



Boletín N° 4
Octubre del 2020



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



UAD Y CCPP - INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX
José Manuel Infante 717 Providencia - Santiago



Indice

Desafíos asociados a procesos de duelo.....	3
Primera línea en salud mental: La importancia de la atención, apoyo y acompañamiento psicológico en tiempos de COVID-19.....	5
Compartir la compasión en tiempos de pandemia.....	8
Mi duelo en cuarentena.....	11
Mi testimonio como paciente en cuidados paliativos.....	13
Una vida sin COVID-19 en tiempos de COVID-19.....	14
Medicina Tradicional China, complemento para occidente.....	16
Acupuntura y dolor.....	18

Desafíos asociados a procesos de duelo



**Alejandra Chandía; psicóloga de la Universidad Autónoma de Barcelona, Master en psicooncología, Master de investigación en psicología de la salud. Especialización en Trauma y Duelo. Psicóloga en la Gerencia de Misión y RSE, Red Salud UC Christus.*



** Margarita Bernales Silva, PhD. psicóloga Clínica, Mg. en psicología de la salud comunitaria, Docente Investigador en la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*



La pandemia por COVID-19 y las medidas adoptadas para limitar el contagio masivo han alterado nuestras vidas de manera significativa. Especialmente desafiante ha sido el distanciamiento social, en cuanto a que nuestros hábitos cotidianos y costumbres se han visto alterados por los periodos de aislamiento y cuarentena. En este contexto, algunos de los aspectos que se han visto particularmente

afectados son el acompañamiento de los seres queridos en el proceso de fin de vida y los ritos de despedida que hoy se encuentran normados y fiscalizados por la autoridad sanitaria.

El duelo, entendido como un proceso emocional normal que ocurre ante el fallecimiento de un ser querido, se ve afectado y alterado por distintos factores, incluyendo la muerte traumática, que se caracteriza por ser abrupta, inesperada, asociada a la imposibilidad de acompañar y brindar cuidados al ser querido en sus últimos momentos de vida, generando fantasías en los deudos respecto al sufrimiento físico y emocional que experimentó esa persona antes de morir. De acuerdo con la literatura, por cada muerte habría aproximadamente seis personas que experimentarían un proceso de duelo. De ellas, entre un 10% y 34% podrían presentar un duelo complicado y que requiera de ayuda profesional, porcentaje que aumenta en duelos asociados a muertes traumáticas. Este tipo de duelos usualmente se asocian a la presencia de síntomas que afectan la funcionalidad y las relaciones interpersonales de quienes lo padecen, pudiendo presentarse cuadros depresivos mayores, abuso de alcohol u otras sustancias, e incluso mayor riesgo de muerte por eventos cardiacos o suicidio.

Algunos de los factores de riesgo asociados a los procesos de duelo por muerte ocurridas por COVID-19, incluyen la imposibilidad de saber cómo vivió sus últimos momentos la persona fallecida, la alteración de rituales potencialmente

significativos para las familias, la dificultad en el acompañamiento presencial de las redes de apoyo habituales debido al distanciamiento social en el que se encuentra la población, y los problemas de acceso para solicitar ayuda especializada, entre otros.

Lo que podemos hacer hoy, como equipos de salud, es visibilizar y normalizar estos procesos de duelo, intentar registrar y comunicar la mayor cantidad de información posible acerca de cómo ocurrió el proceso de fin de vida del paciente e integrar dentro de las estrategias de acción planes de derivación concretos para apoyar a esos familiares y cercanos. Adicionalmente, es necesario considerar las necesidades emocionales que sin duda seguirán surgiendo en los equipos de salud, quienes, además de enfrentar la exigencia física propia del trabajo habitual en situación de emergencia, continuarán

afrontando momentos complejos con los propios pacientes y de comunicación con familiares que se encuentran en crisis y desborde emocional.

Nos enfrentamos hoy a una pandemia que nos ha desafiado en distintos niveles y, sin duda, el mantenernos con vida hoy es la preocupación central. Sin embargo, no solo debemos sobrevivir; es decir, no morir por el virus, sino que también debemos considerar el enfrentar nuestros duelos y recuperarnos de ellos para poder volver a “construir” el futuro. De todos depende sobrellevar de la mejor manera posible el malestar emocional y los procesos de duelo que enfrentaremos juntos como sociedad en los próximos meses.



Primera línea en salud mental: La importancia de la atención, apoyo y acompañamiento psicológico en tiempos de COVID-19



**Mg. Ps. Carolina Masson Manríquez; Magister en Cuidados Paliativos; Diplomada en Cuidados Paliativos, Dolor y Psicooncología, especialización en Duelo.*



Cuando la salud individual o la de un ser querido se ve amenazada por una enfermedad que puede cambiar el curso de la vida e incluso provocar la muerte, se produce un desequilibrio a nivel bio-psico-social, tanto para quien lo experimenta como para el familiar que acompaña, generando un gran impacto a nivel psicológico, emocional, familiar, social, económico, espiritual y moral, entre otros, de manera transversal.

En estos tiempos de emergencia sanitaria a raíz de la pandemia causada por el COVID-19 (Sars-CoV-2), todos nos hemos visto expuestos a un escenario desconocido, que ha alterado las rutinas en todo orden de cosas. Esto ha implicado una etapa de adaptación, comprendiendo que es un proceso individual y responde a las estrategias de afrontamiento, tanto internas como externas, de cada persona. No obstante, este camino no se ha presentado tan fácil, ya que requiere movilizar recursos psicológicos, emocionales y sociales, desencadenando muchas veces fases desadaptativas, intensificando la percepción de pérdida del control, de seguridad y libertad de la

vida que se llevaba hasta hace unos meses atrás. Esto podría originar una alta carga afectiva y psíquica, expresadas en estados de angustia, ansiedad, incertidumbre, miedo, rabia, tristeza, desesperanza, soledad y abatimiento, entre otras emociones significadas de manera negativa, las cuales no pueden ser comparables, ya que es una experiencia única y subjetiva. Por lo tanto, se hace necesario reflexionar y aproximarse a esta nueva realidad, no solo desde una mirada bio-médica, ya que esta no puede dar respuesta a todas las necesidades del ser humano, lo cual es posible observar durante la práctica clínica. Así, la intervención psicológica en personas y familias que han tenido COVID-19 se ha convertido en un pilar fundamental en el proceso de recuperación integral, destacando que el reestablecimiento de la salud no pasa solo por el aspecto físico, sino también por su dimensión psicosocial y espiritual.

