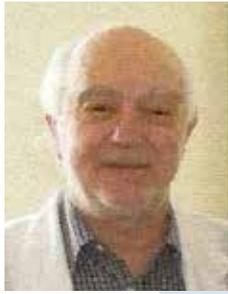


 **INSTITUTO NACIONAL DEL
TORAX**
ATENCIÓN DE EXCELENCIA AL SERVICIO PÚBLICO



HISTORIA DE UNA UNIDAD

Por Rebeca Osorio Neira



Dr. Alfonso Corradini Ristori
Fundador UAD y CCPP – INT



Enfermera Pilar Flores Cifuentes
Fundadora UAD y CCPP -INT

Tras la necesidad de aliviar el dolor y apoyar en su proceso de enfermedad a los pacientes con cáncer pulmonar, el doctor Alfonso Corradini Ristori (médico broncopulmonar y ucista) decide iniciar un proyecto para crear un espacio y así cubrir las necesidades de dicha población del Instituto del Tórax. Corría la década del 2000.

La tarea no era fácil porque el paliativismo estaba recién naciendo, no era de conocimiento popular en la idiosincrasia médica nacional y muy débil a nivel internacional también. No obstante, este médico logra su objetivo y el 31 de Julio de 2003 el Servicio de Salud Metropolitano Oriente resuelve la creación formal de la UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (UAD y CCPP) del entonces Instituto Nacional de enfermedades respiratorias y cirugía torácica. En ese momento, se proyectaba atender a 100 pacientes al año; hoy, 16 años después, utilizan la unidad cerca de 140 personas cada mes, 16 veces más de lo que se pensó en su origen.

En 2019 la UAD y CCPP del INT cuenta con dos médicos, una Enfermera, Técnico Paramédico, Psicóloga especialista en Oncología (Psicooncóloga) y un Químico Farmacéutico que apoya el trabajo del equipo.



Paola Tudela Mondaca
Médico Internista
Jefe de Unidad



Daniela López Carvajal
Médico Cirujano
Diplomada en Cuidados
Paliativos y Medicina
Biorreguladora
Magíster en Cuidados Paliativos



Rebeca Osorio Neira
Enfermería Oncopaliativa
Coordinadora de Unidad



Angelina Schiaffino Yáñez
Técnico Paramédico



Carolina Masson Manríquez
Psicóloga – Diplomada en
Psicooncología
Postulante a Magister en
Cuidados Paliativos
Oncológicos

EL NACIMIENTO DE UN LOGO

Por Rebeca Osorio Neira y Carolina Mason Manríquez

Tras años de permanecer bajo la sombra de la nada, la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del INT debía mostrarse al mundo. La necesidad estaba latente debido a que desde 2017 se había ampliado la frontera y el Ministerio de Salud de Chile ahora había abierto el tratamiento del dolor a toda persona con cáncer en cualquiera de sus etapas. Ya no sólo se atendía a pacientes con cáncer avanzado. El paliativismo internacional es ahora reconocido como un elemento primordial en el manejo de enfermedades catastróficas; la evidencia asegura que mientras más temprano se aborda a una persona por un equipo paliativista, mejor será su calidad de vida, disminuirán los costos de atención a mediano y largo plazo por causa del empoderamiento personal, familiar y social de la enfermedad.

Entonces el equipo (liderado en esta ocasión por Carolina Masson y Rebeca Osorio) comienza a estudiar estrategias para mostrarse a la comunidad hospitalaria. Entre ellas se da inicio a las visitas domiciliarias, se comienzan a dictar talleres educativos y de afrontamiento, se proyecta este boletín y nace la idea de identificar a la Unidad con su propio LOGO, respaldadas por el resto del equipo.

