universitarios y técnicos que requiere el desarrollo económico y social del Estado.*
- II. Organizar, desarrollar y fomentar la investigación científica y humanística considerando las condiciones y problemas nacionales y, primordialmente, los del estado de Chiapas; y*
- III. Extender, con la mayor amplitud posible, los beneficios de la cultura en todos los medios sociales de la sociedad que la sustenta.*

Artículo 3.- La Autonomía universitaria garantiza el ejercicio pleno de la libertad de cátedra y de investigación, a todos los catedráticos e investigadores que presten sus servicios a la Universidad, en cumplimiento de sus planes y programas.

Artículo 4.- La Universidad, para realizar sus fines tendrá las siguientes facultades:

- I. Organizarse, de acuerdo con su situación económica y al amparo de su autonomía, para la realización de sus objetivos.*
- II. Expedir certificados de estudios y otorgar títulos, diplomas y grados académicos, cuando se hayan cumplido los requisitos de planes y programas y de rendimiento académico, además de los particulares de investigación y servicio social.*
- III. Revalidar y establecer equivalencias de estudios del mismo tiempo de conocimientos, realizados en otras instituciones.*
- IV. Otorgar reconocimiento de validez oficial a los estudios realizados en planteles particulares previamente autorizados por la Universidad.*

- V. *Estos planteles deberán sujetarse a los planes de estudios y programas de la misma Universidad y cumplir las condiciones apropiadas para la enseñanza; y*
- VI. *Establecer los planes, programas y convenios para la extensión y difusión de la cultura*

Artículo 18.- Corresponde al Consejo Universitario:

- I. *Velar por el cumplimiento de esta Ley, y en general de toda la legislación universitaria.*
- II. *Crear o modificar la estructura académica de la Universidad, a través de la comisión correspondiente.*
- III. *Expedir en los términos de esta Ley, las disposiciones reglamentarias, relativas a su aplicación, así como a la organización y funcionamiento de la Universidad; las que para su validez deberán sujetarse a los principios de esta norma fundamental.*
- IV. *Designar cada dos años a dos miembros de la Junta de Gobierno que reemplazarán a los dos de más antigüedad y a quienes cubrirán las vacantes.*
- V. *Aprobar a través de la comisión correspondiente los planes, proyectos, y programas que requiera el desarrollo de la Universidad, así como los planes, programas y métodos de enseñanza.*
- VI. *Solicitar a la junta de Gobierno la remoción del Rector, cuando exista acusación grave en su contra y a solicitud debidamente fundada y aprobada por más de dos tercios de los miembros del Consejo.*
- VII. *Conferir grados honoríficos.*
- VIII. *Revisar las sanciones que se apliquen por la violación a las disposiciones de la Legislación Universitaria, a través de la comisión correspondiente.*
- IX. *Aprobar el establecimiento de subsedes de la Universidad en las distintas regiones del Estado.*
- X. *Aprobar su propio reglamento.*

XI. Conocer y resolver cualquier asunto que no sea competencia de otra autoridad universitaria; y

XII. Las demás que le otorgue la Legislación Universitaria.

Proyecto Académico 2010-2014 Generación y Gestión para la Innovación

El Proyecto Académico de la actual gestión, en el punto relacionado con la Oferta Educativa, asume el reto de ampliarla para atender a diversos sectores de la población, en diversas modalidades y con criterios de pertinencia y calidad nacional e internacional, mediante un modelo curricular flexible, innovador y por competencias para satisfacer las necesidades de contexto local y mundial²³.

Con base en lo anterior, la FMH realizó el estudio de factibilidad para la licenciatura en Tanatología, en apego a lo establecido por la Comisión Estatal para la Planeación de la Educación Superior del Estado (COEPES), y por los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES). El resultado es un programa de licenciatura que será ofrecido a personas de cualquier edad, que lo soliciten y que cumplan con los requisitos establecidos para su ingreso.

²³Valls Esponda, J. 2010. Proyecto Académico 2010-2014 Generación y Gestión para la Innovación. UNACH.