En concomitancia a esto, un punto sensible que se ha abordado en la atención psicológica y que permite ubicar a esta nueva realidad de manera adaptativa y saludable, es la elaboración del proceso de duelo ante pérdidas simbólicas o reales (salud, autovalencia, familia, vida social, trabajo, concepto de libertad, pareja, estudios, modelos relacionales, cambios de casa, fallecimiento de un ser querido, rituales de despedida, acompañamiento, entre otras), que ha estremecido a la población en general, por lo que se significa afrontar este camino en soledad y que marca un hito vital en la vida de cada persona (Masson, 2019).

En la experiencia y práctica clínica es posible observar la presencia de síntomas emocionales y psicológicos que han gatillado o agudizado la presencia de enfermedades y/o trastornos

mentales, como depresión, trastornos adaptativos, ansiosos, de pánico, estrés agudo y estrés post traumático, entre otros, provocando una mayor demanda en salud mental. Esto queda reflejado en la plataforma de Salud Responde, con un aumento de entre un 30% a 50% en sus consultas telefónicas en el periodo de pandemia, mostrando la necesidad imperante de establecer nuevos protocolos y fortalecimiento de intervención en esta área, el cual el Minsal ha realizado a través del programa “Saludable-Mente”.

Estudios a nivel mundial reflejan un impacto psicológico moderado a severo de alrededor del 53% en la población general, de síntomas depresivos en un 16%, y síntomas ansiosos en un 28.8%, (Lozano-Vargas, 2020). Junto a eso, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) refiere que entre un 15% y 20% de la población mundial puede sufrir trastornos psicológicos moderados. Asimismo, este fenómeno también incorpora a los profesionales de la salud, los cuales se han visto expuestos a una sobrecarga y exigencia permanente, tanto física como emocional, en el periodo de crisis sanitaria. Es importante destacar que las unidades críticas realizan un trabajo arduo para sacar adelante a los pacientes, el que contempla un proceso de recuperación, rehabilitación y seguimiento. Sin embargo, no debemos olvidar que esta recuperación también va de la mano con la intervención psicológica, ya que somos seres integrales y multidimensionales, y es imposible separar el cuerpo físico de los estados emocionales y psicológicos.



Es así como a raíz de la pandemia, la atención psicológica ha sufrido cambios y se ha tenido que adaptar a esta nueva realidad de distanciamiento físico, incorporando estrategias y herramientas que permitan una atención integral a los pacientes y familias, como plataformas virtuales, telemedicina y psicollamadas. Muchos centros de salud lo han establecido como medida de protección y autocuidado de los/as pacientes de riesgo y población en general, disminuyendo así posibles focos de contagio.

Como se mencionó anteriormente, la intervención psicológica se ha transformado en la atención de primera línea en salud mental, como respuesta al aumento de la sintomatología a nivel psíquica, emocional y conductual asociada a la presencia del COVID-19, incorporando como primera respuesta el PAP (Primeros Auxilios Psicológicos) y una atención especializada vía remota y presencial, de ser necesario.

Desde el quehacer clínico, y comprendiendo el desequilibrio que han sufrido las personas a nivel bio-psico-social durante los últimos meses, se ha realizado activamente un trabajo de atención en salud mental hacia quienes son parte de la red hospitalaria del Instituto Nacional del Tórax. Se ha implementado la atención psicológica de manera transversal tanto a quienes se encuentran hospitalizadas por COVID-19 y que han requerido apoyo psicoterapéutico, como también a los que se encuentran en proceso de cuarentena con sintomatología psicoemocional; ambas intervenciones se han realizado de forma remota con una excelente acogida. Este trabajo ha permitido aliviar estados desbordantes de angustia y ansiedad tanto para el paciente como su familia, brindando acompañamiento, escucha activa, apoyo y contención a nivel psicológico, emocional, físico y espiritual, de manera oportuna, continua, empática y cercana; también ha permitido disminuir factores de riesgo y la posible aparición de

enfermedades mentales con consecuencias graves a mediano y largo plazo, que pueden alterar la calidad de vida y bienestar de las personas.

Hemos sido testigos de que la atención psicológica es un soporte esencial en el camino de recuperación integral en pacientes que han vivido una experiencia límite con una significación dolorosa, estresante y traumática asociado al COVID-19. Si bien la muerte es un proceso inherente de los seres humanos, entendiendo que este es vulnerable y finito, y que forma parte del ciclo natural de la vida, en el contexto actual el significado de la muerte adquiere otra connotación, de características más bien inesperada, traumática y dolorosa, atentando contra la integridad y estabilidad psíquica y emocional de cada ser humano, mostrando una serie de síntomas psicológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de intensidades diferentes y que escapan a la autorregulación. Nos encontramos, por ejemplo, con estados ansiosos intensos, abatimiento, angustia, terror, tristeza, rabia, soledad, pánico, pensamientos distorsionados-intrusivos, alucinaciones, aislamiento, baja autoestima, insomnio, pesadillas, molestias estomacales, hipervigilancia, paranoia y sintomatología de estrés post traumático, entre otros. (Grau, 2015; Masson 2019).

Finalmente, debo concluir que la salud mental se ha visto sacudida, estremecida, producto de la pandemia, lo que ha puesto en evidencia la importancia de contar con un buen sistema de salud en ésta área, que hoy por hoy se ha transformado en la primera línea de atención, junto a las unidades críticas. No debiese volver a invisibilizarse o minimizarse en su quehacer, ya que si esto no se aborda de manera adecuada en el presente y futuro, se corre el riesgo de enfrentar trastornos graves que pueden incluso poner en riesgo la integridad de las personas. Además, este proceso que vivimos ha permitido tomar conciencia que la salud mental (psicológica y emocional) no es para gente “loca”, como suele expresarse erróneamente, y que ha logrado que muchas personas pierdan el temor de conectarse con las

propias emociones, pensamientos y la propia historia, con apoyo externo que contribuye en el autocuidado de la salud mental y la del entorno próximo.