Comenzamos un trabajo de semanas para definir los conceptos que nos identifican y el resultado fue este:



El ARBOL PULMONAR que representa a los pulmones y donde se identifica el troco, que es el paciente enfermo y las hojas que son sus redes de apoyo (familiares, amigos, sociedad)



La CINTA BLANCA, cual representa el cáncer pulmonar en el mundo. Esto nos indica la enfermedad con la que se trabaja en esta Unidad.



Las MANOS que representan al equipo de personas que trabaja en la UAD y CCPP del INT, quienes se configuran sosteniendo a este árbol porque damos el apoyo multi y transdisciplinario.



En el diseño colaboraron el empresario Francisco Vidangosy y el diseñador Patricio Medina, de la Productora Publicorp, a quienes agradecemos su gentileza.

Este logo conserva en su base los colores institucionales y fue presentado a la comunidad en la Primera Jornada de Oncología Integrativa que organizó la misma Unidad del dolor en conjunto con la Fundación Cáncer Vida en el mes de Octubre de 2018.

CÁNCER PULMONAR EN POCAS PALABRAS



Dr. Cristian Ibarra, Médico Broncopulmonar



Para poder entender el Cáncer Pulmonar, se requiere de una comunicación clara, entre el paciente, su familia y el personal de salud. Consideremos que esta es una enfermedad con alta tasa de mortalidad y que su diagnóstico es generalmente tardío.

El principal factor asociado con la aparición de la enfermedad es el CONSUMO DE CIGARRILLOS, tanto en personas que voluntariamente fuman, como en aquellas que NO FUMAN, pero que INVOLUNTARIAMENTE respiran ese aire contaminado (Ejemplo: niños, embarazadas, adultos mayores, etc.)

Son importantes los antecedentes familiares de cáncer y algunas actividades laborales, que se transforman en factores de riesgo a lo largo de ciclo vital.

El estudio de esta enfermedad parte, generalmente, por una sospecha, como en el caso de una persona con TOS prolongada en fumadores, la presencia de flemas con sangre, baja de peso sin una clara explicación, falta de aire, dolor al pecho, disfonía prolongada, dolor de huesos y de cabeza.

Luego viene el estudio con radiografía de tórax, escáner de tórax y biopsias. Algunos pacientes presentan síntomas que se producen porque la enfermedad ya está ramificada y es importante saber que, en ese momento, lo más importante es trabajar en conjunto, familiares y equipo médico.

Finalmente, se necesita que el paciente y su equipo de salud tengan una conversación sincera, para poder avanzar hacia un objetivo común: El bienestar Integral del enfermo.

RÁPIDA MIRADA A LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER



Por E.U. Rebeca Osorio Neira Coordinadora UAD y CCPP – INT



Los tratamientos a los que se someten las personas para poder controlar la enfermedad, generan malestares adicionales variables. Al hablar de la sensación, nos referimos a un estado también psicológico de la percepción de bienestar asociado al cáncer como enfermedad y a sus tratamientos tremendamente invasivos y desgastantes (3).

La Organización Mundial de la Salud, recomienda poner en marcha programas de Cuidados Paliativos (1,2), reconociendo a éstos como un servicio de salud efectivo y fundamental para mejorar la calidad de vida, el bienestar de las personas, aumentar su alivio y reforzar la dignidad humana (3,4).

Chile ha sido pionero en América Latina en la implementación del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por cáncer (5), siendo uno de los pocos que ha asegurado por ley la cobertura de atención para todas aquellas personas que tengan cáncer confirmado y se encuentren adscritos a un sistema previsional de salud, ya sea público (FONASA) o privado (Isapre). Es así como del Plan Nacional de Cáncer de 1994, emerge la Garantía Explícita en Salud número 4 (GES 4 o AUGE 4) que crea las Unidades de Alivio del dolor y Cuidados Paliativos por cáncer en 2004 para los pacientes con etapas avanzadas en todo el territorio nacional y, que 13 años después, se amplía para beneficiar a todas aquellas personas que sean diagnosticadas de cáncer en cualquiera de sus etapas.