III PLAN DE ESTUDIOS

3.1 Misión y visión de la Maestría en Tanatología

3.1.1 Misión

Formar expertos en el área de Tanatología para desempeñar con sentido humanístico, respeto a la cultura de las personas y eficiencia en su labor; que sea capaz de operar como agente de profesionalización en la institución en que se encuentra laborando e instrumentar soluciones alternativas a los problemas que se derivan de esta área de las ciencias de la salud. De igual manera formar cuadros de profesionales en la Tanatología y la investigación, brindando conocimientos y habilidades para asesorar y generar programas y proyectos de investigación sobre las distintas problemáticas en este campo.

3.1.2 Visión

Al 2020, posicionarse y consolidarse como un programa educativo innovador con reconocimiento nacional e internacional en la formación de maestros en Tanatología, con un amplio sentido ético, humanista y científico, capaces de desarrollar modelos de intervención tanatológica con alto impacto en los sectores social, público y privado, dirigidos al logro de una muerte digna.

3.2 Propósitos curriculares

3.2.1 Propósito general

Formar maestros en Tanatología, con las competencias para abordar la complejidad de la Muerte, en cualquier contexto con pleno respeto a la cultura de las personas.

3.2.2 Propósitos particulares

- Formar investigadores que, al abordar los problemas relacionados con la muerte, propongan alternativas de solución, a través de diferentes perspectivas.
- Fomentar en los investigadores los principios y valores de la Bioética para la toma de decisiones que respondan a necesidades locales y universales con visión humanista.

- Formar investigadores que apliquen los conocimientos teóricos y metodológicos para el diseño, gestión de financiamiento, desarrollo y evaluación de proyectos.
- Consolidar en los investigadores la competencia comunicativa para una buena comunicación con las personas, sus familiares y el equipo de salud.
- Consolidar en los investigadores la competencia comunicativa para la difusión y divulgación de los resultados de investigación.
- Fomentar en los investigadores la incorporación de estudiantes de pre y posgrado en proyectos de investigación.

3.3 Perfil de egreso

El Maestro en Tanatología será competente para:

- Investigar de manera original, relevante y pertinente desde diferentes perspectivas teóricas, y enfoques metodológicos, comprendiendo y respetando la cultura de las personas.
- Organizar y liderar equipos, a fin de establecer formas de trabajo transdisciplinarias que permitan un mejor acercamiento con los procesos relacionados con la muerte.
- Diseñar y operar programas de educación en Tanatología dirigidos a la población en general.
- Construir estados de arte sobre los diferentes aspectos relacionados con la Tanatología, en escalas local, regional, nacional y mundial.
- Diseñar protocolos de investigación y las técnicas procedimentales.
- Gestionar recursos financieros para proyectos de investigación.
- Desarrollar proyectos de investigación.
- Evaluar proyectos de investigación.
- Difundir los resultados del proceso de investigación, en escalas local, regional, nacional y mundial.

3.4. Campo laboral

Los investigadores egresados de este programa podrán desempeñarse en las instituciones relacionadas con la salud que se enlistan a continuación:

- Centros de investigación.
- Instituciones de educación superior.
- Laboratorios de referencia e investigación, públicos y privados.
- Unidades médicas y hospitalarias del sector público y privado.
- Organismos bilaterales e internacionales de salud.
- Iniciativas internacionales de cooperación relacionadas con la salud.
- Instituciones gubernamentales y privadas.

3.5 Características del plan de estudios

Las actividades académicas de los ejes se encuentran organizadas en cinco “Líneas Curriculares” en función de la compleja problemática que intenta ser atendida, lo que implica iniciar con los aspectos básicos o teórico–fundamentales del problema en estudio, las posibles formas de abordaje desde las diversas perspectivas metodológicas e instrumentales, hasta llegar a la integración del proyecto de investigación y su culminación en la tesis de grado.

En la primera, *Línea Filosofía-Antropología Social*, los contenidos se organizan y se orientan para que el estudiante desarrolle el dominio de los paradigmas, la evolución conceptual y el conocimiento de problemas actuales sobre la línea curricular correspondiente.

La segunda, *Línea Psicología-Psiquiatría*, Implica la incorporación de conocimientos de estas disciplinas, como la base para el trabajo multi e interdisciplinario y apoya de manera congruente el desarrollo del proyecto de investigación.