Bibliografía

- Grau, J.; Abalo, G.; García, V.; Vargas, E. (2015); *PERDER SUFRIR Y SEGUIR: El proceso del Duelo*. México.
- Lozano-Vargas, A. (2020); *Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China*. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972020000100051&script=sci_art_text
- Instituto Nacional del Tórax; *Psicología; Salud Mental*. 17 de julio, Santiago de Chile, 2020
- Ps. Carolina Masson Manríquez: *Magister en Cuidados Paliativos Oncológicos, Diplomado en Psicooncología; Cuidados Paliativos y Dolor: Psicooncóloga, Unidad de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional del Tórax*.
- Masson, C. (2019); *El duelo en la enfermedad oncológica del ser querido*. Recuperado de <https://www.elperiodista.cl/el-proceso-de-duelo-en-la-enfermedad-oncologica-del-ser-querido/>
- Ministerio de Salud, 2020: *Programa Saludablemente*. Recuperado de <https://www.gob.cl/saludablemente/>



Compartir la compasión en tiempos de pandemia



**Constanza M. Zúñiga Correa, psicóloga clínica; psicooncóloga, Hospital Dipreca; Red Salud Vitacura; * Mg. Psicoterapia familiar, de pareja e individual.*

Escribo esto mientras recuerdo el primer caso confirmado de coronavirus detectado en Chile (3 de marzo de 2020), cuando un médico de 33 años de San Javier, Región del Maule- fue internado en el Hospital Regional de Talca. El hombre había viajado en un vuelo procedente de Singapur. A partir de este primer caso comprobado, el brote se ha ido expandiendo en el territorio nacional con un aumento sostenido de los casos y muertes producto del contagio.

Actualmente, Chile es el país que más test de PCR ha realizado por millón de habitantes en América Latina, alcanzando en algunas comunas más de 180 días de confinamiento, salvo para realizar actividades esenciales (MINSAL).

De esta forma, los profesionales de salud han tenido que sobrellevar el desafío de ver modificadas sus rutinas habituales, hospitales reconvertidos para la atención de COVID-19, a saber: equipos fragmentados de acuerdo a las necesidades actuales y profesionales que trabajan conviviendo con sus emociones, turnos y complicaciones personales.

Comenzaron a levantarse las deudas pendientes: los profesionales de salud empezaron a ser visibilizados en su importancia y en el gran esfuerzo diario por acompañar la salud de la población y, al mismo tiempo, sintiendo “miedo, angustia y ansiedad de ser cuerpos de contagio”. Se comenzó a hablar de la muerte, de sus cuidados y de la dignidad en espacios profesionales más allá de los cuidados paliativos, proceso de vida que tomaba los matinales de



televisión, los espacios ciudadanos y que emergió como una necesidad delicada e imperante.

La estabilidad de salud mental se fue transformando en un concreto firme, visible y claro. Los cambios en la modalidad de las consultas, los cansancios de los equipos tratantes y las dificultades sociales y emocionales de las familias de pacientes, comenzaron a fundar la base de valoración de todos los pequeños detalles de acompañamiento. Ahora se agradece una llamada por teléfono o una cara conocida tapada por una mascarilla en el encuentro con el oncólogo o con la enfermera; se contenta el

corazón con el encuentro de los profesionales de un turno y la satisfacción de haber ayudado, y se alivia la angustia de los familiares el pensar que se pueden seguir retirando los medicamentos.

En este desempeño de la alta exigencia laboral, personal y social, los contagios a los profesionales de salud llaman a la contradicción; estar acompañando la sanación siendo objeto de contagio, genera desconcierto, rabia, frustración y miedo. Así, la fortaleza de mantener una sana salud mental se hace necesaria, y la construcción del sentido personal en el desarrollo de nuestro trabajo, como motivación intrínseca, se vuelve evidente. La estimulación de la autonomía, experticia y sentido de vida se convierte en el pilar del funcionamiento profesional, como compañero de tolerancia a esos 14 días de ausencia laboral por licencia de COVID-19, que se mezcla entre el necesario descanso físico para el manejo de síntomas y el psicológico, para calmar lo que llaman “la mente”.

Es ahí en ese espacio de “pausa obligada”, de ausencia laboral impuesta por un contagio, en ese vertiginoso y desconocido escenario donde ha surgido lo más hermoso de la relación humana



-como aquella frágil flor que surge en el desierto florido- es donde se han intensificado los vínculos dentro de lo que significa la construcción del rol profesional del psicooncólogo.

Desde que el psicólogo se forma en pre y post grado, se educa respecto del encuadre psicoterapéutico, del setting profesional y de cómo se deben mantener los límites en el trabajo, la distancia y la protección de la intimidad del profesional. Sin embargo, en la vivencia de este momento histórico, laboral y personal, el encontrarse en la estadística del profesional contagiado entrega una experiencia que va más allá del número. Otorga el recuerdo de todos aquellos mensajes de texto al celular de deseable recuperación, incluso de las angustias de los familiares y pacientes que durante un tiempo habían sentido la vulnerabilidad desde el otro lado; de todos aquellos regalos dejados por los pacientes como manifestación de la gratitud y estima hacia una palabra justa, una contención detrás de la mascarilla o un abrazo virtual detrás de las medidas de protección de aislamiento personal.

El encuentro de una noble mirada hacia una enfermera querida, el médico cansado o el paciente asustado detrás de una mascarilla y un escudo facial, entregan esa herramienta de la que ya conocemos en la cátedra de Técnicas Psicológicas 1, primer curso dictado en pregrado: es el motor más fuerte de la sanación y del encuentro del bienestar. Esa herramienta nos llena de una fortaleza inagotable, reconstruida a través del tiempo y solo destructible por el ejercicio de la voluntad.

El vínculo terapéutico es una relación invisible, estrecha, honesta e incondicional que con justa

claridad no sabe de tiempos, de límites ni de formas estructuradas como receta de cocina. Es una relación más profunda que la liviana y manoseada “empatía”, como capacidad para ponerse en el lugar del otro.

Esa relación, acompañada de un sentimiento humano que se manifiesta desde el contacto y comprensión del sufrimiento del otro, va junto al impulso y deseo intrínseco de reducir, aliviar o eliminar por completo la acción dolorosa. Es una relación que deja a la luz la construcción de un afecto verdadero y noble, de un invaluable recuerdo de quienes estuvieron ahí, se tomaron un tiempo, preguntaron o incluso de aquellos que llegaron tarde a la noticia y, sin embargo, hacen presente el afecto de forma retroactiva.