Los beneficios principales de este programa en el país, es la prescripción de fármacos para el manejo del dolor producido por el cáncer como

El diagnóstico y tratamiento del cáncer ha tenido grandes avances a nivel mundial en los últimos años.

Aparecen nuevos métodos de pesquisa precoz y terapias para el control de la enfermedad que puede atacar a cualquier parte del cuerpo del ser humano y que se caracteriza transversalmente a su origen por ser un crecimiento desordenado e incompetente de las células que conforman los diversos tejidos del cuerpo, desencadenando un mal funcionamiento del órgano donde se desarrolla, causando signos y síntomas que comprometen la calidad de vida. La cantidad de casos de personas con Cáncer ha aumentado sostenidamente en el mundo y su causa de aparición es multifactorial dependiendo de cada país o área (1), realidad a la que Chile no se ha quedado ajeno (2), siendo la segunda causa de muerte a nivel nacional e incluso la primera en ciertas regiones del país (1).



principal síntoma ⁽³⁾, además de náuseas, vómitos, deshidratación, calambres, convulsiones, desorientación, diarreas, etc., que pueden aparecer como asociación a la enfermedad misma o a los tratamientos de quimioterapia, radioterapia, cirugía, inmunoterapia u otros muchos. Para esto, dichas unidades deben contar con médicos especialistas en dolor y paliativismo, así como también un cuerpo de enfermería que enseñe a los pacientes los cuidados adecuados para cada etapa de la enfermedad.

El trabajo del equipo de psicología especializada es una arista que toma cada vez más importancia en la intervención del proceso adaptativo, lo que ha demostrado ser altamente positivo en la adherencia a los tratamientos y el manejo de síntomas afectivos que terminan influyendo en el autocuidado y calidad de vida.

Uno de los elementos que caracteriza a este programa, es que no se trabaja únicamente con

el paciente que tiene cáncer, sino también con los familiares y su círculo social.

Chile cuenta con una red cercana a 100 centros de atención de salud de alta, mediana y baja complejidad, a lo que se asocia una red de cuidados domiciliarios provistos por los niveles primario (Cesfam) y secundario (policlínico de especialidad de hospitales) de atención de salud ⁽⁶⁾.

En el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, se cuenta con cuatro unidades funcionales: las más antiguas de los Hospitales del Salvador, Geriátrico y Luis Calvo Mackenna (pediátrica); la del Instituto Nacional del Tórax; además de la que prontamente se pondrá en marcha en el Hospital Luis Tisné Brousse.

Aún falta mucho por avanzar en Cáncer y Cuidados Paliativos, como por ejemplo la incorporación del área de rehabilitación ⁽¹⁾ para pacientes que quedan con secuelas funcionales por causa de la enfermedad; o también el incremento de Hospicios ⁽³⁾, que son lugares residenciales adaptados para la permanencia de pacientes con cáncer avanzado que requieren de cuidados especiales y; la ampliación de los cuidados paliativos a enfermedades no oncológicas.

Todo lo anterior ya está siendo visualizado en gran parte por las autoridades ⁽¹⁾, lo que otorga un aire de positivismo para quienes trabajamos en esta área.

Referencias:

- (1) Plan Nacional de Cáncer. Minsal-Chile 2018.
- (2) Norma Técnica del Programa Nacional de Alivio del dolor y Cuidados Paliativos. Minsal-Chile 2009.
- (3) Guía Clínica GES Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos. Minsal-Chile 2011.
- (4) 67° Asamblea Mundial de la Salud. OMS-Ginebra, Mayo de 2014.
- (5) Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición cartográfica 2013.
- (6) Guía Práctica Clínica Problema de salud N°4. Minsal-Chile 2017.