La tercera, *Aspectos legales-Bioética*, implica la aprehensión de un marco de reflexión ética interdisciplinar; es básicamente una ética práctica, de aplicación inmediata en el mundo de la Medicina, se trata de una reflexión ética que soporta, además, decisiones de Salud Pública de gran repercusión social y legal; y determina una praxis e involucra comportamientos que ponen a prueba el sistema de valores que opera en una sociedad.

La cuarta, *Línea Asesoría en Tanatología*, el estudiante aprehende los procesos de comunicación con los cuales deberá interactuar con los individuos terminales o en fase terminal y sus familias, la información sobre su condición, a fin, que les permita tomar decisiones con suficiente conocimiento de causa.

La quinta, *Línea integradora*, el estudiante realiza el análisis sistemático y periódico de los resultados de la investigación; además de implicar el trabajo en equipo y habilidades para comunicar, verbalmente y por escrito, los conocimientos obtenidos, a partir de estudios de caso o de población.

Las actividades académicas englobadas en las cuatro primeras líneas conforman un conjunto teórico–metodológico y, en la quinta, se integran las actividades de investigación con las primeras a través del propio proyecto de investigación.

El proyecto de investigación es el medio para que el estudiante desarrolle competencias de carácter general transferibles a la solución de problemas. La temática de investigación será elegida con este fin, evitando temas de carácter restringido que desarrollen habilidades limitadas.

El programa de Maestría en Tanatología favorece la movilidad estudiantil y el intercambio de docentes, propiciando la creación de redes internas y con otras instituciones que compartan los mismos objetivos; a la vez, mantiene un alto rigor académico sustentado en la vida colegiada y sus líneas curriculares propician el trabajo multi e interdisciplinario, con lo que cumple con las características deseadas por la Universidad.

La estructura curricular del programa de maestría deberá centrarse en la construcción de competencias para el desarrollo de la investigación, por lo que es necesario garantizar su flexibilidad, el trabajo multi e interdisciplinario y la posibilidad de adecuarse a las demandas del mercado de trabajo, garantizando la calidad académica del Programa.

El plan de estudios privilegia como metodología el aprendizaje basado en proyectos (ABP) la articulación de proyectos de investigación de gabinete y de campo, brindando las herramientas teórico-metodológicas para su desarrollo. Este modelo permite el aprendizaje colaborativo por medio de establecimiento de redes de conocimiento en los diferentes ámbitos disciplinares en los que se orientan cada uno de los investigadores. Además incorpora estudiantes de pregrado y posgrado en los proyectos de investigación, esto permite al investigador coadyuvar a la formación de nuevos investigadores.

Durante el desarrollo del plan de estudios el investigador va construyendo el conocimiento a partir de la interacción con sus pares en distintos niveles o grados

académicos. Esto le permite construir una compleja red de conocimientos con los que podrá elaborar modelos explicativos complejos de la realidad.

3.6 Tutoría

Para dirigir las actividades de Tutoría, de conformidad con el modelo educativo de la UNACH, los avances científicos y tecnológicos; así como, el desarrollo de las competencias, actitudes y valores en los estudiantes, la Universidad, estableció políticas y programas destinados al apoyo permanente de los estudiantes que contribuyen a una formación profesional de calidad y a su desarrollo integral como personas.

El programa educativo que se presenta privilegia el aprendizaje centrado en el estudiante, por lo que es fundamental brindar acompañamiento personalizado al mismo a fin de asegurar una trayectoria y egreso satisfactorios dentro de la Universidad, lo que contribuirá a la formación de profesionales competentes, de personas con una alta autoestima, poseedoras de las habilidades claves para enfrentar este siglo: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, aprender a convivir, aprender a desaprender y a emprender.

Con base en lo anterior, es indispensable la organización y funcionamiento del Programa Institucional de Tutorías de la Universidad, para lo cual este programa educativo se sujetará a los principios fundamentales del mismo.