Aquella relación hace florecer una frágil pero mágica intimidad, sorpresiva y a gusto, como

aquella hermosa flor del desierto florido, que estimula estados placenteros y que, aunque son pequeños, poco intensos y sutiles, construyen una experiencia de buenos momentos y aumentan una sensación de bienestar.

En conjunto, se alcanza un efecto único, característico que no tiene por objeto cambiar las condiciones del árido desierto ni las inclemencias del tiempo ni lo agreste del espacio, sino más bien necesita de él para poder germinar lo mágico en lo adverso: tal como la relación compasiva en tiempos de pandemia.



Mi duelo en cuarentena



**Mariana Ossa, familiar de paciente de Cuidados Paliativos.*



2020 ha sido un año desafiante para mí, por decir lo menos. Inesperado, doloroso, sorprendente, pero también de mucho aprendizaje y, sobre todo, de aceptación e integración.

Hace casi 6 años que vivo en Australia y a comienzos de marzo me enteré de que mi papá fue diagnosticado de cáncer al pulmón, con metástasis en diversos órganos del cuerpo. En tiempo récord pude tramitar mi visa y viajar a Chile justo antes de que el COVID-19 impactara con fuerza al país. El volver a vivir con mi papá durante este breve periodo me permitió reconectarme con él de una forma maravillosa; tuve la oportunidad de cuidarlo en la etapa final y fugaz de su enfermedad. Él murió el 20 de mayo y hoy, a dos meses de ese día, aún me siento a veces como en una película de ciencia ficción.

En el tiempo que duró la enfermedad de mi papá, nuestra familia estuvo muy unida y pudimos -con gran esfuerzo- contenerlo y a la vez, apoyarnos mutuamente. Luego de su muerte, el

distanciamiento físico se hizo inevitable debido a la contingencia y esto, sin duda, ha sido difícil de sobrellevar.

De un día para otro me encontré sola en el mismo departamento en el que mi rutina diaria junto a mi papá consistió en cocinar, limpiar, administrarle sus remedios, ayudarlo a vestirse, etc. Aquí compartimos espacios de conversaciones profundas sobre la vida y la muerte, recordamos los momentos más felices y también los más difíciles, tuvimos sesiones de “risoterapia”, al escuchar programas de radio antiguos de pitanzas, y pude leerle un libro que íbamos comentando, lo que fue mi pasatiempo favorito junto a él.

Los primeros días luego de su muerte fueron muy tristes, pero al mismo tiempo sentí un gran alivio, porque él ya no sufría. Empecé a sentir un vacío producto de que mi rutina diaria cambió abruptamente: si antes mi día giraba en torno a mi papá, ahora estaba sola y pensando constantemente en él y en lo vivido durante los dos meses anteriores. Pese a que mi mente se iba constantemente a la imagen de él sufriendo y con dolor, también fui repasando esos momentos en familia, expresándonos lo mucho que nos queríamos y dándonos cuenta del regalo inmenso que fue poder estar junto a él en cada momento. Recordé cómo me fui adaptando -muchas veces con dificultad- a ayudar a mi papá en situaciones en las que jamás lo había hecho antes, como vestirlo. Y que lo fui aceptando con gratitud, ya que ese rol de cuidadora me dio un sentido durante su enfermedad; no podría haber sido de otra forma para mí. Pudimos también, con el apoyo de la Caro, psicóloga que vio a mi papá, darle sentido al dolor, enfocándonos en la oportunidad que tuvimos de poder cuidarlo y consolarlo durante su enfermedad, integrando la espiritualidad como herramienta fundamental en



el proceso y pavimentando, así, el camino hacia lo inevitable.

Sin duda que la cuarentena cobró importancia, en mi caso, más evidentemente luego de su muerte. El espacio físico y emocional, ese vacío literal, para mí tuvo un lado evidentemente difícil, así como un lado muy positivo. El tener la oportunidad de concentrarme en mi proceso de duelo en esta pandemia, sin tener las obligaciones propias de la vida diaria, como trabajar, ver a amigas y amigos, salir a comer o irme de fiesta, creo que ha jugado a mi favor. He echado de menos un abrazo y la

interacción social a la que estaba acostumbrada, pero el tener que enfrentarme a mi pena, yendo necesariamente hacia “adentro” y atendiendo a esa Mariana frágil, a esa niña que perdió a su papá, uno de sus principales sujetos de admiración en esta vida, me ha dado una oportunidad única, que difícilmente habría sido tan fructífera sin cuarentena.

A pesar de la limitación evidente que me ha impuesto este encierro, valoro infinitamente este tiempo que ha transcurrido a tan diferente velocidad, el que me ha permitido ir sanando e integrando la idea de que, aunque mi papá ya no esté encarnado en esta realidad, su esencia o energía permanece, solo que de una forma diferente. El dolor creo que siempre estará ahí, pero hoy siento más ganas de vivir la vida a concho y ser feliz. Como él siempre me dijo: “tu única misión en la vida es ser feliz, flacuchita mía”, palabras que cobran total sentido hoy.



Mi testimonio como paciente en cuidados paliativos



*María Genoveva Millanao, 71 años.



algunas pinturas es bonito y entretenido. Ahora se ha suspendido a causa de la pandemia, pero todos tenemos la esperanza que luego termine para retomar nuestra vida “normal”.

Estoy muy contenta y me siento afortunada de tener la oportunidad de atenderme en la Unidad, porque no todos los pacientes tienen acceso a la atención.

Por todo eso, gracias.

Quiero contar cómo ha sido mi experiencia en cuanto a la atención que he tenido en la Unidad de Cuidados Paliativos.

Llevo 3 años en tratamiento y cada vez que voy a control me atienden muy bien. Todas las personas son muy amables.

Las sesiones que he tenido con la psicóloga Sra. Carolina, han sido muy importantes para mí, ya que me ha ayudado a estar más tranquila, además de afrontar el miedo y la tristeza. Igualmente, las charlas dadas por la sra. enfermera me han servido para estar más informada sobre la enfermedad y cómo cuidarme. También me han gustado los encuentros con los demás pacientes: conocer a otras personas es bueno y compartir nuestras experiencias sobre esta enfermedad (cáncer) me ha servido para no sentirme sola, ser comprendida y mantenerme optimista.