NECESIDADES ESPIRITUALES EN PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS



Mtro. Ps. Claudio Barrales Díaz, Psicólogo

Docente Facultad de Salud Universidad Central de Chile (celapsa@gmail.com)



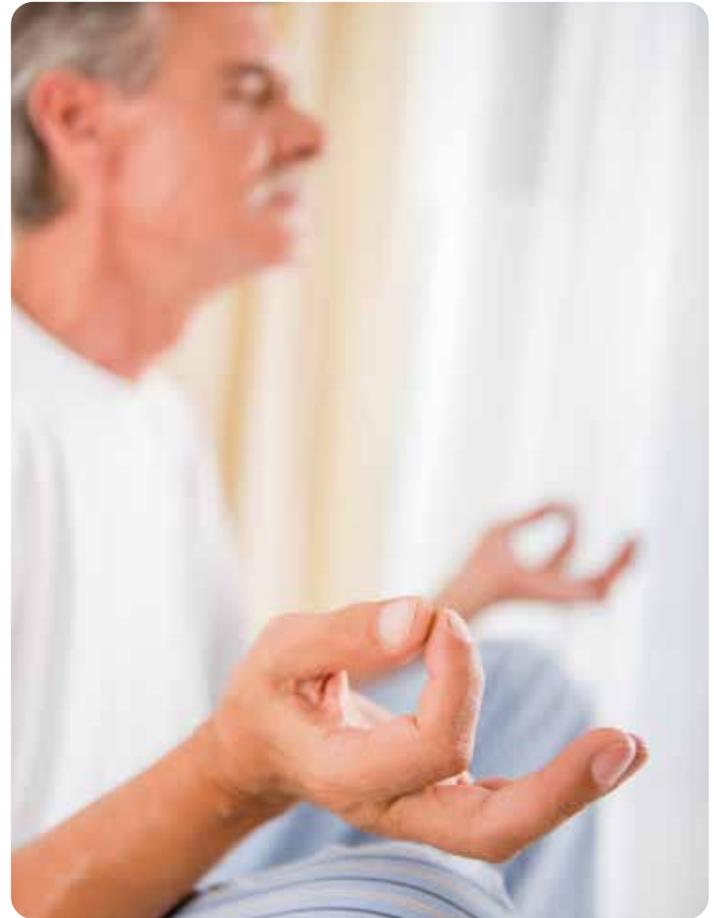
El cuidado paliativo se hace generalmente al final de la vida, en tanto la confrontación con el final de la vida puede ser vivida como una experiencia límite e implicar preocupaciones existenciales como la muerte, el sentido de la vida, el balance espiritual y/o existencial, los asuntos inconclusos, la trascendencia y los vínculos afectivos, entre otros aspectos (Beca, 2008; Meraviglia, 2004; Puchalski y colaboradores, 2009).

Se ha visto que los pacientes con un alto sentido de bienestar espiritual consideran que son capaces de afrontar mejor el proceso de terminalidad y de encontrar sentido en esta experiencia y tiende a alejarlas del deseo de acelerar la muerte, de la desesperanza y de la ideación suicida, protegiéndolas de lo que algunos autores han llamado “desesperación al final de la vida” (McClain-Jacobson y colaboradores, 2004). Como explican Steinhauer y colaboradores (2006): “La espiritualidad de un paciente frecuentemente

influye sobre las decisiones terapéuticas y le otorga recursos personales durante una enfermedad grave”.

A pesar de que los aspectos espirituales cada vez cobran más importancia clínica e investigativa, existe aún una gran heterogeneidad en las definiciones de espiritualidad y confusión sobre cómo y quién debería llevar a cabo el cuidado espiritual en el contexto de la salud y los cuidados paliativos (Boston, Bruce & Schreiber, 2011; Meraviglia, 2004), partiendo del supuesto que el cuidado espiritual es un componente primordial de los cuidados paliativos, se llevó a cabo recientemente un consenso de expertos en California (E.E.U.U.). La espiritualidad fue definida como “la manera en que la humanidad busca y expresa el sentido y propósito. A través de la espiritualidad, el individuo experimenta una conexión con el momento, el sí mismo, los otros, la naturaleza y aquello que es significativo o sacro” (Puchalski y colaboradores, 2009).