La maestría en Tanatología está orientada a la formación de investigadores busca el desarrollo de las habilidades y facultades del estudiante para que se apropie de herramientas metodológicas que le ayuden en su práctica como investigador. Por lo que funciones de los tutores con esta responsabilidad, estén orientadas a estos procesos.

Dentro de las funciones generales del tutor está el brindar apoyo al estudiante para desarrollar su capacidad de identificar e implementar una metodología de estudio y de trabajo apropiada ante las exigencias del programa de Tanatología a los que está sujeto; facilitar el desarrollo personal y social, revisar y asesorar las tesis de los estudiantes; constituirse en comités tutorales y atender el proceso de ingresos, altas y bajas de asignaturas, y revalidación y equivalencias de materias y de créditos.

El modelo teórico del programa en Tanatología considera los roles de los tutores al para incorporar otras funciones como el apoyo psicosocial y la socialización. Por otra parte, resulta importante citar algunas actividades académicas de los tutores de este programa, de entre ellas se destaca: identificar conocimientos habilidades,

expectativas y vocación en los estudiantes; estructurar y asesorar con el estudiante el proyecto de tesis; supervisar el desempeño académico del estudiantes; facilitar el acceso a la infraestructura necesaria; apoyar al alumno para que desarrolle su propia capacidad de investigación; asesorar al estudiante durante sus actividades académicas; propiciar que el alumno profundice en el tema de su investigación; promover la incorporación del estudiante a actividades formativas; y propiciar discusiones académicas con el tutor y otros miembros de la comunidad científica.

Al fomentar en el estudiante una disciplina de trabajo escolar y procurar su tenacidad intelectual, el tutor se adjudica un papel relevante en el proyecto educativo, toda vez que estimula al alumno a apropiarse y ser consciente de la importancia de capacitarse, de explorar actitudes, de mejorar su aprendizaje y de advertir el valor y la oportunidad de ser estudiante –ahora- y lograr –en el futuro- una posición destacada como investigador.

3.7 Competencias que desarrolla

Competencias teóricas:

- Conoce los aspectos biológicos, sociales, emocionales, éticos y legales en torno al paciente terminal, a fin dar respuesta a la demanda de su atención en determinado contexto social.
- Conoce, analiza y aplica los conceptos que subyacen al proceso de muerte y a fin de favorecer una muerte digna en los pacientes terminales.
- Conoce la estructura y funcionamiento del sistema de salud y adopta y adapta los programas relacionados con los pacientes terminales.
- Identifica los problemas que afectan al paciente terminal desde una perspectiva multidimensional para dar respuestas a familiares y equipo de salud.

Competencias metodológicas

- Cuida al paciente terminal de manera holística con la participación de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, la familia y la comunidad
- Diseña y opera programas para la promoción de los conceptos de vida y muerte.
- Genera una cultura de redes de apoyo en el proceso de muerte.

- Identifica estilos de vida y factores de riesgo en una población determinada con el objeto de definir estrategias de acción viables en la prevención de causas de mortalidad.
- Comunica de forma amplia y precisa la información al paciente terminal, su familia y comunidad para proveer continuidad y seguridad en su cuidado.

Competencias axiológicas

- Estimula y protege la autonomía y los derechos del paciente terminal.
- Capacidad para trabajar dentro de los contextos y los códigos bioéticos, normativos y legales de la profesión.
- Defiende la dignidad del paciente terminal.
- Reconoce, respeta y apoya las necesidades espirituales de los pacientes terminales.
- Establece y mantiene la relación de ayuda con las personas, familia y comunidad frente a diferentes cuidados requeridos con mayor énfasis en situaciones críticas y en la fase terminal de la vida.
- Promueve y realiza acciones tendientes a estimular la participación social y desarrollo comunitario en el área de su competencia.
- Se conduce con respeto y tolerancia ante el paciente terminal y sus familiares.

Habilidades de comunicación

- Brinda al paciente terminal información relativa a la etapa de la vida que le corresponda con el objeto de promover una muerte digna.
- Escucha con atención, obtiene y sintetiza información pertinente acerca de los problemas que aquejan al paciente terminal, y comprende el contenido de esta información.
- Se comunica de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita con el paciente terminal, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.