Asimismo, los talleres donde participamos algunos pacientes y realizamos manualidades y



Una vida sin COVID-19 en tiempos de COVID-19



**Alexandra, paciente con fibrosis quística.*



La fibrosis quística requiere de distintos cuidados y tratamientos, pero no tiene cura. Desde pequeña se me inculcó la importancia del lavado de manos, el uso de mascarillas y el distanciamiento en casos más puntuales, como lo es el actual. Cuando se presenta alguna infección o exacerbación, pueden administrarse tratamientos orales o endovenosos, dependiendo del requerimiento; pero lo cotidiano es tener terapias de kinesiólogía respiratoria, nebulizaciones, inhaladores, ejercicio, alimentación especial por mayor requerimiento calórico, y vitaminas, entre otras cosas. Abrumador, ¿no? Y eso es todos los días.

La mayoría de las personas me pregunta cómo se lleva una enfermedad crónica y la verdad es que cada uno lo toma de manera diferente. Yo intento hacer mi vida lo más normal posible. La enfermedad te limita hacer ciertas cosas, pero también, aunque no lo creas, te da otras.

Es un título extraño, ¿verdad? Pero imagina lo raro que es llevar una vida entera manteniendo los mismos cuidados que ahora se tienen para prevenir este terrible y temible virus... e incluso más. Y aunque se piense que son demasiados, la verdad es que cuando se trata de mantener la vida, nada es mucho.

Expondré el caso: Soy una mujer de 24 años con fibrosis quística, de fenotipo moderada, total y absolutamente estable, y sana, a simple vista. Esta es una enfermedad genética y degenerativa que afecta principalmente pulmones y páncreas, haciendo que la mucosa sea más espesa de lo normal, lo cual favorece la aparición de diferentes virus y bacterias e impide el funcionamiento normal en los órganos.

Gracias a la fibrosis quística he conocido gente magnífica y he desarrollado la empatía; hoy tengo más calidad humana, más sentido del humor y valoro más la vida. Me gustaría decir que es fácil, pero no es así; es llevadero, como todo, supongo... y digo supongo, porque uno normaliza su realidad... pero no es sencillo tener que asistir a un hospital toda la vida y, en algunas ocasiones, soportar 15, 21 o más días internada lejos de mis seres queridos, con horas limitadas de visita, ruidos propios del hospitales, sueño intranquilo, pinchazos, médicos, enfermeras, resfríos de dos semanas y más frustraciones de las que se tienen habitualmente.

Tener una enfermedad crónica es complicado, tanto física como emocionalmente; entonces,

¿puedes imaginar lo que es vivir una pandemia en estas condiciones? Es absolutamente abrumador, más aun sabiendo todo lo que conlleva este virus (COVID-19), al que muchos no le toman el peso. Yo sé lo que es no poder respirar bien por la noche y estar ahogada por la tos. Pero contagiarme de coronavirus es incluso más aterrador. Saber la escasez de camas que existen, que el personal es insuficiente para la cantidad de pacientes que hay, que las medidas preventivas no se llevan a cabo correctamente, que los virus intrahospitalarios son pan de cada día, que los insumos son escasos y que tu vida dependa de todo eso, es absolutamente indescriptible. Por esa razón, tomo las medidas día a día para no adquirir este virus ni ningún otro.

¿A qué quiero llegar con todo esto? A que todos tengamos conciencia. Desde mi perspectiva y realidad, que puede ser la de unos cuantos ahí afuera, digo que hay que tomarle el peso a la situación. El mundo en sí ya es complicado y egoísta y no podemos hacer que esto acabe o que

todo mejore de la noche a la mañana, pero sí podemos aportar. Tal vez un par no haga la diferencia, pero si varios pares se suman, puede haber un cambio. No salgas si no es necesario. Todo esto es agotador, incluso el encierro lo es; pero puede salvar vidas, puede aliviarle la carga a una persona en un hospital que tal vez está atendiendo a 10 pacientes y que ya no da abasto. Prefieran perder un par de meses que una vida, tomen conciencia, porque si no lo hacen, esto no va parar y somos muchos los que estamos perdiendo más que solo un par de meses. Hay gente que sigue creyendo que es inmortal y es su derecho tener una cama en un hospital. A ellos les digo que es su derecho, pero el sistema de salud no se los podrá dar. Si quieren poner su vida y las de aquellos que aman bajo un cuidado, que sea el de ustedes mismos.



Medicina Tradicional China, complemento para occidente



**Francisco Barros, Terapeuta Floral y Maestro Reiki.*



Todos conocemos la Medicina Occidental, es decir, a la que usualmente confiamos nuestra salud. Sin embargo, muy pocos saben en qué consiste la Medicina Tradicional China (MTC), disciplina que va mucho más allá que “poner agujas”.

Existen diferencias intrínsecas y extrínsecas entre ambas disciplinas. Las intrínsecas son aquellas relacionadas directamente con la práctica de la medicina, mientras que las extrínsecas se refieren a otros parámetros como, por ejemplo, la filosofía o ética con que estas se practican.

En cuanto a las diferencias intrínsecas, debemos considerar los aspectos técnicos y prácticos de cada una de ellas, tanto a nivel de diagnóstico como a nivel de tratamiento. Por ejemplo, el diagnóstico de la medicina occidental cuenta con

un conocimiento preciso de la fisiología y la bioquímica del cuerpo. La observación alopática implica análisis químicos de la sangre, orina, heces, técnicas de imagen o de medición, que ofrecen información completamente objetiva acerca de cantidades, niveles, recuento y presencia de hormonas, compuestos, partículas, virus, bacterias, hongos y masas, entre otros factores. Los cuadros médicos alopáticos ofrecen, en general, una revisión de ciertos niveles que, cuando no están entre los parámetros esperados, suponen un problema de salud.

Por su parte, el diagnóstico en MTC se basa en el análisis de las sensaciones subjetivas de la persona, así como las capacidades de observación, olfacción y palpación del practicante. Estas sensaciones subjetivas se obtienen a través

de una entrevista, insumo para elaborar la primera base de la historia clínica. Aquí la sensibilidad del practicante juega un rol fundamental, ya que, por ejemplo, dos de los elementos clave en el diagnóstico son la interpretación del pulso y la observación de la lengua. La maestría en estas capacidades depende directamente de la experiencia y de la práctica, por lo que los practicantes más avanzados y experimentados llegan a percibir detalles extremadamente sutiles.