El “estar en paz”, ha sido referido en la literatura como un tema importante y que mantiene relación cercana con la espiritualidad. Steinhauser y colaboradores (2006) encontraron que la sensación de paz en pacientes con una enfermedad avanzada correlacionaba positivamente con: tener la oportunidad de despedirse, marcar una diferencia positiva en la vida de otros, el dar a otros (tiempo, regalos, sabiduría), tener alguien con quien compartir pensamientos o sentimientos profundos y encontrar sentido en sus vidas. Concluyeron así, que el sentimiento de paz estaba relacionado con un alto grado de bienestar psicológico y espiritual, al indagar sobre este sentimiento desde el punto de vista clínico, se podía abordar la dimensión espiritual sin generar resistencias en el paciente. Incluso, señalan que este abordaje puede facilitar la identificación de experiencias de sufrimiento en cualquiera de las dimensiones que conforman al ser humano (física, social, psicológica y espiritual).



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beca J (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los cuidados*. 1(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6734.php>.
- Boston, Bruce y Schreiber (2011). El sufrimiento existencial en torno a los cuidados paliativos : una revisión integrada de la literatura. *Journal of Pain Symptom Management*. March, 41(3); 604-618..
- Chochinov HM. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin*, 56: 84-103.
- McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, et al. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *Gen Hosp Psychiatry*; 26: 484-486.
- Meraviglia MG. (2004). The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31: 89-94.
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R. et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J Palliat Med*; 12: Med; 12: 885-904
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. (2006). Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Psicians, and Other Care Providers. *JAMA*; 284: 2476-2482.

PACIENTES Y FAMILIAS CON CÁNCER

Ps. Carolina Masson Manríquez

**Psicóloga Clínica-Psicooncóloga en Cuidados Paliativos INT; Est. Mg. Internacional en Cuidados Paliativos Oncológicos; Diplomado Internacional en Psicología de la Salud en Cuidados Paliativos y Dolor; Diplomado Internacional en Psicología de la Salud Oncológica; Curso Taller en Abordaje en Duelo.*

Cuando se habla de “enfermedad oncológica o cáncer”, se produce un quiebre y un giro radical en la persona que recibe el diagnóstico y que provoca un alto impacto en todo su espacio vital, alterando emociones y estilo de vida.

Esto claramente admite la necesidad de construir y contribuir hacia una perspectiva biopsicosocial que explique de mejor manera este fenómeno, entregando apoyo y acompañamiento integral a los pacientes oncológicos en las distintas fases que implica la enfermedad, junto a sus familias y equipo sanitario. Esto permitirá entregar un enfoque multi y trans-disciplinario, evitando colocar a la persona sólo desde un aspecto físico, sino por el contrario, tener una visión holística del ser humano en todas sus áreas de desarrollo (afectividad, espiritualidad, familia, sexualidad, trabajo, entre otros.) (Alvarado, Genovés, Zapata, 2009, citado en Masson, 2018).