Manejo de la información

- Valora críticamente y sabe utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y humanística.

- Aplica las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades preventivas, de investigación y de enseñanza-aprendizaje.
- Elabora, organiza y reconstruye los registros con información del paciente terminal para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.

3.8 Organización y estructura curricular

El presente programa de maestría se estructura por áreas curriculares, está diseñado para potenciar el trabajo individual y grupal, aprender a trabajar en red, profundizar en diferentes artículos y/o publicaciones necesarias e imprescindibles, adaptarse a los avances profesionales, incorporar la innovación a la práctica profesional, mejorar las competencias, realizar investigación en Tanatología y, en definitiva, avanzar en los conocimientos y adelantos que éste campo propone.

Tiene una carga lectiva de 122 créditos (SATCA) equivalentes a 1,952 horas, distribuidas en asignaturas, que contendrán 1,152 horas teóricas y de trabajos prácticos; 640 horas de investigación documental y de campo, finalmente 160 horas de prácticas clínicas.

Los alumnos deberán realizar las prácticas clínicas con carácter obligatorio en la Clínica del Dolor y Cuidados paliativos de Hospital General “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”.

3.8.1 Unidades de competencia

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Conceptos generales de Tanatología	
Semestre		I	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber cumplido con los requisitos de inscripción	
Clave		Créditos	8
Hrs. Teoría/Práctica	128		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Aspectos psicológicos generales	
Semestre		I	Duración: Un semestre
Carácter de la unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber cumplido con los requisitos de ingreso.	
Clave		Créditos	8
Hrs. Teoría/Práctica	128		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de Competencia		El proceso de la pérdida y el duelo	
Semestre		I	Duración: Un semestre
Carácter del módulo		Obligatorio	
Prerrequisitos		Haber cumplido con los requisitos de ingreso.	
Clave		Créditos	8
Hrs. Teoría/Práctica	128		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Historia y Antropología de la Muerte	
Semestre		I	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber cumplido con los requisitos de ingreso.	
Clave		Créditos	6
Hrs. Teoría/Práctica	96		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Familia y Muerte	
Semestre		II	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber acreditado las unidades de competencia del I semestre	
Clave		Créditos	6
Hrs. Teoría/Práctica	96		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Asesoramiento en Tanatología	
Semestre		II	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber acreditado las unidades de competencia del I semestre	
Clave		Créditos	8
Hrs. Teoría/Práctica	128		

Programa académico	Maestría en Tanatología		
Unidad de competencia	Muerte y religión		
Semestre	II	Duración:	Un semestre
Carácter de la Unidad	Obligatoria		
Prerrequisitos	Haber acreditado las unidades de competencia del I semestre		
Clave		Créditos	4
Hrs. Teoría/Práctica	64		

Programa académico	Maestría en Tanatología		
Unidad de competencia	Metodología de la investigación		
Semestre	II	Duración:	Un semestre
Carácter de la Unidad	Obligatoria		
Prerrequisitos	Haber acreditado las unidades de competencia del I semestre		
Clave		Créditos	6
Hrs. Teoría/Práctica	96		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Aspectos éticos	
Semestre		III	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber acreditado las unidades de competencia del II semestre	
Clave		Créditos	6
Hrs. Teoría/Práctica	96		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Aspectos biológicos y jurídico legales	
Semestre		III	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber acreditado las unidades de competencia del II semestre	
Clave		Créditos	6
Hrs. Teoría/Práctica	96		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Cuidados al final de la vida	
Semestre		III	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber acreditado las unidades de competencia del II semestre	
Clave		Créditos	8
Hrs. Teoría/Práctica	128		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Seminario de tesis	
Semestre		IV	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber acreditado las unidades de competencia del III semestre	
Clave		Créditos	40
Hrs. Teoría/Práctica	640		

Programa académico		Maestría en Tanatología	
Unidad de competencia		Prácticas clínicas	
Semestre		IV	Duración: Un semestre
Carácter de la Unidad		Obligatoria	
Prerrequisitos		Haber acreditado las unidades de competencia del III semestre	
Clave		Créditos	8
Hrs. Teoría/Práctica	128		