Según la MTC, estamos vivos y sanos, porque nuestro cuerpo se mantiene en un estado de armonía. Dicho estado es un equilibrio entre los diversos órganos de nuestro cuerpo, y entre nuestro cuerpo y el entorno en el que vivimos. Cuando este equilibrio se altera, nos sentimos mal y somos víctimas de enfermedad.

La MTC pone mucho énfasis en encontrar la raíz del problema y ponerle solución trabajando sobre los factores que pueden alterar este equilibrio y causar enfermedades, los que se pueden clasificar en tres categorías generales: causas externas (influencias climáticas), causas internas (trastornos emocionales que perjudican a los órganos y vísceras) y causas no externas ni internas (como la dieta; consumo de drogas,

alcohol o tabaco; traumatismos y actividad sexual).

Por lo tanto, el objetivo de la MTC no es tanto acabar con los síntomas, sino recuperar el equilibrio. Si este se repone, los síntomas que lo manifiestan tenderán a desaparecer. Para ello se aplican técnicas que van desde el masaje hasta la fitoterapia (uso de plantas), pasando por la acupuntura.

Finalmente, aunque la Medicina Occidental y la Medicina Tradicional China puedan desarrollarse y servir por separado, numerosos estudios y la experiencia actual en medios hospitalarios han demostrado que frente a un gran número de patologías, los mejores resultados se han obtenido asociando los dos sistemas.

Referencias bibliográficas

- *Compendio de Medicina China, Fundamentos, Teoría y Práctica. Profesor Eric Marié.*
- *Enciclopedia de la Medicina China. Doctor. Duo Gao.*



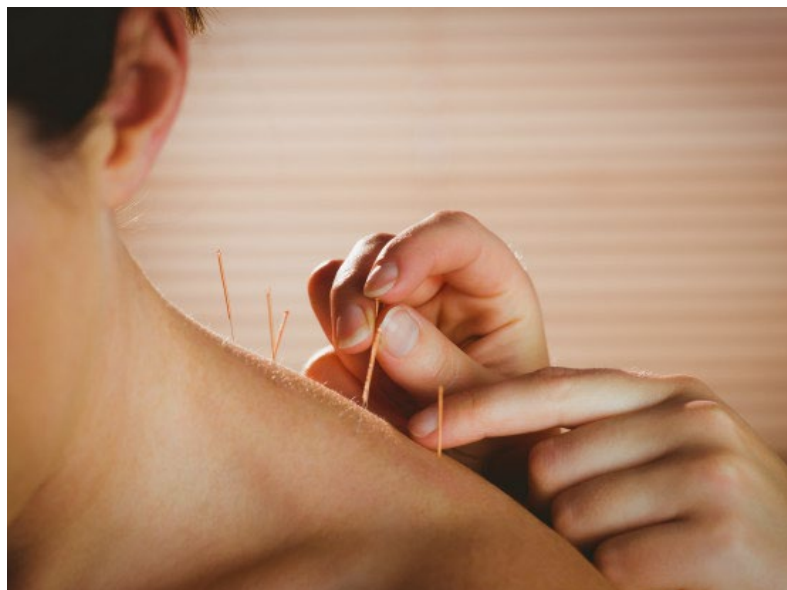
Acupuntura y dolor



**Acupunturista Gianfranco Maggiolo Aguirre. Master de Universidad de Yunnan, Miembro del Practitioners' Register de la Fundación Europea de Medicina Tradicional China y de la European Federation of TCM Societies.*

La acupuntura constituye, probablemente, la especialidad más reconocible de la Medicina China tradicional en Occidente. En Chile, se encuentra regulada como profesión auxiliar de la salud desde el 2008, por el Decreto Supremo n°123, norma que, además, la define como “una especialidad de la medicina tradicional china que consiste en la inserción de agujas sólidas, estériles, de preferencia desechables, en puntos específicos de la superficie corporal, lo que permite equilibrar, mantener e incrementar el bienestar físico y mental de las personas”. Según los principios que sostienen este modelo, estos puntos específicos se vinculan con los diversos órganos y tejidos del organismo, siguiendo patrones de proyección en la superficie corporal (Jing Luo Mai 经络脉, “Canales y Colaterales”). De esta forma, se establece una red continua de conexión que permite la comunicación de órganos, tejidos y humores internos con la superficie del cuerpo y, por tanto, con el medio ambiente y sus constantes estímulos y cambios. Como consecuencia de lo anterior, los puntos de acupuntura pueden categorizarse y agruparse estableciendo relaciones sinérgicas entre sí para el manejo de patologías o síntomas específicos.

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una terapia eficaz en el manejo de varias decenas de patologías y síntomas de diversa índole, es sin duda su efectividad en el manejo del dolor lo que le ha permitido no solo sobrevivir al paso de los siglos, manteniéndose vigente pese a la modernidad, sino también lo que ha suscitado especial interés por parte de la comunidad científica con miras a comprender los métodos y mecanismos, a través de los que se verifica su acción y si esta alcanza grados de efectividad y replicabilidad que validen



su incorporación como complemento o alternativa al manejo analgésico convencional. En esta línea, y considerando la evidencia disponible al día de hoy, las principales indicaciones médicas con mayor nivel de evidencia son: artrosis de rodilla, cervicalgia, lumbalgia, omalgia, rinitis alérgica, cefaleas, migrañas y dolor oncológico.