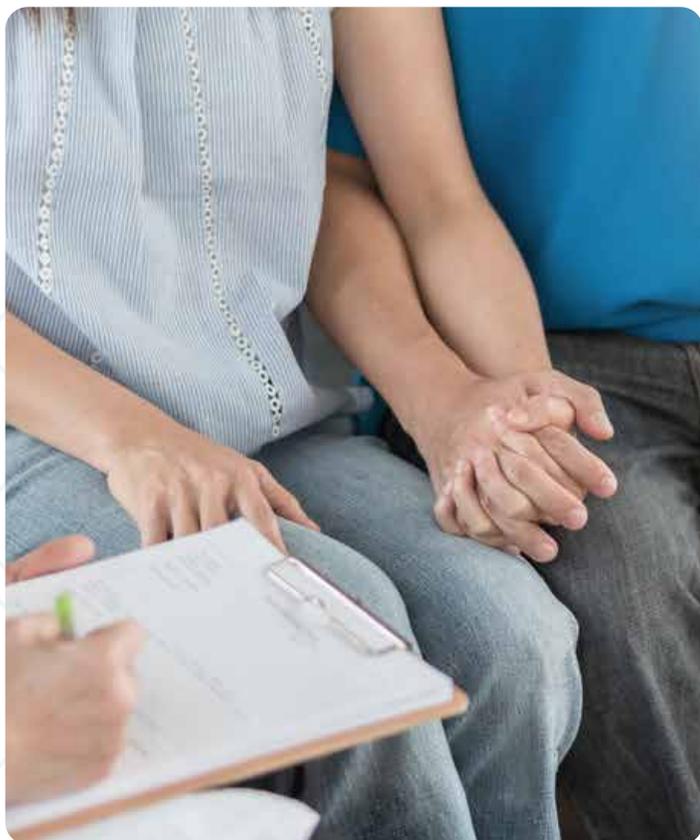
La psico-oncología como disciplina emerge oficialmente en los años 80, como una forma de

conocer tanto aspectos psicológicos como conductuales del paciente frente a un diagnóstico de cáncer. Esta nueva materia se ubica como sub-especialidad de la rama de la Psicología de la Salud que se denomina “psicología oncológica” (Middleton, 2002). Por esta razón, la psicología incluye diversas áreas de intervención como; la clínica, social, comunitaria, psicología del desarrollo, de la salud y otras, que se interrelacionan a partir de las nuevas problemáticas que aparecen en las personas con una enfermedad oncológica que “implican dificultades cognitivas, emocionales, de comunicación, etc., que no son subsanables únicamente desde el punto de vista médico”. (García-Conde, Ibáñez, Durá, 2008; Masson, 2016).

Finalmente la intervención psicológica oncológica va dirigida al paciente y su familia en el marco de una enfermedad compleja como lo es el cáncer, que coloca de manifiesto la importancia e interés que los profesionales de la salud presentan en la



actualidad en el abordaje terapéutico en esta línea. El acompañamiento integral por parte de la psicooncología se hace de suma importancia en las Unidades de Cuidados Paliativos, esto con el fin de elaborar, incorporar o modificar herramientas y estrategias psico-emocionales presentes en una persona, contribuyendo de esta forma a su propio proceso adaptativo a la enfermedad (Robert, Álvarez, Valdivieso, 2013). Asimismo, desde la práctica clínica, la creación de espacios vitales seguros y confiables para el paciente y su familia, facilita y favorece un mejor control tanto físico como psico-afectivo, disminuyendo emociones percibidas como “negativas” (rabia, tristeza, miedo, angustia, ansiedad, sentimiento de inutilidad, soledad, frustración, entre otros) y que provocan un alto malestar psíquico y emocional asociado a la enfermedad, logrando en muchos casos disminuir el distrés emocional y creencias irracionales que surgen en transcurso de la enfermedad oncológica, logrando entregar un cuidado continuo que brinde calidad de vida y bienestar integral tanto a la persona que convive con el cáncer como a su entorno próximo.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alvarado, S.; Genovés, S.; Zapata, M. (2009): La Psicooncología: Un trabajo Transdisciplinario. Recuperado de www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541342.pdf
- Calvo, M.; Narváez, P; (2008): Experiencia de Mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100007
- García-Conde, A.; Ibáñez, E. Durá, E. (2008): El desarrollo de la investigación en psicooncología. Recuperado de www.uv.es/seoane/boletin/previos/N92-5.pdf
- Gómez, R. (2007): La Psicología de la Salud en un Hospital de Cuarto Nivel de Complejidad. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996003>.
- Middleton, J. (2002): Psico-oncología en el siglo XXI. Recuperado de www.medic.ula.ve/cip/docs/psicooncologia.pdf
- Masson, C. (2016): Psico-oncología: Intervención del Psicólogo en pacientes hospitalizados con diagnóstico de cáncer. (Artículo Inédito).
- Masson, C. (2018): Psicooncología: Perspectivas de un Modelo de Intervención en pacientes y familias con cáncer en Latinoamérica e Iberoamérica. (Artículo Inédito).
- Robert, V.; Álvarez, C.; Valdivieso, B. (2013): Psicooncología: Un modelo de Intervención y Apoyo Psicosocial. Recuperado de http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf

IMPORTANCIA DE COMUNICARNOS ANTES Y DURANTE UNA ENFERMEDAD GRAVE COMO EL CÁNCER



Jaime Obregón Montoya, Medicina Interna, Becado Enfermedades Respiratorias UCH/INT



Las personas que padecen cáncer avanzado y en las últimas etapas de sus vidas necesitan expresar sus dolencias, necesidades, dudas y emociones más profundas. Es la forma lógica de resolver sus problemas, pero también la manera que tienen de adaptarse (ellos y su entorno) a la nueva situación.

Los pacientes y sus familiares buscan, en el equipo de salud, el apoyo necesario para enfrentar esta compleja situación y poder lograr la mejor calidad de vida posible, que para nosotros como terapeutas siempre es un desafío y requiere de la estrecha cooperación de cuidadores y familias.

Lamentablemente, en la mayoría de los casos vemos que esta instancia de comunicación se consigue en etapas muy avanzadas del cáncer.

En los países desarrollados, los equipos de salud han fomentado esta “comunicación anticipada”, ya que se han percatado que logran mejores resultados.

Es absolutamente necesario estar más conscientes, tanto en familia como en nuestra sociedad, frente a estas difíciles situaciones y así poder anticiparnos, en lo operacional como en lo espiritual y así podamos brindar la mayor tranquilidad para nuestros pacientes y cuidadores.

Referencias

1. Barbero J y cols: Comunicación en oncología clínica. SL. 2005. Madrid.
2. Santos E, Bermejo JC. Counseling y cuidados paliativos. Ed. Desclée de Brouwer, S.A. 2015. Bilbao.
3. Johan FC, Doyle D. The terminal phase. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd edition. Oxford University Press Inc. New York. 2005.

ENTREVISTA A PACIENTE

Mónica Steinmeyer Celis, Paciente UAD y CCPP - INT



"Jamás perder el ánimo":

Mónica nos enseña una gran lección de vida

Ella ha tenido que enfrentar un cáncer pulmonar que se le ramificó al hígado.

Mónica Steinmeyer, es una mujer fuerte y optimista que desde hace 4 años ha tenido que lidiar con diversos problemas de salud que afectaron su vida de manera radical.

“El 2015 me descubrieron cáncer pulmonar y al otro año me hicieron quimioterapia combinada con radioterapia, me dieron de alta en septiembre del 2016. Desde ahí estuve haciendo mi vida normal, hasta que de repente empecé a sentir síntomas en el pulmón que me hacían cansarme mucho, haciéndome los exámenes pertinentes, me descubrieron otro tumor en el hígado, esto fue en el 2018”, explicó.

Mónica puntualizó que “esta nueva enfermedad me provoca más molestias, es más invasiva, diferente al anterior, ahora me canso muy rápido, siento dolores y se me ha quitado el apetito”.

Una noticia impactante

Mónica continuó diciendo que “todo fue un golpe fuerte, venía de un cambio en la forma de ver en la vida, cuando estaba dada de alta, volví a la normalidad, estaba contenta, todos mis amigos y familia me felicitaban, volví a trabajar y de repente encontrarme con esta noticia y que es otro tipo de cáncer, para mi fue realmente impactante, me desmoralicé”.

“Pero uno no se puede deprimir y quedarse todo el rato en la casa encerrada, tomé la decisión de hacer algo al respecto, seguir teniendo actividad y por eso llegué acá, para saber que me pueden ofrecer, porque estoy en blanco”, señaló.