Los puntos de acupuntura - Xué 穴-

Dada la importancia que demuestran tener los puntos de acupuntura en su definición como procedimiento médico y en su práctica y aplicación, cabe preguntarse si estos poseen alguna característica que explique su especificidad de acción y el rol que desempeñan en la analgesia acupuntural. Es así como desde la primera mitad del siglo XX, las primeras mediciones eléctricas realizadas sobre puntos de acupuntura comenzaron a utilizarse con fines diagnósticos y terapéuticos, describiéndose propiedades eléctricas tales como alta conductancia y baja impedancia en comparación

con el tegumento adyacente. Modelos de experimentación reciente han asociado estas características a la inflamación neurogénica producida en áreas de dolor referido y la consecuente liberación local de los neuropéptidos de la Sustancia P y del péptido relacionado con el gen de la Calcitonina CGRP, los que, generando extravasación vascular local, modifican la conductancia eléctrica del punto de acupuntura. Las singularidades eléctricas del punto de acupuntura cobran especial relevancia si consideramos que las agujas actúan a partir de la generación de un estímulo eléctrico: por una parte, como consecuencia de su manipulación, la que altera las fibras de colágeno bajo el punto, creando una señal eléctrica y, por otra, a partir del flujo de electrones que promedia los 5uV con un rango de hasta 18uV, propiciado por la diferencia de potencial que se produce en la aguja metálica a partir del contraste de temperatura entre la punta caliente de esta y el mango más frío. Adicionalmente, la manipulación de la aguja, y como consecuencia de la alteración de las propiedades de los fibroblastos, produce la liberación de ATP hacia los tejidos contiguos al punto de acupuntura, lo que a partir de la activación de los receptores de Adenosina A1, ha

demostrado causar efectos analgésicos que se agregan a otros mecanismos de acción, como la liberación de bradicinina, histamina, leucotrienos, prostaglandinas y factor activador plaquetario, entre otras sustancias.

Siguiendo lo anterior, existe creciente evidencia que vincula las áreas relativas a los puntos de acupuntura con mayor número de uniones intercelulares, mayor concentración de mastocitos, vasos linfáticos, capilares, vénulas, arteriolas y terminaciones nerviosas libres, así como con niveles aumentados de óxido nítrico (NO), molécula que actuaría como señalizador, contribuyendo a la especificidad de los puntos de acupuntura y desempeñando, además, un rol fundamental como mediador en la vasodilatación inducida por el estímulo de la aguja, lo que permite un aumento local del flujo sanguíneo y la consecuente descarga de sustancias algésicas o sensibilizadoras. Esto facilita, además, la expresión mejorada de NO Sintasa, a su vez dotada de un Receptor Vanilloide Potencial Transitorio Tipo 1 (TRPV1). Los resultados actuales, en tanto, sugieren que la mayor expresión de TRPV1 en las fibras nerviosas subepidérmicas y su regulación positiva después de la estimulación con acupuntura, actúan en la mediación de la transducción de las señales provocadas por la aguja de acupuntura hacia el Sistema Nervioso Central.

Todo lo anterior pareciera indicar que la concepción tradicional propuesta por la medicina china, que plantea el punto de acupuntura como un área de concentración o de expresión facilitada de la actividad biológica - Qi 氣 - y la sangre y humores - Xuè 血 -, representa y resume con sorprendente precisión los hallazgos de la medicina moderna sobre sus cualidades y acciones.



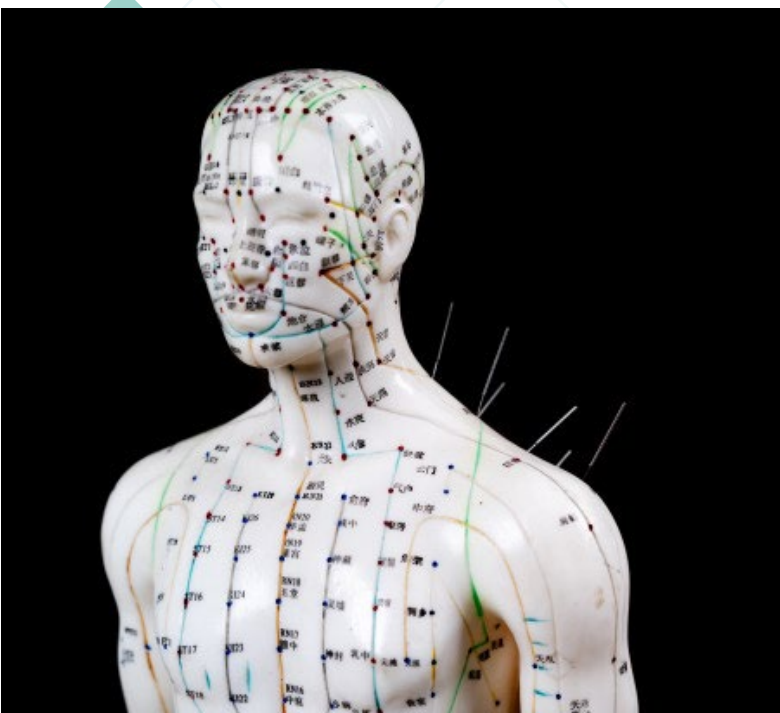
Dolor - Tòng 痛 -

Para la medicina tradicional china, detrás del dolor existe un fenómeno patológico que altera el dinamismo del Qi 氣 y la sangre Xuè 血, causando una obstrucción en la red de canales y colaterales - Jing Luo Mai 经络脉. Las características, localización y etiología del dolor son todos elementos que determinan, a su vez, un grupo de puntos potenciales que, al ser combinados y estimulados, promueven la restauración del flujo en el área o tejido afectado.

Según estos principios, la inserción y manipulación de la aguja de acupuntura debe alcanzar el De Qi 得氣 “Arribo o Llegada del Qi”, sensación de hormigueo eléctrico o entumecimiento local que actúa como indicador positivo de la localización y profundidad de la inserción, así como predictor de la eficacia del punto de acupuntura, enfatizando la teoría tradicional que la sensación provocada no debe alcanzar el umbral doloroso. Este “Arribo del Qi” está directamente relacionado con la Teoría de la Puerta de Entrada o Control Gate, fundamental para comprender el mecanismo de la analgesia acupuntural. Según esta, la acupuntura genera un

estímulo transmitido por las fibras A β , el que es conducido a la sustancia gelatinosa en las láminas II y III de la asta dorsal de la médula espinal, excitándola y produciendo inhibición de la primera célula transmisora del tracto espinotalámico, bloqueando la transmisión del impulso doloroso. Por su parte, este es canalizado por las fibras A δ y C, más finas y con una menor velocidad de conducción, por lo que al alcanzar la asta dorsal de la médula espinal es inhibido, impidiendo su transmisión al cerebro. Cabe señalar que el umbral de respuesta de las fibras A β es menor que el umbral de respuesta de las fibras A δ y C, por lo que el nivel de estimulación debe estar por encima del umbral de un calambre, pero por debajo del umbral de dolor, denominándose al área entre ambos umbrales “zona terapéutica específica” o, según la terminología de la medicina china tradicional, De Qi 得氣.