Una gran red de apoyo

El apoyo de la familia y de nuestro recinto ha sido fundamental para mantenerse en pie, pues “yo les diría a los familiares que no se pongan en el plan de pesimismo. En los míos nunca he sentido que me compadezcan, siempre están tirándome para arriba y me dan ánimo, porque sino fuera así, hacerlo sola sería muy difícil”.

“Acá el apoyo de este Hospital ha sido muy importante, sobretodo en lo psicológico, he participado en talleres y eso ayuda a olvidarse, de no estar todo el día pensando en mi diagnóstico, así que todo eso ayuda bastante”, aseguró.

“Apoyarnos es fundamental, no enjuiciarnos ni compadecernos, solo caminar junto a nosotros siendo un soporte acogedor”, finalizó.

TALLERES DE PACIENTES Y FAMILIAS

ARTETERAPIA EN EL INT



Psicooncóloga; Carolina Masson, *EU; Rebeca Osorio

Exposición Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos; Volviendo a mi Infancia.

La expresión emocional a veces resulta bastante difícil, sobre todo cuando estamos enfrentados a un diagnóstico tan complejo como lo es el cáncer. Es imposible separar o ignorar lo que ocurre dentro de cada ser humano, los sentimientos se desordenan, se enredan, se entrelazan en lo más íntimo.

El apoyo integral se hace un pilar fundamental en el camino que se comienza a recorrer con cada paciente oncológico y su familia. Los espacios vitales que brinden seguridad compañía y amor son parte importante en la Psicoterapia. Pero también, existen otros espacios como la Arte Terapia, que se ubica como uno de esos caminos que permite facilitar la expresión de sentimientos a través del arte, la pintura, la escritura, danza, escultura, música, entre otros.

La Arte Terapia es una terapia artística que consiste en la utilización del arte como vía terapéutica a nivel físico, emocional, psicológico, espiritual, conductual, entre otras.

Nuestra Unidad de Cuidados Paliativos, incorpora la Arte Terapia como herramienta terapéutica en lo que ha significado el proceso de enfrentar y afrontar una enfermedad oncológica. La que culminó con una muestra en el Hospital de la Exposición "Volviendo a mi Infancia".



¿POR QUÉ “VOLVIENDO A MI INFANCIA”?



Durante los Talleres, los pacientes y familiares declararon reiteradamente que sentían que volvían a ser niños al trabajar manualidades, pintar, coser y dibujar.





José Manuel Infante 717,
Providencia
www.torax.cl

 Instituto Nacional del TORAX

 institutonacionaltorax

 @Toraxchile

Participaron en la realización de este Boletín
(por orden de aparición):

E.U. Rebeca Osorio Neira
Enfermería Oncopaliativa
Diplomada en IAAS
Coordinadora UAD y CCPP – INT
Coordinadora del Boletín

Ps. Carolina Masson Manríquez
Diplomada en Psicooncología
Postulante a Mg. En Cuidados Paliativos
UAD y CCPP – INT
Coordinadora del Boletín

Ana María Villagra Taiba
Periodista
Diplomada en Humanización
Jefa de Comunicaciones y Atención al usuario – INT
Editora del Boletín

Dr. Cristian Ibarra Duprat
Médico Broncopulmonar
Policlínico de especialidades – INT
Unidad de Cáncer de Pulmón – INT

Ps. Claudio Barrales Díaz
Magíster en Cuidados Paliativos
Docente Facultad de Salud – Universidad Central de Chile

Dr. Jaime Obregón Montoya
Médico Internista
Becado de Enfermedades Respiratorias
Universidad de Chile - INT

Mónica Steinmeyer Celis
Paciente UAD y CCPP - INT

 **INSTITUTO NACIONAL DEL
TORAX**
ATENCIÓN DE EXCELENCIA AL SERVICIO PÚBLICO