Otro concepto interesante en la comprensión de los mecanismos de analgesia acupuntural es el de Zheng Qi 正气. Según los principios de la medicina china tradicional, una de las acciones perseguidas por la acupuntura mediante la inserción de agujas en puntos específicos es el estímulo del Zheng Qi 正气, término sin traducción exacta al castellano que engloba una serie de mecanismos biológicos globales. Estos actúan protegiendo al organismo de la enfermedad, entre los que se incluyen la producción hormonal y enzimática, procesos de apoptosis y reparación celular, inhibición de genes potencialmente dañinos para la célula, respuestas inmunes específicas, mecanismos neuroquímicos, fenómenos de mielinización, producción y recaptación de neurotransmisores, entre otros. Es en relación a estos últimos que también se ha explicado parte de la acción de la analgesia acupuntural. Existen varias sustancias neurotransmisoras que intervienen en la



transmisión del estímulo doloroso, como la sustancia P, serotonina, GABA y noradrenalina, entre otras. La acupuntura puede influir en la función o respuesta producida por estas sustancias transmisoras de carácter modulador. De igual forma, a partir del estímulo provocado por la acupuntura se ha identificado la liberación de una docena de péptidos opioides endógenos, entre los que destacan por su acción anti nociceptiva la β -endorfina, la met-enkefalina, la leu-enkefalina y la dinorfina.

A modo de conclusión, los mecanismos de analgesia acupuntural y las rutas metabólicas implicadas en sus amplios efectos son numerosas y muchas aún se encuentran en investigación. Su comprensión no solo puede permitir mayor eficacia en su uso y la ampliación de sus indicaciones, sino que una integración con el modelo biomédico occidental, cuyo resultado natural es el mayor beneficio para los usuarios y pacientes.

Finalmente, y como podemos advertir, muchas de las acciones y características de la acupuntura y los puntos de acupuntura descritas por la ciencia moderna fueron ya explicados hace cientos, sino miles de años, por la medicina tradicional china.

BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz-Ortego, J., Vas, J., Aquino, B. N., Carrillo, B., Samartín, A. P., Verástegui, C., & Cobos, R. (2018). Síntesis de la evidencia científica en acupuntura. *Revista Internacional de Acupuntura*, 12(4), 97-125.
- Verástegui, C. (2019). Los neuropéptidos SP y CGRP subyacen en las propiedades eléctricas de los puntos de acupuntura. *Revista Internacional de Acupuntura*, 13(1), 32-35.
- Sanmartín, A. P. (2017). Cómo manipular farmacológicamente la acupuntura: el ejemplo de la adenosina. *Revista Internacional de Acupuntura*, 11(1), 20-24.
- Sheng-xing, M. A. (2017). Nitric Oxide Signaling Molecules in Acupoints: Toward Mechanisms of Acupuncture. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, (11), 3.
- Vickers, A. J., Vertosick, E. A., Lewith, G., MacPherson, H., Foster, N. E., Sherman, K. J., ... & Acupuncture Trialists' Collaboration. (2018). Acupuncture for chronic pain: update of an individual patient data meta-analysis. *The Journal of Pain*, 19(5), 455-474.
- Muñoz-Ortego, J., Solans-Domènech, M., Carrion, C., & ABE Working Group. (2016). Indicaciones médicas de la acupuntura: revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 147(6), 250-256.
- Sussmann, D. J. (2007). *Acupuntura: Teoría y Práctica (1° Ed, 15° reimpr. ed.)*. KIER.
- Aparicio-Razo, M. (s. f.). *Analgesia acupuntural, "un enfoque de la neurociencia"*. *Natural*. Recuperado 18 de julio de 2020, de <https://naturalrevista.com/analgesia-acupuntural-un-enfoque-de-la-neurociencia/>
- *Acupuntura: evidencias analgésicas moderadas*. (2020, 4 enero). *DiarioMedico*. <https://www.diariomedico.com/profesion/acupuntura-evidencias-analgésicas-moderadas.html>
- Hui, K. K., Liu, J., Makris, N., Gollub, R. L., Chen, A. J., I. Moore, C., ... & Kwong, K. K. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human brain mapping*, 9(1), 13-25.
- Ping, L. (2007). *El Gran Libro de la Medicina China (4ta ed.)*. Ediciones Martínez Roca.
- Instituto de Medicina Tradicional China de Beijing, Instituto de Medicina Tradicional China de Shanghai, Instituto de Medicina Tradicional China de Nanjing, & Instituto de Investigación de Acupuntura y Moxibustión de la Academia de la Medicina Tradicional China. (1984). *Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China (1a ed.)*. Ediciones en Lenguas Extranjeras.
- Karatay, S., Okur, S. C., Uzkeser, H., Yildirim, K., & Akcay, F. (2018). Effects of acupuncture treatment on fibromyalgia symptoms, serotonin, and substance P levels: a randomized sham and placebo-controlled clinical trial. *Pain Medicine*, 19(3), 615-628.





Directora Boletín:
Carolina Masson

Editora Boletín:
Natalia Toro

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):**

**Alejandra Chandía; psicóloga de la Universidad Autónoma de Barcelona, Master en psicooncología, Master de investigación en psicología de la salud. Especialización en Trauma y Duelo. Psicóloga en la Gerencia de Misión y RSE, Red Salud UC Christus.*

** Margarita Bernales Silva, PhD. psicóloga Clínica, Mg. en psicología de la salud comunitaria, Docente Investigador en la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

**Mg. Ps. Carolina Masson Manríquez; Magister en Cuidados Paliativos; Diplomada en Cuidados Paliativos, Dolor y Psicooncología, especialización en Duelo.*

**Constanza M. Zúñiga Correa, psicóloga clínica; psicooncóloga, Hospital Dipreca; Red Salud Vitacura; * Mg. Psicoterapia familiar, de pareja e individual.*

**Mariana Ossa, familiar de paciente de Cuidados Paliativos.*

**María Genoveva Millanao, paciente Cuidados Paliativos.*

**Alexandra, paciente con fibrosis quística.*

**Francisco Barros, Terapeuta Floral y Maestro Reiki.*

**Acupunturista Gianfranco Maggiolo Aguirre. Master de Universidad de Yunnan, Miembro del Practitioners' s Register de la Fundación Europea de Medicina Tradicional China y de la European Federation of TCM Societies.*

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

